

INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXV • N. 8 AGO 2022

**PS**

**PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ**

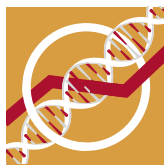


**RIFORMA  
IRCCS  
COSA CAMBIA**

8,00 euro - ISSN 1127-8140



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



**ALTEMS**

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA  
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

---

# MASTER UNIVERSITARI, CORSI DI PERFEZIONAMENTO E DOTTORATI DI RICERCA NELL'AMBITO DELL'ECONOMIA E DEL MANAGEMENT SANITARIO

---

“Creare un contesto in cui le discipline mediche,  
quelle economiche e gestionali, quelle giuridiche e tecniche possano  
incontrarsi in uno spazio in cui la riflessione filosofica, etica e bioetica siano  
fonte di ispirazione per le decisioni ai diversi livelli del sistema.”

*Americo Cicchetti. Direttore Altems*

---

1921  
— 2021



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore di Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

## Post Scriptum

**Prima chi?** Avevo preparato un editoriale che la insensata crisi del Governo Draghi mi ha costretto a cestinare. Ora occorre pensare al futuro prossimo, perché fra 100 giorni si saranno insediate le nuove

**Assemblee legislative.** Non i più fragili né i più poveri sono stati nel radar dei partiti che hanno chiuso la legislatura in modo inatteso e davvero inappropriato. Per quei predicatori che hanno enfaticamente proclamato "prima gli Italiani", in realtà, le priorità sono state le loro mediocri aspirazioni elettorali. Non statisti ma politicanti, che hanno accresciuto la disistima per la politica vera.

La responsabilità ora passa a noi, cittadini elettori. Facciamo conoscere alle forze politiche le priorità per le quali non saranno accettate le promesse già fatte. Con le prossime elezioni, in Parlamento, secondo la riforma costituzionale, approderanno meno deputati (400 invece di 630) e senatori (200 invece di 315); per questo sia Camera che Senato dovranno riformare i regolamenti e modificare il numero e le competenze delle Commissioni permanenti. Recentemente il Senato aveva proceduto in questo senso ed aveva previsto che la Commissione Sanità si fondesse con quella del Lavoro. Che c'entra? Sono due ambiti complessi con una enorme molteplicità di problemi e di diritti! Anche questa "riforma" non è consequenziale ad una riflessione complessiva. Servirebbe chiarire gli obiettivi di governo riguardo ai problemi sociosanitari e assistenziali, che meriterebbero una profonda riorganizzazione dei servizi alla persona, per garantire uguaglianza di trattamento e rimozione delle difficoltà dovute a fragilità di salute, di cultura, di disponibilità economica e di lavoro. Oggi, dopo 44 anni dall'approvazione della riforma sanitaria, la legge n. 833 del 1978, non si è mai strutturata integralmente, sul piano nazionale, la sempre, pedantemente, invocata ed indispensabile integrazione sociosanitaria. Le competenze sono distribuite tra vari ministeri ed enti quanto a certificazione dello stato di bisogno e erogazione di servizi, con ancora troppe risposte a domanda individuale invece che collettiva. Più servizi a disposizione di tutti affinché vi si acceda al momento del bisogno, invece di "mendicare" da parte del cittadino un aiuto spesso faticosamente ottenuto, nonostante il diritto, a causa di procedure burocratiche defatiganti! ministero della Salute, ministero del Lavoro, ministero delle Disabilità, ministero dell'Interno, Inps, Inail, ... un labirinto per il povero utente che non sempre trova la via d'uscita! Serve una cabina di regia unitaria: un ministero della Sicurezza sociale e a valle gli assessori regionali e comunali con la medesima missione. Aspettiamo i nuovi legislatori al varco di innovazioni che facciano vedere chiaramente chi viene prima.

**COSE**  
 dell'altroMondo  
**La stretta negli ospedali... e non solo** 4  
 di MARCO TRABUCCHI

**STORIA**  
**La scoperta di un farmaco miracoloso** 6  
 di BERNARDINO FANTINI

**LEADING CHANGE**  
**Le radici del nostro futuro** 10  
 di ANGELO TANESE

**Conver sando con**  
**SCOMMETTIAMO SUL MEZZOGIORNO** 12  
 di SANDRO FRANCO, PIORJK PROCACCINI

**# COVER STORY**

**RIFORMA IRCCS COSA CAMBIA**

**Una forte spinta in tre direzioni** 18  
 di PAOLA BINETTI

**Il punto dolente** 24  
 di ROSSANA BOLDI

**Programmare meglio** 26  
 di LUIGI FRATI

**The Triple Helix** 29  
 di GIANVITO MARTINO

**Neuroimaging e Genomica al centro** 32  
 di RAFFAELE LODI

**Cammino ad ostacoli** 34  
 di SANDRO ALLOISIO

**# COVER STORY**  
**Diamo valore a chi la ricerca la fa** 36  
 di BENEDETTO MAGLIOZZI

**sihta** **Paziente esperto, o no?** 38  
 di GIANDOMENICO NOLLO

**Learning**  
**Equità ed etica per le cure innovative** 40  
 di DANIELE MANCA

**Orologio biologico e lavoro** 42  
 di ROBERTO MANFREDINI, PAOLO MASCAGNI

**Boom dei costi a carico del Ssn** 44  
 di IGNAZIO STANGANELLI

**L'ecosistema del benessere** 46  
 di DANIELE GUGLIELMINO

**Risparmio energetico nel pharma** 49  
 di CHIARA MARTINI

**Città in salute** 52  
 di ANDREA LENZI

**Drugghost e farmaci indisponibili** 54

**INNOVazione**  
**Curare@casa** 56  
 di GIORGIO CASATI

**Seguiti a distanza** 58  
 di ANNA MARIA PETRINI, IMMA CACCIAPUOTI

**FOCUS**  
**Screen time, salute in pericolo** 60  
 di CRISTINA CORBETTA

**REGIONI**  
**Tra flessibilità e professionalità** 64  
 di P. BARDASI, G. ANTOLINI, R. MARICCHIO

**Il portale degli orfani** 68  
 di CORRADO CONTA

**BREVI** 70

**LEGAL BOX**  
**Delega al Governo per adeguare la disciplina dei contratti pubblici al diritto europeo** 72

**QUESTO**  
**Segnalazioni, domande e risposte sulle opportunità europee nel settore della sanità** 74  
 a cura di CINZIA BOSCHIERO

**Enterprise** **Aziende&Persone** 76

**Liber@mente** 78  
**Recensioni editoriali**

**Hanno scritto per noi** 80

**Panorama della Sanità**  
 Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988  
 Direttore editoriale Mariapia Garavaglia  
 Direttore responsabile Sandro Franco  
 Progetto grafico e impaginazione Giuliana Caniglia  
 Redazione: Piorjk Procaccini  
 Hanno collaborato a questo numero: Velia Cantelmo, Martina Conterno, Cristina Corbetta, Elisabetta Gramolini  
 Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"  
 Presidente Mariapia Garavaglia  
 Direttore Generale Sandro Franco

**Editore KOS | EDITRICE**  
 KOS Comunicazione e Servizi Srl  
 Via Vitaliano Brancati, 44 - 00144 Roma  
 segreteria@koscomunicazione.it  
 Redazione redazione@panoramasanita.it  
 www.panoramasanita.it  
 Ufficio abbonamenti Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"  
 +39 3713801754 - segreteria@istitutostudisanimari.it  
 Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione  
 Gestione della pubblicità  
 KOS Comunicazione e Servizi Srl  
 +39 3275627783 - vladimirosbacco@koscomunicazione.it

**Stampa Pressup Srl Nepi (Viterbo)**  
 Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679 sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it  
 Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB - Roma - ISSN 1827-8140

Per la produzione di questa rivista è stata utilizzata carta naturale e senza legno. Nessun albero è stato abbattuto



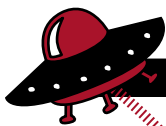
## Post Scriptum

**Il sassolino che, rotolando per il pendio, ha provocato la valanga che ha travolto il governo è stata una richiesta “identitaria” non soddisfatta: stralciare dal decreto “aiuti” i fondi per l’inceneritore di Roma.** Di neve se ne era accumulata tantissima sul monte Draghi, sin da inizio anno,

da quando i partiti della cosiddetta maggioranza hanno cominciato a tenere d’occhio i propri bacini elettorali, fra crescenti accessi di demagogia e reciproci sospetti. Ma che cosa avrebbe potuto rispondere un uomo serio e pragmatico a chi gli contestava il finanziamento di un progetto necessario per una città che affoga nei rifiuti e ne spedisce gran parte oltralpe dove vengono smaltiti in un inceneritore?

Il nostro sistema politico si fonda sull’indifferenza per l’interesse pubblico praticata in amena irrazionalità. Nella sciagurata seconda repubblica accade, di tanto in tanto, che il Parlamento in affanno si rivolga ad un salvatore della patria per poi liberarsene alla prima occasione. Ora, a Camere sciolte, tutti assicurano che i progetti avviati da Draghi saranno attuati, Pnrr “in primis”, e che non perderemo un euro dei fondi europei. Dobbiamo sperarlo, seppure in un crescendo di preoccupazione. Per quanto riguarda la missione 6 del Pnrr, quella della sanità, più volte avevamo espresso perplessità su di un piano di investimenti non sostenuto da adeguata visione riformatrice. La digitalizzazione, la sostituzione di attrezzature obsolete, l’introduzione di nuove tecnologie, la costruzione di edifici in cui concentrare le attività territoriali, sono tutte iniziative utili, qualcuna indispensabile, che andrebbero accompagnate da riforme coerenti per ridare slancio al nostro servizio sanitario nazionale, smagrito da anni di sottofinanziamento e prostrato dalla pandemia. Con gli attuali modelli organizzativi non ci risolleveremo – abbiamo detto e ripetuto – e il Pnrr può fornire l’occasione giusta per superare le spinte divergenti di Stato, Regioni, Comuni, sindacati e categorie professionali.

Il Ssn ha una quarantina d’anni e ne dimostra di più. All’interno delle strutture sanitarie crescono scoramento e disaffezione; mancano medici e infermieri; molti professionisti sono impiegati in attività inutili o superate mentre altri sono oppressi da carichi di lavoro insostenibili; le retribuzioni non reggono la concorrenza del privato e di molti paesi europei; dopo anni di slogan “territorialisti” la sanità pubblica rimane irrimediabilmente ospedalocentrica; i rapporti con i produttori privati necessitano della trasparenza che può venire solo da una riscrittura delle norme che li disciplinano. Il Pnrr prevede investimenti. Sono solo soldi. Bisogna fare ogni sforzo per non perderli, mantenendo lo slancio necessario per far maturare, nel contempo, indispensabili idee di cambiamento.



**P**er il buon nome del nostro paese mi piacerebbe fosse una questione di decisioni mancate, ma temo si tratti di un'interpretazione errata... Fortunatamente il populismo dell'"uno uguale uno" risolverà il problema, conferendo a qualsiasi citta-

dino volonteroso il potere di diagnosticare e di curare, cancellando di conseguenza ogni potere delle ignobili caste dei dottori, degli infermieri e degli altri operatori sanitari.

Un punto di partenza, riferito ad un'esperienza personale. Agli inizi degli anni Ottanta avevo in aula nella

facoltà di medicina alcune centinaia di studenti; oggi ne abbiamo alcune decine. In cambio è aumentato a dismisura il numero delle scuole di medicina, non sempre con un adeguato controllo della qualità degli insegnamenti. Basterebbe questo semplice fatto per spiegare gran parte della crisi, che ha visto le difficoltà recenti e prevedibilissime della medicina di famiglia e quelle di quest'estate degli ospedali, dove vacanze, turni,

prepensionamenti, Covid stanno costringendo i superstiti a turni drammatici per la fatica fisica e lo stress psichico. Sarebbe spiacevole ricostruire la vicenda del numero chiuso e elencare le forze che si sono impegnate per la sua realizzazione. Posso solo osservare che le supposte conseguenze negative della pretora medica, della quale avremmo dovuto avere paura, non si è realizzata e che in questi anni nessun medico degno di questo nome è restato disoccupato.

**Perché allora questa decisione? Perché, secondo alcuni la formazione sarebbe stata inadeguata a causa dei numeri troppo**

# La stretta negli ospedali... e non solo

**È una fortuna che i cittadini abbiano compreso solo parzialmente la crisi di personale che stanno attraversando vari settori della sanità. Ma si tratta di una "cosa dell'altro mondo", cioè di qualche cosa di inaspettato e improvviso, o di una cosa di questo mondo, cioè la conseguenza di decisioni mancate o errate di questi ultimi anni?**

—  
di MARCO TRABUCCHI



elevati. Sfido chiunque su questo tema a dimostrarmi che i medici formati negli anni Ottanta, quelli che stanno andando in pensione in questi mesi, non erano preparati. La sanità italiana non è stata giudicata una delle migliori del mondo, utilizzando parametri come, ad esempio, la speranza di vita? Forse una risposta fatalista potrebbe sostenere che Malthus è sempre dietro l'angolo nelle decisioni umane... oppure si deve ammettere che, nonostante gli ottimi risultati, l'accademia ha deciso di ridurre il proprio impegno formativo per dedicarsi ad altre attività, più remunerative sul piano intellettuale ed economico. Oppure un'altra ipotesi, anche se forse eccessivamente elitaria, porta a considerare che un'ora di lezione di un bravo maestro ne vale dieci di uno promosso per meriti professionali...

**Adesso, pur con molto ritardo, ci si è accorti degli errori e si prova a correggerli; però, nonostante le scorciatoie e le alchimie, peraltro molto prudenti (a quando la riduzione a 5 anni del corso di laurea?) si prova a rientrare nella realtà di questo mondo.** Dobbiamo, però, riuscire a sostenere in modo decente almeno altri 5 anni di crisi, periodo

**Secondo dati Istat l'età media della popolazione italiana transita, tra l'inizio del 2021 e l'inizio del 2022, da 45,9 a 46,2 anni: la struttura della popolazione prosegue il suo progressivo scivolamento verso le età senili, anche in una fase storica come quella corrente, caratterizzata dal Covid-19 con le sue pesanti ricadute letali per la sopravvivenza della popolazione anziana.** La popolazione over65 nel nostro Paese ammonta a 14 milioni 46 mila individui a inizio 2022 e costituisce il 23,8% della popolazione totale. Di questi, oltre 20mila sono ultracentenari, con trend in aumento. In nessuna regione, neanche in quelle a maggior impatto pandemico, gli elevati tassi di mortalità del 2021 determinano una momentanea riduzione del processo di invecchiamento.

che sarà peraltro caratterizzato da un ulteriore aumento della speranza di vita, e quindi del numero delle persone anziane affette da multipatologia, dal rischio di nuove epidemie che richiedono un impegno gravoso anche quando non sono attive (la vicenda Covid ha insegnato molto a questo riguardo), dagli enormi finanziamenti previsti dal Pnrr, in particolare per la medicina territoriale, che richiedono moltissimi nuovi operatori. La risposta a queste problematiche non è oggi prevedibile sul piano della razionalità, se non pensando in modo diverso rispetto agli attuali schemi. Il primo provvedimento teoricamente utile sarebbe l'upgrading delle funzioni svolte dagli infermieri, in modo da coprire nei diversi setting

di cura un certo numero di funzioni, così da alleggerire i compiti dei laureati in medicina. Non mi riferisco solo all'indegno carico di burocrazia oggi sulle spalle dei medici, che non dovrebbe nemmeno essere adempiuto dagli infermieri, ma da ragionieri in grado di utilizzare i computer. A sua volta, in particolare in alcuni servizi, il ruolo degli infermieri dovrebbe essere assunto da Oss, adeguatamente addestrati. Infine, sarebbe necessario un intervento educativo su larga scala per insegnare le modalità per difendere la propria salute da parte del singolo cittadino, in modo da ridurre drasticamente le malattie che conseguono ad errati stili di vita e che occupano pesantemente la filiera dei servizi dove sono impegnati i profes-

sionisti della salute. Ma questo rimescolamento delle funzioni richiederebbe la rinuncia ad atteggiamenti di difesa corporativa delle proprie posizioni; l'atteggiamento oggi adottato da alcuni gruppi di potere è assolutamente illogico, perché non vi è un numero sufficiente di appartenenti ai suddetti (talvolta sembra quasi che sia meglio morire -metaforicamente- piuttosto che cedere ad altri piccoli spazi di potere). **Se nulla cambia sarà facile che alla fine la qualità complessiva dei servizi subisca un peggioramento, con le relative conseguenze sulla salute.** A meno che non si pensi sia meglio che la medicina si rinchiuda in fortificazioni, dove si curano solo le più gravi malattie acute, e il resto rimanga affidato alla vis medica-trix naturae, sotto la guida saggia di colleghi no vax.

**“ DOBBIAMO RIUSCIRE A SOSTENERE  
IN MODO DECENTE ALMENO ALTRI  
5 ANNI DI CRISI ”**



# La scoperta di un farmaco miracoloso

**Negli anni 1948-1949 il cortisone viene introdotto in terapia e la capacità dell'industria di produrne sinteticamente grandi quantità ne permettono lo studio clinico e farmacologico su larga scala. Gli effetti sembrano miracolosi ma l'entusiasmo per questo farmaco si attenuerà a causa dell'osservazione clinica di molti eventi collaterali negativi, talvolta fatali**



Da sinistra: Edward C. Kendall e Philip S. Hench

di BERNARDINO FANTINI

**U**Nel 1902, riprendendo alcune idee proposte intorno alla metà del XIX secolo dal fisiologo Claude Bernard sul concetto di "ambiente interno", il medico inglese Ernest Henry Starling e il fisiologo William Maddock Bayliss mostrano che l'intestino è capace di secernere una

specifico molecola, chiamata "secretina", che viaggiando con il sangue eccita il pancreas a produrre succhi gastrici, regolando i processi digestivi. Tre anni dopo i due scienziati introducono il concetto di "ormone" (dal greco antico ὁρμή, hormè, impulso) per indicare una molecola chimica, prodotta da

**“ NEGLI ANNI 1948-1949  
IL CORTISONE VIENE INTRODOTTO  
IN TERAPIA ”**

appositi organi, capace di regolare il comportamento di altri organi e varie funzioni fisiologiche, fungendo da "messaggero". Nasce in questo modo una nuova disciplina, l'endocrinologia, e nei decenni successivi, anche grazie all'industria chimica e farmaceutica in grande crescita e allo sviluppo della biochimica, molti laboratori si impegnano nella ricerca di nuovi ormoni e nella loro produzione industriale, anche allo scopo di trovare nuovi mezzi terapeutici.

Alla metà degli anni '30, il medico di origine austriaca Hans Selye, appena trasferitosi a Montreal, nel corso delle sue ricerche cliniche e di laboratorio che lo porteranno a definire la nozione di stress, realizza molteplici esperimenti su animali di laboratorio per vedere l'effetto stressante dell'inoculazione di diversi ormoni o estratti di ghiandole e organi, notando che qualunque fosse l'origine del prodotto iniettato la risposta era la stessa. Il ricercatore ne conclude che al di là della malattia specifica che colpisce un individuo o delle condizioni avverse a cui è sottoposto, l'organismo genera una risposta non

## “ L'ESTRATTO DI CORTECCIA SURRENALE È IN GRADO DI ANNULLARE I SINTOMI DELL'ARTRITE REUMATOIDE ”

specifico alla malattia o agli attacchi esterni, chiamata "Sindrome di adattamento generale". Tuttavia, nel corso di questi esperimenti Selye studia diversi prodotti chimici secreti dalle ghiandole surrenali, notando il loro potere antinfiammatorio. In una lettera a Nature del 1936, divenuta un classico della medicina, Selye, oltre a proporre il concetto di adattamento generale, suggerisce che i glucocorticoidi e i mineralcorticoidi (chiamati così da Selye) regolano non solo il metabolismo dei carboidrati e degli elettroliti, ma esercitano anche effetti antinfiammatori o proinfiammatori.

Negli stessi anni, fra il 1930 e il 1938, il dottor Edward C. Kendall, professore di biochimica alla Mayo Foundation di Rochester, isola diversi steroidi dalla corteccia della ghiandola surrenale, a ciascuno dei quali assegna una lettera dell'alfabeto. **Kendall riuscì ad ottenere grandi quantità di ghiandole surrenali per i suoi studi (150 tonnellate in tutto) scambiandoli con l'adrenalina pura che isolava**

**dalla porzione midollare.** Alla Mayo Foundation lavorava anche un clinico, Philip Hench, capo del dipartimento di malattie reumatiche. L'artrite reumatoide rendeva migliaia di pazienti inabili e con forti dolori mentre le terapie disponibili erano insoddisfacenti, dato che l'etiologia della condizione patologica era sconosciuta. Si era tuttavia osservato che in alcune condizioni, in particolare la gravidanza e l'ittero, il dolore articolare diminuiva e gli artrici potevano trovare un po' di sollievo alla loro sofferenza. Come ha scritto qualche anno dopo lo stesso Hench: "Quando i pazienti con artrite reumatoide ... diventano definitivamente itterici, di solito si verifica un evento notevole: i loro sintomi reumatici sono rapidamente, marcatamente e in genere completamente alleviati per alcune settimane o mesi". In una percentuale fra il 70 e il 100% dei pazienti osservati, durante la fase di ittero acuto la tumefazione articolare si riduceva e il dolore si attenuava. Hench prova a riprodurre il fenomeno selezionando un gruppo



**Lewis H. Sarett preparò il primo cortisone sintetico nel 1944, quando Merck & Co. partecipava a uno sforzo del governo per migliorare la medicina militare.** Quattro anni dopo la Mayo Clinic ha dimostrato l'efficacia del prodotto contro l'artrite reumatoide. Nel 1949 Sarett e diversi collaboratori avviarono una sintesi alternativa a partire da materie prime derivate da carbone, aria, calce e acqua. Ciò ha portato al primo percorso indipendente dai materiali di partenza presenti in natura. Sarett ricevette nel 1975 la National Medal of Science ed è stato inserito nella National Inventors Hall of Fame nel 1980, due dei suoi numerosi onori.



**Edward Calvin Kendall nacque a South Norwalk, nel Connecticut, nel 1886.**

Kendall iniziò il suo studio sulle ghiandole surrenali nei primi anni '30, quando divenne chiaro che gli estratti di ghiandola prolungavano la vita degli animali adrenalectomizzati



di mali di artrite severa, facendo loro una trasfusione di sangue dei pazienti itterici (ovviamente a quei tempi non esistevano i necessari criteri etici per questo tipo di esperimenti, né metodi di valutazione con gruppi di controllo). **I risultati furono molto positivi e Hench ne deduce che nella bile degli itterici ci deve essere una sostanza (chiamata sostanza X) con eccezionali capacità antinfiammatorie.** Inoltre, nell'esaminare i risultati, Hench osserva un risultato inatteso: "il paziente è stato prontamente sollevato non solo dai suoi sintomi reumatici cronici, ma anche dai sintomi di una grave febbre da fieno". Il composto nuovamente isolato sembra quindi avere anche un forte potere anti-allergico.

**Per portare avanti queste ricerche Hensch comincia un'intensa collaborazione con Kendall, che nella stessa istituzione stava studiando gli effetti farmacologici degli estratti del midollo surrenale.** I due decidono di spostare la loro attenzione dal midollo alla corteccia surrenale, perché si era saputo che

nella Germania nazista, che si preparava alla guerra, i piloti dell'aeronautica militare facevano ampio uso di estratti di corteccia surrenale di bovini (importati massicciamente dall'Argentina) per migliorare le loro prestazioni e il livello di concentrazione. Studiando gli estratti della corteccia, Kendall scopre che il composto isolato come quinto in ordine di tempo, chiamato quindi con la lettera "E", possiede un elevato potere antinfiammatorio. In seguito, **un altro ricercatore, Lewis H. Sarett, riesce nel 1944, con un complesso processo produttivo, ad arrivare alla sintesi del prodotto finale, il cortisone.**

Immediatamente dopo la fine della guerra, a Basilea, Tadeus Reichstein, un chimico organico nato nel 1897 in Polonia, formatosi a Jena, laureato a Zurigo e da poco diventato professore di chimica organica, isola una trentina di ormoni strettamente correlati ma distinti, i cosiddetti corticosteroidi, dalla corteccia surrenale, la maggior parte ottenuta in forma cristallina pura. Tra di essi il famoso

Composto E di Kendall, il cortisone. **Reichstein riesce a sintetizzare nei laboratori dell'industria farmaceutica Merck il cortisolo, trasformando quindi il cortisone in un farmaco.**

Si iniziano vasti studi farmacologici e negli anni 1948-1949 il cortisone viene introdotto in terapia e la capacità dell'industria di produrne sinteticamente grandi quantità ne permette lo

**Nel '39 la Germania nazista era in una fase di fortissima espansione militare, stava iniziando la catastrofe della II Guerra Mondiale. I piloti della Luftwaffe erano sottoposti a turni massacranti e il livello di concentrazione che dovevano mantenere erano altissimo. La Germania importava tonnellate di corteccia surrenale bovina dall'Argentina. La corteccia era destinata alla produzione di un estratto che, somministrato ai piloti ne migliorava le prestazioni.**



“ IL NEW YORK TIMES INDICA NEL NUOVO FARMACO UN “MIRACOLO MODERNO” ”

studio clinico e farmacologico su larga scala. Gli effetti sembrano miracolosi, dato che l'estratto di corteccia surrenale è in grado di annullare i sintomi dell'artrite reumatoide. Una foto di un "artritico in bicicletta" fa il giro del mondo. Già nell'aprile del 1949, solo una settimana dopo che Philip Hench e colleghi avevano descritto per la prima volta il potenziale del "composto E" in un seminario della Mayo Clinic, il New York Times indica nel nuovo farmaco un "miracolo moderno" nel trattamento dell'artrite reumatoide.

Quando il cortisone raggiunge la Gran Bretagna la primavera successiva, l'influente editorialista del Daily Express Chapman Pincher scrive che il farmaco stava provocando "una rivoluzione nel pensiero medico", riportando che in occasione di una conferenza di medicina le persone uscivano esaltate per andare a raccontare a



Il Premio Nobel per la Fisiologia o la Medicina 1950 è stato assegnato congiuntamente a **Edward Calvin Kendall, Tadeus Reichstein e Philip Showalter Hench** "per le loro scoperte relative agli ormoni della corteccia surrenale, alla loro struttura e agli effetti biologici".



Foto dall'archivio della Fondazione Nobel.

casa un evidente miracolo. Lo stesso Pincher osserva che il cortisone non era una cura e dava solo sollievo dai sintomi, ma allo stesso tempo nota che la scoperta del farmaco avrebbe potuto portare a nuovi trattamenti per almeno venti altre malattie, quelle di causa infiammatoria. La scoperta colpisce anche il Comitato del Premio Nobel per fisiologica e la medicina, che con inabituale rapidità già nell'ottobre 1950 annuncia che il premio sarebbe andato a Hench, Kendall e Reichstein "per le loro scoperte relative agli ormoni della corteccia surrenale, alla loro struttura e effetti". E un editoriale del Lancet a proposito del Nobel annuncia il farmaco come "l'alba di un altro nuovo giorno in terapia". Solo gli allievi di Hans Seyle a Montreal manifesteranno pubblicamente, con una serie di articoli, il loro rammarico per il non riconoscimento da parte del comitato Nobel del ruolo svolto dal loro maestro. L'introduzione del

nuovo farmaco avviene contemporaneamente alla produzione industriale degli antibiotici e all'introduzione di sempre nuovi vaccini. **Questo negli anni cinquanta e sessanta produrrà, anche negli scienziati e medici più accorti, una sorta di "illusione tecnologica", la speranza che i nuovi prodotti dell'industria farmaceutica potranno liberare definitivamente l'umanità dalle malattie infettive,** speranza spezzata via all'inizio degli anni '80 dall'emergenza dell'Aids e di altre nuove malattie trasmissibili.

L'entusiasmo per il cortisone e per i suoi molteplici effetti miracolosi si attenuerà nei decenni successivi, a causa dell'osservazione clinica di molti eventi collaterali negativi, talvolta fatali. Si è visto, tra l'altro, che per la sua azione inibente sulle manifestazioni infiammatorie il cortisone può esercitare un'azione deprimente sui poteri di difesa dell'organismo e, in definitiva, favorire più che contrastare l'infe-

zione. Si osserva che la somministrazione contro le malattie infettive fa diminuire la febbre, attenua i sintomi tossici e l'infiammazione, locale o generale, ma questi miglioramenti del quadro clinico non rallentano lo sviluppo del processo morboso, che quindi richiede un'efficiente terapia di antibiotici e chemioterapici contro la causa infettiva e un trattamento preventivo dei possibili effetti secondari. Il cortisone continua ad essere usato con regolarità, per le infiammazioni e le allergie, ma l'uso del farmaco si accompagna a una vasta diffidenza, spesso non motivata. Ancora una volta, ogni farmaco può rivelarsi davvero "miracoloso" ma il suo uso deve sempre accompagnarsi dalla chiarezza degli obiettivi terapeutici, della coscienza dei suoi limiti e dalla consapevolezza che ogni intervento sui complessi equilibri dell'organismo può avere effetti negativi, ai quali dedicare la massima attenzione.



Il Complesso Monumentale del Santo Spirito in Saxia vanta undici secoli di tradizioni di ospitalità e più di otto di ininterrotta vita ospedaliera a vantaggio di poveri, abbandonati e malati.

Il presidente Sergio Mattarella firma il Liber fraternitatis, codice miniato del 1446. Alla sua sinistra Nicola Zingaretti, Presidente della regione Lazio, a destra Angelo Tanese Direttore Asl Roma

# LE RADICI DEL NOSTRO FUTURO

**Inaugurato, alla presenza del Presidente della Repubblica Italiana, il restauro delle Corsie Sistine dell'Arcispedale di Santo Spirito in Sassia, l'Ospedale più antico d'Europa**

di ANGELO TANESE

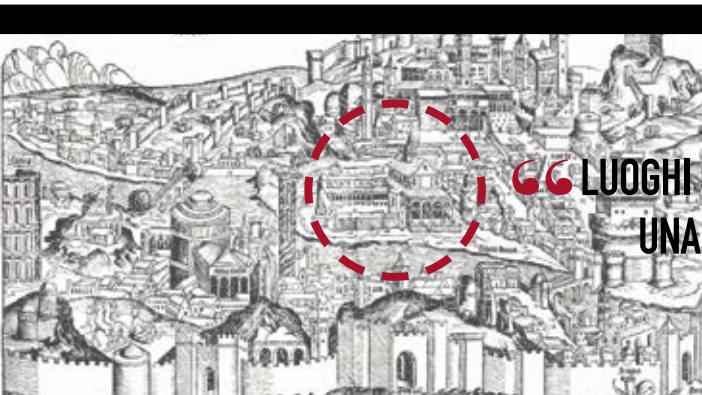
L'intervento, realizzato dalla Asl Roma 1 con fondi della Regione Lazio, consente di tornare a godere di un luogo straordinario, che si sviluppa per oltre 120 metri nelle due Sale Lancisi e Bagliani. Al centro lo splendido altare del Palladio, probabile unica opera romana

del grande artista, e in alto il ciclo pittorico di inestimabile valore, eseguito a fresco a partire dalla fine del '400 da artisti della scuola Umbro-Romana, raffigurante le origini dell'ospedale e gli episodi più importanti della vita di Innocenzo III e Sisto IV, in 67 scene illustrate. Parliamo di un luogo

di inestimabile valore e di rara bellezza. Sarebbe tuttavia riduttivo ricondurre il valore di questo luogo alla sua mera dimensione visiva, architettonica e pittorica, ancorché inestimabile. La potenza evocativa che l'Arcispedale di Santo Spirito in Sassia promana è insita soprattutto nella sua vocazione e nella funzione di accoglienza e di cura che questo luogo ha svolto e tramandato per oltre ottosecoli, vicino alla tomba di Pietro, nel cuore della Città Eterna. Sulle sponde del Tevere, nel luogo dove era stata eretta già alcuni secoli prima da Ina, re del Wessex, nel 700 dopo Cristo, la Schola Saxonum, destinata ad ospita-

re i pellegrini che visitavano Roma, Papa Innocenzo III nel 1183 concesse all'Ordine degli Ospitalieri di Santo Spirito, fondato da Guy da Montpelier, di ricostruire e gestire una nuova struttura. L'ordine, per volontà del fondatore, era dedito ad aiutare "tutti i diseredati della vita" e quindi a curare i malati, i poveri e i bambini abbandonati. Venne riconosciuto e posto sotto la protezione del Pontefice nel 1198, e ha avuto come simbolo la doppia croce di Lorena, frequentemente ritratta negli affreschi e nelle decorazioni.

**Ogni elemento, ogni dettaglio ci ricorda che l'Arcispedale di Santo Spirito è una delle istituzioni che**



## “ LUOGHI CHE PER SECOLI HANNO CONTINUATO A SVOLGERE UNA FUNZIONE ASSISTENZIALE E DI CURA ”

ha contribuito a introdurre la concezione dell'ospedale moderno. Troviamo testimonianza di tale "modello" di accoglienza e assistenza nel Liber Regulae, il codice trecentesco, riccamente miniato, che contiene la Regola dell'Ordine di Santo Spirito. Da lì possiamo comprendere come erano organizzate le attività caritative dell'ospedale, come erano regolate la vita comunitaria, l'assistenza ai malati e la gestione quotidiana. Per secoli, il Santo Spirito ha salvaguardato e portato avanti questa sua forte e specifica identità e ha saputo attraversare guerre, carestie, pestilenze, fino a diventare, in questi ultimi anni, uno degli ospedali in prima linea nella gestione dell'emergenza Covid. Una storia di costante presenza che si ripete, la storia di una comunità e di un'istituzione che si rinnova ma che conserva la sua funzione di servizio ai più deboli. Può mutare il contesto, ma i principi fondanti di questa grande opera di carità non mutano. Sono tante, in realtà, le strutture sanitarie che hanno in dote ospedali di tradizione secolare e, con essi, opere d'arte ospitate in musei, biblioteche e col-

lezioni di grande valore. Anche per mettere in comune tale esigenza e condividere le esperienze e le buone pratiche di valorizzazione di questo inestimabile patrimonio, nel 2019 è stata fondata l'Acosi, l'Associazione Culturale degli Ospedali Storici Italiani. Si tratta di un'iniziativa partita dalle istituzioni che detengono alcuni tra i più antichi ospedali italiani: l'Ospedale Santa Maria Nuova di Firenze, l'Ospedale Civile SS. Giovanni e Paolo di Venezia, l'Ospedale Maggiore Policlinico di Milano, l'Ospedale Santo Spirito in Sassia di Roma e l'Ospedale degli Incubabili con l'annesso Museo delle Arti Sanitarie di Napoli. Luoghi che per secoli hanno continuato a svolgere una funzione assistenziale e di cura.

Il nucleo iniziale dei cinque

La Biblioteca Lancisiana situata sul loggiato superiore del Palazzo del Commendatore (XVI sec), nel Complesso Monumentale di Santo Spirito in Saxia, fu fondata da Giovanni Maria Lancisi, illustre medico e archiatra pontificio di Innocenzo XI e Clemente XI, nel 1711 e inaugurata il 21 maggio 1714 alla presenza di Papa Albani.

