

INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXV • N. 12 DIC 2022

PS

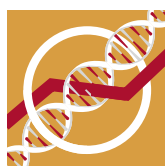
**PANORAMA
DELLA
SANITÀ**

LA SANITÀ CHE VORREI





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

S.O.S. Sanità. Dopo oltre due anni di pandemia e della retorica sugli “angeli in camice bianco”, il Ssn è rimasto assente nell’ultima campagna elettorale. È urgente rasserenare i cittadini che si trovano nella difficoltà di ricorrere al proprio medico di fiducia perché sembra inesistente, e del resto, la grave carenza di personale è segnalata anche dalle organizzazioni sindacali dei professionisti. Secondo Anaa e Fnopi, il fabbisogno fra medici e infermieri si attesta intorno alle 85 mila unità.

Almeno due ostacoli impediscono di risolvere la drammatica situazione: la difficoltà di trovare professionisti già formati e il tetto di spesa per il personale.

Trascuro ogni altro commento e mi concentro sulla trincea degli ospedali al collasso: anche qui, poco personale costretto a turni massacranti. In molte strutture si accorpano reparti per ovviare all’assenza degli standard, tendendo a privilegiare quelli con le Medicine. Scelta poco oculata quando si tratta, per esempio delle Geriatrie, visti i dati che registrano un invecchiamento che corre veloce, per cui logica vorrebbe che fossero le Geriatrie ad essere potenziate. Dovrebbe essere la medicina territoriale a farsi carico delle situazioni che non implicano ricoveri.

Le Case di Comunità, quanto riusciranno ad interpretare il loro ruolo in assenza di personale? Senza dati non si governa. Il Ministro della salute, un tecnico che conosce queste problematiche, dovrà assumere con decisione scelte che rendano collaborative le due istituzioni deputate a preparare professionisti capaci, l’Università e il Ministero della salute.

Il personale fugge dal sistema pubblico verso quello privato, incontrando più favorevoli condizioni di lavoro e di remunerazione.

Signor Ministro della Salute, metta mano con la massima urgenza ai Pronto soccorso, non possono essere il girone infernale del sistema. Pensi a un paziente affetto da demenza, in un Pronto soccorso affollato, lasciato solo, affidato a personale scarso, stressato e non preparato ad affrontare il suo stato. Non crede che sia il caso di organizzare diversamente gli accessi, non solo con i colori, ma con l’identificazione delle diverse tipologie di pazienti? Le lista di attesa e i Pronto soccorso sono due spine nel fianco del Ssn. Se non si comincia da qualche parte - e le due emergenze indicate sono di assoluta priorità - il Ssn muore, e con lui i cittadini che non hanno la possibilità di ricorrere al sistema privato.

Gli autori 2022

4



COSE dell'altroMondo

Il silenzio sulla sanità

di MARCO TRABUCCHI

6

LEADING CHANGE

Nella sanità del futuro

di PAOLO PETRALIA, NICOLA PINELLI

8



Un centenario dimenticato

di BERNARDINO FANTINI

10



Conversando con

ANTONIO MAGI

Ognuno per gli altri

di PIORJK PROCACCINI

14

COVER STORY

LA SANITÀ CHE VORREI

In sicurezza

di GIOVANNI MIGLIORE

20

Politiche di reshoring

di MASSIMILIANO BOGGETTI

22

Dalle parole ai fatti

di FILIPPO ANELLI

24

Non è più un Paese per infermieri

di BARBARA MANGIACAVALLI

26

Nulla è perduto

di ENRICA GIORGETTI

28

Sembra il futuro

di ARTURO CAVALIERE

30

COVER STORY

Condizione abilitante non rimandabile

di UMBERTO NOCCO

32

Riformiamo

di DARIO MANFELLOTTO

34

Bambini diversi nella cura

di ANNAMARIA STAIANO

36

Rete prima di tutto

di ANTONINO GIARRATANO

38

Noi, centauri della medicina

di VITTORIO MIELE

40

La salute non è un bancomat

di PIERINO DI SILVERIO, VINCENZO COSENTINI

42

Era già tardi ieri

di GIUSEPPE MARIA MILANESE

44

Welfare generativo

di VANESSA PALLUCCHI, ROBERTO SPEZIALE

46

Migliorare in 5 step

di BARBARA CITTADINI

48

sihta Scenari in evoluzione

di P. DERRICO, I. CRISTIANO, D. PIETROBON

50



Interconnessioni

di CARLA COLLICELLI

52

Cosa stiamo facendo?