Arredata con armari progettati dall'architetto Tommaso Mattei, presenta sulla volta della Sala di lettura un surperbo affresco del XVIII secolo attribuito a Gregorio Guglielmi e conserva due globi del XVII secolo di Vincenzo Coronelli. Le collezioni bibliografiche della Biblioteca consistono in circa 19.000 volumi (inventario in corso di revisione), suddivise in tre fondi principali - Fondo Lancisi, Severino e Nuove Acquisizioni, tra cui incunaboli, circa 1600 cinquecentine, numerose edizioni del '600, del '700 e dell'800 e manoscritti risalenti ai secoli XIV-XIX tra cui il codice miniato "Liber Fraternalitatis Sanctis Spiritus in Saxia de Urbe", contenente la raccolta di migliaia di firme autografe di Papi, Re, nobili e popolani di tutto il mondo cristiano, che entravano a far parte della Confraternita Ospitaliera di Santo Spirito, divenendo benefattori a vita dell'Ospedale.

soggetti fondatori si è poi allargato con l'adesione di altri soci, come l'Azienda Ospedaliera di Alessandria, l'Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma, l'Asst degli Spedali Civili di Brescia, l'Asst di Lodi e l'Aust della Romagna. È significativo che Acosi sia nata proprio in prossimità dell'inizio dell'emergenza Covid. In questo periodo storico, infatti, diventa ancora più importante riflettere sulla necessità di non dimenticare il nostro passato. La promozione e la tutela della salute non possono essere disgiunte, soprattutto nel nostro Paese, dalla grande tradizione degli antichi ospedali. In questi luoghi Cultura e Salute si coniugano in un rapporto inscindibile, che va reso evidente e rinnovato. Per questo il restauro delle Corsie Sistine del Santo Spirito, oggi, assume particolare rilevanza. Con l'inaugurazione del 22 luglio, le Corsie sono state "svelate" per essere restituite alla comunità contribuendo così alla fruizione del patrimonio storico-artistico degli antichi ospedali italiani. Sono loro le basi della nostra volontà Costituzionale di tutela della salute dei cittadini. Sono loro le radici del nostro futuro.



Conver  
sando  
con

MARA  
CARFAGNA

“È necessario perseguire una strategia a medio-lungo termine, di cui il Pnrr è solo l’inizio, attraverso un impegno condiviso di tutte le forze politiche affinché si prosegua anche nei prossimi anni lungo la strada della responsabilità e del buon senso”. Così Mara Carfagna, Ministro per il Sud e la Coesione territoriale, spiega obiettivi e azioni messe in campo per il cambiamento: “il Sud che immaginiamo non è una chimera”

di SANDRO FRANCO, PIORJK PROCACCINI

# “SCOMMETTIAMO SUL MEZZOGIORNO”

“ Insieme al ministro Speranza, abbiamo promosso il Programma Nazionale *Equità nella salute* e lavorato a lungo con gli uffici della Commissione europea per inserirlo all'interno dell'Accordo di Partenariato, proprio perché riteniamo che possa dare un importante contributo. Da solo ovviamente non basta, ma dobbiamo leggerlo nell'ambito di un piano più ampio di interventi, che comprende non solo la programmazione dei Fondi strutturali 2021-2027, ma anche quella del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione e, naturalmente, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Questo governo ha avuto la fortuna di poter impostare il lavoro relativo a tutti e tre questi importanti strumenti. In questo modo, stiamo riuscendo a pianificare – e, in alcuni casi, già ad avviare – interventi tra loro complementari su molti settori strategici per l'economia e per l'equità sociale e territoriale nel nostro Paese. La sanità è uno di questi”. È quanto afferma Mara Carfagna Ministro per il Sud e la Coesione territoriale in merito al Programma Nazionale “Equità nella salute”, che sarà gestito dal Ministero della Salute e che è rivolto alle sette regioni del Mezzogiorno. Finanziato dalla Commissione europea, sono previsti 625 milioni ad esso dedicati.

“Grazie ai Fondi strutturali – aggiunge il Ministro- con il Programma Nazionale “Equità nella salute”, lavoreremo per garantire l'accesso ai servizi

## “ IL DISEGNO DI LEGGE SULL'AUTONOMIA DIFFERENZIATA È ORMAI UN ADEMPIMENTO DOVEROSO. ”

sanitari nelle regioni del Sud, soprattutto da parte di alcune categorie di persone in difficoltà. Ma grazie ad altri Pn, si potrà intervenire anche per rafforzare la rete territoriale dei servizi sanitari, migliorare l'integrazione tra assistenza sociale e sanitaria e la diffusione di strutture e tecnologie per l'assistenza domiciliare e i servizi territoriali nelle aree interne, per rinnovare le strumentazioni ospedaliere e sostenere lo sviluppo della telemedicina”.

**Sociale e salute sono anche tra gli obiettivi del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2021-**

**2027. Quali sono le priorità di intervento previste in questo settore dal Fsc? E a che punto è il percorso svolto finora?**

Abbiamo individuato le 12 aree tematiche ed elaborato per ciascuna di essa gli obiettivi strategici da perseguire con le risorse a disposizione (oltre 50 miliardi, al netto di quelle già programmate), anche grazie a una grande iniziativa di ascolto che ho voluto promuovere con le Regioni, le amministrazioni locali, le parti sociali, i rappresentanti delle categorie professionali, il mondo accademico, il Terzo Settore.



### CHI È

**Maria Rosaria Carfagna, Ministra per il Sud e la coesione territoriale, incarico che ricopre dal 13 febbraio 2021 all'interno del governo presieduto da Mario Draghi, nasce a Salerno il 18 dicembre 1975.**

Nel 2001, si laurea in Giurisprudenza a Salerno con una tesi in diritto dell'informazione nel sistema radiotelevisivo. Nel 2004 si avvicina al mondo della politica nelle file di Forza Italia in Campania dove ricopre il ruolo di responsabile del movimento delle donne. Nel 2006 si candida alle elezioni e viene eletta alla Camera dei Deputati. L'anno seguente assume l'incarico di Segretario della Commissione Affari Costituzionali; diventa poi coordinatrice nazionale di Azzurro Donna, gruppo femminile di Forza Italia. Alle elezioni politiche, nel 2008, Carfagna si presenta nelle liste del Popolo della Libertà (collegio Campania 2) e viene eletta deputato per la seconda volta. Nel mese di maggio 2008 viene nominata Ministro per le Pari Opportunità del Governo Berlusconi IV, incarico che mantiene sino al novembre 2011. Dal 29 marzo 2018 al 15 febbraio 2021 è stata vicepresidente della Camera dei Deputati.

Successivamente, ho presentato e discusso questo documento in Parlamento: non era mai successo prima. La programmazione del Fsc sarà quindi il frutto di un lavoro condiviso, che impegna tutti – al di là dei ruoli istituzionali o della parte politica di appartenenza – al rispetto di quanto stabilito: dobbiamo impedire che questo strumento sia utilizzato, come troppe volte è successo in passato, come un bancomat per ottenere risorse da impiegare per finalità diverse da quelle originarie, cioè appunto lo sviluppo e la coesione. Per ciò che riguarda la tutela della salute, in particolare, il Fsc sosterrà il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza,

contribuirà a potenziare le dotazioni tecnologiche degli ospedali e dei presidi territoriali (con interventi complementari a quelli contenuti nel Pnrr) e promuoverà azioni specifiche di sensibilizzazione e di prevenzione nelle scuole.

**Ancora tante aree del Mezzogiorno sono isolate o quasi. Come rendere la rete sanitaria più capillare sul territorio e più attenta ai bisogni dei cittadini?**

Purtroppo questo non avviene nel solo Mezzogiorno, anche se qui il fenomeno è più diffuso e radicato. Sono oltre 13 milioni gli italiani che vivono nelle aree interne, lontani da servizi essenziali in materie come sanità, istruzione e trasporti. Si tratta di luoghi splendidi, che hanno plasmato

l'identità del nostro Paese e che oggi rischiano l'abbandono proprio per la mancanza di servizi e di opportunità. Lo scorso anno abbiamo finalmente sbloccato la Strategia Nazionale Aree Interne, consentendo il finanziamento di interventi fermi da anni, e in questi mesi la stiamo allargando ad altre 43 aree rispetto alle 72 esistenti, consentendo anche a queste di usufruire di risorse nazionali ed europee.

Proprio per potenziare una rete sanitaria diffusa sul territorio, è aperto fino al 30 settembre il bando finanziato dal Pnrr e rivolto alle farmacie rurali presenti nei centri fino a tremila abitanti. Abbiamo messo a disposizione 100 milioni di euro per consentire a queste strutture di investire nella loro crescita, così da poter partecipare al servizio integrato di assistenza domiciliare, fornire prestazioni sanitarie di secondo livello, erogare farmaci che al momento occorre

“ IL SUD, UN GIACIMENTO DI OPPORTUNITÀ NON ADEGUATAMENTE VALORIZZATE ”



Costruire una piattaforma pubblico-privata nazionale e internazionale che unisce, in un unico Think Tank, le migliori imprese e Istituzioni e rappresentanti dell'accademia e della ricerca, per costruire, valorizzare e comunicare un nuovo Sud Italia, come piattaforma mediterranea strategica per l'Italia e l'Europa. È stato questo l'obiettivo del Forum **“Verso Sud – Strategia europea**

**per una nuova stagione geopolitica, economica e socio-culturale del Mediterraneo”** svoltosi a Sorrento lo scorso maggio, organizzato dal Ministro per il Sud e la Coesione territoriale in collaborazione con The European House – Ambrosetti. Alla presenza del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, sono intervenuti tra gli altri, il Presidente della Camera dei Deputati Roberto Fico e il Presidente del Consiglio Mario Draghi. Ospiti Ministri, business leader e opinion leader dei Paesi del Mediterraneo Allargato, per **identificare in chiave condivisa opportunità di investimento, strategie di sviluppo e priorità, offrendo al tempo stesso occasioni di dibattito e networking qualificato per i partecipanti.**



ritirare in ospedale, monitorare i pazienti attraverso la cartella clinica elettronica e il fascicolo farmaceutico. Tutti servizi che avvantaggeranno notevolmente i cittadini, che potranno avere "sotto casa" quegli stessi servizi per i quali oggi sono costretti a fare chilometri di strada anche in condizioni di salute complicate.

### **Con la spinta del Pnrr quali saranno i primi passi per realizzare e costruire un Sud diverso?**

La prima cosa che abbiamo fatto è cambiare l'impostazione delle politiche per il Sud, non considerandolo più come un territorio disagiato da risarcire con politiche assistenzialistiche, bensì come un giacimento di opportunità non adeguatamente valorizzate. La decisione di riservare al Mezzogiorno almeno il 40% delle risorse del Pnrr parte da qui. Grazie agli investimenti del Piano vogliamo contribuire a colmare i divari nei servizi per le famiglie e le imprese, a potenziare i collegamenti fisici e digitali, a sfruttare le opportunità della transizione ecologica, anche e soprattutto per ciò che riguarda la produzione energetica.

### **Quali indirizzi possono considerarsi maggiormente strategici per una nuova agenda di sviluppo per il Sud d'Italia e quali sono i principali ostacoli che rischiano di frenare la realizzazione dell'agenda?**

Lo sviluppo del nostro Mezzogiorno passa per la nuova centralità del Mediterraneo negli

scenari geopolitici, commerciali, produttivi ed energetici internazionali. Questa centralità dipende in gran parte da fattori esterni alle politiche nazionali, dal raddoppio del canale di Suez alla guerra in Ucraina con i suoi effetti, dal tasso di crescita dei Paesi nordafricani alla nuova tendenza ad accorciare le catene del valore. Il nostro compito però è quello di farci trovare pronti per intercettare e sfruttare al meglio questi cambiamenti. Un esempio che voglio citare è quello delle Zone Economiche Speciali, che stiamo valorizzando con enormi semplificazioni burocratiche, vantaggi fiscali e investimenti infrastrutturali. Nei prossimi anni, le navi container in arrivo dall'Oriente non avranno alcun vantaggio ad arrivare fino a Rotterdam, come fanno oggi in gran parte, ma potranno attraccare nei porti del Sud Italia per perfezionare i prodotti e trasferirli attraverso nuove linee ferroviarie ad alta velocità nel resto d'Europa. Ma pensiamo anche alle potenzialità del Mezzogiorno come hub energetico green al centro del Mediterraneo, per intercettare i flussi di gas che provengono dal Nord Africa, ospitare i rigassificatori, sfruttare le enormi potenzialità delle fonti rinnovabili, sperimentare nuovi processi produttivi come l'idrogeno verde.

Già da questi esempi, è evidente come sia necessario perseguire una strategia a medio-lungo termine, di cui il Pnrr è solo



**Le risorse del Fondo per lo Sviluppo e la Coesione 2021-2027, sono impiegate su obiettivi strategici, declinati per 12 aree tematiche, tra queste quella del Sociale e Salute. In tal senso il Fsc individua come priorità gli interventi tesi ad accompagnare l'introduzione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (Lep) per i servizi sociali e il raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) per i servizi sanitari. In quest'area, sono individuati i seguenti obiettivi strategici:**

- promuovere la continuità e la qualità della vita a domicilio e nel contesto sociale di appartenenza delle persone anziane non autosufficienti, rafforzando e completando gli investimenti previsti nel Pnrr con un'attenzione specifica per i territori con maggiori criticità;
- favorire lo sviluppo di soluzioni abitative innovative per anziani non autosufficienti, persone con disagio psichico e altre categorie fragili (disabili, donne vittime di violenza, ecc.);
- sostenere progetti di inserimento lavorativo per persone disabili, favorendo da un lato la permanenza nel contesto domestico, l'inclusione sociale e l'indipendenza economica e, dall'altro, l'inclusione lavorativa direttamente nei luoghi di lavoro, sostenendo iniziative dei datori di lavoro per il superamento e l'abbattimento delle barriere architettoniche, l'adeguamento e l'adattamento delle postazioni di lavoro, la formazione;
- potenziare il parco tecnologico degli ospedali e dei presidi territoriali, con interventi complementari a quelli del Pnrr;
- potenziare la promozione e la tutela della salute attraverso le scuole (ristrutturazione e allestimento di appositi spazi negli edifici scolastici, rafforzamento dei servizi di prevenzione offerti dalle aziende sanitarie in quest'ambito, formazione specifica per operatori e docenti).

**Presentate 2.776 proposte di interventi nelle aree interne, per un valore di quasi due miliardi.**

Sono 2.776 le proposte progettuali candidate a partecipare all'avviso pubblico per infrastrutture e servizi sociali di comunità nelle aree interne. I termini per la presentazione delle domande scadevano alle ore 14.00 dello scorso 15 giugno. Il valore complessivo delle domande presentate sfiora i due miliardi (1.940 milioni di euro), a fronte dei 500 milioni di euro messi a disposizione dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, nell'ambito della Missione 5 - Componente 3 - Investimento 1.1 a titolarità del ministro per il Sud e la Coesione territoriale. Il 55% delle proposte è giunto dal Mezzogiorno, con 1.537 candidature dal valore complessivo di 1.022 milioni di euro. Il bando prevede una quota minima del 40% delle risorse da assegnare al Sud. Le rimanenti 1.239 domande, per un valore di 918 milioni di euro, riguardano invece le aree interne del Centro-Nord.

**Gli interventi che vengono considerati prioritari sono: servizi di assistenza domiciliare per gli anziani e relative infrastrutture; infermiere e ostetriche di comunità e relative infrastrutture; rafforzamento dei piccoli ospedali; infrastrutture per l'elisoccorso; rafforzamento dei centri per disabili; centri di consulenza, servizi culturali, servizi sportivi; accoglienza dei migranti e relative infrastrutture.**

I progetti dovranno essere realizzati sul territorio dei Comuni classificati come intermedi, periferici o ultraperiferici nella mappa delle aree interne 2021-2027. Il termine ultimo per il completamento degli interventi è il 30 giugno 2025. L'obiettivo previsto dal Pnrr attraverso le misure finanziate nell'ambito di questo investimento è di potenziare i servizi sociali per almeno 2 milioni di cittadini residenti nelle aree interne, dei quali almeno 900.000 nelle regioni meridionali.

l'inizio. Per questo, è necessario un impegno condiviso di tutte le forze politiche affinché si prosegua anche nei prossimi anni lungo la strada della responsabilità e del buon senso. Sprecare questa opportunità sarebbe un errore che l'intera classe dirigente nazionale pagherebbe di fronte alle prossime generazioni.

**Quanto è importante per risollevare il Meridione la collaborazione tra investimenti pubblici e privati?**

Quando parlo di classe dirigente, non mi riferisco solo a quella politica. Questo lavoro deve essere portato avanti in stretta collaborazione tra pubblico e privato. Allo Stato spetta creare le condizioni migliori per accompagnare e sostenere gli investimenti privati, le imprese devono contribuire scommettendo sulle potenzialità del Sud e favorendo uno sviluppo che traini anche occupazione, innovazione e benessere diffuso. Non è impossibile e lo dimostrano casi di eccellenza come quello di San Giovanni a Teduccio, dove Università, amministrazioni locali e grandi imprese collaborano fianco a fianco. È il modello che abbiamo voluto replicare finanziando, con un bando promosso grazie alle risorse del Piano complementare

al Pnrr, 27 nuovi ecosistemi dell'innovazione in tutte le regioni meridionali.

**Il Forum "Verso Sud", da lei promosso e svoltosi a maggio scorso, ha visto una forte presenza istituzionale. È un primo segnale di cambiamento?**

Ne sono convinta. La presenza del Capo dello Stato Sergio Mattarella, del Presidente del Consiglio Mario Draghi e di molti colleghi Ministri ha dato il segno di una "missione" comune, di un sistema-Paese che scommette sul Mezzogiorno. Ma aggiungo che la stessa attenzione è stata dimostrata anche dai molti ospiti internazionali provenienti dal cosiddetto Mediterraneo Allargato, che va da Gibilterra al Golfo Persico. Rappresentanti istituzionali, accademici e imprenditori hanno ragionato sul futuro di quest'area e sul ruolo da protagonista che il nostro Sud può avere al suo interno, a partire dai dati contenuti nel Libro Bianco che abbiamo presentato.

**Qual è il messaggio che emerge dal Libro Bianco?**

Abbiamo dimostrato con i numeri che il Sud che stiamo immaginando non è una chimera, ma che già oggi esistono solide basi su cui costruire il futuro. Capisco chi ci invita a non nascondere i problemi che esistono nel Mezzogiorno e che conosciamo bene, dall'isolamento infrastrutturale all'abbandono scolastico, dall'emigrazione alla criminalità organizzata e potrei continuare. Ma non dobbiamo nemmeno cadere

**“ ALLO STATO SPETTA CREARE LE CONDIZIONI MIGLIORI PER ACCOMPAGNARE E SOSTENERE GLI INVESTIMENTI PRIVATI ”**

nell'errore opposto: concentrare lo sguardo solo sui problemi, disinteressandoci delle potenzialità. Questa visione apre la strada alle rivendicazioni e all'assistenzialismo. Noi crediamo nei cittadini meridionali e sappiamo che se li mettiamo nelle condizioni di competere alla pari, possono dimostrare quanto valgono e accendere una volta per tutte il motore dello sviluppo anche al Sud. In questo modo, peraltro, tutto il Paese avrebbe da guadagnarci.

**Si è riaperto nei mesi scorsi nuovamente il discorso sulle autonomie regionali. Il percorso è stato intrapreso da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna. Ma recentemente anche il presidente della Campania, De Luca ha chiesto l'autonomia differenziata per la sua Regione... Secondo lei l'autonomia delle Regioni rappresenta un passo indietro o in avanti per il Sud? C'è il rischio di accentuare le disuguaglianze?**

Credo che il disegno di legge sull'autonomia differenziata, al quale sta lavorando principalmente il ministro Gelmini, sia ormai un adempimento doveroso. Ma è altrettanto doveroso che esso non sia uno strumento per ampliare i divari territoriali, bensì per ridurli. Per questo, ho indicato due questioni che a mio giudizio sono imprescindibili per arrivare alla definizione di un buon testo. La prima è la realizzazione del Fondo perequativo necessario a

individuare e finanziare i Livelli Essenziali delle Prestazioni. Non è una pretesa o un modo per ostacolare il percorso, come vorrebbe far credere qualcuno, ma lo prevede l'articolo 119 della Costituzione, che destina queste risorse agli enti con minore capacità fiscale. Il modello da seguire è quello che abbiamo messo in campo con l'ultima Legge di Bilancio per gli asili nido, ossia un livello minimo di servizio finanziato e quindi concretamente realizzabile, senza discriminazione, in tutto il territorio nazionale. La seconda è il superamento del criterio della "spesa storica" per le funzioni non collegate ai servizi a domanda individuale, con la definizione finalmente dei fabbisogni standard. Se questi due aspetti saranno inclusi nel disegno di legge, allora l'autonomia potrà essere davvero un'opportunità per tutti, per le Regioni che vogliono più poteri e per i cittadini che potranno avere pari diritti da Bolzano a Ragusa, indipendentemente dal luogo di residenza.

**L'Italia si trova davanti anche un'altra sfida urgente e drammatica. Sul fenomeno delle "culle vuote", i dati Istat rilevano un trend più marcato nel Mezzogiorno. Quali politiche adottare per contrastare il grave problema della denatalità?**

La sfida, in realtà, è sempre la stessa: garantire un livello di servizi e di opportunità adeguato in tutto il Paese, da Nord a Sud,

dalle città alle aree interne. Quando parliamo di riduzione dei divari, parliamo anche e soprattutto delle possibilità per i giovani di costruirsi il futuro che meritano, in campo professionale e familiare, senza dover abbandonare il proprio luogo d'origine. Purtroppo questi divari pesano in misura maggiore sulle donne e sul loro desiderio di maternità, che troppo spesso confligge con le prospettive di una carriera lavorativa. L'entrata in vigore dell'assegno unico rappresenta un passaggio importante per aiutare le famiglie con figli, così come l'introduzione del Lep per gli asili nido, che ho fortemente voluto e che porterà nei prossimi anni ad avere in ogni Comune almeno un posto negli asili ogni tre bambini da 0 a 3 anni. Così potrà migliorare la formazione dei minori, sin dalla più tenera età, e si consentirà alle mamme di avere più tempo da dedicare alla propria vita professionale. Dobbiamo proseguire su questa strada, affiancando il rafforzamento dei servizi alla creazione di nuove opportunità di lavoro, ma anche al rafforzamento di un paradigma culturale che porti uomini e donne a condividere le responsabilità familiari. Solo così potremo impedire che al Sud si aggravi quel fenomeno di "desertificazione" che già si è avviato a causa della scarsa natalità e, al contempo, dell'emigrazione di tanti giovani, spesso con un'ottima formazione, che vanno a cercare fortuna altrove.

# #COVER STORY

## RIFORMA IRCCS COSA CAMBIA

La ricerca sanitaria è un elemento centrale per un servizio sanitario nazionale efficace. In questo campo svolgono un ruolo fondamentale gli Irccs, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, importanti istituzioni per il nostro Paese che hanno il grande compito di unire le capacità assistenziali e di cura di un ospedale con le legittime esigenze di ricerca – in ambito biomedico – cui un Paese come l'Italia deve ambire. In che cosa consista e quali siano gli attori coinvolti in Italia non è tuttavia sempre così semplice da comprendere. Abbiamo quindi cercato di fare il punto della situazione partendo dal Pnrr e dal Dl relativo alla legge delega per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, approvato dal Consiglio dei Ministri a febbraio 2022 e definitivamente dal Senato il 27 luglio scorso mentre la rivista andava in stampa. Composto da un unico articolo, il Dl conferisce una delega al Governo ad adottare, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi in materia di riordino degli Irccs. Una riforma che si pone l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie e che dovrà essere completata dal prossimo Governo con l'emanazione dei decreti delegati.



# UNA FORTE SPINTA in tre direzioni

di PAOLA BINETTI

L'obiettivo della riforma è rafforzare il rapporto tra ricerca, innovazione e cure sanitarie, attraverso la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime

giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Irccs) e delle politiche di ricerca di competenza del Ministero della salute. La riforma mira a rendere gli Irccs sempre più capaci di portare l'innovazione terapeutica ai pazienti, facilitando lo scambio di competenze specialistiche tra gli Irccs e le altre strutture del Ssn,



**Il Pnrr, nell'ambito della Missione 6 Salute, prevede quattro tipi di riforma che toccano le tre grandi aree dei servizi sanitari: ospedaliera, territoriale e prevenzione. La riforma degli Irccs (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), rappresenta il collegamento tra l'obiettivo dell'innovazione nel campo della salute e la ricerca sanitaria**

introducendo modifiche al decreto legislativo 288 che risale a venti anni fa.

**LA LEGGE DELEGA SULLA RIFORMA DEGLI IRCCS**

Gli Irccs sono enti a rilevanza nazionale, dotati di autonomia e personalità giuridica, che, secondo standard di eccellenza, perseguono finalità di ricerca, relativa preva-

lentemente alle applicazioni cliniche, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, ed effettuano prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

La "Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo

16 ottobre 2003, n. 288", è stata approvata al Senato il 27 luglio scorso, dopo essere passata in prima lettura dalla Camera dei deputati il 25 maggio 2022. Si tratta di un disegno di legge di iniziativa governativa, che rappresenta un "collegato alla manovra di finanza pubblica". Il Pnrr prevede che la legge, con cui sarà elaborato il Pia-

no di revisione degli Irccs, entri in vigore entro la fine dell'anno 2022 e richiede l'adozione di uno o più decreti legislativi, entro sei mesi dall'entrata in vigore della legge.

La disciplina vigente sugli Irccs è in larga misura contenuta dal D.Lgs. 16 ottobre 2003, n. 288, che riguarda sia gli Irccs di diritto pubblico, compresi quelli successivamente trasformati in fondazioni di diritto pubblico, sia quelli di diritto privato. Alcune norme si riferiscono solo agli Irccs di diritto pubblico, perché per quelli di diritto privato vale il principio dell'autonomia giuridico-amministrativa,



Uno degli obiettivi della Missione 6 Salute è promuovere e rafforzare il settore della ricerca scientifica, uno degli asset strategici del nostro Paese, incrementando le risorse destinate alla ricerca biomedica e sanitaria, sviluppando le competenze che possano facilitare il trasferimento tecnologico e riorganizzando la rete degli Irccs per contribuire al miglioramento delle eccellenze del Ssn, in particolare rivisitando il regime giuridico degli Irccs e delle politiche della ricerca afferenti al Ministero della Salute per rafforzare le capacità di risposta del Ssn.

La riforma degli Irccs, che deve essere attuata con le risorse a legislazione vigente, si collega comunque, nell'ambito della Componente 2 della Missione 6 Salute, ad altri interventi finanziati con risorse del Pnrr, volti, più specificamente, alla promozione e al rafforzamento della ricerca scientifica biomedica con il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese relativo ad almeno 424 progetti (su malattie rare e tumori rari e malattie altamente invalidanti), tramite risorse finalizzate alla realizzazione di progetti PoC (Proof of concept, ovvero sperimentazioni con prova sul campo dei risultati), che il Ministero della salute deve attuare come obiettivo entro il 2025 mediante sovvenzioni pari a 524,14 milioni di euro.

Fonte: Dossier della Camera dei Deputati sul Riordino della disciplina degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico A.C. 3475-A

come prevede l'articolo 12, comma 1, dello stesso D.Lgs. **L'attuale disegno di legge delega punta a rafforzare la qualità della ricerca sanitaria del Servizio sanitario nazionale in un'ottica prevalentemente traslazionale, che privilegia l'applicazione clinica, attraverso il potenziamento delle politiche di ricerca del Ministero della salute.** Il che presuppone una profonda e solida sintonia tra gli orientamenti scientifici identificati dal Ministero e le scelte concrete dei vari Irccs, con la possibilità che siano gli stessi Irccs a proporre al Ministero progetti scientifici di alta qualità. Risulta comunque fondamentale rispettare l'autonomia giuridico-amministrativa degli Irccs di diritto privato e il principio di invarianza di oneri a carico della finanza pubblica. Il potenziamento del ruolo degli Irccs, previsto dalla legge delega, punta, in via prioritaria, all'eccellenza in materia di ricerca pre-clinica, clinica, traslazionale, clinico-organizzativa; all'innovazione e al trasferimento tecnologico, con particolare attenzione ai compiti di cura e di assistenza, nell'ambito di quelle aree tematiche riconosciute a livello internazionale, secondo le categorie diagnostiche principali (Major Diagno-



Istituto di ricerche Mario Negri - Milano

**AL MOMENTO DELL'EMANAZIONE DEL D.LGS. 288/2003, OPERAVANO 35 ISTITUTI, IN MAGGIORANZA PUBBLICI. IL NUMERO È PROGRESSIVAMENTE CRESCIUTO NEGLI ANNI, FINO AGLI ATTUALI 52, DI CUI 30 IN REGIME DI DIRITTO PRIVATO. È QUANTO RIFERISCE LA NOTA DEPOSITATA DAL MINISTERO DELLA SALUTE DURANTE IL CICLO DI AUDIZIONI PRESSO LA COMMISSIONE XII PER L'ESAME REFERENTE DEL PROVVEDIMENTO IN ESAME.**

stic Category - Mdc). Senza però perdere di vista quelle specializzazioni disciplinari che non sono direttamente collegate alle Mcd, perché affrontano temi e problemi anche di nicchia, e per le quali esistono appositi programmi di coordinamento nazionale, come ad esempio i diversi Piani Nazionali previsti per aree specifiche. In altri termini se al centro dell'attenzione degli Irccs ci sono quelle patologie che hanno un maggior impatto sulla popolazio-

ne, resta alta l'attenzione rivolta anche a patologie altamente specialistiche. **L'attuale legge delega richiede che la revisione dei criteri utilizzati per il riconoscimento, la revoca e la conferma del carattere scientifico degli Irccs, e quindi della loro qualifica, avvenga ogni 4 anni, rispetto agli attuali 2 anni.** Il perché è facilmente intuitivo, dal momento che ottenere risultati certi, sia sul piano clinico che scientifico, opportunamente confermati da una serie di successive sperimentazioni, richiede un tempo ragionevolmente commisurato agli obiettivi che si vogliono raggiungere. Il criterio prioritario per essere inseriti e per essere confermati tra gli Irccs resta comunque definito dal livello di eccellenza dell'attività di ricovero e cura svolta negli ultimi anni e dal contributo tecnico-scientifico fornito attraverso un'attività di ricerca biomedica riconosciuta a livello nazionale e internazionale. **È importante sottolineare che il carattere di eccellenza deve riguardare contestualmente sia l'attività assistenziale che l'attività di ricerca svolta nella specifica disciplina assegnata.** Nella valutazione della eccellenza entrano anche i criteri di governance, le modalità di finanziamento e la valutazione delle reti degli Irccs,

l'osservanza dei principi di flessibilità organizzativa e gestionale, la qualità della semplificazione operativa, la condivisione delle conoscenze e lo sviluppo di infrastrutture e piattaforme tecnologiche condivise; queste ultime devono essere aperte alla collaborazione con gli altri enti del Servizio sanitario nazionale, con reti o gruppi di ricerca, anche internazionali; con partner scientifici e industriali, nazionali e internazionali. Tra i criteri di eccellenza c'è sempre la partecipazione alle diverse reti di ricerca clinico-assistenziali a livello nazionale e internazionale, evitando in ogni modo forme di isolamento autoreferenziale e condividendo sempre più protocolli, materiali e metodi, risultati, ecc. La legge delega distingue tra gli Irccs monotematici, che hanno ricevuto il riconoscimento per un'unica specializzazione disciplinare, e quelli politematici, che hanno invece ricevuto il riconoscimento per più aree integrate. L'obiettivo è valorizzare tutti e due i modelli, senza mai perdere di vista l'eccellenza, misurata secondo standard internazionali. I nuovi riconoscimenti degli Irccs, relativi ai policlinici universitari, possono prevedere anche più aree, purché complementari e

integrate.

**La delega considera tra i criteri di primario interesse per la valutazione, non solo l'area tematica oggetto del riconoscimento, ma anche la collocazione territoriale dell'Irccs, -per ottenerne un'equa distribuzione nel territorio nazionale-, e il bacino minimo di utenza di ognuna delle aree tematiche, nel pieno rispetto della programmazione sanitaria regionale, soprattutto per ciò che riguarda gli aspetti di natura economico-finanziaria.**

La distribuzione regionale degli Irccs serve a garantire le maggiori e migliori modalità di accesso alle prestazioni di alta specialità erogate dagli Irccs a tutti i pazienti, compresi quelli residenti in regioni diverse da quella in cui è ubicata la struttura, secondo principi di appropriatezza e di ottimizzazione dell'offerta. L'obiettivo è evidentemente quello di garantire ai pazienti la maggiore prossimità possibile rispetto a servizi sanitari eccellenti. In questo senso si cerca di coinvolgere il più possibile le distinte regioni, facendo in modo che nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, ci sia una quota vincolata per il finanziamento della ricerca degli Irccs, sulla base di una attività clinica programmata

## Punti chiave della Riforma

1. **potenziare il ruolo degli Irccs** quali "Istituti di ricerca e cura" di eccellenza, di rilevanza nazionale e internazionale;
2. **rafforzare il sistema di valutazione** in un'ottica di trasparenza e di maggiore coerenza rispetto al quadro internazionale della ricerca biomedica, nonché procedere alla revisione dei criteri per la procedura di riconoscimento, di revoca o conferma del carattere scientifico degli istituti;
3. **rendere il riconoscimento di Irccs più oggettivabile** e che tenga conto delle necessità dei diversi territori, anche in riferimento al bacino minimo di riferimento per ciascuna area tematica di ricerca;
4. **garantire un equo accesso alle cure erogate** dagli Irccs a tutti i cittadini indipendentemente dal proprio luogo di residenza secondo principi di appropriatezza e ottimizzazione dell'offerta sanitaria;
5. **garantire che il finanziamento complessivo della ricerca** sanitaria nell'ambito del Fondo sanitario nazionale (Fsn) si mantenga adeguato ed effettivo, anche in caso di riconoscimento di nuovi Irccs;
6. **disciplinare la collaborazione tra le Regioni** attraverso forme di coordinamento interregionale della programmazione sanitaria per le sedi secondarie degli Irccs;
7. **disciplinare le modalità di svolgimento delle attività di ricerca** delle Reti e la loro partecipazione a progetti di ricerca internazionali;
8. **incrementare la qualità della ricerca sanitaria nazionale** in un'ottica traslazionale rafforzando il raccordo tra direzione generale e direzione scientifica dell'Irccs;
9. **revisionare l'attuale disciplina sul personale di ricerca** del Ssn per valorizzarne potenzialità e percorso professionale;
10. **facilitare l'attività di trasferimento tecnologico** dall'idea progettuale all'eventuale brevetto e alla fase di produzione e commercializzazione.

in modo coerente con le esigenze del Servizio sanitario nazionale. È molto chiaro nella attuale legge delega che all'aumentato numero di Irccs non corrisponde un automatico incremento delle risorse destinate alle attività di ri-



**“ L'ECCELLENZA DEGLI IRCCS DEVE ESSERE ANCHE ECCELLENZA ETICA ”**

Denominazione	Area di ricerca	Data site visit	Verbale site visit	Decreto	Gazzetta Ufficiale	Stato *
Istituto Oncologico Veneto - Padova	oncologia	8/10/19	IOV	2/4/20	n.107 24/4/20	C
Ospedale infantile Burlo Garofolo - Trieste	materno-infantile	19/2/20	Burlo	1/10/20	n. 290 21/11/20	C
CRO - Centro di Riferimento Oncologico - Aviano (PN)	oncologia	20/22/20	CRO	30/10/20	n. 290 21/11/20	C
Fondazione Istituto Neurologico Carlo Besta - Milano	malattie del sistema nervoso nell'adulto e nel bambino	1/10/20	Besta	20/1/21	n. 47 25/2/21	C
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei tumori - Milano	oncologia	23/1/20	Istituto tumori	15/7/20	n. 206 19/8/20	C
Fondazione Ca'Granda Ospedale Maggiore Policlinico - Milano	riparazione e sostituzione di cellule organi e tessuti urgenza-emergenza adulto/bambino	24/1/20	Maggiore	4/12/20	n. 7 11/1/21	C
Fondazione Policlinico San Matteo - Pavia	trapiantologia: malattie curabili con trapianto d'organi, tessuti e cellule malattie internistiche ad alta complessità biomedica e tecnologico	16/6/20	San Matteo	21/1/21	n. 38 15/2/21	C
Istituto delle Scienze Neurologiche - Bologna	scienze neurologiche	26/2/18	ISN	10/8/18	n. 239 13/10/18	C
Istituto Ortopedico Rizzoli - Bologna	ortopedia e traumatologia	28/11/19	Rizzoli	2/11/20	n. 290 21/11/20	C
Azienda Ospedaliero Universitaria - Bologna	assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche	19/12/19	AOU	19/9/20 Rettifica 23/4/21	n. 266 26/10/20 n. 115 15/5/21	R
Istituto in tecnologie avanzate e modelli assistenziali in oncologia - Reggio Emilia	oncologia per tecnologie avanzate e modelli assistenziali	4/2/20	Istituto Reggio Emilia	16/7/20	n. 196 6/8/20	C
Istituto Giannina Gaslini - Genova	materno-infantile	11/6/20	Gaslini	17/11/21	n. 302 21/12/21	C
Ospedale Policlinico San Martino - Genova	oncologia	15/7/20	San Martino	3/5/21	n. 121 22/5/21	C
Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani - Ancona	geriatria	31/1/19	INRCA	7/6/19	n. 168 19/7/19	C
Istituti fisioterapici ospitalieri - Istituto Regina Elena Istituti fisioterapici ospitalieri - Istituto Dermatologico Santa Maria e San Gallicano - Roma	oncologia dermatologia	30/10/19	IFO	8/5/20	n. 141 4/6/20	C
Istituto per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani - Roma	malattie infettive	10/10/18	Spallanzani	9/5/19	n. 240 12/10/19	C
Istituto nazionale tumori Fondazione Giovanni Pascale - Napoli	oncologia	9/6/21	Pascale	16/5/22	n. 142 20/6/22	C
Ente Ospedaliero specializzato in gastroenterologia Saverio De Bellis - Castellana Grotte (BA)	gastroenterologia	22/2/21	De Bellis	10/11/21	n. 303 22/12/21	C
Istituto tumori Giovanni Paolo II - Bari	oncologia	29/1/19	Istituto tumori Bari	6/5/19	n. 130 5/6/19	C
CROB Centro di riferimento oncologico della Basilicata - Rionero in Vulture (PZ)	oncologia	5/7/18	CROB	26/11/18	n. 39 15/2/19	C
IRCCS Centro Neurolesi Bonino Pulejo - Messina	neuroscienze ambito prevenzione, recupero e trattamento delle gravi neurolesioni acquisite	18/2/21	Bonino Pulejo	23/11/21	n. 304 23/12/21	C

Denominazione	Area di ricerca	Data site visit	Verbale site visit	Decreto	Gazzetta Ufficiale	Stato *
San Camillo IRCCS Srl Venezia	neuroriabilitazione motoria, della comunicazione e del comportamento	9/1/20	San Camillo	15/7/20	n. 199 10/8/20	C
IRCCS Centro San Giovanni di Dio Fatebenefratelli - Brescia	malattie psichiatriche	19/3/21	Fatebenefratelli	23/12/21	n. 67 21/3/22	C
Centro Cardiologico Spa Fondazione Monzino - Milano	patologie cardiovascolari	22/6/20	Monzino	24/1/22	n. 52 3/3/22	C
IEO - Istituto Europeo di Oncologia - Milano	patologia oncologica	25/6/20	IEO	15/9/21	n. 249 18/10/21	C
Istituto Ortopedico Galeazzi - Milano	malattie dell'apparato locomotore	3/12/20	Galeazzi	22/3/21	n. 85 9/4/21	C
Istituto Auxologico Italiano Milano	medicina della riabilitazione e sottospecialità: patologie auto- endocrino metaboliche, neurocardiovascolari e dell'invecchiamento	6/3/18	Auxologico	4/10/18	n. 273 23/11/18	C
IRCCS Ospedale San Raffaele - Milano	medicina molecolare	12/6/19	San Raffaele	4/12/19	n. 4 7/1/20	C
IRCCS Multimedia - Milano	malattie del sistema cardiovascolare	12/9/17 e 18/7/18	Multimedia 2017 Multimedia 2018	5/11/18	n.295 20/12/18	C
Fondazione Don Carlo Gnocchi - Milano	medicina della riabilitazione	17/10/18	Don Gnocchi	6/5/19	n. 133 8/6/19	C
Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Milano, Bergamo, Ranica	farmacologia e sperimentazione clinica sulle malattie neurologiche, rare ed ambientali	18/9/20	Mario Negri	3/5/21	n. 121 22/5/21	C
Istituto Clinico Humanitas Rozzano (Milano)	malattie immunodegenerative	29/10/20	Humanitas	25/4/20	n.136 28/5/20	C
Policlinico San Donato San Donato Milanese	malattie del cuore e dei grandi vasi nell'adulto e nel bambino	14/12/16	San Donato	6/6/17	n.163 14/7/17	C
Fondazione Istituto Neurologico Casimiro Mondino - Pavia	malattie del sistema nervoso	22/2/19	Mondino	6/6/19	n. 168 19/7/19	C
Istituti Clinici Scientifici Maugeri S.p.A. SB - Pavia	medicina del lavoro e della riabilitazione	14/3/19	Maugeri	25/4/20	n. 136 28/5/20	C
Istituto Eugenio Medea Bosisio Parini (LC)	medicina della riabilitazione	20/6/18	Medea	19/10/18	n. 273 23/11/18	C
Fondazione del Piemonte per l'Oncologia - Candiolo (TO)	oncologia	9/3/21	FPO	7/4/22	n. 105 6/5/22	C
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria - Negrar (VR)	malattie infettive e tropicali	3/11/20	Sacro Cuore	27/7/21	n. 221 15/9/21	C
Istituto scientifico romagnolo per lo studio e la cura dei tumori - Meldola (FC)	terapie avanzate oncologia medica	28/9/20	IRST	9/8/21	n.252 21/10/21	C
Fondazione Stella Maris - Calambrone (Pisa)	neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	13/11/19	Stella Maris	30/4/20	n. 141 4/6/20	C
Fondazione G.B. Bietti per lo studio e la ricerca in oftalmologia - Roma	oftalmologia	13/10/17	Bietti	6/12/17	n. 17 22/1/18	C
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli - Roma	medicina personalizzata biotecnologie innovative	13/10/20	Gemelli	10/11/21	n. 303 22/12/21	R
Fondazione Santa Lucia - Roma	riabilitazione neuromotoria con l'estensione al settore delle neuroscienze	5/9/17	S. Lucia	6/12/17	n. 25 31/1/18	C
Ospedale pediatrico Bambino Gesù - Roma	pediatria	14/11/19	Bambino Gesù	15/7/20	n. 196 6/8/20	C
Istituto Dermatologico dell'Immacolata (IDI) - Roma	dermatologia	26/2/19	IDI	9/7/19	n. 240 12/10/19	C
IRCCS San Raffaele Pisana - Roma	riabilitazione motoria e sensoriale	17/12/20	S. Raffaele Pisana	10/11/20	n. 303 22/12/21	C
Istituto Neurologico Mediterraneo Neuromed - Pozzilli (IS)	neuroscienze	29/12/20	Verbale Neuromed	9/8/21	n. 223 17/9/21	C
SDN Istituto di Ricerca Diagnostica e Nucleare - Napoli	diagnostica per immagini e di laboratorio integrata	19/10/18	Verbale SDN	14/11/19	n. 295 17/12/19	C
Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza - San Giovanni Rotondo (FG)		18/7/19	Casa Sollievo della Sofferenza	17/4/20	n. 141 4/6/20	C
Istituto Mediterraneo per i Trapianti e Terapie ad Alta Specializzazione (ISMETT) Palermo	cura e ricerca delle insufficienze terminali d'organo	25/1/19	Verbale ISMETT	1/10/29	n. 269 16/11/19	C
Oasi di Maria Santissima - Troina (EN)	ritardo mentale e involuzione cerebrale senile	3/7/18	Verbale Oasi	22/11/18	n. 44 21/2/19	C

cerca svolte dai medesimi istituti. Lo stesso criterio incide anche sulla proposta di riconoscimento di nuovi Irccs: il budget disponibile è sempre lo stesso....

**Un altro punto interessante dell'attuale legge delega riguarda il coordinamento tra la direzione generale e la direzione scientifica degli Irccs, che implica un coinvolgimento concreto del direttore scientifico nella direzione strategica dell'istituto e nell'assegnazione di obiettivi condivisi, per garantire il necessario raccordo tra attività di ricerca e attività di assistenza nelle aree tematiche oggetto di riconoscimento e in coerenza con gli indirizzi di politica sanitaria regionale e nazionale.** In base alla normativa vigente, gli incarichi di direttore generale, direttore scientifico, direttore amministrativo e direttore sanitario degli Irccs pubblici sono incompatibili con qualsiasi altro rapporto di lavoro, pubblico e privato, e con l'esercizio di qualsiasi attività professionale. Si tratta però di una norma da rivedere, perché l'esperienza mostra come in caso di incompatibilità

assoluta si verifica una scarsa partecipazione dei potenziali direttori scientifici ai bandi per la selezione dei ricercatori, dal momento che dovrebbero sospendere la loro attività per un certo numero di anni con sensibile penalizzazione per la loro successiva carriera. Viceversa si vuole promuovere una maggiore mobilità, tra gli Irccs di diritto pubblico, gli enti pubblici di ricerca e le università, del personale per la ricerca sanitaria, sempre compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.

**La legge delega richiede inoltre di assicurare che lo svolgimento dell'attività di ricerca degli Irccs avvenga nel pieno rispetto dei criteri di trasparenza e di integrità della ricerca, secondo i criteri stabiliti a livello internazionale.** Per questo si pensa di utilizzare sistemi di valutazione della ricerca che



Istituto Giannina Gaslini - Genova

abbiano un impatto reale sulla salute dei cittadini; che prevedano un codice di condotta che garantisca leale concorrenza e corretto utilizzo delle risorse, nel concreto rispetto dei principi di sicurezza, stabiliti dalle raccomandazioni ministeriali e dai percorsi sperimentali, mantenendo la maggiore integrazione possibile con i comitati etici territoriali. In altri termini l'eccellenza degli Irccs deve essere anche eccellenza etica, vero punto di riferimento per molti altri ricercatori chiamati a collaborare con loro.

**Altro punto di grande interesse è quello che riguarda la tutela della proprietà intellettuale, mediante l'introduzione di un sistema che tenga conto della natura giuridica degli Irccs e delle finalità che perseguono, anche rispetto al trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca.** Si vuole disciplinare meglio il regime di incompatibilità del dipendente pubblico con le fasi di trasferimento tecnologico, di spin off e di start up, nonché il rapporto con le imprese nella fase di sponsorizzazione della ricerca e nella scelta del partner scientifico e industriale

per lo sviluppo di brevetti detenuti dall'Irccs. Il criterio di delega introduce disposizioni che facilitino il passaggio dall'idea progettuale all'eventuale brevetto, includendo tutte le altre fasi di produzione e di commercializzazione. In tutti gli Atenei e nelle strutture universitarie i brevetti sono al tempo stesso parte integrante della terza missione, dopo quella di insegnare e fare ricerca, e costituiscono anche la dimensione imprenditoriale del far ricerca, il valore aggiunto che consente anche un ritorno economico, ma che soprattutto ha una irradiazione ad ampio raggio sull'intero territorio in cui è maturata la ricerca stessa.

In conclusione: sono passati oltre venti anni da quando gli Irccs sono stati creati e l'attuale revisione può rappresentare una forte spinta in tre direzioni. Prima di tutto nel garantire ai malati una assistenza eccellente, costantemente monitorata; in seconda battuta la qualità delle cure offerte ai pazienti è sistematicamente supportata dalla attività di ricerca che garantisce aggiornamento e innovazione e in terzo luogo dalla sintesi tra i processi di ricerca e la qualità delle cure può scaturire anche l'eccellenza nella formazione. Gli Irccs diventerebbero al tempo stesso Teaching hospital.

**“ ALL'AUMENTATO NUMERO DI IRCCS NON CORRISPONDE UN AUTOMATICO INCREMENTO DELLE RISORSE ”**

# IL PUNTO DOLENTE

**La legge delega per il riordino della normativa sugli Irccs, è una delle riforme catalogate come indispensabili per raggiungere gli obiettivi del Pnrr che ci vengono richiesti dall'Europa, infatti viene definita come un suo collegato, e i decreti delegati devono essere approvati entro dicembre 2022**

di ROSSANA BOLDI

**A**lla Camera la delega ha ottenuto un via libera quasi unanime (solo una astensione), fatto che mi autorizza, come relatore, ad essere abbastanza soddisfatta del lavoro svolto in commissione insieme ai colleghi di tutti i gruppi parlamentari e nella interlocuzione con il Governo. Il cuore del provvedimento è il riconoscimento del fatto che la ricerca sanitaria deve essere al centro delle attività del Servizio Sanitario Nazionale. Senza ricerca non possiamo pensare di migliorare l'assistenza in termini di prevenzione diagnosi e cura che possiamo offrire ai cittadini

italiani. Penso che il testo sia stato migliorato durante il passaggio in XII Commissione della Camera, mettendo l'accento proprio sulla ricerca finalizzata alla traslazione e quindi alla ricaduta della ricerca sulla qualità delle prestazioni offerte ai cittadini, come si dice, dal laboratorio al letto del paziente. Nel testo licenziato dalla Commissione è stata ribadita con forza l'autonomia giuridico amministrativa degli Irccs di diritto privato e rimarcata la necessità di maggiore attenzione a programmi di ricerca riferiti a classi di età particolari.

È stata allineata su base quadriennale la programmazione della

ricerca corrente, valorizzato il lavoro delle reti di ricerca con collaborazioni anche internazionali e valorizzata la figura dei direttori scientifici.

Punto qualificante, e secondo me irrinunciabile, motivo di scontro con la Ragioneria dello Stato, vinto anche grazie all'aiuto del parere

**“SULLA STABILIZZAZIONE DEI RICERCATORI CHE LAVORANO NEGLI IRCCS, DA TROPPI ANNI INTRAPPOLATI NEI CONTRATTI A TEMPO DETERMINATO, C'È L'IMPEGNO DI TUTTA LA COMMISSIONE AFFARI SOCIALI DELLA CAMERA A RIPRESENTARE PROPOSTE IDONEE NELLA PROSSIMA LEGGE DI BILANCIO”**

della Conferenza Stato-Regioni, l'accessibilità di tutti i cittadini italiani alle prestazioni erogate dagli Irccs, ovunque sia la sede, ponendo come unico limite l'appropriatezza e l'ottimizzazione dell'offerta.

Grande rammarico per non essere riusciti, all'interno della delega, a stabilizzare i ricercatori degli Irccs e degli Istituti Zooprofilattici, intrappolati da troppi anni nella “piramide della ricerca” (l'impegno è quello di intervenire in legge di bilancio).

**E qui tocchiamo il vero punto dolente della riforma: dalla sua attuazione non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. In poche parole nessuna nuova risorsa.**

In questo momento in Italia ci sono 52 Irccs, 22 pubblici e 30 privati e molti istituti stanno preparando i dossier per diventare Irccs. Il Pnrr auspica l'incremento degli Irccs pubblici e una distribuzione “equa” sul territorio nazionale. Di-

re che la coperta è corta però, a mio parere, non deve per forza significare che il numero degli Irccs deve diminuire. Nella delega, grande importanza viene attribuita ai criteri e alle soglie di valutazione oggettivi e orientati a mettere in evidenza i punti di forza delle strutture sia per l'acquisizione della qualifica di Irccs che per il suo mantenimento, e credo sia fondamentale anche una maggiore responsabilizzazione delle regioni in merito ai nuovi riconoscimenti e la valorizzazione di reti di Irccs e la creazione di collaborazioni forti con enti e imprese. **Gli Irccs sanno da tempo che per la loro esistenza non possono contare solo sui finanziamenti statali.**

Si devono attrezzare, se già non lo hanno fatto, con strutture dedicate, a ricercare bandi, anche a livello internazionale, che permettano di portare avanti la ricerca su basi di collaborazioni e partecipazione a reti nazionali e internazionali.

I governi italiani hanno sempre investito meno degli altri paesi europei economicamente sviluppati nella Ricerca. Eppure i nostri ricercatori sono preparatissimi, in grado di competere con chiunque a livello inter-

Secondo la terza edizione della "Relazione sulla ricerca e l'innovazione in Italia - Analisi e dati di politica della scienza e della tecnologia" del Cnr, la spesa per R&S in rapporto al Pil, in Italia è in atto una lieve ripresa che porta all'1,4%, dovuta anche al fatto che gli stanziamenti pubblici hanno smesso di ridursi. Anche l'andamento del personale addetto alla R&S (in rapporto a mille unità di forza lavoro) cresce, soprattutto grazie all'incremento del personale nelle imprese che ha raggiunto i 218 mila addetti.

La Relazione inoltre evidenzia come "il tema della ricerca e innovazione è trasversale a tutto il Pnrr, rappresentando il perno su cui costruire la trasformazione ambientale e digitale del paese. Per tale ragione, pur essendoci una componente dedicata alla R&S (la componente 2 della Missione 4), le linee di azione che mirano ad incrementare gli investimenti pubblici e privati in R&S sono rintracciabili anche nella Missione 1 e nella Missione 2, nonché nella Missione 6, dedicata al rafforzamento del sistema sanitario".



nazionale, lo abbiamo dimostrato anche con i numerosi studi prodotti durante la pandemia di Covid-19.

Ma di fronte ad alcune scelte, anche tenendo conto del momento economicamente non facile per il Paese, sembra che non siamo ancora del tutto convinti che la ricerca

in sanità può essere un vero volano di sviluppo per l'Italia, che alcune strettoie burocratiche vanno eliminate, che gli investimenti da parte dei privati vanno incentivati e non ostacolati. Mi auguro, su questo tema, di sentire presto parole chiare che conducano a scelte conseguenti.

**La revisione della governance degli Irccs sarà conseguita attraverso un miglioramento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione delle loro aree di competenza.** Si prevede inoltre di differenziare gli Irccs a seconda delle loro attività, creare una rete integrata fra gli Istituti e facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra gli Irccs stessi e con le altre strutture del Ssn. Gli Irccs accedono alle risorse attraverso sistemi basati su parametri relativi all'attività scientifica su riviste ad alto impact factor, alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di collaborazione multi-centrica e di prodotti e soluzioni nell'ambito del trasferimento tecnologico e che tengano in considerazione l'impatto sul territorio di riferimento. Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli Irccs e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

Fonte: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

**“ GLI IRCCS SANNO DA TEMPO CHE NON POSSONO CONTARE SOLO SUI FINANZIAMENTI STATALI ”**

## Programmare meglio

Il Pnrr ha come obiettivi quelli di migliorare la competitività del Paese e di raccorciare le distanze Nord-Sud. Al Sud anche nella ricerca sanitaria è destinato il 40% dei fondi: **si tratta di non procedere per elargizioni, ma di fare accordi di programma rivolti al miglioramento degli Irccs**



Il Senato ha approvato la legge delega per la riforma degli Irccs-Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, 21 di diritto pubblico, 30 di diritto privato. Il riordino è previsto dal Pnrr nell'ambito del fine generale di "rafforzare la competitività internazionale del sistema Paese" con azioni mirate anche ad una maggiore competitività del Sud. Sulla base di ciò l'azione "M6C2.1" prevede l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Irccs con "l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie e consentire al sistema degli Irccs di rispondere alle nuove sfide del Ssn". La

proposta del Governo è bene sintetizzata dal Direttore Generale della Ricerca del Ministero della Salute prof. Giuseppe Ippolito nell'audizione alla Camera dei Deputati: "L'evoluzione del Ssn e i progressi della medicina legati ai progressi scientifici e tecnologici (scienze omiche, robotica, IoT, medicina personalizzata, ecc.) degli ultimi 15 anni rendono quanto mai opportuna una riflessione sulle possibili modifiche del decreto 288/2003, al fine di consentire al Sistema degli Irccs di rispondere alle nuove sfide del Ssn. È ormai evidente, infatti, come la progressiva regionalizzazione del Ssn abbia generato, come effetto collaterale, una pressione sui centri di eccellenza (tra i quali molti Irccs), che necessitano di un respiro sovra-regionale per esprimere al meglio le proprie potenzialità. Non si tratta di ritornare a modelli centralistici, ma di riconoscere che per mantenere gli elevati standard del Ssn occorre assicurare ai centri di eccellenza quel *quid pluris* che consenta loro di competere a livello internazionale e di garantire prestazioni di elevata complessità ai cittadini." Così il Ddl all'art. 1 lettera a) fissa come obiettivo il

“potenziamento del ruolo degli Ircss, quali istituti di ricerca e cura a rilevanza nazionale, al fine di promuovere in via prioritaria l'eccellenza in materia di ricerca preclinica, clinica, traslazionale, clinico-organizzativa nonché l'innovazione e il trasferimento tecnologico, ad integrazione dei compiti di cura e di assistenza svolti, nell'ambito di aree tematiche riconosciute a livello internazionale”. Nel passaggio al Senato la Ragioneria dello Stato-Iggespes ha chiesto di eliminare dalla lettera c) il riferimento nazionale-internazionale; questa la norma che si voleva cassare: “gli Ircss per le attività di ricerca e sperimentazione effettuate costituiscono poli di attrazione a livello nazionale e internazionale e non solo per una specifica area territoriale” perché ciò “comporterebbe maggiori oneri non quantificati e non coperti”. La ferma posizione del Senato (Commissione Bilancio: relatore sen. Saccone; Commissione Sanità: presidente senatrice Parente e sen. Binetti) ha conservato l'obiettivo stabilito dal Pnrr (missione degli Ircss nazionale-internazionale) perché il problema non è solo di spendere meno,

ma soprattutto di spendere meglio e di rafforzare la qualità. D'altra parte vi è già un blocco della spesa sanitaria degli Ircss disposto dal comma 496 della legge 178/2020 (legge di bilancio 2021), che prevede il contenimento nazionale della mobilità sulla base del dato storico complessivo, garantendo “l'accesso alle prestazioni rese dagli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico in favore di cittadini residenti in regioni diverse da quelle di appartenenza, rivalutando il fabbisogno sulla base della domanda storica come desumibile dai dati di produzione di cui all'ultima compensazione tra le regioni”.

**Ma forse è opportuno mettere in evidenza la straordinaria qualità degli Ircss a vantaggio del Paese e come questa si realizza.** Non si diventa Ircss né si viene confermati per semplice volontà del gestore (pubblico o privato), ma solo attraverso un esame rigoroso della qualità di ricerca e assistenza e della capacità di “fare rete” con altre istituzioni nazionali e internazionali. Questi

## Programmazione IRCCS per macroregione 51 IRCCS

Area macroregionale	Regione	Popolaz. Milioni	IRCCS in atto	Fondi da Ministero Salute <sup>^</sup>	Macro Regione IRCCS*	
Nord-Ovest	Valle d'Aosta		----	---		
	Piemonte		Fondaz. Oncologico-Candiolo (TO)	+++		
			Neurologico C.Mondino-Pavia	++		
	Lombardia		Fondaz. Policlinico-Pavia	++++		
			Ist. Clinico Mangiagalli-Pavia (e altre Regioni)	++++		
			Fondazione della Bicocca	++		
			Midea, Bonisio Parini	++		
			Ist. Clinico Humanitas, Rozzano	++++		
			Oncologico Ist. -Milano	+++		
			Ist. Nig. Inzoni-MI	++++		
			Fondaz. Neurolog. Resta-MI	++		
			Fondaz. Ospedale Policlinico-MI	++++		
			Cardiologico Monzino-MI	+++		
	Liguria		Ist. Europeo Oncologia-MI	++++		
			Fondazione Don Gnocchi-MI	++		
	Fondaz. San Raffaele-MI	++++				
	Ist. Ortopedico Galeazzi-MI	++				
	Ist. Policlinico San Donato-MI	++				
	Ist. Farmacologico Mario Negri-MI	++				
	Multimedica-Milano	++				
	IRCCS S. Martino (oncologia)-Genova	+++				
	Gaslini-pediatria-GE	++				
<b>Totale</b>		<b>15.871</b>			<b>19/21</b>	
Nord-Est	Veneto (potrebbe avere un altro IRCCS)		Ist. Oncologico Veneto, Padova	++++		
			S. Camillo Riabilitazione, Venezia	+		
			Don Calabria-Infettive Negrar (VR)	+		
	Bolzano-Trento		---	---		
	Friuli-V.G.			CR Oncol - Aviano	+++	
				Burlo Garofalo (pediatrico)-Trieste	+++	
	Emilia-Romagna			Ist. Tecnologie oncologiche RE/Emilia	++	
			S.Orsola Policlinico Bologna	+		
			IOR-Ortopedico Rizzoli-BO	+++		
			Ist. Scienze Neurologiche BO	++		
			Oncologico Romagnaolo-Mondola-FC	++++		
<b>Totale</b>		<b>11.544</b>			<b>13/10</b>	
Centro	Toscana		Stella Maris, Calambrone/PI	++		
	Marche		INRCA, AN	++		
	Umbria		---	---		
	Lazio			INMI Spallanzani	+++	
				IFO-Regina Elena	+++	
				IFO-San Gaetano	+	
				IDI	+	
				Fond. Policlinico Gemelli	+++	
				Fondaz. Santa Lucia	+++	
			Ist. Oftalmol. Bietti	+		
		San Raffaele Pisana	+			
		Bambino Gesù [Stato CdV]	++++			
<b>Totale</b>		<b>11.754</b>			<b>13/11</b>	
Sud	Abruzzo		---	----		
	Molise		NeuroMed, Pozzilli (IS)	++++		
	Puglia			Casa Sollievo Sofferenz. S. Giovanni Rot.	++	
				Oncologico Giovanni Paolo II - BA	++	
	Campania			Gastroenterol. De Bellis-Casullana Gr	+	
				Fondaz. Oncologica Pascale, NA	++++	
Basilicata			Fondazione SDB, NA	+		
Calabria			CR Oncologico, Rionero in Vulturne	+		
			INRCA Sud-Cosenza	---		
<b>Totale Sud</b>		<b>13.610</b>			<b>15/8</b>	
Isole	Sardegna	1.598	----	---		
	Sicilia	4.840	ISMET (trapianti) - PA	++		
			Bonino Pulejo (neuroscienze) - ME	+		
		Oasi (riabilitazione)-Trapani	+			
<b>Totale Isole</b>		<b>6.438</b>			<b>5/3</b>	

<sup>^</sup> Finanziamento medio 2018-2021 da parte del Ministero della Salute: +++++ oltre 5 milioni/anno, +/-++++ tra 1 milione e 5 milioni/anno; finanziamenti sulla base della produzione scientifica e dell'eccellenza clinica

\* In bold numero IRCCS teorici distribuiti secondo la popolazione macroregionale/IRCCS in atto (carenze Sud-Isole)  
In corsivo IRCCS pubblici



“ IL PROBLEMA NON È SOLO SPENDERE MENO, MA SPENDERE MEGLIO E RAFFORZARE LA QUALITÀ ”

# #COVER STORY



Non si diventa Irccs né si viene confermati per semplice volontà del gestore (pubblico o privato), ma solo attraverso un esame rigoroso della qualità di ricerca e assistenza e della capacità di "fare rete" con altre istituzioni nazionali e internazionali.

criteri, rimasti vaghi nel periodo 2003-2010, sono divenuti via via sempre più stringenti nel periodo 2010-2022 con la spinta di alcuni Ministri (Balduzzi, Lorenzin, Speranza) e della Direzione Generale Ricerca (Casciello e Leonardi) e con l'attività straordinaria dell'Ufficio 3 diretto dal dr. Guglielmi, che ha dato un'impronta rivolta senza sconti alla "qualità internazionale" degli Irccs, misurando le diverse attività appunto con criteri internazionali (impact factor, citazioni, brevetti europei).

**In un Paese allergico alla misura quantitativa delle attività (proprie e altrui) troppi fingono di**

**non sapere che le regole permettono a un mediocre di diventare qualsiasi cosa (professore, primario, etc.), ignorando che però basta andare su Google Scholar per sapere se Rossi Antonio è migliore o peggiore di Verdi Giuseppe e se l'Irccs X svolge attività scadente o di qualità: lì si trovano le pubblicazioni internazionali e soprattutto le citazioni (cosa si dice nel mondo sulla tua attività).** Così se due pari età hanno uno 1.000 citazioni e l'altro 10.000 non vi è dubbio alcuno chi sia migliore, e di sicuro un Irccs lo sceglie perché ha interesse a ricercatori e medici di valore per non perdere il riconoscimento. E poi li stimola a divenire ancora più bravi, a fare squadra, a competere internazionalmente, perché il finanziamento ministeriale dipende da tutto questo con "metodo trasparente obiettivo". Non è detto che altrove (ospedali, università) succeda sempre così, perché non vi sono regole per valutazioni così stringenti, internazionali, e soprattutto a breve termine.

Il Pnrr, dicevo all'inizio, ha come obiettivi quelli di migliorare la competitività del Paese e di raccorciare le distanze Nord-Sud. Al Sud anche nella ricerca sanitaria è destinato il 40% dei fondi: si tratta di non procedere per elargizioni (regalare il pesce), ma di fare accordi di programma (insegnare a pescare) rivolti al miglioramento degli Irccs e in generale della sanità del Mezzogiorno. E bisogna anche programmare meglio in ambiti strategici: vi sono Irccs pediatrici nel Nord-ovest (Gaslini), nel Nord-est (Burlo-Garofalo), nel Centro (Bambino Gesù), nessuno nel Sud, che è coperto bene solo in ambito neurologico (Neuromed, Pozzilli) e oncologico (3 Irccs in Campania, Puglia, Basilicata) con istituzioni di qualità, ma nulla ad es. in pediatria o in malattie infettive. Serve in generale una spinta sempre più decisa alla qualità scientifica e clinica (soprattutto per non arretrare dal percorso degli ultimi anni) e serve anche programmare meglio: la Tabella a margine di questo contributo spiega da sola gli errori di programmazione e il perché del drenaggio di energie professionali via dal Sud.

“ SERVE UNA SPINTA SEMPRE PIÙ DECISA  
ALLA QUALITÀ SCIENTIFICA E CLINICA ”

# THE TRIPLE HELIX

La collaborazione tra industria, accademia e governo e la creazione di partnership con altri enti e imprese è un percorso ineluttabile e ineludibile

—  
di GIANVITO MARTINO



**L**a trasformazione delle Università, alla fine del XIX secolo, da alte scuole di formazione in imprese capaci di avere una funzione sociale, non solo nell'ambito dell'insegnamento ma anche in quello

della ricerca, ha di fatto cambiato la cosiddetta "infrastruttura della conoscenza". Cambiamento che ha incontrato la necessità delle industrie del tempo, partecipi della rivoluzione industriale, di avere laboratori di ricer-

ca industriale. L'incontro tra un cambiamento culturale e un'esigenza pratica diviene sempre più rilevante nella seconda metà del XX secolo, quando il quadro internazionale cambia, aumenta la concorrenza economica internazionale, finisce la Guerra Fredda ed emergono nuovi modelli di sviluppo economico basati sulla conoscenza.

Il nuovo modo di rapportarsi di questi due mondi - da un lato l'accademia, o più in generale gli istituti di ricerca (e.g. Irccs, Università) e dall'altro l'industria - necessitava, quindi, di un nuovo contratto. Mentre il precedente contratto era basato su un modello lineare di innovazione, presupponendo solo contributi a lungo termine della conoscenza accademica all'economia, il modello nuovo che si andava imponendo, e che tutt'ora tende a predominare, prevedeva possibili contributi sia a lungo che a breve termine, sia nell'ambito della costituzione di nuove imprese sia nei contratti di ricerca in settori particolarmente innovativi (e.g. biotecnologie, informatica). Un nuovo modello di innova-



## “ IL CAMPO IN CUI LE PARTNERSHIP ACCADEMIA-INDUSTRIA SI SONO MAGGIORMENTE CONSOLIDATE NEGLI ULTIMI TEMPI È QUELLO FARMACEUTICO ”

zione capace di catturare i molteplici collegamenti reciproci che caratterizzano la capitalizzazione della conoscenza.

Il maturare di questa convinzione trova il suo nadir proprio alla fine del XX secolo quando Etzkowitz e Leydesdorff (cfr. "The Triple Helix", 1995) propongono la cosiddetta "tripla elica" e cioè la necessità di instaurare una tripla relazione "accademia-industria-governo" che gli autori appunto considerano come componente chiave

di qualsiasi strategia di innovazione nazionale o multinazionale che sia.

Ma mentre dal punto di vista teorico il ragionamento di cui sopra è condiviso dai più, meno condivisibile diventa la modalità con cui costruire e instaurare un rapporto virtuoso tra queste entità che possa alla fine fare la differenza ma nel tempo si è arrivati ad alcune regole.