di MARIA JOSÉ CALDÉS PINILLA, CARLOTTA CARBONI

54

Settore cruciale

di LUCA PANI

56



Obesità infantile, sempre peggio

60

di CRISTINA CORBETTA

REGIONI



A ben far porre li 'ngegni

di IVAN MAZZOLENI

64

Nuove modalità per il cambiamento

di G. MARINO, M. PASQUINI, D. PAGLIACCI, C. MACCAFERRI

66

Terapia senza danno

di M. SIMONINI, D. PASCU, S. TARDIVO

70

BREVI

72



L'improvvisa accelerazione del Pay Back sui dispositivi medici

74



Segnalazioni, domande e risposte sulle opportunità europee nel settore della sanità

a cura di CINZIA BOSCHIERO

76

Liber@mente



Recensioni editoriali

78



Aziende&Persone

79

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@istitutostudisanzitari.it

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione

Gestione della pubblicità

KOS Comunicazione e Servizi Srl
+39 3275627783 - vladimirobacco@koscomunicazione.it

Stampa Pressup Srt 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

La riforma che non c'è. Emergono le prime polemiche sulle Case della Comunità, sollecitamente inaugurate in Lombardia e tuttora inutilizzate per mancanza di medici e infermieri. Non è nemmeno una gran notizia: era già tutto previsto. Saremmo anche autorizzati a gioirne, noi che dal giorno della sua approvazione abbiamo rilevato come la Missione 6 del Pnrr non fosse sorretta da una adeguata visione d'insieme. Ma il tempo passa e le difficoltà si aggravano.

Unica consolazione: da allora - sono passati 18 mesi - è progressivamente cresciuta all'interno del mondo della sanità la percezione della necessità del cambiamento. A tale tema è dedicata la "cover" di questo numero della rivista, ricca di autorevoli contributi. L'immediato futuro ci sfiderà a dare corpo a questa istanza, a trasformare i sentimenti in proposte, a coordinare le proposte in una visione generale. In una parola, a pensare ad una vera riforma.

La pandemia ha evidenziato le sofferenze del Servizio Sanitario Nazionale, ancora sufficientemente efficace ma indebolito da un sottofinanziamento cronico, tormentato da disuguaglianze regionali e difficoltà di accesso, contestato addirittura nelle basi scientifiche e nei principi deontologici che guidano l'azione dei suoi professionisti. Invocare un corposo rifinanziamento è una inutile fuga dalla realtà. Il Paese non può e non potrà permetterselo. In tempi brevi sarà anche difficile colmare i vuoti di alcune figure professionali causati da trentennali errori di programmazione dell'insegnamento universitario. Non avremo più soldi, non avremo più personale. Siamo chiamati ad una grande riforma "isorisorse" che dovrà, necessariamente, incidere sull'organizzazione. Il Pnrr ha investito somme rilevanti sull'innovazione tecnologica, mettendoci a disposizione gli strumenti per un cambiamento radicale del modo di concepire l'assistenza sanitaria. Uno stimolo ci deve venire anche dall'accettazione di un dato da sempre rimosso: nel suo complesso, il numero di medici che operano nel sistema è ancora superiore alla media dei quattro maggiori paesi europei. Dobbiamo provare a utilizzarli meglio. Non sarà possibile che ognuno continui a fare ciò che sta facendo e che tutto resti sostanzialmente come prima.

Occorre però fissare qualche linea di confine, invalicabile. Il Ssn. dovrà rimanere unico, rivolto a tutti, uguale per tutti e, per tutti, sostanzialmente gratuito. Se verrà meno anche uno solo di questi principi, prima o poi il sistema crollerà e sarà sostituito da un modello di tipo assicurativo, per sua natura poco attento all'uguaglianza. Il tempo stringe.



2022 Con l'obiettivo di contribuire ad una sempre più nuova visione del nostro sistema sanitario, anche quest'anno Panorama della Sanità ha perseguito il suo intento di essere il luogo privilegiato di dibattiti e approfondimenti nel quale hanno



Tonino ACETI ★ Massimo AGLIETTA ★ Mario AIROLDI ★ Sandro ALLOISIO ★ Mattia ALTINI ★ Filippo ANELLI ★ Gabriella ANTOLINI ★ Patrizio ARMENI
Federica ASPERTI ★ Matteo BALESTRIERI ★ Simone BARATTO ★ Paola BARDASI ★ Elena BASSANELLI ★ Daniele BELLAVIA
Vittorio BELLOTTI ★ Nicolò BENDINELLI ★ Giovanna BERETTA ★ Andrea BERNETTI ★ Lorenzo BERTANI ★ Simone BEZZINI ★ Paola BINETTI
Paola BINETTI ★ Lucia BISCEGLIA ★ Massimiliano BOGGETTI ★ Rossana BOLDI ★ Paola BOLDRINI ★ Fabiola BOLOGNA ★ Alice BORGHINI
Carlo BORZAGA ★ Silvio BRUSAFERRO ★ Imma CACCIAPUOTI ★ Monica CALAMAI ★ Maria José CALDÉS PINILLA ★ Carlo CALTAGIRONE
Alessandro CANELLI ★ Maria Cristina CANTÙ ★ Stefano CAPOLONGO ★ Alberto CAPRIOLO ★ Margherita CARABILLÒ ★ Carlotta CARBONI
★ Alessandra CARTA ★ Maura CASADIO ★ Giorgio CASATI ★ Valeria CASO ★ Maria Domenica CASTELLONE ★ Francesco CATTEL
Arturo CAVALIERE ★ Bruno CAVALIERE ★ Ivan CAVICCHI ★ Alessandra CENERINI ★ Laura CHIAPPA ★ Americo CICCHETTI ★ Gennaro CILIBERTO
Barbara CITTADINI ★ Pierangelo CLERICI ★ Francesco COGNETTI ★ Luca COLETTI ★ Carla COLLICELLI ★ Alessandro COMANDONE
Corrado CONTA ★ Mariano CORSO ★ Vincenzo COSENTINI ★ Mimma COSENTINO ★ Francesco COSTA ★ Massimo COZZA
Ilaria CRISTIANO ★ Francesco D'AGOSTINO ★ Luigi D'AMBROSIO LETTIERI ★ Gabriella D'ETTORRE ★ Ottavio DAVINI ★ Fabio DE IACO
Luciano DE SIO ★ Mario DEL VECCHIO ★ Pietro DERRICO ★ Maurizio DI GIOSIA ★ Raffaele DI MAURO ★ Maria Luisa DI PIETRO
Pierino DI SILVERIO ★ Daniela DONETTI ★ Giuseppe DUCCI ★ Francesco ESPOSITO ★ Giovanni FABBRINI ★ Francesco C. FAGGIANO
Maria Ernestina FAGGIANO ★ Bernardino FANTINI ★ Carlo FAVARETTI ★ Elisa Maria FAZZI ★ Piero FERRANTE ★ Lucrezia FERRARIO
Vittorio FINESCHI ★ Emanuela FOGLIA ★ Lucio FORTUNATO ★ Luigi FRATI ★ Tiziana FRITTELLI ★ Gioacchino GALARDO ★ Silvia GALERI
Nicoletta GANDOLFO ★ Elisabetta GARAGIOLA ★ Carla GARLATTI ★ Federico GELLI ★ Anna Luisa GERACI ★ Antonino GIARRATANO ★ Enrica GIORGETTI
Andrea GIOVAGNONI ★ Marco GOLA ★ Mauro GOLETTI ★ Roberto GRASSI ★ Daniele GUGLIELMINO ★ Enrique HÄUSERMANN ★ Massimo IACONO
Rosaria IARDINO ★ Luigi Genesio ICARDI ★ Anna IERVOLINO ★ Ciro INDOLFI ★ Monica INGAGLIO ★ Giancarlo ISAIA ★ Giovanni LAMENZA

Abbiamo conversato con...