In primis, bisogna definire il contesto strategico del progetto come parte integrante del processo di selezione. Ciò lo **si può fare solo definendo molto bene quali sono gli outcome della collaborazione e qual è il valore aggiunto che viene generato sia per gli istituti di ricerca sia per le industrie. In secundis, è necessario selezionare con attenzione i project manager cosiddetti "di confine" e cioè persone che abbiano almeno tre attributi chiave:** un'approfondita conoscenza della tecnologia di cui si ha bisogno, l'inclinazione a costruire reti tra organi funzionali e organizzativi e la capacità di fare collegamenti tra ricerca e op-

portunità di applicazione del prodotto. Dopodiché è necessario condividere con gli Istituti di ricerca la visione di come la collaborazione può aiutare l'azienda, condivisione necessaria per instaurare una proficua collaborazione. Per fare ciò, bisogna selezionare ricercatori che capiscano di pratiche aziendali e di obiettivi tecnologici, assicurandosi che la squadra accademica apprezzi il contesto strategico del progetto. Altro requisito è l'investimento in relazioni a lungo termine; bisogna avere piani di sviluppo pluriennale perché i tempi della collaborazione sono inevitabilmente lunghi. Ne va da sé che si devono coltivare relazioni con i ricercatori di destinazione, anche se la ricerca non è supportata direttamente. **Stabilire un forte legame di comunicazione con la squadra dei ricercatori organizzando riunioni face-to-face su base regolare è altro prerequisito indispensabile.** Questo lo si può fare solo sviluppando una strategia routinaria di



### IL DIBATTITO

Già a metà del secolo scorso si iniziano a distinguere le varie posizioni in campo. Robert Merton nel 1947 (cfr. "The Normative Structure of Science") definisce quelle che sono, o che dovrebbero essere, le caratteristiche

di uno scienziato utilizzando l'acronimo Cudos (i.e., comunismo, universalismo, disinteresse, originalità e scetticismo). Successivamente, prima Mitroff nel 1974 e poi Ziman nel 1994, contrappongono al Cudos di Merton il loro Place (i.e., brevettato, limitato, autoritario, commissionato ed esperto) acronimo che caratterizzerebbe, a loro dire, quelle che potremmo definire le caratteristiche di un lavoro commissionato come quello svolto precipuamente dall'industria. Un dibattito che ha messo in luce le differenze dei due ambiti in questione, ma che non ha impedito di poter nel tempo identificare alcune regole precise che oggi se applicate possono fare la differenza.

comunicazione globale; così facendo si migliora l'integrazione tra i partners, e si incoraggia il prolungato scambio di personale, sia dall'azienda all'istituto di ricerca sia viceversa. Dopodiché bisogna creare un'ampia consapevolezza del progetto all'interno dell'azienda promuovendo le interazioni tra la squadra di ricercatori accademici e le diverse aree funzionali dell'azienda stessa, assicurando continui feedback relativamente all'allineamento del progetto con le esigenze aziendali. **Infine, bisogna sostenere il lavoro internamente all'azienda ed all'istituto di ricerca sia durante il contratto sia dopo, fino allo sfruttamento finale dei risultati della ricerca.** Ciò implica che è necessario fornire il supporto interno adeguato alla supervisione tecnica e di gestione così come responsabilizzare l'azienda relativamente alla diffusione dei risultati della ricerca.

Il campo in cui le partnership academia-industria si sono maggiormente consolidate negli ultimi tempi è il campo farmaceutico grazie, soprattutto, al costante aumento della spesa in tale settore: le revenues delle 100 maggiori Big Pharma



**È del giugno 2021 l'annuncio da parte di Gsk di un investimento di 56 milioni di sterline destinato alla creazione di un Innovation Centre per la produzione di farmaci in Scozia.** Sono poi stati proposti modelli di Crowd Sourcing fin dal 2001 quando Eli Lilly fondò la startup **InnoCentive, piattaforma online sulla quale esperti di vari settori danno risposta a problemi irrisolti nel campo della R&D in cambio di un corrispettivo in denaro.** **Ad oggi, tale piattaforma ha lanciato più di 2.000 sfide e ha ricevuto circa 60.000 soluzioni da più di 500.000 scienziati provenienti da 200 paesi.**

Infine, si sono rivelati interessanti strumenti quali la cosiddetta Virtual R&D che limita il numero delle persone in staff e usa risorse esterne tecnologie e facilities on demand. Sempre Eli Lilly con il suo programma virtuale ha aumentato il rate di successo degli studi farmacologici (di fase II) dal 29% al 54%.

al mondo è risultato solo nel 2020 di 4 trilioni di dollari. Spesa dovuta non solo ad un aumento della domanda per i prodotti farmaceutici ed alla scadenza dei brevetti di prodotti molto importanti, ma anche alle politiche di contenimento dei costi per i farmaci adottate da molti paesi Ocse. Oltre a ciò, i più recenti progressi scientifici nel campo della bio(tecno)logia - cellulare e molecolare - hanno determinato lo sviluppo di nuovi prodotti terapeutici più potenti che sono stati denominati genericamente "terapie avanzate" (e.g. terapia genica, terapia cellulare, ingegneria dei tessuti). Terapie avanzate che hanno un enorme potenziale sia per i pazienti che per l'industria, ma che sono molto costosi: **mentre il costo di una terapia oncologica è passato da 4 mila euro nella seconda metà degli anni '90 a 70-100 mila euro negli anni 2015-2020, le terapie avanzate hanno dei costi che vanno dai 300 mila al 2,5 milioni di euro.**

Lo sviluppo così accelerato del settore farmaceutico a cui abbiamo assistito negli ultimi anni ha anche, parallelamente, accelerato le partnership tra i ricercatori, gli istituti di ricerca e l'industria

del farmaco. Partnership che si sono concretizzate attraverso vari modelli. Sono stati creati Innovation Centers nei quali le Big Pharma forniscono supporto economico, risorse umane e tecnologie mentre i ricercatori forniscono ipotesi sui meccanismi di funzionamento dei nuovi farmaci; il processo di decision making è delegato ad uno steering committee comune.

In conclusione, la partnership tra istituti di ricerca (e.g. Università, Irccs) e industria è da considerarsi percorso ineluttabile e ineludibile, soprattutto nel settore farmaceutico, considerando gli sviluppi scientifici e tecnologici a cui abbiamo assistito negli ultimi anni. Una partnership virtuosa che valorizzi i vantaggi competitivi che entrambi i contraenti possono fornire non può che giovare alle richieste di una società della conoscenza sempre più esigente, soprattutto nel campo della salute. Il contributo dello Stato è essenziale, ma solo se tende a favorire le partnership stesse come nel modello della "The Triple Helix"; viceversa il contributo dello Stato risulterebbe irrilevante se non controproducente.

# #COVER STORY

La rete Irccs delle Neuroscienze e della Neuroriabilitazione (Rin), alla quale aderiscono attualmente trenta Irccs che rappresentano l'eccellenza nelle neuroscienze e nella neuroriabilitazione nel nostro Paese, pone al centro dei propri programmi lo sviluppo di piattaforme tecnologiche e progetti di ricerca a sostegno della migliore qualità dei processi di diagnosi, cura e continuità assistenziale. La capacità globale clinica e di ricerca espressa da Rin è significativa: 106 mi-

la ricoveri/anno, 1 milione 200 mila visite ambulatoriali/anno, mille trial/anno ed un Impact Factor annuo superiore a 16 mila punti. Le priorità di ricerca clinica sono affrontate grazie all'integrazione di piattaforme tecnologiche sviluppate dalla Rete: Genomica/Proteomica, Neuroimaging, Neuroimmunologia e Tele-neuroriabilitazione. Queste piattaforme si stanno dimostrando strumenti fondamentali per diversi piani di azione: una diagnosi sempre più accurata e sempre più precoce ed una

## LE 6 RETI OPERATIVE

ALLEANZA CONTRO IL CANCRO ACC  
RETE DELLE NEUROSCIENZE E DELLA  
RIABILITAZIONE RIN

RETE CARDIOLOGICA ASSOCIAZIONE  
PER LO STUDIO DELLE MALATTIE  
CARDIOVASCOLARI

RETE ITALIANA SALUTE DELL'ETÀ  
EVOLUTIVA IDEA

ASSOCIAZIONE RETE AGING

RETE APPARATO MUSCOLO  
SCHELETRICO RAMS

di rischio ed i marcatori più specifici di risposta ai trattamenti, col fine ultimo di una presa in carico personalizzata rispetto ai bisogni del singolo soggetto malato configurando una "medicina di precisione".

## ISTITUTI VIRTUALI NAZIONALI

Nel modello organizzativo a matrice sviluppato dalla Rin per le aree delle Neuroscienze cliniche e sperimentali, spiccano gli Istituti Virtuali Nazionali (Ivn), gruppi di lavoro trasversali che forniscono l'opportunità di razionalizzare gli investimenti e le risorse, raccogliere vaste coorti di pazienti e, non da ultimo, interagire con altri network

"stratificazione" ovvero una caratterizzazione dei pazienti in "endofenotipi" che riflettono come la malattia, nella sua complessità, si estrinseca in quel singolo paziente. Con questo approccio, vengono studiati anche i fattori

# Neuroimaging e Genomica **al centro**

La Rin è stata istituita nel 2017 dal Ministero della Salute per stimolare la collaborazione, espandere la trasferibilità nella pratica clinica della ricerca degli Istituti che vi aderiscono e coordinare azioni a valenza internazionale per incrementare rilievo e competitività del settore

di RAFFAELE LODI

nazionali ed internazionali. Dal 2019 ne sono stati attivati cinque: Demenze, Parkinson, Sclerosi Multipla, Malattie Rare e Malattie cerebrovascolari. Per la fase di start-up stati sono stati previsti alcuni step intermedi comuni a tutti gli Istituti: armonizzazione dei protocolli clinici, delle indagini strumentali e di laboratorio e creazione di database per la raccolta dei dati e loro condivisione in forma permanente.

**I PROGETTI IN CORSO.** L'IvN Demenze è impegnato in un progetto che, grazie a diverse articolazioni, ha l'obiettivo primario di identificare i soggetti a rischio di sviluppo di demenza degenerativa in una fase pre-sintomatica o prodromica, indagando i pathway molecolari attivi nelle fasi precoci e definire possibili target terapeutici, ed individuare i soggetti candidati per trattamenti disease modifying che potrebbero essere disponibili nei prossimi anni. Nello studio in corso sono analizzati in parallelo biomarcatori avanzati di tipo clinico, neuropsicologico, neurofisiologico, di imaging, genomico e biochimico.

L'IvN Parkinson lavora sull'identificazione dei fat-

torigenetici che influiscono sul rischio di sviluppare la malattia ed incidono sulla gravità dei sintomi e del decorso, studiando in particolare il ruolo delle mutazioni del gene Gba grazie all'utilizzo di un protocollo di analisi genetica e caratterizzazione fenotipica condivisa dagli Irccs partecipanti. Lo sforzo di effettuare un'analisi mutazionale completa del gene Gba in una casistica particolarmente estesa di soggetti (1.600) è il più ampio mai realizzato. Viene utilizzato un innovativo protocollo basato sull'amplificazione selettiva dell'intero gene Gba ed il successivo sequenziamento mediante tecnologia Ngs (Next Generation Sequencing). Questo passo, indispensabile, aprirà le porte a successivi progetti di ricerca di biomarcatori nella stessa coorte di pazienti con Malattia di Parkinson geneticamente e clinicamente studiata ed, auspicabilmente, contribuirà all'individuazione di nuovi approcci terapeutici in grado di contrastare la progressione di questa frequente malattia neurodegenerativa.

**LA PIATTAFORMA DI NEUROIMAGING DI RIN,** infine, ha af-

**Il Ministero ha promosso nel corso degli anni la costituzione di Reti strutturate tra gli Irccs al fine di mettere a fattor comune le risorse presenti negli Irccs in termini di competenze scientifiche cliniche, sperimentali e biotecnologiche, di tecnologie avanzate, e di ottimizzare l'impiego delle risorse e rafforzare la posizione italiana in Europa in termini di ricerca e cura nei diversi ambiti tematici. Gli obiettivi sono:**

- orientare ad una ricerca coordinata per ottimizzare le capacità di ricerca e la sostenibilità,
- creare una piattaforma di centri di ricerca, raggruppati per macro-aree, di facile accesso ai cittadini/pazienti per la cura delle patologie, migliorando le prestazioni sanitarie e la diffusione di buone pratiche,
- internazionalizzare la partecipazione delle Reti tematiche Irccs attraverso progetti di ricerca mirati, strutturati, competitivi e sostenibili.

frontato due delle sfide più complesse in questo campo: la mancanza di benchmark per i protocolli di acquisizione standard, associati all'eterogeneità degli scanner di risonanza magnetica a seguito della rapida evoluzione tecnologica – e la necessità di piattaforme tecnologiche tali da permettere l'interscambio di enormi quantità di dati. **L'attuazione del progetto rappresenta un indubbio passo avanti per l'effettiva armonizzazione delle modalità di studio delle patologie neurologiche a livello nazionale.** Rin, assieme ad Alleanza Contro il Cancro e alla Rete Cardiologica, è anche coinvolta nel più ambizioso progetto di medicina personalizzata e di precisione Health Big Data, che mira

ad accelerarne l'applicazione mediante la creazione di una piattaforma tecnologica che consenta la raccolta, condivisione ed analisi di dati clinici, strumentali e di laboratorio dei pazienti di ciascun Irccs. Il progetto, decennale, è stato finanziato dal Ministero della Salute con 55 milioni di euro.

Rin, infine, contribuisce attivamente ad un progetto biennale promosso dall'Istituto Superiore di Sanità che mira ad affrontare le criticità in tema di Long-Covid attraverso lo studio delle conseguenze neurologiche ed anche psichiatriche della malattia e finalizzato all'individuazione e condivisione delle migliori pratiche cliniche, comprese quelle riabilitative, per la presa in carico del paziente con problematiche neuropsichiatriche che si manifestano dopo l'infezione da Sars-CoV-2.

**“ LA CAPACITÀ GLOBALE CLINICA E DI RICERCA ESPRESSA DA RIN È SIGNIFICATIVA ”**

## Cammino ad ostacoli

Il percorso “Piramide della ricerca” necessita di veloci e importanti aggiustamenti, anche dal punto di vista contrattuale, e di un completamento con **l'introduzione del ruolo della dirigenza per il personale della ricerca sanitaria di Irccs e Izs**

di SANDRO ALLOISIO

**P**arlare di luci e ombre di una riforma che, nelle volontà di chi ha contribuito a scriverne e realizzarne i contenuti rappresenta un vero punto di svolta, diventa complicato, perché purtroppo, come spesso accade nel nostro paese, da ottimi principi non necessariamente nascono ottime soluzioni. E a questo assunto non si sottrae nemmeno questo percorso. Vi sono infatti nei contenuti sia della legge che della sezione contrattuale per il personale della ricerca numerosi spunti e riferimenti che vanno nella giusta direzione, ovvero del riconoscimento e della valorizzazione delle attività del personale di ricerca e dei collaboratori alla ricer-

ca, ma che inevitabilmente si scontrano con la realtà che è quella di un percorso giusto nelle intenzioni ma complicato nell'applicazione. Questo a causa dei numerosi fattori che ancora non trovano adeguate risposte, fra tutti la cronica mancanza di finanziamenti per la ricerca sanitaria. In Italia attualmente il finanziamento della ricerca sanitaria è come noto ben al di sotto della media europea. Per anni con ogni mezzo abbiamo cercato di far emergere la grave situazione di precariato esistente nella sanità pubblica e in modo particolare negli Irccs e Izs che sicuramente per primi hanno visto svilupparsi questo fenomeno. Negli Irccs si era previsto per norma (art. 36 del Dpr 617/80) la possibilità di conferire contratti a tempo determinato in funzione della durata delle ricerche. Per anni ci siamo trovati con

un numero crescente di precari, che aumentavano con l'aumentare dei riconoscimenti di nuovi Irccs, ma senza riuscire a far emergere la gravità della situazione, in un contesto nel quale la ricerca era intesa solo come quella effettuata negli enti di ricerca (Cnr, Izs, Università, ecc.) e non quella dei ricercatori degli Irccs e Izs.

Racchiusi in un limbo con il paradosso di essere molto produttivi in termini di attività di ricerca, ma sconosciuti ai più, con una galassia di professionalità, che non coinvolge solo personale sanitario in senso stretto (medici, veterinari, biologi, farmacisti, psicologi, infermieri, tecnici sanitari, etc.) ma con l'avvento delle nuove tecnologie e delle scoperte che hanno contribuito ad ampliare notevolmente il ventaglio delle conoscenze in ambito scientifico, il mondo della

ricerca oggi si avvale anche di innumerevoli e variegate professionalità con formazioni e specializzazioni diverse. **Nel 2016 da una ricerca del Ministero della salute risultavano essere ben 44 diverse figure professionali impegnate nell'attività di ricerca.**

Per anni abbiamo cercato di avere una interlocuzione concreta su questo problema, senza trovare però



risposte concrete; nel 2016, dopo un pressing esercitato dai lavoratori precari con Fp Cgil e Nidil Cgil, con continue manifestazioni e presidi ad ogni iniziativa della allora Ministra Lorenzin, vista anche la necessità di intervenire determinata dal fatto che dal 1 gennaio 2017 in applicazione del Jobs Act non sarebbe più stato possibile ricorrere alle collaborazioni coordinate e continuative, in occasione degli Stati Generali della Ricerca fu avanzata la proposta di realizzare un percorso professionale per i ricercatori del Ssn garantendo "continuità" al loro lavoro ma in un ambito di maggiore competitività, e con un non ben definito rapporto di lavoro (contratto).

**Ma di quella proposta e delle risorse (un miliardo di euro) che il Ministro aveva assicurato sarebbero state messe a disposizione non se ne seppe più nulla. Nessuna proposta venne avanzata nella legge di stabilità per il 2017.** Finalmente dopo anni di precariato atipico (co.co.co, borse di studio, partite iva), per i ricercatori e il personale di supporto alla ricerca degli Irccs e Izs nel 2017, nella legge di bilancio

## La carta e il codice

Nel 2005 la Commissione Europea adottò una Carta europea dei ricercatori e un Codice di condotta per l'assunzione dei ricercatori. Questi due documenti sono rivolti ai ricercatori, ai loro datori di lavoro e ai finanziatori di ricerca sia nel settore pubblico che in quello privato e sono elementi chiave della politica europea, volta a sostenere la carriera dei ricercatori. Le carriere nella ricerca in Europa sono attualmente frammentate a livello locale, regionale, nazionale o settoriale e ciò non consente all'Europa di sfruttare appieno il suo potenziale scientifico. La Carta e il Codice assicurano che i ricercatori godano degli stessi diritti e doveri in ogni Paese europeo.

## “ IRCCS E IZS PER PRIMI HANNO VISTO SVILUPParsi IL FENOMENO DEL PRECARIATO ”

2017 è stato individuato un percorso di assunzione del personale con un contratto (nel comparto sanità) a termine di 5+5 anni che ne garantisse tutele e diritti ma che, di fatto, perpetua il precariato di tali professioni. Questo percorso noto con il nome di "Piramide della Ricerca", come intuibile dal nome, è un cammino ad ostacoli con la possibilità di rinnovo per il quinquennio successivo solo previo superamento di obiettivi sfidanti. La vera svolta fu che finalmente si prevedeva un finanziamento ad hoc che di fatto determinava il primo aumento dai tempi della Bindi del finanziamento a disposizione della ricerca sanitaria, facendolo salire dallo 0,20% allo 0,35% del

fondo sanitario nazionale. A distanza di ormai quasi 5 anni dall'emanazione di quelle norme e a tre anni dall'assunzione di questo personale, molte purtroppo sono ancora le ombre che gravano su questo percorso. Difficoltà nell'applicazione dei contenuti contrattuali, in modo particolare sul riconoscimento della premialità, l'accesso alle scuole di specializzazione, ma soprattutto la mancanza di un percorso certo per essere assunti stabilmente per fare il proprio lavoro. Percorso che da più parti si è riconosciuto necessario e dovuto, ma che sino ad oggi non ha trovato concrete risposte. **Confidiamo quindi che gli impegni assunti**

dal Ministero nell'incontro del 28 giugno, nel corso del partecipato presidio organizzato dalla Fp Cgil, vengano mantenuti a partire dall'inserimento nella legge di bilancio per il 2023 di una norma che consenta l'assunzione a tempo indeterminato nei ruoli della ricerca di tutto il personale assunto nel percorso della Piramide.

In conclusione è assolutamente evidente che quanto sin qui realizzato non sia un successo e che, a fronte di una adesione di circa 1.800 Ricercatori assunti tra fine 2019 e la prima metà del 2020, in fase di prima applicazione della legge, ne sono rimasti solo 1.300, una perdita secca di oltre un quarto delle risorse umane dedicate. Infine, il fatto che nessun ricercatore sia rientrato dall'estero a queste condizioni, deve far riflettere sull'evidenza che il percorso "Piramide della ricerca" necessita di veloci e importanti aggiustamenti, anche dal punto di vista contrattuale, e di un completamento del percorso con l'introduzione del ruolo della dirigenza per questo personale. Per quanto ci riguarda, li abbiamo a più riprese indicati, ora servono i fatti, a cominciare da fine agosto, quando come concordato, avremo un incontro al Ministero per verificare se veramente questa volta le promesse verranno mantenute.

# Diamo valore a chi la ricerca la fa

**La ripresa del nostro Paese passa per la revisione e il rilancio della ricerca sanitaria che non può prescindere dal miglioramento della condizione delle professionalità, dal prevedere una dotazione organica per il personale della ricerca e sopperire all'attuale mancanza del "dirigente ricercatore"**

di **BENEDETTO MAGLIOZZI**

**O**ggi più che mai si sente l'esigenza di una riforma urgente e coerente che contrasti tutte quelle criticità che investono la ricerca scientifica, un settore vivo e dinamico, piegato però dal peso dei tagli ai finanziamenti e dalla conseguente riduzione delle risorse umane. Si tratta di riformare e attualizzare una materia disciplinata ormai quasi vent'anni fa, quella della ricerca biomedica e

della rete degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che ne costituiscono il fulcro pulsante, proprio perché si tratta di enti a carattere nazionale che perseguono finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e della gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. Una riforma sentita e richiesta da più fronti, dunque,

approvata dal Parlamento, chiamato a discutere la legge delega riguardante il riordino della disciplina degli Irccs: un passo importante verso una ricerca di qualità, un obiettivo rilevante che il Pnrr si prefigge di raggiungere entro il 2022 per rispondere all'esigenza di innovare profondamente quello che dovrà essere il fiore all'occhiello della Sanità, sia sul fronte della ricerca che dell'assistenza. In Italia si sta investendo molto meno nella ricerca scientifica rispetto ad altri Paesi europei, destinando tra pubblico e privato appena l'1,4% del Pil, con una spesa media pro-capite di 56 euro, decisamente troppo distante dai 279 euro del Lussemburgo o dai 184 della Germania. Eppure, solo investendo in ricerca di qualità si riuscirà a produrre, sia per i singoli individui e sia per l'intera Comunità, risultati positivi e concreti, che rappresentino un valore aggiunto per il sistema del Paese, in ambito economico, etico e sociale.

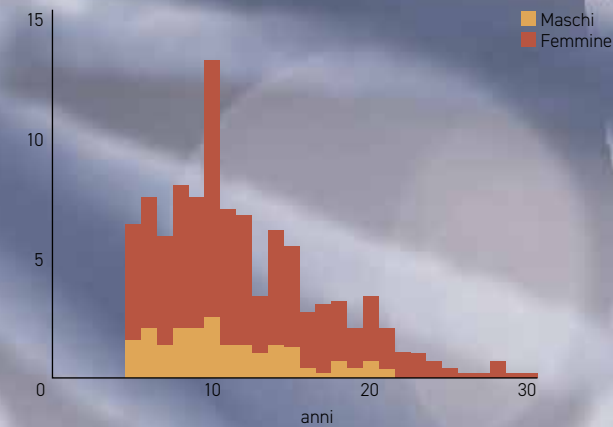
Le conseguenze delle scelte di questi ultimi anni sono evidenti e mostrano una Sanità in sofferenza, esasperata dalla pandemia: l'incremento del numero degli Irccs, attualmente 51, si scontra con il fatto che gli investimenti pubblici per la ricerca sanitaria risultino essere sempre i

## Anzianità di servizio con contratti a termine del personale piramidato di IRCCS e IZS.

Survey di Arsi - Dicembre 2021

medesimi, pendendo anzi verso la riduzione. E i progressivi tagli ai finanziamenti comportano l'acuirsi della condizione di precariato dei ricercatori e la conseguente fuga dei cervelli all'estero. Occorre inoltre prendere atto che non sempre l'assegnazione del titolo di Irccs, prestigioso e ambito dagli enti, corrisponda nella realtà quotidiana ai requisiti attesi. L'attuale normativa, il Decreto legislativo n. 288 del 16 ottobre 2003, per conferire quest'attribuzione, pur richiedendo caratteri di eccellenza del livello delle prestazioni, dell'attività sanitaria svolta negli ultimi tre anni e caratteri di eccellenza della attività di ricerca svolta nell'ultimo triennio relativamente alla specifica disciplina assegnata, non fissa alcuno standard minimo. Un altro elemento che fa riflettere è che, al netto delle competenze e della retribuzione media dei ricercatori, spesso non sono giustificabili le differenze tra i finanziamenti pubblici ricevuti dai diversi Irccs, soprattutto quando si va a verificare il numero di ricercatori, la produzione scientifica misurata con impact factor e la capacità di attrarre finanziamenti esteri.

In un tale contesto, sarà fondamentale la revisione delle procedure e dei criteri di riconoscimento e di con-



L'anzianità di servizio del personale della ricerca sanitaria attualmente precario per il 100% delle unità, ottenuta da una survey svolta dall'Associazione Ricercatori in Sanità Italia, Arsi nel dicembre 2021. La media di anni di precariato è ampiamente sopra i 10 anni e l'anzianità di servizio precaria raggiunge i 30 anni.

trollo di tali istituti.

Essenziale, inoltre, sarà l'ulteriore valorizzazione del ruolo degli Irccs e del loro ambito di azione, l'adozione di nuovi meccanismi di finanziamento e l'approvazione di un nuovo assetto di Governance.

Per rendere effettiva l'auspicata inversione di tendenza, risulta strategico promuovere e incoraggiare lo sviluppo di una ricerca sanitaria che come Cisl Medici riteniamo debba poter insistere su una più robusta rete di collaborazioni che renda il nostro sistema competitivo a livello internazionale.

Fondamentale sarà quindi

continuare a incoraggiare le cosiddette "reti di patologia" promosse dal Ministero negli ultimi anni, cercando di unire Istituti che trattino la stessa area terapeutica per creare collaborazioni in un clima omogeneo e complementare e costituire team multidisciplinari per promuovere un'effettiva collaborazione trasversale. E poi, per migliorare l'offerta della ricerca scientifica all'utenza, occorre migliorare in primis la condizione professionale di chi la ricerca scientifica fa: procedere alla stabilizzazione di tutti i ricercatori precari, impedire il

protrarsi dei fenomeni di dumping contrattuale nel settore privatistico, stato che intralcia di fatto la parità di trattamento economico e giuridico delle risorse, e considerare ineludibile l'applicazione al personale della disciplina contrattuale nazionale in essere per l'area della dirigenza medica e sanitaria e il comparto del Ssn stipulata nel pubblico impiego.

Insomma, valorizzare le professionalità del settore pubblico e di quello privato, prevedere una dotazione organica per il personale della ricerca, sopperire all'attuale mancanza del "dirigente ricercatore".

Se la ripresa del nostro Paese passa anche per la revisione e il rilancio della ricerca sanitaria, non si può prescindere da questi step. Per la Cisl Medici, la necessità di un riordino concreto ed effettivo della rete degli Irccs come quello previsto dalla normativa attualmente in discussione, acquisisce un'importanza fondamentale e un'urgenza motivata dal fatto che gli Istituti di ricerca rivestano un ruolo fondamentale per la costruzione di un sistema salute di qualità in grado di rispondere ai bisogni attuali e futuri del Paese.

“FONDAMENTALE CONTINUARE A INCORAGGIARE LE “RETI DI PATOLOGIA” PROMOSSE DAL MINISTERO”

**Essere portatore di una malattia, o in qualche modo coinvolto con chi è portatore, fa automaticamente di questa persona un esperto? O forse in primo luogo un legittimo portatore di interessi?**

**Una delibera della Regione Toscana, che introduce la figura del Paziente esperto nelle procedure di gara, ha sollevato un acceso dibattito**

# PAZIENTE ESPERTO, O NO?

di GIANDOMENICO NOLLO

**L** tema della partecipazione del paziente ai processi di cura è un tema emerso non certamente oggi, né con la delibera della regione Toscana, né con le declaratorie che accompagnano e hanno accompagnato molti dei processi di rinnovamento dei Sistemi Sanitari a partire dagli anni 90 del secolo scorso. Il tema è ovviamente complesso, perché anche il più basso livello di questa rivoluzione di pensiero e

azioni, ovvero la partecipazione del paziente alla comunità di cura, richiede una literacy, una condivisione di motivazioni e una ripartizione di deleghe e responsabilità, non banali e non definibili per decreto. **Ci sono tuttavia esempi virtuosi di come il coinvolgimento del paziente e la giusta leva sulle competenze acquisite nell'autogestione della propria malattia possa non solo divenire uno strumento sinergi-**

co di cura ma anche un valore aggiunto per altri portatori della stessa malattia. Sull'onda di questo sono nate importanti associazioni di pazienti delle più diverse e impattanti malattie, ma anche esperienze significative di partecipazione alla cura come ad esempio gli Ufe (Utenti e Familiari Esperti) in campo psichiatrico, figure nate all'interno del Servizio di Salute Mentale di Trento, ma successivamente diffuse in altre zone d'Italia e in alcuni paesi esteri. Secondo questo modello di cura partecipativa, gli Ufe sono riconosciuti e retribuiti, hanno un ruolo specifico al fianco di medi-



**“ SERVE UNA MINIMA COMPETENZA SULLA TECNOLOGIA IN ESAME PER POTER CHIEDERE IL MASSIMO POSSIBILE ”**

ci e operatori. Grazie a un percorso di cura riuscito, mettendoadisposizioneil loro "sapere esperienziale" gli Ufe possono stare vicino a chi soffre fornendo un sostegno esperto durante la crisi, ma anche operativo e continuativo nelle fasi di reinserimento alla quotidianità. Alla base di questo processo vi è ovviamente la definizione e sottoscrizione di un "patto di cura", l'identificazione di un garante, l'utilizzo di strumenti di comunicazione, insomma una complessa tecnologia socio-tecnica.

Nel caso della delibera Toscana il ruolo "centrale" del paziente sta nella partecipazione ad un tavolo in cui si scelgono le tecnologie, in termini ingegneristici diremmo un approccio riconducibile al participatory design, chi meglio dell'utente può contribuire alla realizzazione del miglior disegno possibile in termine di risposta ai desiderata, ai bisogni ai rischi di malfunzionamento connessi con l'uso di un particolare dispositivo, software, processo etc.? **Ma come già visto e ben delineato, nei processi di participatory design, servono competenze, bisogna riuscire ad astrarre dal vissuto personale suggerimenti generalizza-**

**bili ed estendibili, serve una minima competenza sulla tecnologia in esame per poter chiedere il massimo possibile date le condizioni economiche, tecnologiche, etiche, giuridiche, servono cioè preparazione, conoscenze e attitudini. Può essere il singolo paziente portatore di queste competenze?**

Senz'altro si può e deve, sopperire con percorsi formativi specifici, come quelli che da qualche anno si stanno profilando, sia a livello nazionale, sia internazionale. Le modalità non mancano e sono varie, Master, Workshop, Summer School. Ma quali temi devono essere trattati? Quali criteri di selezione? Le Associazioni dei pazienti, dei cittadini, possono aiutare a superare alcune di queste criticità, costruendo comunità informate, sensibilizzando pazienti e istituzioni sui temi di interesse e aiutando nella costruzione di adeguati percorsi inte-

grati per formare figure robuste, rappresentative e preparate. Ma anche in questo caso non dobbiamo nascondere le potenziali criticità che permangono. Come abbiamo già sottolineato recentemente per la questione degli screening neonatali, o precedentemente con la gestione del farmaco per la cura dell'epatite C, le associazioni dei pazienti hanno spesso una visione intrinsecamente limitata dei problemi. Comprensibilmente pesa molto la componente emotiva, su cui possono avere più facilmente presa le promesse di successo delle innovazioni tecnologiche. Manca spesso una visione più ampia che consideri criteri condivisi di allocazione delle risorse. L'idea che fare di più non significa fare meglio, non è sempre compresa e comunque non è facilmente accettabile da chi ha il suo problema qui e ora. Inutile inoltre nascondere sotto

il tappeto il fatto che spesso le associazioni dei pazienti sono influenzate, sostenute, accarezzate dall'industria. Le associazioni dei Cittadini non focalizzate su una singola patologia, potrebbero essere una componente laica con minori conflitti di interesse, ma anche in questo caso non sono esclusi a priori conflitti o debolezze conoscitive.

**Un approccio in qualche modo complementare, ma che davvero può contribuire in modo significativo a porre il paziente e il cittadino al centro delle scelte di cura e di governo clinico, sebbene ancora scarsamente perseguito, è quello della rilevazione rigorosa dei risultati di salute e delle esperienze riferite dal paziente (Prom/Prem).** Questo tipo di informazioni, raccolte attraverso studi scientifici prospettici rigorosamente disegnati allo scopo o di real world scenario, sono ormai riconosciute come preziose ed essenziali per il raggiungimento degli obiettivi del sistema sanitario. Rafforzare e rendere sistemico questo approccio può davvero contribuire ai processi di decisione informata orientata alla salute del cittadino, ai suoi bisogni e alla sua percezione.



**La delibera della Regione Toscana proposta dall'assessore al diritto alla salute, Simone Bezzini prevede il coinvolgimento dei pazienti esperti nelle gare di acquisto bandite da Estar, alla ricerca dei migliori requisiti funzionali e qualitativi dei prodotti.** Nello specifico, il

paziente esperto verrà coinvolto in una o più delle fasi di gara, dalle consultazioni preliminari di mercato, alla stesura del capitolato tecnico e al monitoraggio delle stesse gare.



# EQUITÀ ed ETICA per le cure innovative

**Accesso alle terapie avanzate attraverso un nuovo concetto di economia sostenibile in sanità, è la proposta del nuovo intergruppo parlamentare per l'innovazione sostenibile in sanità. Prioritario introdurre le modifiche alle norme che regolano la finanza pubblica per adeguare l'articolazione giuridica ai cambiamenti**

di DANIELE MANCA

**L**a pandemia ha messo a nudo una serie di limiti del nostro Sistema Sanitario Nazionale, ma ha anche permesso di apprezzare il livello di sviluppo tecnologico e scientifico che si è raggiunto. Da una parte, quindi, vi sono milioni di prestazioni sanitarie (screening, visite, interventi) rimaste in sospeso; dall'altra, emergono delle opportunità, in ambito sia diagnostico che terapeuti-

co, che permettono un approccio alla malattia senza precedenti. È per affrontare questo quadro inedito che è nato un nuovo soggetto nel Parlamento italiano, l'intergruppo parlamentare per l'innovazione sostenibile in sanità. Alla luce delle difficili contingenze di varia natura durante questo 2022, l'iniziativa può apparire fuori tempo: in realtà, giunge in una contingenza favorevole, in quanto c'è la piena possibilità di intervenire, di stanziare le risorse necessarie per stare al passo con lo svi-

luppo e con le innovazioni in sanità che sono all'ordine del giorno. Tuttavia, per raggiungere questa nuova frontiera serve una cornice giuridica e amministrativa adeguata. **È prioritario quindi introdurre i necessari cambiamenti nelle norme che regolano la finanza pubblica per adeguare l'articolazione giuridica ai cambiamenti che interverranno con le terapie avanzate e con la medicina digitale.** All'intergruppo hanno aderito, per ora, circa 20 parlamentari di diversi schieramenti politici, membri

“ LE TERAPIE AVANZATE PROPONGONO UN APPROCCIO ONE SHOT CHE CAMBIA LA STORIA DELLA PATOLOGIA ”

## Tempi di attesa stimati per accedere alle terapie innovative da parte dei pazienti in Europa.

Italia **429** giorni (14 mesi)

Romania **899** giorni (due anni e mezzo)

Germania **133** giorni (4 mesi)



I dati sono stati diffusi l'European federation of pharmaceutical industries and associations (Efpi), in un documento di marzo 2022 in cui avanza una serie di proposte da parte di tutte le aziende farmaceutiche associate, finalizzata a ridurre le disuguaglianze nell'accesso dei pazienti ai farmaci.



delle Commissioni Finanza e Bilancio, Affari Sociali e Igiene e Sanità di Camera e Senato. È la prima volta che si concretizza un simile soggetto, unico per composizione, contenuti, obiettivi. Questo intergruppo, infatti, intende rapportare la sostenibilità economica a una sanità equa, con terapie avanzate e medicina personalizzata accessibili per tutti. Temi di politica, economia e finanza si intrecciano nell'attività del progetto: innovare la salute attraverso una nuova governance che contempli aspetti economici e l'adeguamento delle normative nell'ottica di una fluidificazione nell'accesso alle cure. L'intergruppo punta su uno sviluppo della sostenibilità, della ricerca e della promozione delle terapie

avanzate e della medicina digitale per far progredire il nostro Paese sul terreno della concorrenza sul mercato e della competitività a livello internazionale. I concetti alla base dell'intergruppo sono innovazione, equità, etica, sostenibilità.

**L'innovazione è legata al futuro della sanità, che sarà caratterizzato dalla medicina di precisione, dalla digitalizzazione, da terapie avanzate come quelle geniche: uno scenario di cui si intravedono già nitidamente i contorni e rispetto al quale non ci si deve far trovare impreparati.** Per questo è necessario uno sforzo collettivo, con una stretta collaborazione tra pubblico e privato, tra i ministeri dell'Economia e della

Salute, tra le istituzioni e il mondo della ricerca e dell'università.

**L'equità e l'etica rispondono all'esigenza di garantire l'universalità d'accesso alle nuove terapie, garantendo parallelamente la sostenibilità della finanza pubblica ed il pareggio di bilancio previsti in Costituzione. La sostenibilità risiede, oltre che in quest'ultimo punto, anche nella spesa per la Salute intesa come investimento.** Le riforme possono attrarre anche importanti investimenti nell'ricerca e nella farmaceutica, indispensabili per favorire nuova occupazione. Inoltre, se si interviene in una fase precoce della malattia, in particolare su quelle oggi curabili con terapie avanzate, si pos-

sono interrompere subito gli effetti deleteri della patologia, dalla disabilità al decesso, e l'individuo può vivere una vita piena, in salute e benessere, inserita attivamente nel sistema Paese, un cittadino produttivo in grado di generare valore per il sistema Paese. Le terapie avanzate, infatti, propongono un approccio one shot che cambia la storia della patologia curando la causa della malattia e in quanto tali dovrebbero essere valutate come un investimento a lungo termine sulla salute del paziente e sullo sviluppo produttivo del Paese. Questo implica non solo un intervento sulle modalità di rimborso delle terapie, ma anche un nuovo modo di affrontare l'approccio valutativo a questo tipo di trattamenti: si devono valutare complessivamente le prospettive del paziente, che con una terapia avanzata può spesso restare attivo e produttivo, con una conseguente riduzione dei costi assistenziali. Servono dunque nuove competenze per le autorità regolatorie, nuovo approccio da parte dei Ministeri della Salute ed Economia, per svolgere questo tipo di verifiche e valutazioni a lungo termine, creando così un sistema accessibile per tutti i pazienti.

**L'importante trend di crescita delle terapie avanzate in fase di valutazione e approvazione a livello europeo** è stato illustrato nel rapporto annuale di Horizon Scanning dell'Aifa "Scenario dei medicinali in arrivo Rapporto 2022": nel 2022 sono attesi i pareri dell'EmA per 7 terapie avanzate. Di queste, circa il 60% ha come bersaglio alcuni tipi specifici di tumore, a testimoniare che le terapie avanzate, sviluppate inizialmente per combattere gravi malattie rare, stanno allargando gli orizzonti. Secondo le previsioni degli esperti, si potrebbe arrivare fino a 50 nuove terapie avanzate nel prossimo decennio a livello mondiale.



# OROLOGIO BIOLOGICO E LAVORO

**Ritmi biologici stabili sono alla base di una condizione di salute, ma esiste una serie di fattori in grado di desincronizzare i ritmi circadiani, quali la sindrome da fuso orario, il lavoro a turni, il cambio dell'ora legale e l'esposizione notturna alla luce. La cronobiologia può interferire sulla salute dei lavoratori**

di ROBERTO MANFREDINI, PAOLO MASCAGNI



**L**a cronobiologia è la disciplina che si occupa dello studio dei ritmi biologici, presenti in ogni organismo vivente sulla terra e, a seconda della lunghez-

za del loro ciclo, classificati in circadiani (periodo di circa 24h), ultradiani (periodo <24h) e infradiani (periodo >24h). I primi sono i più studiati, e nel 2017 il premio Nobel per la Medicina e Fisiologia è andato a Jeffrey Hall, Michael Rosbash, e Michael Young, scopritori dei meccanismi di regolazione dell'orologio biologico. Da una parte, esiste l'orologio biologico principale, posto nel nucleo soprachiasmatico dell'ipotalamo, prevalentemente regolato dalla alternanza luce-buio, dall'altra sono stati identificati numerosi orologi periferici, presenti nei vari organi ed apparati (cuore, apparato gastroenterico,

rene, muscolo, ecc). Nonostante una importante quota del genoma umano risenta della regolazione circadiana, gli individui non sono tutti uguali, ed esiste una preferenza circadiana individuale ("cronotipo"), oggetto di studio di due ricercatori, Horne e Ostberg, che nel 1976 proposero una semplice autovalutazione mediante questionario, tuttora largamente utilizzato (Morningness-Eveningness Questionnaire, Meq). Si vengono ad identificare tre cronotipi principali: mattutino (allodola) più attivo nella prima parte della giornata, serale (o gufo), che predilige le ore serali e notturne, ed intermedio (il più frequente). Il cronotipo non è fisso nel corso della vita, ma si modifica con età, abitudini sociali e lavoro. Ritmi biologici stabili sono alla base di una condizione di salute, ma esiste una serie di fattori in grado di desincronizzare i ritmi circadiani, quali la sindrome da fuso orario,

il lavoro a turni, il cambio dell'ora legale e l'esposizione notturna alla luce.

### **Sindrome da fuso orario**

Uno spostamento rapido attraverso diversi fusi orari espone l'individuo a uno sfasamento dell'orologio biologico interno (non più allineato con l'orario del Paese di arrivo). La desincronizzazione dei ritmi è transitoria, di durata variabile anche in base a lunghezza e direzione del volo (est/ovest), e si presenta con disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione, irritabilità, depressione, disorientamento, disturbi gastrointestinali.

### **Lavoro a turni**

Da sempre, l'alternanza luce-buio ha scandito per gli esseri viventi anche l'alternanza attività-riposo. L'avvento della luce artificiale, un paio di secoli fa, ha operato un grande sconvolgimento per l'Uomo, consentendo di illuminare gli ambienti in maniera totale anche di notte, con la possibilità di lavorare sull'intero arco delle 24 ore. Ne consegue che il lavoro a turni, in particolare con turni notturni, può produrre un disallineamento tra l'orologio interno e l'ambiente

**Due scienziati della seconda metà degli anni Settanta, Jim Horne e Olov Ostberg, inglese il primo, svedese il secondo, diedero un tocco di scienza a quello che sembrava semplicemente un'attitudine individuale.** Idearono un semplice questionario di auto-valutazione basato su 19 quesiti, ciascuno con un punteggio, denominato Morningness-Eveningness Questionnaire (MEQ), grazie al quale la somma del punteggio finale consentiva di identificare cinque categorie di individui:

- sicuramente o moderatamente "serali" (Evening-type o E-type);
- intermedi (I-type);
- moderatamente o sicuramente "mattutini" (Morning type o M-type).

Non è chiaro chi abbia per primo pensato di facilitare sia la pronuncia sia, soprattutto, la comprensione di questi termini, riassumendo le categorie in quelle ormai famose di "gufo" owl e "allodola" lark, grazie alle ben note caratteristiche di questi due uccelli. E, se può sembrare, a prima vista, una ovvietà quotidiana di importanza relativa, sono invece almeno ottanta i geni che contribuiscono a questa preferenza circadiana individuale, definita anche semplicemente "cronotipo".

esterno, potenzialmente associato a disfunzioni fisiologiche fino a vere e proprie patologie quali, tra l'altro, malattie metaboliche e cardiovascolari.

### **Cambio dell'ora legale**

Anche il cambio di ora legale, mini fuso orario caratterizzato da uno spostamento di una sola ora, può avere conseguenze negative sullo stato di salute. Sulla base di una serie di evidenze scientifiche, raccolte nel corso degli anni, nel 2019, la Commissione Europea si è poi espressa per l'abolizione dello scatto bi-annuale per il cambio dell'ora, dando indicazione ai singoli Paesi membri di scegliere quale delle due

modalità (ora solare o legale) mantenere in maniera permanente. Pochi mesi fa, negli Stati Uniti, la Camera ha votato a grande maggioranza l'abolizione dell'ora legale, e la tappa successiva sarà affidata al Senato.

### **Esposizione notturna alla luce**

Nel 2010, il "pensionamento forzato" della lampadina a bulbo incandescente, sostituita dalla luce Led, più economica e potente, ha contribuito all'aumento esponenziale del suo utilizzo, a livello ambientale e domestico. Da una parte, il grado di inquinamento luminoso a livello mondiale ha raggiunto livelli altissimi, e si stima che la lumi-

nanza notturna aumenti tra il 2 e il 6% ogni anno.

D'altra, anche in ambiente domestico si registra un utilizzo sempre più crescente di dispositivi Led a luce blu (smartphone, Tv, tablet). La luce ha una azione di inibizione della secrezione di melatonina (l'ormone del sonno) più importante e duratura, rispetto alla luce artificiale, e se l'esposizione avviene nelle ore serali prima di dormire, le conseguenze sono ritardo nell'addormentamento, deprivazione di sonno, sonnolenza diurna, ansia, alterazioni del tono dell'umore, fino a patologie metaboliche e cardiovascolari.

L'orologio biologico può pertanto interferire con i turni di lavoro con numerose implicazioni: la modificazione del sonno, delle abitudini alimentari, l'influenza sul sistema cardiovascolare, sulla sfera endocrina e sul sistema nervoso. La desincronizzazione dell'orologio biologico dovuta alle necessità del lavoro, se non conosciute e gestite, può quindi alla lunga provocare le conseguenti patologie.

È il compito a cui è chiamato il medico competente nella sorveglianza sanitaria nelle aziende, individuando tempestivamente queste situazioni che rendono il lavoratore suscettibile di queste patologie, anche importanti.

**“ IL LAVORO A TURNI PUÒ PRODURRE UN DISALLINEAMENTO TRA L'OROLOGIO INTERNO E L'AMBIENTE ESTERNO ”**



# BOOM dei costi a carico del Ssn

I ritardi nella diagnosi e nella cura del melanoma e del non melanoma skin cancer pesano in termini di vite e cure. Con una buona gestione e con l'ottimizzazione delle risorse si può continuare a fare buona sanità e diagnosi precoci

di IGNAZIO STANGANELLI

**N**el primo trimestre della pandemia, complice il lockdown, in Italia mediamente si è registrato un -52% (range -22.9; -75%) delle diagnosi di melanoma rispetto lo stesso periodo degli anni precedenti. Dati già di per sé allarmanti senza contare le implicazioni correlate. Il ritardo nella diagnosi ha, infatti, comportato prognosi nettamente peggiori, un forte aumento dei casi più complessi da gestire e, di conseguenza, un

boom dei costi a carico del Ssn. Secondo un recente studio dell'Università degli Studi di Tor Vergata il costo medio annuo di un paziente con carcinoma squamocellulare avanzato è pari a 4.490 euro, in pratica il doppio rispetto a quello di un paziente con lesioni in fase iniziale, resecabile chirurgicamente (2.236 euro). Lo stesso vale per il melanoma: aumento dello spessore di invasione, presenza di ulcerazione, stato del linfonodo sentinella e

stadiazione influiscono nettamente sia sulla prognosi, con conseguenze devastanti per i pazienti, che sui costi di gestione, facendo lievitare il ricorso ai farmaci oncologici di ultima generazione e, di conseguenza, la spesa sanitaria.

Anche come Imi, Intergruppo Melanoma Italiano abbiamo condotto uno studio nei nostri centri per valutare l'impatto della pandemia sulla diagnosi e cura del melanoma. È emerso che nel periodo

febbraio-aprile 2020, rispetto lo stesso trimestre 2019, si è verificata una riduzione del 31.3% del numero delle prime visite, del -36.5% del numero delle biopsie e del 22.9% delle radicalizzazioni. Male anche le diagnosi istologiche totali che si sono ridotte di circa un quarto, 24.4%, e quello delle terapie iniziate nel trimestre diminuite di circa un quinto, -20.8%. Un quadro, dunque, meno allarmante rispetto a quello fotografato da altri studi,

forse dovuto al fatto che i pazienti afferenti ai centri di eccellenza non si sono visti chiudere i reparti e bloccare le attività di screening come avvenuto in molti ospedali.

Fatto supportato dalla survey condotta da Imi in collaborazione con Aimame – Associazione Italiana Malati di Melanoma e tumori della pelle, tesa a valutare la gestione dei pazienti con melanoma diagnosticato prima dell'inizio della pandemia (entro il 1 febbraio 2020; Gruppo 1) e dopo (dal 1 febbraio 2020; Gruppo 2). Dati alla mano è emerso che la gestione del paziente dermatologico afferente ai nostri centri nel periodo della recrudescenza del Covid e del lockdown è stata comunque efficiente, sicura e più rapida con appena un moderato ritardo per quanto riguarda l'attesa per ottenere la visita dermatologica, durante la quale è stato diagnosticato il melanoma. Una stima in parte "oggettiva", che ha quantificato i tempi di attesa per prime e seconde visite, diagnosi, e cure, ed in parte "soggettiva", che ha esaminato il senso d'insicurezza provato durante i controlli. Il tempo di attesa per l'asportazione del melanoma è stato inferiore a 15 giorni più frequentemente nel Gruppo 2 (42.5%

## “ CONSAPEVOLEZZA E INTERDISCIPLINARIETÀ SONO LE PAROLE CHIAVE PER LA PREVENZIONE ”

dei pazienti) rispetto al Gruppo 1 (35.9%), e anche il referto istologico è stato consegnato con maggior celerità durante il Covid. Dati che dimostrano che con una buona gestione e ottimizzazione delle risorse, si può continuare a fare una buona sanità e diagnosi precoci anche durante una pandemia. **Ora i nostri sforzi ed energie devono essere maggiormente rivolti verso i pazienti con le forme più gravi. Senza contare che dovremo pensare ad una nuova politica di sensibilizzazione della popolazione.**

Consapevolezza e interdisciplinarietà sono le parole chiave per la prevenzione.

Sapere come proteggersi dal sole e come esporsi può fare la differenza, così come conoscere le regole dell'Abcde (A=asimmetria, B= bordi irregolari, C= colore, D= dimensioni, E= evoluzione) e del brutto anatroccolo (un nevo con caratteristiche diverse dagli altri), può aiutare a riconoscere nei e macchie "normali" da quelle "sospette". Inoltre, occorre far dialogare gli specialisti di varie branche della medicina, dalla dermatologia alla chirurgia, dall'oncologia all'epidemiologia, dalla chirurgia alla farmaceutica fino ai medici di base. Proprio con questo spirito Imi ha ideato e crea-

to MelaMEd (Melanoma Multimedia Education), la piattaforma multimediale sul melanoma che mira a costituire un vero e proprio network tra i team multidisciplinari melanoma presenti sul territorio nazionale e la rete territoriale degli operatori sanitari. Una sorta di atlante multimediale gratuito, di rapido accesso e facilmente consultabile, contenente tutte le informazioni fondamentali della patologia melanocitaria, i sistemi di classificazione utilizzati in pratica clinica (VIII edizione, Ajcc 2018) e gli aggiornamenti secondo le linee guida accreditate dall'Istituto Superiore di Sanità.

In questa strategia tutti i medici, in particolare i Medici di Medicina Generale (Mmg), hanno un ruolo critico. La piattaforma funge anche da Fad asincrona per molti specialisti. Strumenti che possono essere efficacemente utilizzati nell'identificazione dei gruppi a rischio e nella prevenzione: tutte strategie fondamentali per ridurre l'incidenza del melanoma, migliorare la diagnosi, ottimizzare le cure e abbattere i costi.

### I giovani ignorano le regole fondamentali per esporsi al sole in modo sicuro.

I raggi ultravioletti sono il principale fattore di rischio per il melanoma, il tumore della pelle più aggressivo e in costante crescita soprattutto fra i giovani: il 20% dei nuovi casi è riscontrato in pazienti fra i 15 e i 39 anni. Ma quasi il 40% degli adolescenti (39%) non mette mai la crema protettiva in spiaggia, per oltre la metà (51%) utilizzarla è "da sfigati" perché impedirebbe di abbronzarsi. Solo il 18% sa cos'è il fototipo (per il 53% è un tipo di immagine, per il 16% una tecnica di selfie e per il 13% una tonalità di colore dei fiori). Non solo. Il 63% ritiene che le lampade solari aiutino ad abbronzarsi meglio (per il 28% proteggono la pelle dai raggi del sole, solo il 9% afferma che in realtà fanno malissimo) e il 48% non sa cosa sia il melanoma (per il 24% è un problema alimentare). È la fotografia scattata da un sondaggio del 2019 realizzato da Fondazione Aiom.

# L'ecosistema del benessere

**Fattori esterni possono aumentare o ridurre l'impatto dei nostri geni sulla predisposizione all'insorgenza di patologie diverse. La Salute nelle città e nei territori: rendere salubri i luoghi di vita e di lavoro**



di DANIELE GUGLIELMINO



Il Webster Dictionary definisce la comunità come "una popolazione interagente di vari tipi di individui in un spazio comune". Il Global

Wellness Institute definisce le comunità orientate al benessere come comunità sviluppate in modo proattivo tenendo conto della salute olistica

dei suoi residenti, ospiti, dell'ambiente (sia naturale che costruito) e della comunità locale in quanto struttura sociale. Il benessere nella sua ac-

cezione più ampia è oggi un'industria da 3,7 miliardi di dollari e cresce più velocemente dell'economia globale: annualmente del 6,4% dal 2015. Gli Stati Uniti, insieme ad alcuni Paesi chiave in Asia (Cina, Australia, India) ed Europa (Regno Unito, Germania), rappresentano tre quarti del mercato immobiliare globale, orientato a raggiungere elevati standard di benessere per le persone.

**Occorre ricordare come le nostre case, le comunità in cui viviamo, e in generale l'ambiente a noi circostante influenzano direttamente i nostri comportamenti e stili di vita quotidiani, rappresentando fino all'90% dei determinanti della nostra salute.** Tra questi determinanti si citano:

- L'accessibilità, i costi, la quantità e la qualità dei servizi sanitari/medici;
- Il reddito, il grado di istruzione, i dati demografici del contesto territoriale, l'occupazione e altri fattori socio-economici;
- L'ambiente fisico, compreso sia l'ambiente naturale che quello costruito.

Questi fattori esterni formano un complesso

**“ UNA COMUNITÀ WELL È PROGETTATA PER SUPPORTARE LA SALUTE E IL BENESSERE IN TUTTI GLI ASPETTI E LE AREE DELLA VITA COMUNITARIA ”**

“ecosistema del benessere” che può aumentare o ridurre l'impatto dei nostri geni sulla predisposizione all'insorgenza di patologie diverse.

**Il luogo fisico (confinato o aperto) in cui le persone trascorrono del tempo costituisce dunque uno dei determinanti e, considerando che oggi le persone trascorrono in media circa il 90% del loro tempo al chiuso, è evidente come ad esempio le nostre abitazioni rappresentino assieme l'investimento e la spesa personale più importanti, poiché direttamente connesso salute e benessere.**

Gli ultimi cento anni hanno portato grandi progressi nell'ingegneria, nei servizi, nella sicurezza degli edifici e nell'urbanistica. La scienza e le tecnologie hanno permesso di portare nelle abitazioni livelli sempre maggiori di comfort, comodità, intrattenimento e telecomunicazioni. L'ambiente di vita moderno ha però anche creato nuovi rischi per la salute: stili di vita sedentari, mancanza di attività fisica, dieta non corretta, stress, isolamento sociale e degrado ambientale. L'aumento globale di molte malattie respiratorie e croniche è stato ricondotto direttamente all'inquinamento; aree urbane

densificate prive di piste ciclabili, la scarsa disponibilità di tempo e strutture per l'attività fisica al chiuso e all'aperto influiscono su patologie cardiache e metaboliche.

La domanda di immobili e comunità in grado di massimizzare le condizioni di benessere fisico e psicologico delle persone sta accelerando rapidamente. Gli utenti cercano luoghi sani in cui vivere e sono pronti a pagarli. Standard, linee guida e principi di progettazione stanno emergendo per facilitarli. Sono necessari approcci completi e interdisciplinari per affrontare in modo efficace questioni complesse relative alla salute umana e al benessere alla scala urbana e in generale di comunità.

Nel 2015, l'ente americano International Well Building Institute (IWBI®) ha lanciato un sistema di certificazione, denominato Well Building Standard®, orientato a valutare il livello di salute e benessere delle persone negli edifici e nelle comunità, a partire da una serie di requisiti oggettivi che stabiliscono metriche per la verifica di temi diversi, individuando anche i benchmark di confronto. Well costituisce oggi l'unico sistema riconosciuto a livello internazionale, ad affrontare questi temi per

#### La struttura del Well Community è organizzata secondo 10 aree di impatto:

1. **ARIA:** protezione dall'inquinamento dell'aria
2. **ACQUA:** qualità dell'acqua potabile e la sua accessibilità alle persone.
3. **ALIMENTAZIONE:** riduzione degli alimenti trasformati; educazione alimentare
4. **LUCE:** qualità della luce (naturale e artificiale) e promozione del ciclo circadiano
5. **MOVIMENTO:** ergonomia delle postazioni per le persone e le opportunità di attività di fitness
6. **COMFORT TERMICO:** qualità dell'ambiente termo-igrometrico indoor e outdoor
7. **SUONO:** qualità dell'ambiente sonoro indoor e outdoor
8. **MATERIALI:** bassoemissività dei materiali, trasparenza nei componenti
9. **MIND:** servizi di salute mentale, abuso di sostanze e dipendenze; accesso agli spazi verdi
10. **COMUNITÀ:** politiche che affrontano i determinanti sociali della salute

il patrimonio immobiliare, è diffuso in oltre 100 Paesi al mondo e pienamente introdotto nel mercato immobiliare. Esso coniuga le migliori pratiche di progettazione, costruzione e gestione di edifici e comunità, con la ricerca medica e scientifica basata sull'evidenza dei dati, sfruttando l'ambiente costruito come veicoli per supportare la salute e il benessere umani. In particolare, la versione denominata Well Com-

munity Standard mira a supportare le persone non solo all'interno delle mura della loro casa o del posto di lavoro, ma in tutti gli spazi pubblici ed esterni, in cui trascorrono le loro giornate. Una comunità Well è progettata per supportare la salute e il benessere in tutti gli aspetti e le aree della vita comunitaria. La visione di una comunità Well è inclusiva, integrata e resiliente, con una forte identità comunitaria che promuove alti livelli di interazione e coinvolgimento sociale. Le risorse in una comunità Well - naturali, umane e tecnologiche - vengono utilizzate in modo efficace, equo e responsabile per soddisfare le esigenze e le priorità attuali e future della comunità.

Il sistema Well Community segue i seguenti principi:

- È basato sull'evidenza: esiste un corpo coerente di ricerca che offre coerenza nei risultati in tutto il campo a sostegno del programma Well.
- È ampiamente rilevante: gli interventi proposti sono fattibili e pertinenti in molte applicazioni anche di quartieri e città diversi tra loro.
- È equo: lo standard fornisce i suoi vantaggi in



► PRINCIPLES FOR A WELL FOUNDATION



► WELL IS A COMPREHENSIVE APPROACH

The WELL Community Standard is made up features that address ten ten concepts, representing a holistic approach to health and well-being.



Le malattie gravi causate dall' inquinamento dell'aria, dovuto al riscaldamento domestico e alla cottura dei cibi, costano a ogni famiglia italiana in media 180 euro all'anno in spese sanitarie, e le stufe a legna sono di gran lunga le peggiori, secondo un nuovo studio realizzato dalla European Public Health Alliance (Epha) in collaborazione, per l'Italia, con l'Associazione Medici per l'Ambiente, Isde Italia. L'inquinamento atmosferico è considerato il principale rischio ambientale per la salute. Solamente il Pm 2.5, uno degli inquinanti studiati, è stato rilevato come causa della morte prematura di circa 49.900 italiani nel 2019. Circa la metà di tutta l'emissione di Pm 2.5 proviene dall' uso di energia nelle famiglie. Lo studio ha evidenziato che l'84% delle spese, pari a 3,9 miliardi di euro a livello nazionale, sono causate da un numero relativamente esiguo di stufe a legna. Anche le caldaie a olio e a gas causano inquinamento. Complessivamente, l'Italia spende 4,6 miliardi di euro in impatti sanitari annuali, più di qualsiasi altro paese europeo. Le famiglie italiane pagano molto di più della media europea (che è di 130 euro) perché l'uso dell'energia domestica in Italia è molto più alto di altri paesi dell'Europa meridionale. Le famiglie spagnole, per esempio, utilizzano molta meno energia e affrontano costi annuali di 65 euro.

modo inclusivo di tutti i gruppi demografici ed economici.

- È sviluppato in modo trasparente: lo standard si basa sull'esperienza di leader affermati nei settori scientifico e ingegneristico e offre molteplici opportunità per il coinvolgimento degli stakeholder.
- È resiliente: lo standard risponde ai progressi della conoscenza scientifica e della tecnologia, continuamente in grado

di integrare l'innovazione e adattarsi a un clima che cambia.

Ad oggi tutti i principali sviluppi immobiliare e di rigenerazione urbana, prendono in considerazione Well sia come strumento guida per lo sviluppo della progettazione, sia come strumento di controllo, poiché prevede una certificazione di parte terza rilasciata dall'autorevole ente Gbci (Green Business Certification Inc), sia poiché, es-

sendo basato per la verifica, su misure oggettive in campo, relativamente alla qualità dell'aria respirata e dell'acqua erogata per consumo umano, al comfort termo-igrometrico, acustico e visivo. A tali misure, si associano verifiche in campo relativamente alle strategie attuate per il miglioramento degli aspetti psicologici e relazionali tra le persone facenti parte della comunità. Il sistema di certificazione, Well Community

consente di raggiungere livelli diversi su una scala da 0 a 100, per cui è certificabile con almeno 50 punti, secondo la seguente suddivisione:

- 50-59 Livello Silver
  - 60-79 Livello Gold
  - 80-100 Livello Platinum
- L'uso del sistema Well è strumentale anche per la qualificazione del patrimonio immobiliare e urbana, sia in termini di extra valore economico (premium price nelle transazioni immobiliari, extra sui tassi di affitto) sia poiché fornisce informazioni utili per il reporting non finanziario relativamente ai fondi che gestiscono asset certificati Well.

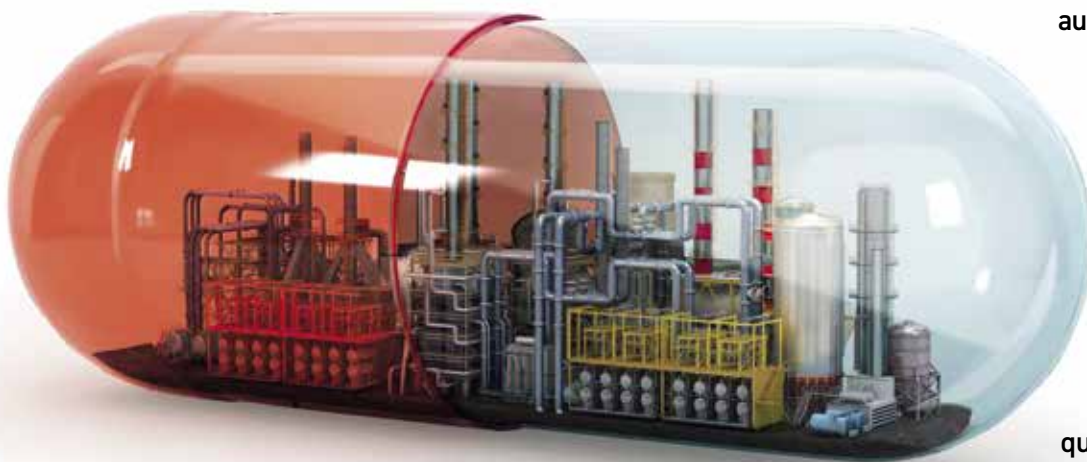
**L'UNIONE EUROPEA STA DEFINENDO UN FONDO SPECIFICO DA 72 MILIARDI DI EURO, IL SOCIAL CLIMATE FUND. A PARTIRE DAL 2025, AIUTEREBBE I RESIDENTI EUROPEI A PASSARE A FORME PIÙ PULITE DI ENERGIA DOMESTICA E DOVREBBE CONTRIBUIRE, TRA LE ALTRE COSE, A RIDURRE LA POVERTÀ ENERGETICA. L'ITALIA È TRA I GOVERNI CHE SI SONO IMPEGNATI A RIDURRE LA SUA DIPENDENZA ENERGETICA DALLA RUSSIA E A PROMUOVERE LE ENERGIE RINNOVABILI E L'EFFICIENZA ENERGETICA.**

# Risparmio energetico nel **pharma**

**Interventi di efficientamento energetico porterebbero a un risparmio di oltre 11 ktep/anno, che equivalgono al consumo elettrico medio annuo di circa 22mila famiglie**

**Efficientamento energetico e utilizzo di fonti a basso impatto ambientale nelle imprese operanti nel settore farmaceutico**

di CHIARA MARTINI



**S**in dal 2015 l'Enea gestisce il meccanismo delle diagnosi energetiche obbligatorie ai sensi del D. Lgs. 102/2014 ed il Portale Audit 102 sul quale le imprese devono

caricare la documentazione richiesta. La base dati così raccolta viene dunque adoperata anche per analizzare i consumi energetici settoriali, in particolare in termini di Indici di Prestazione Ener-

getica, e gli interventi di efficienza energetica. In questo secondo ambito, le informazioni disponibili consentono di analizzare gli interventi effettuati e individuati attraverso la diagnosi, indicativi rispettivamente di un risparmio conseguito o potenziale. Gli interventi riportati nelle diagnosi caricate sul portale Enea sono stati così standardizzati e suddivisi in **17 aree di intervento, ripartite tra attività principali, servizi ausiliari e servizi generali**. Nelle aree di intervento **Cogenerazione/Trigenerazione e Produzione da fonti rinnovabili** il risparmio associato all'autoproduzione di energia elettrica è considerato un risparmio di energia primaria, in quanto rappresenta un mancato prelievo dalla rete e quindi dal sistema di generazione nazionale; un discorso analogo vale per la produzione di energia termica.

Alla scadenza di dicembre



## “ LE AZIENDE FARMACEUTICHE HANNO UNA DIMENSIONE MEDIA DI 140 DIPENDENTI ”

Analizzando il tempo di ritorno degli interventi individuati, emerge una prevalenza della classe con tempo di ritorno tra 3 e 5 anni, con una quota del 28%. La realizzazione degli interventi individuati con tempo di ritorno fino a 3 anni (166 interventi) implicherebbe il conseguimento di circa il 46% del risparmio annuo di energia finale (5 ktep/anno), a fronte di un investimento complessivo pari a circa 8,7 milioni di Euro (23% degli investimenti totali).

2019, che ha rappresentato l'inizio del secondo periodo d'obbligo, le diagnosi energetiche inviate ad Enea riportano 7.513 interventi effettuati e 31.261 interventi individuati; questi ultimi si riferiscono a 5.870 imprese, di cui 2.801 imprese energivore. Sette divisioni Ateco, appartenenti ai settori C (Attività manifatturiere) e G (Commercio all'ingrosso e al dettaglio) rappresentano circa la metà del totale degli interventi individuati. La Divisione Ateco 21, Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base e di preparati farmaceutici, è la dodicesima in ordine decrescente di importanza, con il 2,1% del totale

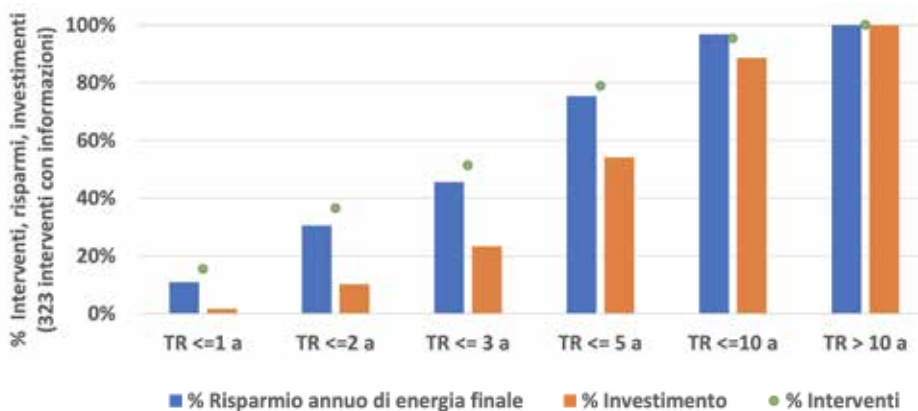
(632 interventi). A seconda della specializzazione regionale, la Divisione può raggiungere il secondo posto: è il caso del Lazio dove ha una quota pari al 7,3% sul totale degli interventi individuati.

**Il settore farmaceutico è composto da due divisioni, con il processo di produzione del principio attivo nell'Ateco 21.10.00 - Fabbricazione di prodotti farmaceutici di base ed il processo di produzione nel farmaco nell'Ateco 21.20.09 - Fabbricazione di medicinali ed altri preparati farmaceutici.** Secondo gli ultimi dati Istat (Rapporto sulla competitività dei settori produttivi, 2022), il set-

tore nel 2019 occupa il 2% dei dipendenti sul totale del manifatturiero e rappresenta il 4% del suo valore aggiunto: valori relativamente importanti se si considera che in termini di imprese la quota del settore è 0,12% (449 imprese). Le aziende farmaceutiche hanno una dimensione media di 140 dipendenti. Le diagnosi pervenute a Enea a dicembre 2019 sono state 160, con 399 interventi effettuati e 871 individuati. Concentrandosi sull'Ateco 21.20.09, il numero medio di interventi effettuati per diagnosi è 2,5 e quello degli interventi individuati 4,9.