Beatrice
LORENZINI



Erika STEFANI



Maria Chiara
CARROZZA



Roberto SPERANZA



Assuntela MESSINA



Renato BRUNETTA

trovato spazio i più importanti argomenti del settore. Fondamentale il contributo prezioso di tanti autorevoli autori che hanno messo a disposizione, nelle 1.000 pagine della rivista, il loro tempo e la loro conoscenza. **GRAZIE A TUTTI per aver condiviso con noi il vostro sapere.**



David LAZZARI ★ Federico LEGA ★ Salvatore LENTI ★ Paolo Luca LENTINI ★ Andrea LENZI ★ Rocco LEONE ★ Emanuele LETTIERI
 Raffaele LODI ★ Luciano LUCANIA ★ Cristina MACCAFERRI ★ Antonio MAGI ★ Benedetto MAGLIOZZI ★ Giuseppe MALFI ★ Daniele MANCA
 Mauro MANCUSO ★ Anna Lisa MANDORINO ★ Dario MANFELLOTTO ★ Roberto MANFREDINI ★ Barbara MANGIACAVALLI ★ Domenico MANTOAN
 Romano MARABELLI ★ Rita MARICCHIO ★ Giampaolo MARINO ★ Chiara MARTINI ★ Gianvito MARTINO ★ Paolo MASCAGNI ★ Antonino MASSONE
 Ivan MAZZOLENI ★ Mario MELAZZINI ★ Claudio MENCACCI ★ Francesco Saverio MENNINI ★ Vittorio MIELE ★ Giovanni MIGLIORE
 Giuseppe Maria MILANESE ★ Concetta MIRISOLA ★ Fulvio MOIRANO ★ Giovanni MONCHIERO ★ Manuel MONTI ★ Pasquale G. MORANO
 Maria Luisa MORO ★ Aldo MORRONE ★ Giuseppe MUSUMECI ★ Gabriella NASI ★ Michele NICOLETTI ★ Umberto NOCCO ★ Lisa NOJA
 Giandomenico NOLLO ★ Anna ODONE ★ Luigi ORFEO ★ Donatella PAGLIACCI ★ Luigi PAIS DEI MORI ★ Vanessa PALLUCCHI ★ Luca PANI
 Marcello PANI ★ Paolo PARENTE ★ Giovanni PASCERI ★ Diana PASCU ★ Mirko PASQUINI ★ Pietro Antonio PATANÉ ★ Daniela PEDRINI ★ Paolo PETRALIA
 Teresa PETRANGOLINI ★ Anna Maria PETRINI ★ Nicola PETROSILLO ★ Cristiano PICCINELLI ★ Daniele PIETROBON ★ Nicola PINELLI
 Fabio PINTO ★ Paola PISANTI ★ Fabrizio POLVERINI ★ Francesco PONTIERI ★ Anna PONZIANELLI ★ Emanuele PORAZZI ★ Fabrizio Ernesto
 PREGLIASCIO ★ Eleonora PRETI ★ Cataldo PROCACCI ★ Valerio Filippo PROFETA ★ Francesco Rocco PUGLIESE ★ Guido QUICI ★ Giovanni REZZA
 Federica RIANO ★ Walter RICCIARDI ★ Matteo RITROVATO ★ Damiano RIZZI ★ Roberto ROMANO ★ Anna ROMITI ★ Filippo SALTAMARTINI
 Giancarlo SASSOLI ★ Fabrizio SCHETTINI ★ Nereo SEGNAV ★ Carlo SENORE ★ Chiara SGARBOSSA ★ Chiara SGARBOSSA ★ Andrea SILENZI
 Marcello SIMONINI ★ Lorenzo SOMMELLA ★ Stefano SOTGIU ★ Roberto SPEZIALE ★ Annamaria STAIANO ★ Ignazio STANGANELLI
 Pasquale STANZIONE ★ Fabrizio STARACE ★ Angelo TANESE ★ Stefano TARDIVO ★ Cristiano TERMINE ★ Roberto TOBIA ★ Donato TOMA
 Maria Beatrice TORO ★ Marco TRABUCCHI ★ Attilio TULIMIERO ★ Pierluigi UGOLINI ★ Kitty VACCARO ★ Giannantonio VANNETTI ★ David VANNOZZI
 Ferdinando VARBELLA ★ Alessandro VENTURI ★ Francesca VENTURINI ★ Alessandro VERGALLO ★ Nicoletta VERÌ ★ Veronica VERONE ★ Andrea VIANELLO
 Marco VIGNA ★ Stefano VISANI ★ Giorgio VITTADINI ★ Emilia Anna VOZZELLA ★ Carlo ZERBINO ★ Gabriele ZINGARETTI ★ Alberto ZOLI