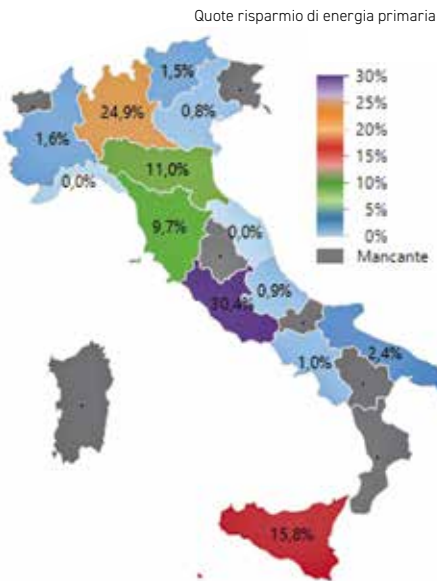
Nell'Ateco 21.20.09 gli interventi effettuati sono 233 e il risparmio di energia finale conseguito è pari a circa 3,6 ktep/anno, con una netta prevalenza della regione Lazio (57%), seguita da Lombardia (21%). Aree dei servizi generali hanno quote elevate di interventi, in particolare Illuminazione (20%) e Climatizzazione (12%); anche Freddo di processo nei servizi ausiliari è rilevante (16%). Ritroviamo quest'ultima area al secondo posto come quota dei risparmi (21% del totale), preceduta da Centrale Termica/Recuperi termici (42% del totale). In aggiunta, circa 4,2 ktep/anno di risparmio

### Investimenti e risparmi cumulati per classe di tempo di ritorno

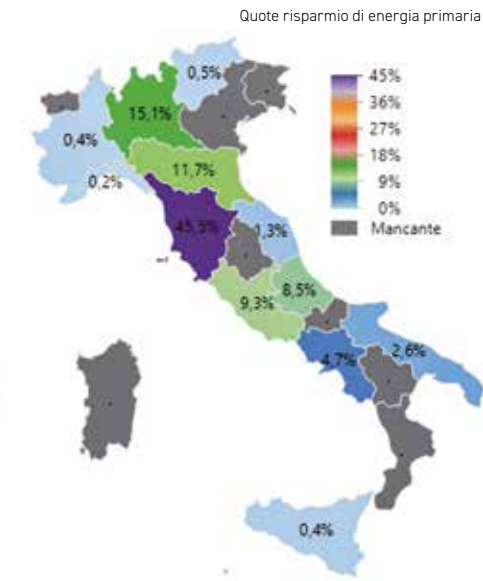


## Distribuzione regionale dei risparmi potenziali di energia

Risparmi di energia finale (%)



Risparmi di energia primaria (%)



di energia primaria sono riconducibili a 9 interventi nelle aree Cogenerazione/Trigenerazione e Produzione da fonti rinnovabili. È stato possibile conseguire i risparmi di energia finale e primaria con un investimento pari a quasi 29 milioni di euro, con la quota maggiore degli investimenti relativa

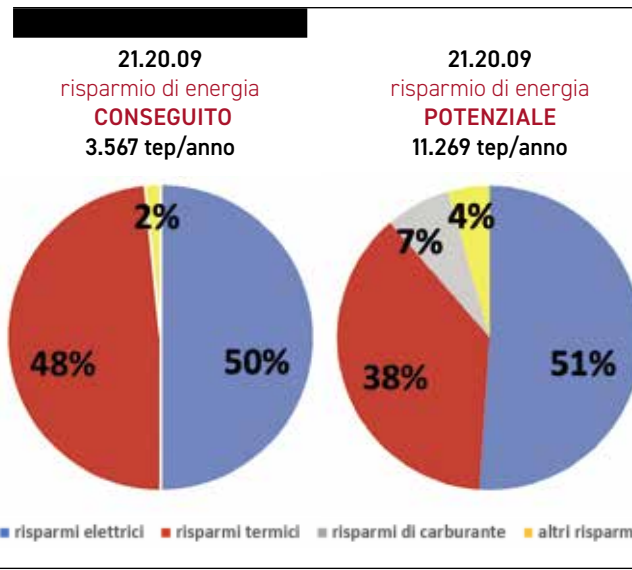
all'area Cogenerazione/Trigenerazione (32% del totale), seguita da Freddo di processo (26%). Le aree con il migliore valore del costo efficacia, ovvero dove risparmiare un tep di energia finale ha il costo minore, risultano essere

Linee produttive, Impianti elettrici e Generale/Gestionale, ognuna con valori di circa 2.300 Euro/tep risparmiato. Anche nel caso degli interventi individuati le aree Generale/Gestionale e Linee produttive si trovano in

posizione migliore, con valori tra 3.000 e 3.500 Euro/tep, insieme anche all'area Aspirazione.

**Gli interventi individuati, la cui eventuale implementazione sarà dilazionata nel tempo, sono pari a 450. L'area di intervento prevalente risulta nuovamente essere Illuminazione (16%), seguita da Cogenerazione/Trigenerazione (11%). Il risparmio potenziale sarebbe pari a circa 11,3 ktep/anno ed è concentrato per più della metà in Lombardia e Lazio.** Esso risulta maggiore per le aree Climatizzazione e Freddo di processo (rispettivamente 20% e 19% del totale), seguite da Centrale termica/Recuperi termici (17%). Nelle aree Cogenerazione/Trigenerazione e Produzione da fonti rinnovabili 77 interventi individuati avrebbero un risparmio potenziale di 65,4 ktep/anno di energia primaria, con una quota molto elevata nella regione Toscana, seguita da Lombardia, Emilia Romagna e Lazio. Tali aree sono associate più di due terzi dell'investimento complessivo (133,4 milioni di Euro), con valore di gran lunga maggiore per l'area Cogenerazione/Trigenerazione (63% del totale).

Interventi di natura tecnica, gestionale o mista possono avere valori interessanti di tempo di ritorno e costo efficacia, con risparmi in generale maggiori per interventi tecnici. I risparmi possono essere forniti per vettore energetico (elettrico, termico, carburante e altro) e rapportati ai consumi totali di sito o settore esaminato. Diverse aree e tipologie di intervento implicano diversità nel livello di risparmio e nella sua composizione. Tali informazioni sono utili tanto ai policy makers, quanto agli operatori di settore.





**L**a nuova Unesco Chair on Urban Health - Education and Research for Improved Health and Wellbeing in the Cities dell'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'educazione, la scienza e la cultura è stata inaugurata lo scorso 3 maggio all'Università Sapienza di Roma alla presenza del Ministro dell'Istruzione, Patrizio Bianchi, della Rettore dell'ateneo romano, Antonella Polimeni, e della Vicedirettrice generale Unesco per l'educazione, Ste-

fania Giannini. La Cattedra nasce da un accordo tra Unesco e Sapienza, con l'obiettivo di promuovere un sistema integrato di ricerca, training e informazione sul tema della salute e del benessere urbano.

Questa nuova realtà farà parte della rete internazionale di oltre 800 Unesco Chair, attive in 110 Paesi, oggi 36 in Italia.

Le Cattedre italiane si confrontano e si coordinano attraverso lo strumento dei "Dialoghi", di cui fanno parte anche le altre due

Cattedre Sapienza, Population, Migrations and Development dei Professori De Rose e Cagiano de Azevedo e Sustainable Urban Quality and Urban Culture, notably in Africa dei Professori Barbera e del Monaco.

La Cattedra sull'Urban Health è stata ideata per creare uno spazio di condivisione, studi e analisi su fattori di rischio e determinanti di salute nelle città, con l'opportunità di promuovere, specie attraverso l'istruzione primaria e gli ambienti educativi, un sapere condiviso e una cultura diffusa del benessere, degli stili sani e corretti e della

# CITTÀ IN SALUTE

All'Università Sapienza di Roma è nata la nuova cattedra Unesco sulla Urban Health. Obiettivo: promuovere un sistema integrato di ricerca, training e informazione sul tema della salute e del benessere urbano



di ANDREA LENZI

## I partner che hanno sostenuto la candidatura della Cattedra Unesco sono:

Anci;  
Comitato delle Regioni dell'Unione Europea;  
Confederazione dei piccoli comuni e municipalità dell'Unione Europea (Ctme);  
Istituto Superiore di Sanità;  
Fondazione Censis;  
Federazione internazionale di Medicina dello Sport (Fims);  
Cittadinanzattiva;  
African Medical and Research Foundation (Amref);  
Università di Brasilia;  
Health City Institute (Hci);  
Fondazione Ibdo (Italian Barometer Diabetes Observatory);  
Cities Changing Diabetes (Ccd), unitamente ad altre Cattedra Unesco (Health Education and Sustainable Development con sede a Napoli e Global Health & Education con sede a Clermont Auvergne, in Francia) e ai Dipartimenti di Sapienza "Sanità Pubblica e malattie infettive" e "Scienze sociali ed economiche".

Nel 2015 l'Unesco ha istituito una **Global network of learning cities, una rete di comunità e di città di apprendimento**. Ogni due anni le città che fanno parte del Global Network of Learning Cities (Cnlc) si riuniscono per condividere sfide, soluzioni e buone pratiche per promuovere l'apprendimento permanente nei rispettivi paesi. Nel 2021 la quinta Conferenza Internazionale si è svolta a Yeonsu (Repubblica di Corea) dal 27 al 30 ottobre e nel corso dei lavori è stata adottata la "Yeonsu Declaration for Learning Cities - Building healthy and resilient cities through lifelong learning". L'Italia ha partecipato con gli interventi online ed in presenza dei rappresentanti delle città di Fermo, Lucca, Torino, Trieste e Palermo.



La guida all'azione sull'apprendimento permanente per la salute nelle città

qualità di vita. Opererà perseguendo gli obiettivi dell'Agenda Unesco, a partire dal bene comune più alto dell'umanità che è quello della pace, finalizzati a creare le migliori condizioni per una cooperazione efficace a livello globale, sulla base della convinzione che il lavoro congiunto di accademici, ricercatori e amministratori di tutte le regioni del mondo apporterà vantaggi importanti per l'intera comunità.

La Cattedra faciliterà la collaborazione internazionale tra ricercatori e docenti di università e istituzioni, in primo luogo, per fornire supporto alle università e alle amministrazioni pubbliche negli studi e nel monitoraggio dei determinanti che contribuiscono alla costruzione di città in salute. È noto, infatti, come sia imprescindibile fare sì che i dati a disposizione possano essere resi interoperabili e confluire in una mappatura delle nostre città in grado di generare soluzioni basate sull'evidenza e risposte alle istanze provenienti dai cittadini e dalle comunità.

Un'attenzione particolare sarà dedicata a instaurare un processo di sensibilizzazione nei confronti di bambini e giovani in età scolare sul tema dell'alfabetizzazione sanitaria e della cultura della salute attraverso programmi e strumenti didattici nelle scuole, favorendo l'empowerment degli studenti stessi affinché diventino cittadini più consapevoli e creativi. Questo obiettivo sarà perseguito attraverso progettualità che porranno al centro il ruolo della donna, dalla famiglia alla comunità educante fino alla res publica. Le attività della neonata Cattedra intendono promuovere l'integrazione tra politiche pubbliche e programmi di livello nazionale e internazionale con particolare riferimento alle dinamiche di sviluppo delle relazioni tra Nord e Sud del mondo. Le città nascenti, in Africa o Sud America o Sud-est Asiatico, ospiteranno la maggior parte della popolazione mondiale urbana di qui al 2070.



“ LA NUOVA REALTÀ FARÀ PARTE DELLA RETE INTERNAZIONALE DI OLTRE 800 UNESCO CHAIR, ATTIVE IN 110 PAESI, OGGI 36 IN ITALIA ”

# Drugghost e farmaci indisponibili

**Una piattaforma web based alimentata dai farmacisti ospedalieri e territoriali che mappa e quantifica costantemente il fenomeno che rende irreperibili farmaci salvavita. Ne parliamo con il coordinatore del DruGhost Team Filippo Urso, Segretario regionale Sifo Calabria**

**P**er mappare e quantificare - in stretta collaborazione con Aifa - il fenomeno che rende irreperibili farmaci salvavita e che molto spesso impedisce l'accesso alle cure farmacologiche da parte dei pazienti,

la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie (Sifo) ha avviato **il progetto Drughost, Portale dei farmaci indisponibili. Si tratta di una piattaforma web based inserita all'interno del portale istituzionale**

**www.sifoweb.it, alimentata dai farmacisti ospedalieri per raccogliere tutte le segnalazioni territoriali.** È Filippo Urso (Segretario regionale Sifo Calabria, Ao Cosenza) il coordinatore del DruGhost Team (di cui fanno parte anche il segretario nazionale Marcello Pani, Enrico Pasut, Raffaele Petti, Domenico Tarantino e Mery La Franca). È con lui che abbiamo analizzato e raccontato il cammino svolto dal progetto dalla sua nascita ad oggi. Prima di tutto occorre capire a che punto è la "copertura" del fenomeno delle indisponibilità. "Possiamo affermare che DruGhost -precisa Urso- database delle indisponibilità dei farmaci è la prima attività

in questo ambito a livello europeo, che nasce dalla collaborazione Sifo-Aifa e si arricchisce poi della collaborazione con Egualia - industrie farmaci accessibili. Ebbene: il progetto sta crescendo significativamente. Nel database sono già confluiti dati significativi, tra cui molti farmaci la cui presenza ci ha sorpreso: abbiamo potuto verificare che un farmaco che in una Farmacia Ospedaliera/Servizio Farmaceutico Territoriale anche di grandi dimensioni, con un'utenza importante, viene regolarmente consegnato, mentre invece non arriva in quantità sufficienti quando i numeri iniziano a salire, come nel caso delle Centrali di Acquisto che effettuano ordinativi per aree vaste. E questo genera un problema significativo". L'incremento dei dati, riportato dal coordinatore di Progetto, si riferisce soprattutto al fatto che recentemente sia la Toscana che l'Emilia Romagna hanno iniziato ufficialmente a contribuire alla banca-dati DruGhost. Quali dati hanno condiviso e da quali fonti provengono? Risponde Urso: "Abbiamo ufficializzato la collabora-



**A sinistra, il coordinatore del DruGhost Team Filippo Urso, Segretario regionale Sifo Calabria, Ao Cosenza. In alto, il logo dell'iniziativa**

zione con il Dipartimento Farmaceutica e Logistica di Estar Toscana, diretto da Antonella Garna, e con l'Uo Farmacia Centralizzata Pievesestina (Cesena), diretto da Teresa Cocquio. Le Centrali di Acquisto ci inviano tramite estrapolazione dai loro database le segnalazioni di ordinativi di farmaci che non sono stati consegnati, successivamente effettuiamo un filtro per distinguere carenze (pubblicate sul sito Aifa nell'apposita sezione dedicata ai farmaci carenti) ed indisponibilità (prodotto non presente nei "carenti Aifa"). Si procede poi alla pubblicazione dell'indisponibilità su DruGhost se sono trascorsi 15 giorni dalla data dell'ordine. Ricordiamo che prevediamo l'inserimento nel database solo delle mancate forniture da aggiudicatario di gara". Ma cosa dice in questo momento DruGhost agli osservatori del sistema del farmaco? L'obiettivo di DruGhost è di mappare e quantificare un fenomeno che viene percepito come importante, condividere con Aifa le segnalazioni in esso contenute e mettere in rete tutte le strutture del Ssn uno strumento che

potrà essere molto utile anche per "convalidare" e "valutare" i fornitori nelle procedure di gara. Inoltre, in alcuni casi, vista la partnership con Egualia - che prevede un meccanismo di alert destinato alle aziende farmaceutiche aderenti al Progetto per ogni segnalazione di temporanea indisponibilità sui farmaci di cui sono titolari Aic ed aggiudicatari di gara che viene inserita nel database - DruGhost risulta proattivo, poiché l'Azienda Farmaceutica contatta l'Ente che aveva emesso l'ordinativo, facilitando e velocizzando la risoluzione del problema di consegna. Commenta Urso: "Eravamo fiduciosi che un meccanismo di collaborazione, volto ad agevolare la comunicazione tra aziende farmaceutiche e farmacie ospedaliere/servizi farmaceutici territoriali/centrali di acquisto, potesse risultare risolutivo nella gran parte dei casi, i primi mesi di attività ci stanno fornendo una conferma positiva in tal senso". Nel file degli indisponibili attualmente registrato in DruGhost ci sono prodotti diversi: antibiotici e pantoprazolo, insuline e



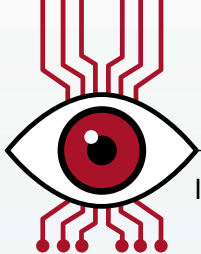
**Edito dal Poligrafico dello Stato in collaborazione con Aifa il volume "Il Tavolo Tecnico Indisponibilità"** che riassume alcuni dei risultati conseguiti dalle strutture coinvolte, dando voce alle amministrazioni centrali e regionali e alle numerose sigle della comunità scientifica e dei diversi settori della filiera del farmaco. Il Tavolo Tecnico Indisponibilità (Tti), convocato da Aifa e operativo dal 2015, costituisce un efficace strumento per affrontare il tema della mancanza dei farmaci.



sartani; ciò significa che le indisponibilità colpiscono un po' tutti gli ambiti terapeutici? A cosa si deve questa "trasversalità"? "Nel file degli indisponibili sul portale DruGhost accessibile a tutti i Soci Sifo -risponde il coordinatore- sono presenti farmaci afferenti a tutte le categorie terapeutiche, proprio perché il fenomeno delle indisponibilità è sempre più diffuso e colpisce indistintamente le varie classi

terapeutiche. Ci sono però alcune classi più rappresentate: è nostra intenzione, a breve, effettuare una analisi accurata di questi dati per categoria terapeutica". Strategicamente importante per Sifo e per il progetto è la stretta relazione esistente con Aifa. Come procede la relazione con l'Agenzia del Farmaco in merito a DruGhost? Conclude Filippo Urso: "Il Progetto funziona bene e cresce grazie al team ed alla fluidità della collaborazione tra Aifa e Sifo, anche perché la nostra Società partecipa sin dalla sua istituzione al Tavolo Tecnico Indisponibilità (Tti). Inoltre, come noto, Sifo ed Aifa hanno sottoscritto recentemente un Protocollo d'Intesa, su cinque grandi temi di cui uno è proprio quello delle carenze e delle indisponibilità dei farmaci, con riferimento a DruGhost. L'analisi congiunta ed incrociata dei dati provenienti dalla piattaforma DruGhost e da quella dei carenti Aifa forniranno una stima sempre più puntuale e rappresentativa di questa importante criticità che colpisce il Servizio Sanitario Nazionale". **V.C.**

**“ IL FENOMENO DELLE INDISPONIBILITÀ DEI FARMACI È SEMPRE PIÙ DIFFUSO E COLPISCE INDISTINTAMENTE LE VARIE CLASSI TERAPEUTICHE ”**



**Il tele-monitoraggio, effettuato tramite dispositivi consegnati al caregiver familiare, consente di identificare rapidamente emergenze cliniche gestibili a domicilio. Il servizio di telemedicina a costo zero attivato dall'Asl Roma 2**

di **GIORGIO CASATI**

# Curare @ Casa

**D**a decenni si discute in merito alla necessità di realizzare le condizioni tecniche ed organizzative per rendere l'ospedale il luogo deputato alla cura delle acuzie, restituendolo così alla mission che più gli è propria, sviluppando modelli di presa in carico e di continuità assistenziale sul territorio. Processo evolutivo di Sistema, quello appena descritto, che ha incontrato e, tutt'ora, incontra notevoli difficoltà ad essere realizzato sia per ragioni di carattere culturale, l'ospedale è ancora il punto di riferimento principale per la gestione della salute delle persone, sia perché i modelli di presa in carico e continuità assistenziale sul territorio si basano sul principio della collaborazione tra i pro-

fessionisti che vi operano e questi ultimi non solo sono numerosi (Mmg, Pls, strutture intermedie, distretti, case della salute, ecc..) ma, spesso, carenti di strumenti in grado di rendere operativa la loro integrazione.

**Ciò che prima era una necessità, con la pandemia di questi ultimi anni, è diventata un'esigenza cogente.** Lo sviluppo di modelli, sistemi e strumenti che

consentano di gestire una persona malata sul territorio evitando, o limitando allo stretto necessario, il ricorso all'ospedale è la priorità assoluta del Ssn. In questo contesto, tra le iniziative avviate nella Asl Roma 2 orientate al perseguimento di questo ambizioso obiettivo, nel novembre 2021 è stato avviato il programma di lavoro denominato "Curare@Casa". Il progetto nasce dall'op-

portunità di valorizzare l'esperienza condotta, durante la pandemia, in Regione Lazio e nella Asl Roma 2 laddove sono stati raggiunti ottimi risultati nell'integrazione operativa tra i tanti soggetti, professionali ed organizzativi coinvolti. I fattori chiave dei successi conseguiti sono rappresentati, in estrema sintesi, dalla chiarezza degli obiettivi da raggiungere e dalla definizione condivisa di protocolli operativi che hanno consentito di chiarire il ruolo dei diversi attori in gioco affinché potessero agire come "rete integrata di servizi" e dalla sistematica e frequente condivisione delle informazioni sui pazienti. Nello specifico, **Curare@ Casa ha l'obiettivo di assicurare forme di cura e assistenza altamente qualificate, presso il domicilio del paziente, in fasi particolari dello stato di salute di una persona in cui il ricovero ospedaliero risulterebbe inappropriato ma dove, al tempo stesso, il mantenimento**

## Score della fragilità

- Paziente vive solo
- ADL inferiore
- Farmaci >5
- Uno o più ricoveri nei 6 mesi precedenti
- Paziente proveniente da residenza

1 punto per ogni SI  
Criterio di inclusione score >2

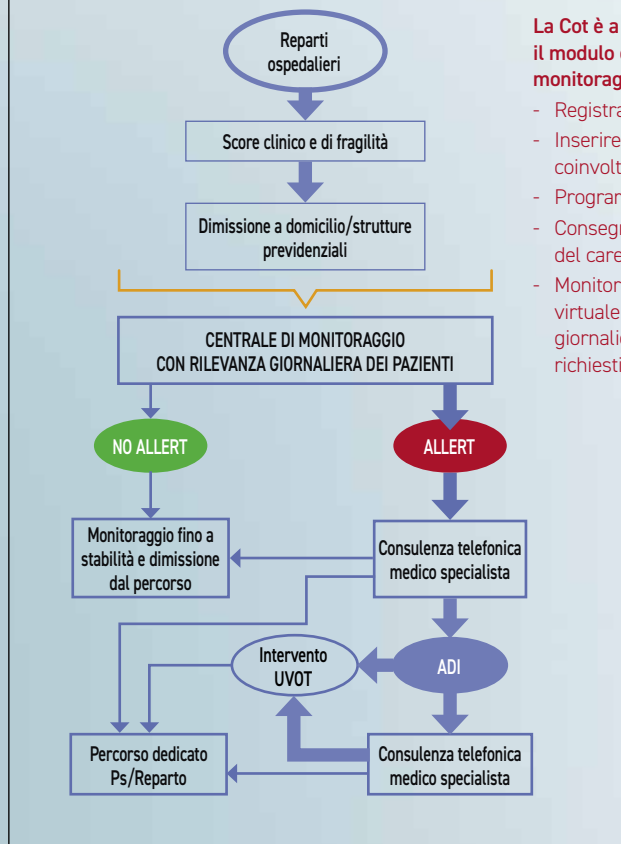
SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I pazienti eligibili per il "ricovero" a casa, sono attentamente selezionati in base ad un protocollo condiviso tra specialisti e Mmg basato su score di rischio di fragilità prestabiliti per possibile reospedalizzazione in tempi brevi che, per i pazienti geriatrici, è stato definito come in tabella.

al domicilio, nelle forme tradizionali, risulterebbe assai critico a causa della necessità di mantenere sotto controllo i parametri biologici che evidenziano le variazioni, positive e negative, dello stato di salute. Situazioni che, in assenza di Curare@Casa, si trasformano in ospedalizzazioni, anche ripetute nel tempo e/o prolungamenti inappropriati delle degenze ospedaliere. Pertanto il progetto rappresenta la risposta funzionale di sintesi tra tecnologia, cultura e medicina del fare, che utilizza la competenza clinica maturata in ospedale e tutte le professioni sanitarie e sociali, coordinate in cooperazione tramite la Centrale Operativa Territoriale (Cot) con i servizi Adi su pazienti fragili più complessi, dimessi da ospedale o identificati sul territorio, con l'obiettivo di evitare il rischio di impropria re-ospedalizzazione o istituzionalizzazione dei frequent user dei servizi ospedalieri attraverso score e criteri di "eleggibilità" (tabella nella pagina precedente).

**Il programma ha preso avvio nel reparto di Geriatria del Sant'Eugenio concentrandosi sui pazienti fragili già oggetto di ricovero.** Oggi anche il reparto di Neurologia dello stesso ospedale e la prevalenza dei pazienti "ricoverati" a

## I processi di gestione dell'ospedale virtuale PERCORSO Curare@Casa



La Cot è a gestione infermieristica, ricevuto il modulo di richiesta di inserimento del monitoraggio provvede a:

- Registrare l'utente in piattaforma;
- Inserire dati anagrafici, recapiti, professionisti coinvolti, patologie, anamnesi e terapia;
- Programmare appuntamenti a domicilio;
- Consegnare kit e provvedere alla formazione del caregiver;
- Monitorare giornalmente i pazienti in corsia virtuale con la registrazione delle attività giornaliere nelle annotazioni o degli interventi richiesti o attivati.

Individuata situazione di "allarme", il medico di reparto si attiva con una videovisita e, se del caso, allerta il medico curante o la Centrale Operativa Aziendale per organizzare una visita domiciliare dello specialista e/o dell'infermiere.

Oggi l'Ospedale Sant'Eugenio ha a disposizione posti letto "virtuali" oltre a quelli in dotazione, e l'azienda Asl Roma 2 intende investire ancora su questa soluzione confortata dall'evidenza che, a sostegno del progetto, ci sono anche le risorse del Pnrr e gli indirizzi definiti dal c.d. "Dm 77" ma, soprattutto, l'entusiasmo dei medici e degli infermieri che lo stanno sperimentando e il ritorno di pazienti e familiari che trovano, in questa nuova formula, una risposta efficace ai loro bisogni.

domicilio deriva dalle richieste dei Medici di Medicina Generale (Mmg) al fine di evitare che il paziente debba essere ricoverato e possa essere più adeguatamente gestito presso il proprio domicilio con la vicinanza dei familiari.

I pazienti selezionati vengono quindi dotati di un kit per il telemonitoraggio dei parametri ritenuti necessari per la loro valutazione giornaliera. I

dati del telemonitoraggio sono trasmessi, due volte al giorno alla Cot in base alle necessità clinico-assistenziali del paziente.

La Cot, garantita l'acquisizione dei parametri necessari, rende disponibile in tempo reale le informazioni sugli schermi predisposti nei reparti di Geriatria e Neurologia del Sant'Eugenio consentendo di effettuare il "giro visita" del reparto virtuale.

**“ I DATI DEL TELEMONITORAGGIO SONO TRASMESSI, DUE VOLTE AL GIORNO ALLA COT IN BASE ALLE NECESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALI DEL PAZIENTE ”**

# SEGUITI a distanza

**La telemedicina sta facendo passi da gigante nell'Azienda Usl di Modena dove coinvolge già 80 pazienti cronici in tutta la provincia. Con i kit elettronici le persone da casa propria vengono monitorati dagli infermieri, h12 e 7 giorni su 7, in collaborazione con Case della salute, mmg e Pls**

di ANNA MARIA PETRINI, IMMA CACCIAPUOTI

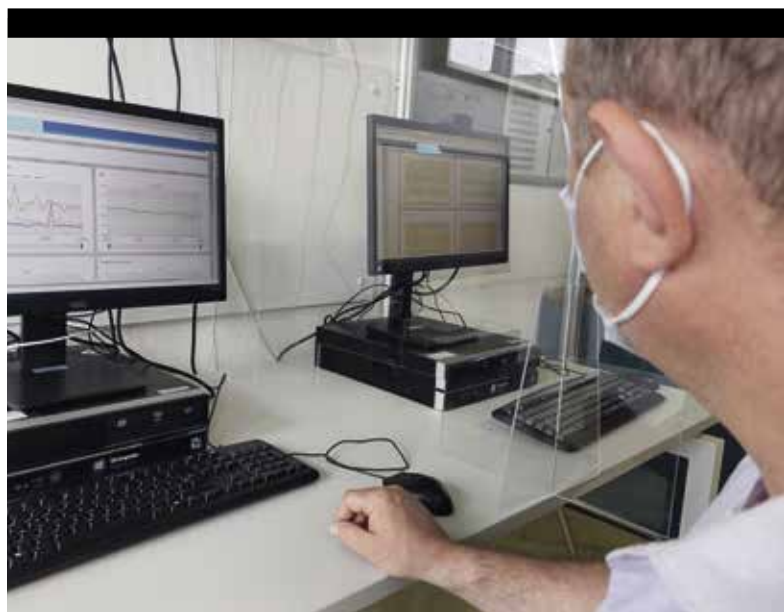
**C**ase della Comunità, Centrali operative territoriali, Telemedicina, Ospedali di Comunità: mettere a sistema la rete di competenze, professionalità e tecnologie per avvicinare la sanità al cittadino è l'obiettivo dichiarato del nuovo modello di assistenza territoriale disegnato dal futuro Dm 71, a cui il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) darà risorse e nuovi luoghi, per una sanità che si prende cura sia della persona che della Comunità. Negli ultimi anni, nonostante la gestione dell'emergenza pandemica, gli sforzi organizzativi e le progettualità dell'A-

zienda Usl di Modena sono stati indirizzati alla ridefinizione di tutta la sanità territoriale, mettendo a sistema tutte le proprie risorse: se in provincia si contano già 15 Case della Comunità attive, se ne aggiungeranno altre 12 in programmazione grazie a investimenti aziendali e ai fondi del Pnrr; sono previsti nuovi Ospedali di Comunità, oltre ai due già attivi, un Hospice in ogni area della provincia e una Centrale operativa territoriale per Distretto. A ciò si aggiunge il potenziamento dell'Assistenza domiciliare integrata, resa omogenea su tutti i distretti ed elevata alle h12

giornaliere, 7 giorni su 7. In questo disegno generale l'innovazione tecnologica è una delle spinte propulsive: essa consente a specialisti, personale infermieristico, pediatri e medici di medicina generale di dialogare tra loro

e con i pazienti, soprattutto fragili e cronici, monitorandoli costantemente senza necessità di spostamenti tra le diverse sedi assistenziali. Così opera la nuova Centrale di Telemedicina dell'Azienda Usl di Modena: nata come progetto della Regione Emilia-Romagna nel 2016 con il coinvolgimento di tutte le aziende sanitarie del territorio, a cui la Regione ha fornito kit con attrezzature elettroniche per il telemonitoraggio, è stata successivamente inserita tra gli obiettivi di salute del Pnrr e dunque potenziata grazie alla formazione di una équipe dedicata di infermieri specificatamente formati.

**Destinatari di questa innovativa modalità di assistenza sono persone che con cronicità, ad esempio cardiopatici, diabetici, persone con problemi respiratori, emiparesi, ecc, obesità, dunque pazienti fragili e cronici con alto ri-**



schio di ricovero in ospedale o ricadute frequenti, con particolare attenzione a coloro che vivono in aree molto lontane dai punti di erogazione dei servizi sanitari.

L'Azienda Usl di Modena aveva avviato la sperimentazione già prima della pandemia nell'ambito della progettualità che vedeva coinvolte tre Case della salute, Pievepelago, Fanano e Montefiorino, poi l'emergenza Covid ha interrotto il percorso e la sorveglianza dei pazienti cronici si è trasformata ben presto in sorveglianza delle persone a casa in isolamento. Superata la fase pandemica, nel dicembre scorso il progetto è stato riavviato e diffuso in tutta la provincia sfruttando proprio quella struttura centralizzata e ramificata sui distretti che ha consentito di ottimizzare la gestione dei pazienti durante la pandemia. Questa fase è stata preceduta da

## Come cambierà la rete territoriale modenese

- 1 Centrale provinciale di telemedicina**
- 7 Centrali operative territoriali**  
(1 hub a Modena e 6 spoke negli altri distretti)
- 27 Case della Comunità**  
(15 già attive + 12 in programmazione/realizzazione)
- 8 Ospedali di Comunità**
- 4 Hospice**  
(1 x area provinciale + Castelfranco Emilia già attivo)

diversi incontri di formazione organizzati dall'Ausl con i medici di medicina generale e gli infermieri, per spiegare gli obiettivi e le potenzialità del progetto e il loro coinvolgimento operativo. A oggi sono 80 i cittadini – adulti e bambini – residenti in tutta la provincia seguiti in telemedicina ma si punta in breve tempo, una volta che saranno reperite le risorse necessarie anche con la collaborazione delle fondazioni locali, a raggiungere quota 500.

**Il monitoraggio della Centrale di Telemedicina si configura come integra-**

**zione alla presa in carico da parte dell'équipe della Casa della Salute che già segue il paziente e la sua famiglia e a quella del Medico o Pediatra di riferimento.** Il paziente adatto per il progetto di telemedicina viene infatti individuato dal medico o pediatra che, in accordo con gli infermieri della Casa della salute, stila un Piano assistenziale individuale: in questo modo si costruisce un progetto condiviso tra i diversi soggetti che hanno in carico il paziente e vicino ai bisogni della persona e del suo nucleo familiare. All'utente viene fornito un kit con attrezzature elettroniche che consentono quattro tipi di rilevazione: il pulsossimetro, per misurare il livello di ossigenazione nel sangue e la frequenza cardiaca, l'apparecchio per provare la pressione, la bilancia e il braccialetto contapassi

per monitorare l'attività motoria, infine un tablet con l'app che consente lo scambio di dati in modalità protetta, rilevando automaticamente i parametri misurati dal paziente o dal suo caregiver e trasmettendoli alla Centrale di telemedicina.

**Qui, infermieri con specifica formazione garantiscono h12 e 7 giorni su 7 la lettura puntuale dei parametri dei pazienti; in caso di valori fuori target, gli infermieri della Centrale contattano quelli della CdS e/o il medico/pediatra di riferimento per la presa in carico; in caso di mancato invio dei dati, invece, telefona direttamente alla persona per capire la motivazione del mancato invio; almeno una volta a settimana, infine, effettuano una videochiamata al paziente e all'eventuale caregiver per un feedback sul funzionamento dei dispositivi e sulla situazione del paziente, risolvendo anche ed eventuali problemi nell'invio dei dati.**

Una nuova modalità per essere sempre più prossimi alla comunità, con una forte componente di innovazione tecnologica ma soprattutto con professionisti quotidianamente al servizio del cittadino.



LA CENTRALE DI TELEMEDICINA SI INSERISCE NELLA PROGRAMMAZIONE DEL PNRR E DEL DM71

# SCREEN TIME

## salute in pericolo

Uno studio dell'Università di Padova lancia l'allarme: attenzione agli adolescenti e ai bambini. E i pediatri confermano. Parliamo del tempo trascorso davanti a uno schermo... Ma qualcosa sta cambiando? O sono gli adulti a dover fare autocritica

—  
di CRISTINA CORBETTA

**A** desso c'è anche una "carta" che lo conferma: la dipendenza da cellulare esiste, e per i più giovani può essere molto pericolosa. L'allarme arriva dal Dipartimento Salute Donna e Bambino dell'Università di Padova, che con l'approvazione della Società Italiana di Pediatria (Sip) ha pubblicato sulla rivista *Frontiers in Pediatrics* un documento intitolato "Salute dei Giovani e Stili di Vita: la Carta di Padova". Nel documento si legge che l'80% dei bambini al di sotto dei 2 anni utilizza congegni elettronici e che il 60% dei bambini ha il primo cellulare tra i 10 e gli 11 anni e inizia la "vita in rete" tra gli 11 e i 12 anni. Risultato? Che siamo di fronte al fenomeno di

## LO PSICOLOGO: L'ESPOSIZIONE AI DEVICE È INEVITABILE

**"L'attenzione alla quantità del tempo che gli adolescenti passano con cellulare e tablet è sacrosanta, ma non serve ripetere ai ragazzi che devono usare meno internet, serve costruire modelli alternativi".** Matteo Lancini, psicologo, psicoterapeuta, presidente della Fondazione Minotauro di Milano, spiega che "tutte le ricerche serie ci dicono che il futuro lavorativo sta in internet, quindi dobbiamo aiutare i ragazzi a muoversi lì dentro. Internet non è uno strumento. È un ambiente dentro il quale i nostri ragazzi devono imparare a crescere". Certo, anche Lancini concorda con i pediatri nel sottolineare che l'eccessiva esposizione è dannosa. Ma... "Sarò prontissimo a sostenere che gli adolescenti debbano usare meno il web – sottolinea Lancini - quando vedrò i gruppi di WhatsApp delle madri chiusi immediatamente per decreto presidenziale, la politica non agire più nei social, i miei colleghi smettere di lanciare appelli dai propri profili social per dire a insegnanti e genitori che i ragazzi devono usare meno i social. Abbiamo apparecchiato un mondo in cui il lavoro per i nostri figli e studenti parte dal saper usare internet e poi con che coraggio diciamo che i problemi nascono solo da internet e videogiochi?".

una "generazione di iperconnessi", che secondo i pediatri può avere serie conseguenze. Un eccessivo Screen-Time, infatti, favorisce la sedentarietà e il sovrappeso, riduce le ore di sonno e si associa a problematiche del comportamento e, nei più piccoli, a ritardo del linguaggio. **Ma l'aspetto più allarmante è che il problema Screen-Time riguarda anche i bambini**

**molto piccoli, al di sotto dei 2-3 anni.** "Uno studio francese del 2018 – spiega la Carta di Padova - riporta che l'80% dei bambini al di sotto dei 2 anni utilizza congegni elettronici. Alcuni genitori incoraggiano l'uso dei devices al di sotto dei 2-3 anni, perché sono convinti che diano stimoli positivi allo sviluppo del bambino. Dobbiamo sfatare questa

falsa credenza che spesso si associa all'idea dei genitori che il bambino sia particolarmente abile perché già dai primi anni di età riesce a "smanettare" con il



“ SIAMO DI FRONTE AL FENOMENO DI UNA “GENERAZIONE DI IPERCONNESSI”, CHE SECONDO I PEDIATRI PUÒ AVERE SERIE CONSEGUENZE ”

## “ ALLA CAMERA UNA PROPOSTA DI LEGGE PER DISCIPLINARE L'USO DEGLI SMARTPHONE, VIETANDOLI A SCUOLA E LIMITANDOLI FINO AI 12 ANNI ”

### TELEFONO AZZURRO INSEGNA AD ESSERE “CITTADINI DIGITALI”

**Sostenere concretamente i docenti di tutte le scuole italiane di ogni ordine e grado ad aiutare i loro studenti a vivere e abitare il mondo digitale con consapevolezza e in sicurezza, al sicuro dai rischi dalle minacce che vi si annidano.** È questo l'obiettivo dell'iniziativa di Telefono Azzurro che ha prodotto, grazie al supporto di Amazon, oltre 8mila kit informativi ricchi di materiale formativo e di sensibilizzazione, destinati ai dirigenti scolastici e ha messo a disposizione “Azzurro Academy”, la piattaforma gratuita di e-learning rivolta a bambini e adolescenti, ma anche a genitori e insegnanti. Nei kit si trova, tra l'altro, “Essere cittadini digitali in 5 mosse. Guida pratica per genitori e insegnanti”, un vero e proprio vademecum su come aiutare i giovani a costruire la consapevolezza dell'ambiente digitale e “abitarlo” in sicurezza.



telefonino”.

Questa dipendenza da cellulare ha fatto muovere anche la politica di casa nostra, sull'esempio della Francia, dove una legge vieta l'utilizzo del telefonino durante le ore di lezione. Un gruppo di deputati M5S, prima firmataria Rosalba De Giorgi, ha infatti presentato una proposta di legge alla Camera per disciplinare l'uso degli

smartphone, vietandoli a scuola e limitandoli fino ai 12 anni. La pdl prevede inoltre sanzioni dai 300 ai 1500 euro per gli adulti che permettono trasgressioni.

Ma quali sono realmente danni per la salute legati all'abuso dell'utilizzo del cellulare e dei vari device elettronici? Secondo Rosaria Sommariva, medico esperto in medicina del

sonno, presidente dell'Associazione “Riaccendi il sorriso” e promotrice del progetto “Se li ami, sconnettili” promosso dalla Regione Toscana, “c'è una strettissima correlazione” tra l'abuso e l'uso scorretto delle tecnologie digitali e la poca qualità del sonno, anche nei bambini. La cosa “è scientificamente provata, per via della cosiddetta luce blu.

Una luce impercettibile all'occhio umano, emessa da tablet, pc e telefoni, che distrugge la melatonina”. Oltre a questi la dottoressa cita “problemi alla vista, al collo, alle spalle, alle mani”.

**Anche Annamaria Staiano, presidente della Sip, la società italiana di Pediatria, lancia l'allarme rispetto all'utilizzo troppo precoce di cellulari e tablet: “un recente studio pubblicato su Jama – spiega – ha dimostrato la correlazione tra l'utilizzo di questi dispositivi in fase precoce e la manifestazione di problemi che riguardano lo sviluppo successivo del bambino. Come Società Italiana di Pediatria abbiamo in programma un'ulteriore serie di iniziative di sensibilizzazione dei genitori in merito a questo delicatissimo tema, insieme alla Federazione Medici Pediatri e ad altre istitu-**

zioni. Oggi siamo di fronte a genitori che paradossalmente sono fieri della precocità dei loro bambini all'utilizzo dei tablet e dei cellulari; e questo dimostra quanto ancora ci sia da fare nel campo della corretta comunicazione”.

In questo quadro, anche la pandemia ha peggiorato la situazione. Negli USA, uno studio del Pew Research Center condotto su un campione di quasi 1700 genitori statunitensi ha confrontato le abitudini di bambini minori di 11 anni a marzo 2020 e ad aprile 2021. Tra i bambini americani minori di 11 anni è aumentato l'uso dei social, in particolare di Tik Tok, utilizzato dal 21% degli intervistati nel 2021 contro il 13% del 2020, ma anche di tablet e videogiochi, utilizzati rispettivamente dall'81% (contro il 68% del 2020) e dal 51% (contro il 45% del 2020) dei bambini).

Eppure forse qualcosa sta cambiando, almeno per quanto riguarda i ragazzini, quelli di età compresa tra gli 8 e i 15 anni, la cosiddetta "generazione Alfa". Il primo osservatorio sul fenomeno ha reso pubblico lo studio "Kids", condotto all'agenzia internazionale di ricerche sociali Gwi, secondo il quale proprio da questa



## L'APP PIÙ SCARICATA DAGLI UTENTI SU SCALA GLOBALE NEL 2022 È STATA TIK TOK

A certificarlo è la classifica pubblicata dalla società di analisi Sensor Tower, secondo cui il social di proprietà del colosso cinese ByteDance ha totalizzato dalla sua nascita 3,5 miliardi di download. Nelle prime cinque posizioni della classifica ci sono, compaiono, dopo TikTok che da inizio 2022 ha totalizzato 175 milioni di download, Instagram (con 160 milioni), Facebook, WhatsApp e Telegram. Tik Tok sta riscuotendo enorme successo anche in Italia, con ormai 8 milioni di utenti. La fascia d'età più numerosa è quella degli adolescenti e dei preadolescenti: quasi 7 utenti su 10 hanno un'età compresa tra i 13 e i 24 anni. Sebbene l'app richieda un'età minima

di 13 anni per accedervi, aggirare quel limite non è difficile: gli account dei ragazzi di età compresa tra 13 e 15 anni vengono impostati come privati, ma il problema è che questo controllo si basa sull'autocertificazione della data di nascita. In pratica, basta inserire una data fasulla per creare un account pubblico, cosa che fa la maggior parte dei ragazzi senza supervisione. Dal 9 febbraio 2021 al 21 aprile 2021 è stato chiesto a oltre 12 milioni e mezzo di utenti italiani di confermare di avere più di 13 anni per accedere di nuovo alla piattaforma TikTok. In totale più di 500 mila utenti sono stati rimossi perché probabili minori: di questi, circa 140 mila scoperti attraverso una combinazione di strumenti di segnalazione implementati all'interno dell'app. A maggio dello scorso anno infine, il Garante ha chiesto a Tik Tok di mettere in campo una serie di ulteriori interventi per impedire l'accesso alla piattaforma a tutti gli under 13.

## “ DUE ANNI DI PANDEMIA E DI DIDATTICA A DISTANZA STAREBBERO SPINGENDO I PIÙ GIOVANI A UN CERTO DISTACCO DA SMARTPHONE E TABLET ”

generazione potrebbe ripartire la contro rivoluzione tecnologica.

Due anni di pandemia e di didattica a distanza, con il senso di isolamento che ne deriva, starebbero spingendo i più giovani a un certo distacco da smartphone e tablet. **I dati raccolti indicano che il tempo passato online è calato del 14% per i bam-**

**bini dagli otto agli 11 anni e del 7% per i ragazzi dai 12 ai 15 anni.** “Per i ragazzi gli anni passati tra lockdown e scuola a distanza non sono stati solo duri, sono stati formativi – si legge nella ricerca – uno su tre si dichiara più coscienzioso rispetto alla propria salute e, nella maggioranza dei Paesi, è salita del 15% la preoc-

cupazione di ammalarsi, o che si ammali un familiare. Nel 2021 il desiderio di incontrare gli amici nel weekend è salito del 13%, mentre quello di vederli in chat è sceso dell'8%”. E non solo: i ragazzini della generazione Alpha preferiscono il cinema al pc. E aumenta del 12% l'interesse per gli audiolibri.



# Tra flessibilità e professionalità

Le Aziende sanitarie si sono riappropriate, negli oltre due anni trascorsi nella gestione dell'emergenza pandemica, dell'organizzazione del lavoro mutata, **adattatasi alla profonda modificazione del sistema di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie**

di PAOLA BARDASI, GABRIELLA ANTOLINI, RITA MARICCHIO

**L**a delegificazione e la deregolamentazione delle procedure tecnico amministrative hanno completato il quadro di sistema, quadro straordinario, dal quale le Aziende devono riposizionarsi in un contesto di ordinarietà. Sulla scia degli spunti presenti nella Ricerca Fiaso sul Middle management, settembre 2021, si vogliono delineare alcune linee direttrici sulle quali lavorare, all'interno del perimetro di autonomia e responsabilità delle Aziende sanitarie, ma anche coinvolgendo le istituzioni regionali, le parti sociali, le Università ed i professionisti, nonché le loro rappresentanze, con l'obiettivo di capitalizzare le esperienze accumulate a livello nazionale, regionale ed aziendale. Diventa fondamentale

una riflessione da parte delle Aziende sanitarie, che conduca a passare da una fase di gestione straordinaria, ad una gestione ordinaria, enucleando, i valori e le opportunità gestionali che sono emer-

si durante l'emergenza Covid, al fine di una loro capitalizzazione.

Interessanti spunti sono venuti dal Convegno Nazionale Fiaso organizzato sul tema dall'Azienda Ospedaliero Universita-

ria di Ferrara come coordinamento Fiaso Emilia-Romagna, il 21 ottobre scorso.

La modificazione dei bisogni e dell'offerta sanitaria, il rafforzamento di livelli intermedi di cooperazione tra aziende, la specializzazione di aziende sanitarie a beneficio dei sistemi regionali, l'elevato numero di persone con malattie croniche con multi morbidità aveva dato avvio a percorsi volti al coordinamento o integrazione delle cure, iniziati a partire dalla quarta riforma istituzionale, dal DL 158/2012 ("Balduzzi") convertito in L. 189/2012. I fabbisogni delle aziende le loro modalità di funzionamento si sono progressivamente evolute e sono nate nuove specializzazioni, ma anche nuove competenze, l'evoluzione si è intrecciata con una



L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Ferrara in tema di innovazione e valorizzazione delle competenze, all'interno della nuova visione strategica, ha presentato e condiviso con i professionisti il progetto di Ospedale del futuro o "Ospedale verticale", che prevede diversi assi di sviluppo per il 2021-2024:

- Progetto Chirurgia Robotica
- Centro Dipartimentale – Piastra di Biologia Molecolare
- Metodologia per la ricerca
- Medicina di genere e equità
- Riabilitazione

Dove tra le criticità strategiche da affrontare, spicca quello del Reclutamento e valorizzazione del personale, affidato alla Direzione clinica e alla direzione Assistenziale.

spinta a introdurre "professionisti non sanitari" in una organizzazione del lavoro fino a tempi recenti dominata da professionisti sanitari.

Il cambiamento che ha impattato sulle professionalità coinvolte e sui ruoli svolti in stretta integrazione, non è stato facile, in quanto contrastato dalla difficoltà di una flessibilità organizzativa e reale integrazione tra le professioni, oltre che da competenze rigidamente codificate. L'impatto delle innovazioni tecnologiche, hanno mostrato una fragilità del territorio, ma una inaspettata flessibilità organizzativa dello stesso territorio e degli ospedali e accelerato il cambiamento.

L'emergenza da Covid-19, da una parte ha mostrato come molte barriere professionali e settoriali possono essere abbattute e si possa introdurre e gestire una certa flessibilità, laddove le Aziende sanitarie abbiano investito in sistemi di valutazione delle competenze.

In epoca Covid, c'è stata una imponente iniezione di risorse e una indubbia opportunità per il Ssn, un Piano di rafforzamento della rete ospedaliera, un incremento del personale sanitario, che secondo una stima rilasciata recentemente dalla Cor-

**Con il Dm Mef 6 agosto 2021 è stata disposta l'assegnazione delle risorse finanziarie in favore delle Amministrazioni centrali titolari degli interventi previsti dal Pnrr.**

**Il Dm, inoltre, sancisce alcuni obblighi specifici a carico delle Amministrazioni, relativamente a: attivazione delle procedure, adozione di ogni iniziativa necessaria ad assicurare l'efficace e corretto utilizzo delle risorse, vigilanza sulla tempestiva, efficace e corretta attuazione degli interventi e trasmissione dei dati relativi allo stato di attuazione.**

te dei Conti, identifica in 83.180 le unità di personale reclutate al 23 aprile 2021 per l'emergenza Covid-19.

Durante la pandemia, oltre all'esigenza di nuove competenze, si è avvertito forte l'impatto di un mix di attività innovative, in risposta ai progressi della tecnologia, aumentando la necessità di figure che sapessero utilizzare tali tecnologie ed incrementando le conoscenze e il potenziale per curare le malattie

**Le aziende sanitarie hanno la crescente necessità di essere più attrattive per tutti i professionisti ed in particolare per quell'insieme di posizioni che rispecchiano un cambiamento profondo nelle logiche organiz-**

**zative.** Si tratta di ruoli e posizioni "trasversali" che presidiano processi e dimensioni di risultato che non sono riconducibili alle tradizionali unità operative. Oltre alle difficoltà insite nell'assunzione di responsabilità su risultati che derivano da risorse e attività non poste sotto il diretto controllo, le nuove posizioni trasversali fanno fatica a trovare una formale collocazione nelle griglie di inquadramento del personale. Il risultato non è solo una sorta di "minore attrattività" per i professionisti cui vengono a mancare chiari riferimenti di carattere gestionale o professionale, ma anche una debolezza in termini di status che non aiuta in ruoli che devono influenzare i comportamenti in assenza di strumenti gerarchici.

Questa consapevolezza deve servire ad affrontare il problema ed iniziare percorsi mirati per accrescere l'attrattività spesso legata alle retribuzioni e condizioni di lavoro che non sono in linea con le aspettative dei Millennials, non solo nel pubblico, ma anche in ambito privato.

Muoversi nella direzione di favorire la produzione di nuove conoscenze, sviluppare la ricerca e anche la partnership con le Università e le grandi aziende private, anche per le aziende territoriali, significa acquistare attrattività e fidelizzare anche le risorse che il Covid ha consegnato alle Aziende. Per questo diventa necessario sempre di più sviluppare con le Regioni e le Università, processi di Formazione per creare nuove competenze digitali e nuove professioni.

**Durante la pandemia è stata evidente l'assenza di una figura che potesse gestire questi aspetti, motivo per il quale diventa fondamentale costruire una Funzione aziendale della gestione delle Risorse umane che si occupi di questi aspetti, dotata di queste Skill con un duplice prioritario obiettivo.**

Capire come mappare le competenze degli operatori e come collegarle alla organizzazione del e come costruire un sistema di carriere e riconoscimenti che sostenga l'evoluzione professio-



**“ NECESSARIO RIPENSARE AD UN SSN, SU 3 LIVELLI DI COMPETENZA: STATO, REGIONI E AZIENDE ”**



**John Ovretveit**  
Il Mulino  
pp. 354

## Il miglioramento del valore nei servizi sanitari. Un metodo basato sulle evidenze

**I cambiamenti in grado di far risparmiare realmente tempo e risorse finanziarie sono quelli che producono qualità per gli utenti dei servizi ed efficienza nel tempo per le organizzazioni sanitarie. Sono cambiamenti che devono ottenere l'ampio supporto necessario per vincere la grande sfida di trasformare la sanità.** Scritto con uno stile colloquiale da un leader internazionale sulle tematiche della qualità e della sicurezza, questo libro descrive modalità già sperimentate per ottenere risparmi attraverso il miglioramento. È basato su trent'anni di esperienza nella ricerca sulla qualità e nei miglioramenti nell'attività quotidiana dei servizi sanitari e descrive come ottenere il miglioramento del valore e costruire le necessarie condizioni organizzative per farlo, a partire dai numerosi esempi presenti in letteratura.

petenza: Stato, Regioni e Aziende. Ogni livello ha il suo ruolo, i suoi compiti e le sue responsabilità, anche verso le parti sociali e gli Stakeholder. Indipendentemente dalle condizioni prevalenti sul mercato del lavoro, da una parte, la crescente standardizzazione e controllabilità dell'impegno clinico e assistenziale e, dall'altra, la progressiva qualificazione di tutte le professioni impegnate in sanità suggeriscono alle aziende un serio impegno sul terreno dello skill mix change.

L'idea di fondo è quella di creare le condizioni perché i professionisti più "preziosi" e più difficili da reclutare siano prioritariamente impegnati nei compiti in cui "producono la differenza". Le Risorse umane rappresentano la chiave anche per la predisposizione e la gestione dei progetti del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) che si innesta quale opportunità in questa fase post pandemica, e rappresentano la chiave della Ripresa. La Ripartenza deve, ad oggi, cogliere le opportunità del Pnrr con una visione One Health nella quale le risorse umane sono l'elemento fondamentale.

nale degli operatori è un tema particolarmente pressante per la componente infermieristica i cui percorsi di carriera sono stati finora quasi esclusivamente collegati ad aspetti gestionali e organizzativi. È necessario che tali dinamiche siano anche il frutto di riflessioni e scelte attentamente deliberate dall'interno del Ssn in vista del raggiungimento di obiettivi collettivi. Ciò significa costruire le condizioni per un migliore utilizzo di un ampio ventaglio di professionalità, sia nella erogazione dei servizi che nel fun-

zionamento dell'Azienda nel suo insieme. Ad una maggiore flessibilità delle "tradizionali professioni sanitarie" si è aggiunto il contributo di nuove o rinnovate professionalità, come per ingegneri, farmacisti, professioni sanitarie in genere. Ad ogni livello istituzionale, l'emanazione di leggi e regole semplificate, forme anche straordinarie di reclutamento e di approvvigionamento del tutto innovative, hanno rappresentato durante l'emergenza un'opportunità che deve essere capitalizzata anche fuori dalla fase pandemica. Le

Regioni hanno coordinato l'attività delle Aziende, hanno tradotto le norme nazionali, anche configurando modelli organizzativi innovativi. Sono sviluppati anche modelli centralizzati di alcune regole di sistema, con responsabilità di gestione alle Aziende sanitarie. **Il superamento della fase acuta della pandemia, richiede un riposizionamento strategico delle Aziende; dopo la crisi, è necessario mettere a sistema i valori che con la pandemia si sono affermati.** È necessario ripensare a tutto il Ssn, su 3 livelli di com-

**“ COSTRUIRE LE CONDIZIONI PER UN MIGLIORE UTILIZZO DI UN AMPIO VENTAGLIO DI PROFESSIONALITÀ ”**

# BEFORE YOU GIVE IT...

**KNOW**  
your medication

**CHECK**  
you have the right

- patient
- medicine
- route
- dose
- time

**ASK**  
your patient  
if they understand



World Health  
Organization

**MEDICATION  
WITHOUT HARM**  
*Global Patient Safety Challenge*



World  
Patient Safety  
Day 17 September 2022



# Il portale degli orfani

**Lo Stabilimento chimico farmaceutico di Firenze ha un nuovo portale dei medicinali. Uno strumento integrativo, collegato con il sistema Spid e l'App IO, per medici di famiglia, servizi sanitari e strutture ospedaliere**

di CORRADO CONTA

L'unità alle dipendenze dell'Agenzia industrie difesa, che produce i farmaci destinati a oltre 3.000 pazienti affetti da malattie rare, si dota di uno strumento sicuro, veloce e affidabile volto a migliorare la vita di molti pazienti e il lavoro del personale sanitario. Ad un anno di distanza dalla celebrazione del ventennale di attività, l'Agenzia ha deciso di intraprendere un processo di ammodernamento strutturale della procedura di approvvigionamento dei farmaci attraverso un nuovo portale con l'obiettivo ultimo di estendere e consolidare le proprie attività, adeguandole alle sfide future e allargando i benefici al mondo civile. L'impianto di Firenze rappresenta una eccellenza italiana che affonda le sue origini al XIX se-

colo. È nato infatti nato nel 1832, anno in cui Re Carlo Alberto di Savoia, con un "Regio Viglietto", fondò il Consiglio superiore dell'Armata sarda. Nel 1920 ha assunto la denominazione di Istituto chimico farmaceutico militare e nel 1976 l'attuale denominazione di Stabilimento chimico farmaceutico militare. Oggi è l'unica officina farmaceutica dello Stato e si è sempre posta a sostegno delle forze armate e dei civili durante i grandi eventi che hanno

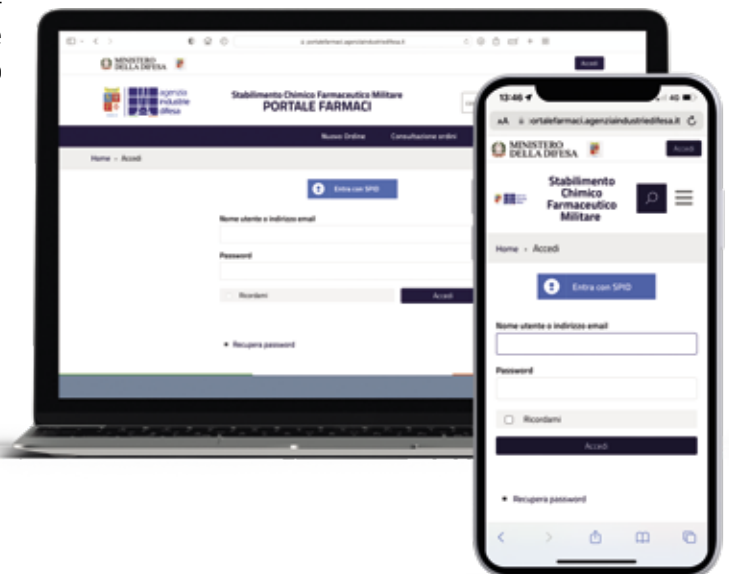
contraddistinto la storia italiana, svolgendo un ruolo sociale e strategico determinante per tutto il Paese.

Dal 2015, in seguito all'accordo di collaborazione tra i ministeri della Difesa e della Salute, lo Stabilimento produce cannabis ad uso medico, determinante per sostenere i pazienti affetti da sclerosi multipla, Parkinson, corea di Hunting-

ton, sindrome di Gilles de La Tourette, nonché per alcune forme di epilessia, per la terapia del dolore cronico e per le conseguenze da chemioterapia, come nausea e vomito.

**In questo contesto, il nuovo portale per lo Stabilimento rappresenta un progetto necessario, nato dal connubio fra le produzioni, garanzia di qualità di una eccellenza**

**Il nuovo portale dei farmaci prodotti dallo Stabilimento è attivo dall'8 giugno 2022 all'indirizzo [portalefarmaci.agenziaindustriedifesa.it](http://portalefarmaci.agenziaindustriedifesa.it), uno strumento a tutela del paziente, integrativo per medici di famiglia, servizi sanitari e strutture ospedaliere.**



za produttiva nazionale, e un processo di ammodernamento strutturale dell'industria della difesa. Lo spazio web rappresenta una concreta ridefinizione dei processi interni che modificano e semplificano il rapporto con i pazienti e le strutture sanitarie, favorendo un moderno sistema in grado di recepire le necessità degli interlocutori.

Questo adeguamento strutturale si pone a tutela del paziente e come strumento integrativo per medici di famiglia, servizi sanitari e strutture ospedaliere, permettendo altresì di offrire un servizio altamente professionale ed efficiente. Il portale, infatti, è progettato per essere integrato con il sistema Spid e l'App IO (App dei servizi pubblici). L'accesso ai servizi attraverso il sistema Spid garantisce la protezione del portale, grazie a verifiche di sicurezza fino a tre livelli, i dati trattati non sono profilati e la privacy dell'utente viene rispettata e garantita, mentre, con IO, l'app dei servizi pubblici, gli operatori sanitari responsabili potranno rimanere sempre aggiornati sullo stato dell'ordine.

L'implementazione del sistema di back-office

per gli operatori dello Stabilimento permette ora una gestione efficiente degli ordini con il costante monitoraggio delle richieste e delle evasioni. L'elaborazione di dati statistici faciliterà una produzione costante e puntuale, eliminando

sprechi dettati da giacenze. Al contempo sarà possibile usufruire di una costante disponibilità dei farmaci per i richiedenti. In questo modo l'utente può avvalersi di un sistema veloce ed efficiente che permette di poter controllare in

Lo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze nato nel 1853, unica officina farmaceutica dello Stato e unità produttiva dell'Agenzia Industrie Difesa, ha festeggiato il 26 giugno scorso 169 anni dalla propria fondazione.

Istituito a Torino da Re Vittorio Emanuele II nel 1853, denominato "Farmacia Centrale Militare" nel 1884, produttore del celebre "Chinino di Stato" nel 1900, trasferito a Firenze nel 1920 e denominato infine Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare nel 1976 lo Scfm rappresenta oggi un punto di riferimento per il nostro Paese.

Dal 2015, lo Scfm è l'unico produttore di cannabis ad uso medico, determinante per sostenere i pazienti affetti da patologie debilitanti. Negli ultimi anni, l'operato dello Stabilimento si è dimostrato decisivo nella lotta pandemica al Coronavirus, anche attraverso la tempestiva conversione delle proprie linee produttive, ha fornito alla popolazione ed alle Forze Armate più di 70 tonnellate di soluzione disinfettante mani e superfici.



ogni momento lo stato di consegna del suo ordine presso le strutture ospedaliere o i medici curanti richiedenti.

**Oggi questo strumento permette di intraprendere un processo di integrazione con il sistema promosso dall'Agenzia italiana del farmaco e, al contempo, presentare lo Stabilimento come un ente in grado di ricoprire il ruolo fondamentale di intermediario per la distribuzione di farmaci a livello nazionale.** Attraverso la collaborazione dei ministeri della Difesa e della Salute, l'Agenzia industrie difesa potrà implementare il servizio relativo ai farmaci orfani, medicinali destinati a pazienti affetti da malattie rare e prodotti unicamente dallo Stabilimento di Firenze in quanto ritenuti poco convenienti dalle case farmaceutiche.



## FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

a cura di Velia Cantelmo  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)

**Ospedale Monaldi**  
All'Ospedale Monaldi per muoversi all'interno della struttura basterà uno smartphone. Attraverso un QR-Code, infatti, sarà possibile scaricare la piantina dell'ospedale sul telefonino per agevolare gli utenti negli spostamenti all'interno della struttura.

È stato attivato, inoltre, il servizio di accoglienza e accompagnamento dedicato ai pazienti fragili. Il Servizio Integrato delle Professioni Sanitarie (Sips), infatti, ha predisposto due punti accoglienza ubicati al piano terra dell'ospedale dove operatori dedicati saranno a disposizione per fornire indicazioni sull'ubicazione dei reparti e servizi e per accompagnare, con l'ausilio anche di sedie a rotelle, le persone non autosufficienti.



### Azienda socio sanitaria locale di Oristano

Una sala d'aspetto con posti a sedere e un dispositivo eliminacode con display di chiamata per rendere l'attesa per il ritiro dei farmaci più confortevole, fluida e funzionale alla riservatezza degli utenti. Sono

queste le ultime innovazioni del Servizio Farmaceutico territoriale di Ghilarza, che ha cambiato radicalmente volto per venire incontro alle esigenze dei cittadini.

### Ospedale di Piombino

Attivato all'Ospedale di Piombino

### Asp Catania Protocollo d'intesa tra l'Asp di Catania e l'Associazione Terra Amica Onlus volto a favorire l'attuazione del progetto "Road Prevention Program: homeless screening

Hiv, Hcv e Sars CoV-2". Obiettivo della collaborazione tra l'Azienda Sanitaria e la Onlus è quello di promuovere la sensibilizzazione di persone senza dimora rispetto alle malattie infettive, in particolare Hiv, Hcv e Sars CoV-2, offrendo anche la possibilità di eseguire tamponi per Hiv e Hcv mediante un test orale di facile e rapida applicazione, così come il test antigenico rapido per Sars CoV-2. Il progetto, svolto da Terra Amica insieme con le associazioni Orme in strada e Associazione Insieme, si avvale di un'équipe, composta da diverse figure professionali che oltre a proporre gli screening offrono spazio protetto per i colloqui di counseling, collegamento con i servizi del territorio, presa in carico globale, accompagnamento ai servizi sanitari. L'équipe si occupa anche di creare una anagrafe sanitaria, che consenta ai soggetti homeless di poter accedere ai servizi sanitari, prenotare visite mediche e, qualora possibile, di essere vaccinati.



### Istituto Giannina Gaslini

"Una medicina a quattro zampe" è il progetto a cura dell'Unità Operativa Complessa di Neuropsichiatria Infantile dell'Istituto Giannina Gaslini in collaborazione con l'Associazione Progetto Islander Onlus e con il supporto di Intesa Sanpaolo, nato con la finalità di portare presso luoghi di cura la serenità semplice e spontanea di cavalli, pony e asinelli salvati dall'Associazione Progetto Islander Onlus, inseriti nei percorsi "Riabilitiamoci", dedicati alle persone fragili. "Gli interventi assistiti con animali migliorano la qualità della vita, restituendo dignità alla persona, garantendo opportunità di socializzazione, confronto e uscita dall'isolamento. La relazione con l'animale costituisce fonte di conoscenza, di stimoli sensoriali ed emozionali; tali attività promuovono nella comunità il valore dell'interazione uomo-animale, al fine del reciproco benessere" spiega Lino Nobili direttore Uoc Neuropsichiatria dell'Istituto G. Gaslini.



### Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

I nuovi ambulatori del servizio "Percorso Nascita - Ambulatori Neonatologici e Pediatrici" rientrano in un generale piano di riqualificazione e sviluppo di tutte le attività sanitarie connesse all'area materno-infantile. I

lavori hanno interessato una superficie di 315 mq: sala aspetto/accettazione, servizi igienici per l'utenza, tre ambulatori di neonatologia e pediatria, spogliatoi e servizi

igienici per il personale, deposito, sala per corsi di preparazione al parto. "Miglioriamo il comfort per mamme, piccoli pazienti e professionisti che ogni giorno operano e garantiscono un'assistenza di qualità" ha commentato l'Assessore alla Sanità, Alessio D'Amato che ha inaugurato il nuovo servizio. "È stato realizzato in un ambiente allegro e colorato, per rendere rassicurante e serena la permanenza di bimbi e genitori" ha aggiunto il Direttore Generale dell'Ao Tiziana Frittelli.

uno specifico ambulatorio per la nutrizione artificiale dedicato a tutti i pazienti a rischio di malnutrizione o con uno stato di malnutrizione conclamata dipendente da cause non oncologiche (lesiti di interventi chirurgici maggiori, di malattie

degenerative, esiti di emorragie cerebrali o ictus ischemici, politraumi, malattie croniche infiammatorie intestinali).

#### **Carpi**

Tre speciali imbracature pediatriche per trasportare in



totale sicurezza i bambini a bordo delle ambulanze sono state donate al Servizio di emergenza territoriale Set 118 dell'Azienda Usl di Modena dall'Associazione "Giuseppe Loschi - Beppe nel Cuore". I sistemi di immobilizzazione donati sono compatibili con qualsiasi barella e saranno impiegate sulle ambulanze del territorio, a disposizione in caso di soccorsi pediatrici. Ogni kit contiene tre diverse taglie, a seconda del peso del bambino. Il sistema consente anche il trasporto simultaneo in sicurezza di bambino e genitore sulla stessa barella.

#### **Lombardia**

Sarà operativa dal 1° ottobre prossimo. È la prima agenzia italiana per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive nata in Lombardia che avrà sede all'Ospedale Sacco di Milano.

Un'agenzia nazionale che si candida a essere una delle agenzie che collaboreranno in Europa alla definizione delle politiche per fronteggiare il tema delle malattie infettive. Tra i suoi compiti vi sarà infatti anche quello di collaborare con Hera che quindi metterà in rete le agenzie dei paesi europei. Tra i compiti principali dell'Agenzia, la preparazione ad eventuali emergenze sanitarie epidemiche e relativa attività di formazione alle strutture, ricerca e monitoraggio nel campo della prevenzione, della diagnosi e della cura derivanti dalla diffusione di microorganismi. Ed ancora, ricerca di nuove strategie terapeutiche, buon utilizzo dei farmaci antibiotici e contrasto all'antibiotico-resistenza; Ricerca e sviluppo di nuovi

vaccini e, tra gli altri, attività di ricerca coerentemente con il programma di ricerca sanitaria nazionale e con gli atti di programmazione regionale in materia.



**Ausl Ferrara**  
Sempre più attenta all'ambiente la AuslFe con la dotazione di due nuove auto ad emissione zero che da qualche tempo fanno parte del parco macchine dell'azienda sanitaria ferrarese. Due



auto acquisite attraverso una convenzione Consip (la società del Ministero delle finanze che funge da Centrale acquisti per l'amministrazione pubblica). "L'arrivo di questi due nuovi automezzi rappresenta l'evoluzione naturale di una azione di mobilità sostenibile che un passo alla volta cerchiamo di portare avanti rispetto alla logica che l'Unione Europea e tutto il mondo moderno vuole raggiungere: riuscire cioè a coniugare mobilità efficiente con basse emissioni o emissioni a zero" afferma il responsabile patrimonio dell'Ufficio automezzi di AuslFe Gabriele Cervato.

#### **Policlinico di Bari**

Ci sono le maschere di Iron man e Spider man e due acceleratori lineari di ultima generazione.

Ma non siamo in un film di fantascienza bensì all'interno del reparto

di radioterapia oncologica del Policlinico di Bari e i veri supereroi sono i bambini che devono sottoporsi ai trattamenti radianti. Per il corretto posizionamento dei pazienti nelle diverse sedute e ridurre lo stress, vengono utilizzate delle maschere termoplastiche di immobilizzazione che i tecnici di radiologia, per alleggerire i lunghi minuti del trattamento, hanno



Sedute di radioterapie pediatriche rese più leggere grazie ai super eroi.

decorato con le immagini dei supereroi scelte dai bimbi. "Nell'ultimo anno sono già stati sottoposti a trattamento bambini affetti da medulloblastomi, linfomi, rhabdomyosarcomi, tumori di Ewings, ependimomi, rari

tumori ovarici evitando alle famiglie lunghi e complicati viaggi per cure fuori regione", spiega Michele Piombino, direttore dell'unità operativa di radioterapia del Policlinico di Bari.

#### **Usls 9 Scaligera**

L'Ospedale Riabilitativo di Marzana ha adottato un innovativo progetto di Comunicazione Aumentativa Alternativa (Caa) denominato "EtichetTiAMO: l'incontro tra Caa e sanità all'interno dell'Ospedale di Marzana".

I sistemi di Caa sono forme di espressione diverse dalla lingua parlata che mirano ad aumentare o a compensare le difficoltà di comunicazione e di linguaggio verbale di molte persone con disabilità. La finalità è di supportare e sostenere la comunicazione in soggetti con alterazioni comunicativo-comportamentali o con deficit cognitivo-linguistici, come pure in soggetti normodotati la cui competenza della lingua sia in fase di acquisizione.

# Delega al Governo per adeguare la disciplina dei contratti pubblici al diritto europeo

**È stata pubblicata in Gazzetta Ufficiale del 24 giugno scorso la Legge n. 78/2022, recante la "Delega al Governo in materia di contratti pubblici". Speriamo sia la volta buona per allineare finalmente la normativa interna a quella europea**

**E**ntro sei mesi dovrà essere adottata la nuova disciplina che s'inserisce nell'ambito degli impegni assunti dal Governo per l'attuazione del Pnrr: infatti il principale obiettivo (già nell'art. 1, comma 1) della legge è adeguare la disciplina interna a quella europea per evitare l'avvio di procedure di infrazione della Commissione europea e giungere alla risoluzione di quelle già avviate. **1** Senza riportare – per oneri di sinteticità – l'intero testo della norma (costituita da due articoli: il primo contenente la

delega, il secondo la clausola di salvaguardia per le Regioni a statuto speciale e le Province Autonome), si individuano di seguito solo le principali previsioni dell'art. 1 della legge. Anac: la lett. b) dell'art. 1 prevede una "revisione delle competenze" dell'Autorità per rafforzarne le funzioni di vigilanza e di supporto alle stazioni appaltanti. Rinnovato impulso alla qualificazione delle stazioni appaltanti: la lett. c) ripropone (in termini sostanzialmente identici al d.lgs. 50/2016) il tentativo, sinora mai riuscito, di qualificare le stazioni appaltanti, ridurre il numero attraverso un accorpamento e una riorganizzazione, valorizzando le centrali di committenza e gli acquisti centralizzati. Criteri premiali e piccoli lotti per le Mpmi: la lett. d) (anch'essa sostanzialmente riproponente le norme del d.lgs. 50/2016) dispone che per favorire la partecipazione delle micro, piccole e medie imprese, si debbano prevedere criteri premiali per l'aggregazione di impresa e la suddivisione degli appalti in lotti sulla base di criteri qualitativi o

quantitativi, con obbligo di motivare la decisione di non procedere a detta suddivisione. Procedure sotto la soglia comunitaria: la lett. e) prevede (anche qui, nulla di nuovo) una procedura improntata alla semplificazione, con affidamenti che rispettino i principi generali ma senza appesantimenti burocratici; l'unica novità è il divieto per le stazioni appaltanti di selezionare gli operatori da invitare alle procedure negoziate mediante sorteggio o altro metodo di estrazione casuale dei nominativi (nulla si precisa sugli affidamenti diretti ed i relativi limiti). Revisione prezzi: la lett. g) prevede che sia obbligatorio inserire nei bandi di gara la clausola che riconosce la revisione dei prezzi al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva e non prevedibili al momento della formulazione dell'offerta, compreso il costo derivante dal rinnovo dei Ccnl nazionali; Clausole sociali, pari opportunità e inclusione lavorativa: la lett. h) prevede l'obbligo di inserire negli atti di gara clausole sociali che garantiscano: 1) stabilità occupazionale;

- 2) l'applicazione dei Ccnl comparativamente più rappresentativi sul piano nazionale, nonché la garanzia di pari tutele economiche e normative per i lavoratori dei subappaltatori e degli appaltatori (in conformità ai recenti interventi correttivi sull'art. 105);
- 3) l'individuazione di meccanismi premianti a chi tuteli l'opportunità generazionale, di genere e di inclusione lavorativa per le persone con disabilità o svantaggiate.
- Tempistiche più brevi: la lett. m) dispone (ma le iniziative ipotizzate ricalcano in buona parte quelle già previste dal d.lgs. 50/2016), per contrastare le tempistiche eccessive che connotano talune procedure di gara, di provvedere a:
- 1) l'adozione di contratti-tipo Anac;
  - 2) la digitalizzazione e l'informatizzazione delle procedure;
  - 3) l'attuazione della Banca dati nazionale dei contratti pubblici e del fascicolo virtuale dell'operatore economico;
  - 4) superare l'(ormai definitivamente abbandonato) Albo nazionale dei componenti delle commissioni giudicatrici;
  - 5) la maggior professionalizzazione dei commissari di gara;

- 6) la riduzione degli oneri documentali ed economici a carico dei concorrenti; nonché
- 7) la riduzione dei tempi di pagamento in favore dell'appaltatore.

Cause di esclusione: la lett. n) prevede (finalmente) che vengano individuate le fattispecie che configurano l'illecito professionale dell'art. 57, paragrafo 4, della direttiva 2014/24/UE (l'equivalente dell'attuale art. 80, comma 5, lett. c). **2**

Varianti in corso d'opera: il nuovo Codice, secondo la lett. u) della legge Delega, dovrà ridefinire la disciplina delle varianti in corso d'opera, in relazione alla possibilità di modificare i contratti in fase esecutiva (quantomai opportuno dopo i recenti avvenimenti pandemici). Partenariato pubblico-privato: dalla lett. z) viene fortemente incentivato il ricorso a procedure flessibili che garantiscano la stipula di contratti pubblici complessi e di lunga durata; con "particolare riguardo" (art. 1, lett. z, sub-lett. aa)) alla finanza di progetto. Viene inoltre prevista (art. 1, lett. z, sub-lett. bb e seguenti) l'adozione di una serie di misure di semplificazione dei contratti di concessione. Come si è visto da questa, seppur sintetica, panoramica generale della legge delega appena pubblicata, essa

presenta moltissimi elementi di continuità con l'attuale impianto normativo che, tuttavia, non ha saputo tradurre nel concreto molte delle iniziative innovative che lo avevano accompagnato. Ci si auspica che questa sia la volta buona per allineare finalmente la normativa interna a quella europea, soprattutto affinché il nuovo Codice si possa realmente tradurre in quel "volano" economico che, nel contesto del Pnrr, è essenziale diventi.

**1** *Principi generali:*  
 I) riduzione e razionalizzazione delle norme;  
 II) divieto di gold-plating;  
 III) tutela delle Mpmi;  
 IV) tutela del lavoro, della sicurezza e delle politiche sociali (in particolare quelle inclusive della parità di genere e generazionale e dei soggetti svantaggiati).  
 [art. 1, comma 2, lett. a)]

**2** *Art. 7, commi 2-ter e 2-quater, della L. n. 79/2022 di conversione del D.L. 36/2022 "Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr)". In materia di varianti in corso d'opera i due commi richiamati intervengono fornendo una interpretazione autentica dell'art. 106, comma 1, lett. c), n.1 per cui tra gli eventi imprevedibili devono rientrare anche quelli che comportano un aumento dei costi dei materiali e prevedendo la possibilità di ricorrere a varianti in corso d'opera che assicurino un risparmio di spesa da utilizzare in compensazione alle sopravvenute variazioni del costo dei materiali*



**SEGNALAZIONE,  
DOMANDE E RISPOSTE  
SULLE OPPORTUNITÀ  
EUROPEE NEL SETTORE  
DELLA SANITÀ**

a cura di Cinzia Boschiero  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)



Il 57° Congresso nazionale della Federspev. In alto, Patrizia Toia, parlamentare europea

**A livello europeo sono previste tutele, ad esempio pensionistiche o integrative per i medici. Chi tutela i dati sanitari?**

Lino Gussi

Se ne è parlato con esperti europei tra cui l'europarlamentare Patrizia Toia in una tavola rotonda al 57° congresso nazionale Federspev (Federazione nazionale sanitari Pensionati e vedove) tenutosi a Verona dal 15 al 20 giugno. C'è un regolamento europeo dei Pepp Pan-European Personal Pension Products", cosiddetti Pepp (Prodotto pensionistico

individuale paneuropeo) e c'è anche lo "Spazio europeo dei dati sanitari" (Ehds). Ad Enpam, ad esempio, gli oltre trecento delegati nazionali Federspev hanno chiesto di prendersi carico anche degli over 70 ed hanno ribadito pure l'attenzione sul tema della fiscalizzazione nella pensione di reversibilità che incide con aliquota marginale censurata dalla Corte dei Conti ed evidenziata nella programmazione di riforma fiscale e che è, in Italia, rispetto ad altri Stati europei, penalizzata ingiustamente. Perché sia sostenibile il sistema pensionistico italiano

Federspev che è molto attenta alle normative europee ha ribadito che in Italia urge che l'assistenza sia separata dalla previdenza o con il flusso in aumento di immigrati e indigenti l'Italia andrà in default. La perequazione negli ultimi 14 anni è stata penalizzata per ben 11 anni ed è eccessiva, gli attuali pensionati hanno perso troppo valore di acquisto e i dirigenti medici sono ancora in attesa di un rinnovo contrattuale. Poerio ha ribadito inoltre che prima di inaugurarle occorre condividere i protocolli di cura e le attività delle case di comunità con medici e personale sanitario

perché la criticità è proprio reperire personale sanitario, pagarlo in modo equo, grazie ai fondi europei, e garantire ai giovani specializzandi un inquadramento che consenta loro di maturare una pensione adeguata.

**Da noi si cerca l'oblio dopo una patologia tumorale, ma nell'area dell'Unione europea il vissuto dei pazienti potrebbe essere una risorsa di know how importante per noi ricercatori. Qualcuno se ne occupa?**

Mario Costernino

Le segnalo quella che si chiama Iniziativa faro 8, ovvero con i fondi del programma EU4Health la Commissione europea varerà una apposita iniziativa a favore di una vita migliore per i malati di cancro, il cui obiettivo è quello di fornire, entro il 2022, una smart card del



sopravvissuto al cancro per riassumere la storia clinica dei pazienti e facilitare e monitorare le cure di follow-up, compresa l'esperienza da loro vissuta. Questa tessera personalizzata e volontaria, sotto forma di applicazione o di carta elettronica portatile interoperabile, collegherà il paziente agli operatori sanitari per migliorare la comunicazione e il coordinamento sul follow-up medico. Entro il 2023 sarà integrata dalla creazione di un centro digitale europeo dei pazienti oncologici virtuale, istituito nell'ambito della prevista missione contro il cancro del programma di ricerca comunitario denominato Horizon Europe per sostenere un approccio standardizzato allo scambio volontario di

dati dei pazienti e al monitoraggio delle condizioni di salute dei sopravvissuti alla malattia.

### **Nel post pandemia i minorenni hanno profondamente vissuto situazioni di disagio.**

### **Sono state attivate iniziative europee per la salute mentale?**

Paola Inganni

Le segnalo in particolare il programma comunitario EU4Health che nel suo terzo topic (rif. EU4H-2022-PJ-03) punta a promuovere la salute mentale. Ha come obiettivo il voler aumentare la consapevolezza,



la generazione e condivisione di conoscenze e il rafforzamento delle capacità nell'area della salute mentale. Possono essere cofinanziati progetti ad esempio per lo scambio e l'attuazione delle migliori pratiche e l'attuazione di attività che aumentino la consapevolezza, la condivisione delle conoscenze e il supporto alla formazione degli operatori sanitari relativamente alle patologie mentali. In particolare il sottotema 1 concerne progetti per implementare la migliore pratica (Icehearts) al fine di migliorare le capacità di vita e le risorse sociali, psicologiche ed emotive in bambini e adolescenti socialmente vulnerabili; mentre il sottotema 2 intende implementare la migliore pratica (Let's Talk about Children) a sostegno della salute mentale e del benessere dei giovani e delle loro famiglie nei gruppi vulnerabili. Possono inoltrare

proposte di progetti università, centri di ricerca, istituzioni accademiche ed educative, associazioni professionali sanitarie e sociali, scuole, fondazioni. Ogni proposta progettuale deve essere presentata da un consorzio di minimo cinque organismi con sede legale in cinque diversi Stati ammissibili dal bando. Ogni consorzio deve comprendere almeno una ong attiva nel campo della salute mentale a livello di Unione europea e almeno una ong che operi nel settore della gioventù e/o rappresenti i giovani. Il topic 3 ha un budget totale che ammonta a otto milioni di euro di cui quattro per ogni sottotema sopracitato.



## Tumore al polmone: un'iniziativa di "Open Innovator"

Identificare e colmare i gap presenti nel percorso del paziente con tumore del polmone, partendo dall'ascolto di tutti gli interlocutori coinvolti nell'iter diagnostico-terapeutico. Questo l'obiettivo di "Breathink", il progetto di open innovation lanciato da AstraZeneca, da anni fortemente impegnata nell'identificare soluzioni terapeutiche per chi convive con una neoplasia polmonare. Si tratta di un'iniziativa con cui l'azienda si propone di raccogliere idee e stimoli esterni con l'obiettivo di generare soluzioni innovative che possano realmente supportare clinici, pazienti e caregiver nell'affrontare al meglio la malattia. Alla fine del percorso verrà selezionata l'idea ritenuta più innovativa, efficace e vicina ai bisogni degli stakeholder coinvolti. Il progetto prevede il coinvolgimento di un panel ampio e trasversale composto da clinici (oncologi, chirurghi, radioterapisti, pneumologi, biologi molecolari e psico-oncologi), Associazioni di Pazienti (Walce - Women Against Lung Cancer in Europe e Ipop - Insieme per i Pazienti di Oncologia Polmonare), oltre a università, startup e incubatori selezionati sul territorio nazionale. Avviata nel mese di giugno, "Breathink" si articola in tre fasi focalizzate sull'ascolto della rete, sull'identificazione dei bisogni e benefici attesi attraverso workshop dedicati con clinici, pazienti e caregiver e, infine, sulla definizione delle sfide su cui lavorare per implementare soluzioni concrete ed efficaci. A novembre la conclusione dell'intero percorso con un evento live in cui verranno presentati tutti i progetti.

## Le risorse del Pnrr a beneficio dei cittadini

Viatrix è al fianco di Cergas Bocconi in un progetto di studio dedicato all'analisi dell'offerta dei servizi sanitari territoriali di Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania: quattro regioni che rappresentano oltre il 40% della popolazione italiana. L'obiettivo del progetto, che proseguirà fino alla primavera del 2023, è analizzare il quadro delle strutture presenti e dei servizi erogati nelle Regioni oggetto dello studio; approfondire le modalità di presa in carico territoriale dei diversi segmenti di pazienti cronici; ragionare sui modelli organizzativi delle diverse regioni per delineare possibili

direzioni evolutive che permettano di valorizzare al meglio gli investimenti resi disponibili dalle risorse stanziati dal Pnrr. "Infrastrutture e software sono importanti ma bisogna riflettere in parallelo sui processi di front office, cioè il format del servizio offerto, e di back office, vale a dire, le relazioni tra professionisti coinvolti nella presa in carico. Questi due elementi di innovazione sono fondamentali per aumentare la qualità del servizio in un contesto che oggi beneficia di significativi investimenti una tantum, ma che non potrà contare, in prospettiva, su consistenti nuovi ingressi di personale" affermano Francesco Longo e Valeria Tozzi, responsabili di progetto per il Cergas Bocconi.

## Ascoltare, valorizzare e promuovere

"Verso una migliore aderenza in asma attraverso la promozione del patient engagement", è il progetto di ricerca sviluppato dal Centro di Ricerca EngageMinds Hub dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con le Associazioni Respiriamo Insieme e FederAsma e Allergie e grazie al supporto non condizionante di Chiesi Italia, la filiale italiana del Gruppo Chiesi. Obiettivo della Ricerca, che si avvale di un questionario predisposto da una cabina di regia multidisciplinare, è valutare i livelli di aderenza terapeutica nelle persone adulte con asma moderata-grave, ma soprattutto esplorare quali sono i fattori psico-sociali e quelli inerenti alla patologia e alla sua gestione che aiutano o ostacolano i pazienti nel seguire con continuità la terapia, e quindi identificare gli interventi più efficaci per migliorare l'esperienza di cura. Il questionario della ricerca e maggiori informazioni sul progetto sono disponibili sul sito: [https://unicatt.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV\\_aWQdVxxSF2kVd1Y](https://unicatt.eu.qualtrics.com/jfe/form/SV_aWQdVxxSF2kVd1Y)

## È nato Concepriamo



È il nuovo portale dedicato a tutte le persone che vogliono sapere di più sulla Procreazione Medicalmente Assistita (Pma) e che si occuperà più in generale di "salute riproduttiva".

Un tema molto dibattuto, considerato che sulle culle italiane soffia un vento gelido. Nei primi 9 mesi del 2021 le nascite sono state 12.500 in meno rispetto allo stesso periodo del 2020, un calo quasi doppio rispetto a quanto osservato tra gennaio e settembre dell'anno precedente. Una fotografia impietosa, scattata

dall'ultimo bollettino Istat "Natalità e fecondità della popolazione residente 2020". In 12 anni le nascite sono calate del 30% e il numero medio dei figli per donna è sceso a 1,1 (prima era pari a 2,2). Il sito web, nato dalla volontà di Ferring Italia S.p.a, azienda leader nel settore della Reproductive Medicine&Maternal Health, intende fornire un vero e proprio servizio: raccontare con parole semplici e chiare, in un unico spazio, tutto quello che è importante conoscere per affrontare il delicato percorso della Procreazione Medicalmente Assistita. ([www.concepiamo.it](http://www.concepiamo.it))



## Sito web e blog diventano accessibili

LloydsFarmacia, rende accessibili il proprio sito e-commerce e

il proprio blog alle persone con disabilità fisiche e cognitive. Si tratta di un nuovo, importante passo, nel percorso dedicato all'inclusione e alla diversità da LloydsFarmacia, possibile grazie alla collaborazione con AccessiWay, start up di Torino, dedicata a rendere fruibili i servizi web anche a tutti coloro che siano affetti da disabilità, temporanee e non. L'interfaccia attivata da LloydsFarmacia rende agevole la navigazione del proprio sito e del proprio blog da queste fasce di utenti, così come - fra gli altri - dagli utenti della terza età, con problematiche neurologiche, e dalle persone con epilessia fotosensibile. Le nuove funzionalità sono rilevabili grazie a un'icona dedicata con 52 diverse modifiche, che l'utente può eseguire affinché il sito sia più navigabile secondo le proprie necessità. Fra l'altro, è possibile impostare l'opzione per le persone non vedenti grazie alle tecnologie di intelligenza artificiale di AccessiWay, che scansionano, analizzano e interpretano ogni elemento della pagina. O anche ingrandire caratteri e spaziatura dei testi e, se necessario, rimuovere animazioni lampeggianti e video potenzialmente pericolosi, per gli utenti con epilessia fotosensibile.



## Dare valore ai dati in sanità

Nel settore sanitario, l'estrazione, la gestione e l'analisi critica e accurata dei Big Data rappresentano fattori cruciali sia da un punto di vista clinico, per garantire la

migliore assistenza dei pazienti sia da un punto di vista gestionale, per ottimizzare le risorse a disposizione. Con questi presupposti, l'Healthcare Datascience Lab - Hd Lab, attivo all'interno del Centro sull'Economia e il Management in Sanità e nel Sociale della Liuc - Università Cattaneo, sta lavorando per lo sviluppo di numerosi progetti, da oggi anche con un partner d'eccezione. Parliamo di Artex Spa, società del gruppo Maps, impegnata nello sviluppo di soluzioni innovative nel campo dei servizi per l'e-health. L'accordo di collaborazione tra le due realtà si focalizza soprattutto sulla valutazione di nuovi modelli organizzativi per la population health analytics con un focus sulla gestione dei soggetti affetti da malattie croniche, con l'obiettivo di migliorare l'assistenza sanitaria attraverso una puntuale analisi dei dati. In particolare, le soluzioni individuate saranno di supporto a tutti gli operatori sanitari con l'obiettivo di agevolare l'accesso alle informazioni, identificare immediatamente gli scostamenti tra la situazione ideale e quella reale, visualizzare i processi e le criticità, facendo pertanto emergere potenziali opportunità di miglioramento.



## Pazienti, medici e farmacisti connessi

Si chiama "Clickdoc", la prima App in Italia lanciata da CompuGroup Medical (Cgm)

Italia che connette i cittadini-pazienti con i medici e i farmacisti all'interno di un'interfaccia semplice e intuitiva, sviluppata per essere un punto di contatto unico tra il cittadino e il sistema sanitario, facilitando l'accesso, la diagnosi e la continuità delle cure. Con questa App, disponibile gratuitamente per sistemi iOS e Android, l'utente ha la possibilità di ricercare le farmacie e gli specialisti di cui ha bisogno, prenotare visite mediche e prestazioni sanitarie, trasmettere la ricetta elettronica ricevuta dal medico direttamente alla farmacia, ed essere informato, mediante un sistema di alert, quando il farmaco è pronto per il ritiro o la consegna a domicilio. La App si basa sull'integrazione delle diverse funzionalità con i gestionali delle farmacie e i medici in tutta Italia, realizzando una 'triangolazione' virtuosa che risponde facilita l'accesso ai percorsi di cura e salute dei cittadini, e risponde alle esigenze organizzative-gestionali dei professionisti sanitari.



## Tra Intelligenza artificiale e cura, c'è l'uomo e le sue relazioni

Cura e Reciprocità

Il Mulino

pp. 216

21,00 euro

A cura di Valter Giantin e Giovanni Guandalini



*Ci vuole qualcosa di più che l'intelligenza per agire in modo intelligente*

**Fëdor Dostoevskij**

Se accettiamo la definizione di Judea Pearl, pioniere dell'approccio probabilistico all'Intelligenza artificiale, l'intelligenza artificiale opera in modo statistico ed è perciò, se adiuvata da sufficiente potenza di calcolo, straordinariamente efficiente nel "trovare regolarità nascoste all'interno di un enorme set di dati", ma lo farà da macchina senza sapere perché lo fa. Al netto delle potenzialità crescenti dell'Intelligenza artificiale, attese e dimostrate anche nel mondo delle tecnologie per la salute, rimane questo un discrimine fondamentale tra l'essere umano che si prende cura e lo strumento tecnologico, pur dotato di grandi capacità di analisi. Prendersi cura di, richiede una accettazione della reciprocità dell'azione, un approccio empatico, di scandagliare nella propria conoscenza ed esperienza per proporre soluzioni, risposte, prospettive, non solo di stampo tecnico-scientifico, ma anche umane e relazionali. Questa necessità di relazione porta il "curante" su un piano diverso da quello della macchina e se vogliamo rende ancora più importante il suo ruolo di mediazione tra tecnologia e paziente, tra responso diagnostico e definizione di un percorso di cura, tra scelta terapeutica e sua applicazione, etc. Siamo cioè implicitamente di fronte al principio di reciprocità che secondo il bel libro *Cura e Reciprocità*, curato da Valter Giantin e Giovanni Guandalini, per la collana Welfare della Fondazione Emanuela Zancan ed edito dalla Società Editrice Mulino (2022), dovrebbe permeare il pensiero operativo non solo dei professionisti a diretto contatto con il paziente ma dell'intero sistema che da questa relazione di reciprocità dovrebbe ad esempio, ricavare insegnamenti per migliorare appropriatezza di cura, uso corretto delle risorse ed efficacia. Proprio in una fase storica in cui pensiero scientifico, sviluppo tecnologico, pervasività della macchina, nell'azione medica hanno assunto un ruolo centrale carico di aspettative e promesse, molte indubbiamente già mantenute, non dobbiamo sottovalutare le paure connesse con la potenziale perdita di umanità, la necessità impellente per professionisti e sistema di "restare umani". Quindi più che inseguire un'intelligenza artificiale antropocentrica, rispettosa dell'umano, congruente con i suoi scopi, il libro di Giantin e Guandalini ci richiama a mantenere la visione etica del ruolo di cura e a lavorare sull'etica della reciprocità come valore intrinseco della relazione di cura.

Giandomenico Nollo

# RESPONSABILITÀ, RISCHIO E DANNO IN SANITÀ

## La sicurezza delle cure dopo la pandemia di Covid-19

### Analisi critica e aggiornata della legge 24/2017

A cura di Federico Gelli, Maurizio Hazan, Daniela Zorzit, Fidelia Cascini



Edizioni  
Giuffrè  
Francis  
Lefebvre  
pp. 1247  
125,00 euro

I drammatici scenari disegnati dalla pandemia hanno fatto emergere le problematiche del nostro sistema sanitario aprendo il varco a nuove conflittualità. Si è posta dunque la necessità di rileggere la legge Gelli Bianco, vagliandone la tenuta e l'attualità, alla luce dell'emergenza e delle sfide che la sanità dovrà sostenere

per conformarsi agli obiettivi del PNRR. Suddiviso in quattro parti, la prima è dedicata alla responsabilità degli operatori della sanità, delle strutture e delle loro cariche apicali, tenendo conto delle sentenze di San Martino del 2019, degli orientamenti di legittimità successivi e delle questioni sollevate dalla pandemia. La seconda parte è invece centrata sul danno alla persona in tutte le sue sfaccettature, con analisi prospettica sull'evoluzione del sistema tabellare di legge e dei lavori di costruzione della Tabella Unica del risarcimento per macrolesioni. La terza sezione riguarda il rischio sanitario, con approfondimenti su nuove tecnologie, digitalizzazione e privacy in tempo di cyber-risk. Chiude infine il volume la parte dedicata all'ambito assicurativo obbligatorio, aggiornata alle evoluzioni giurisprudenziali ed integrata con lo stato di avanzamento dei lavori sui decreti attuativi. Il panel prestigioso degli Autori coinvolti e l'approccio multidisciplinare fanno di quest'opera un punto di riferimento non solo per i professionisti.



**La spiritualità nella cura.**  
Dialoghi tra clinica, psicologia  
e pastorale

Carlo Alfredo Clerici,  
Tullio Proserpio

San Paolo  
Edizioni  
pp. 208  
17,10 euro

Tra un medico e un presbitero che si incontrano, ogni mattina, nei corridoi di uno dei più importanti ospedali d'Italia – l'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano – nasce un dialogo autentico, appassionato, lucido sul tema della spiritualità nella cura. Esiste la possibilità di un'alleanza tra medicina e spiritualità, in una realtà sanitaria sempre più tecnologica e standardizzata su grandi numeri?



**Corpi estranei.**  
Convivere con pacemaker  
e altri dispositivi sottopelle

Cinzia Pozzi

Mondatori  
pp.206  
16,00 euro

Convivere con pacemaker, defibrillatori cardiaci impiantabili, impianti cocleari e sistemi per la Deep Brain Stimulation è una quotidianità con cui sempre più persone fanno i conti. Mentre il dibattito incalza sull'innovazione, l'autrice capovolge il punto di osservazione e racconta le storie delle persone che si affidano a questi dispositivi. Attraverso le voci dei pazienti delinea uno scenario fatto di sfide individuali e collettive, dilemmi etici e tanta disinformazione.



**La sanità non è sempre salute.** Dalle disuguaglianze nella mortalità tra i municipi di Roma a un'idea diversa di sanità per tutti

Lionello Cosentino,  
Carlo Saitto

Il Pensiero  
Scientifico  
Editore  
pp. 216  
22,00 euro

La sanità italiana è ingiusta e classista. Funziona per tutti, ma funziona meglio per le persone colte e abbienti: reddito e titolo di studio fanno la differenza. A partire da un'accurata analisi gli autori suggeriscono le coordinate per definire un nuovo progetto per correggere le disuguaglianze, debolezza strutturale della nostra sanità.

**SANDRO ALLOISIO**  
Coordinatore nazionale  
IRCCS e IZS FP CGIL

**GABRIELLA ANTOLINI**  
Dirigente Amministrativo  
Azienda USL Ferrara

**PAOLA BARDASI**  
Commissario Straordinario  
Aou Ferrara

**PAOLA BINETTI**  
Segretario del Senato  
della Repubblica;  
Presidente Intergruppo  
parlamentare  
Malattie rare

**ROSSANA BOLDI**  
Vicepresidente della XII  
Commissione Affari Sociali  
della Camera dei Deputati

**IMMA CACCIAPUOTI**  
Responsabile Assistenza  
Territoriale AUSL Modena

**GIORGIO CASATI**  
Direttore Generale ASL  
Roma 2

**CORRADO CONTA**  
Responsabile Ufficio  
Stampa e Comunicazione  
Stabilimento Chimico  
Farmaceutico Militare di  
Firenze

**BERNARDINO FANTINI**  
Professeur Honoraire  
d'Histoire de la Médecine,  
Faculté de Médecine,  
Université de Genève

**LUIGI FRATI**  
Direttore scientifico  
dell'IRCCS Neuromed-

Istituto Neurologico  
Mediterraneo di Pozzilli (IS)

**DANIELE GUGLIELMINO**  
Ph.D. Leed Ap Well Ap  
Leed Faculty Well Faculty;  
Membro del Comitato  
Tecnico-Scientifico di  
Società Italiana di Medicina  
Ambientale (SIMA);  
Delegato SIMA per la  
Regione Piemonte

**ANDREA LENZI**  
Professore ordinario di  
endocrinologia; Direttore  
del Dipartimento di  
medicina sperimentale  
dell'università Sapienza;  
Presidente Health City  
Institute; Direttore Unesco  
Chair on Urban Health -  
Education and Research  
for Improved Health and  
Wellbeing in the Cities

**RAFFAELE LODI**  
Direttore Scientifico  
IRCCS Istituto delle  
Scienze Neurologiche  
di Bologna - AUSL B0;  
Professore Ordinario  
di Neuroradiologia,  
Dipartimento di Scienze  
Biomediche e Neuromotorie  
- Università di Bologna  
Policlinico S. Orsola -  
Malpighi

**BENEDETTO MAGLIOZZI**  
Segretario Generale  
Nazionale Cisl Medici

**DANIELE MANCA**  
5ª Commissione permanente  
(Bilancio); Commissione  
parlamentare per le

questioni regionali del  
Senato; Promotore  
dell'Intergruppo  
parlamentare per  
l'innovazione sostenibile in  
sanità

**ROBERTO MANFREDINI**  
Professore Ordinario di  
Medicina Interna Università  
di Ferrara; Direttore  
dell'unità operativa  
complessa di Clinica Medica  
dell'Azienda Ospedaliero -  
Universitaria Sant'Anna  
di Ferrara

**RITA MARICCHIO**  
Dirigente Area  
Comunicazione AOU Ferrara

**CHIARA MARTINI**  
ENEA, Dipartimento Unità  
Efficienza Energetica,  
Laboratorio Efficienza  
Energetica nei Settori  
Economici

**GIANVITO MARTINO**  
Direttore Scientifico IRCCS  
Ospedale San Raffaele;  
Prorettore alla ricerca e alla  
terza missione Università  
Vita-Salute San Raffaele

**PAOLO MASCAGNI**  
Presidente Comitato  
Scientifico Associazione  
Nazionale dei Medici  
d'Azienda e Competenti,  
(ANMA)

**GIOVANNI MONCHIERO**  
Past president FIASO,  
Federazione Italiana  
Aziende Sanitarie e  
Ospedaliere

**GIANDOMENICO NOLLO**  
Professore Associato di  
Bioingegneria, Dipartimento  
Ingegneria Industriale,  
Università di Trento;  
Vicepresidente Vicario Società  
Italiana di Health Technology  
Assessment, Sihta

**ANNA MARIA PETRINI**  
Direttrice Generale Azienda  
USL di Modena

**IGNAZIO STANGANELLI**  
Presidente IMI, direttore  
della Skin Cancer Unit  
IRCCS IRST Istituto  
Romagnolo per lo Studio  
dei Tumori e professore  
associato dell'Università  
di Parma

**ANGELO TANESE**  
Direttore generale Azienda  
Sanitaria Locale Roma 1

**MARCO TRABUCCHI**  
Professore di  
neuropsicofarmacologia,  
Università Tor Vergata  
di Roma; Presidente  
dell'Associazione Italiana  
di Psicogeriatrica, AIP



**NDILIFE**  
advanced digital life

La tecnologia dell'informazione, del controllo e del pronto intervento: per una sanità a misura del paziente, dell'anziano, del cittadino. La soluzione che consente di vivere in piena libertà e sicurezza mettendo in sinergia le attività, il movimento, i parametri vitali ed il controllo.

+39 0651607174 - [adilife@gilogica.it](mailto:adilife@gilogica.it)  
[www.adilife.net](http://www.adilife.net)



## QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

Ogni giorno, da 35 anni, OSA porta assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle case, nelle RSSA, negli ospedali, nei centri diurni e nella riabilitazione. Lo fa con oltre 4.000 soci e per più di 45 mila persone, su gran parte del territorio nazionale. Ma soprattutto, lo fa con una forza e una capacità straordinarie, che nascono dalla formazione, dall'esperienza e soprattutto dall'amore con cui ogni socio affronta la propria missione. Che sia nella vita di tutti i giorni o, come è successo per il Covid 19, nelle emergenze sanitarie fuori dall'ordinario.



[www.osa.coop](http://www.osa.coop) [info@osa.coop](mailto:info@osa.coop)



**OSA**  
Operatori Sanitari Associati