Vittorio MIELE

Mara CARFAGNA

Dario
MANFELLOTTO

Luca PANI

Claudio CRICELLI

Antonio MAGI



Il silenzio sulla sanità

Quando i cittadini temono per il proprio futuro nei momenti in cui maggiormente avrebbero bisogno di protezione, saltano gli equilibri della vita e si lascia spazio a posizioni irrazionali e di assoluta sfiducia nel sistema pubblico di protezione

di MARCO TRABUCCHI

È davvero una "cosa dell'altro mondo" il silenzio che ha caratterizzato la campagna elettorale del settembre scorso attorno ai problemi della sanità. Disinteresse, ritrosia dall'affrontare argomenti senza gli strumenti adeguati, convincimento che abbiamo raggiunto un livello dei servizi sanitari che non potrà essere superato? Non sono in grado di analizzare le ragioni del silenzio, ma solo di esprimere un forte disagio. Fortunatamente il nuovo ministro della salute è persona seria e capace; non invidiamo però la sua responsabilità di riportare

al centro del dibattito pubblico le difficoltà del nostro sistema sanitario.

Oggi siamo dentro ad una gravissima crisi della nostra convivenza, che non è chiaro verso quale direzione ci potrà portare. Non possiamo però permettere che il silenzio domini ancora lo scenario del bisogno di migliaia di nostri concittadini. Confido nell'impegno del professor Schillaci, che ha una sensibilità per i problemi tecnologici della medicina (la sua elevata professionalità), ma ha anche una forte attenzione per le problematiche indotte dalle malattie croniche. Mi permetto di ricordare che ha seguito personalmente per molti anni gli incontri organizzati a Roma in occasione del 21 settembre, giornata mon-

diale dell'Alzheimer.

Troppi sono in questi mesi i segnali di un sistema sanitario che sta perdendo i pezzi. Medici scomparsi dal territorio, ospedali in crisi per la mancanza di medici e infermieri (con la relativa riduzione di reparti importanti per la salute). Mi giungono notizie di geriatrie chiuse o accorpate per mancanza di operatori, con assoluta insensibilità per i problemi reali di una

popolazione che sta invecchiando con grande velocità. Il pronto soccorso degli ospedali ridotto a luoghi di paura e di angoscia, dove pochi medici e operatori coraggiosi e generosi compiono un lavoro che richiederebbe una disponibilità tripla di personale. Le Rsa sottoposte ad una crisi che è allo stesso tempo economica e di personale.

I cittadini guardano con angoscia a questa realtà; hanno paura di non trovare risposta ai loro problemi, quando fosse necessario per affrontare una malattia. Angoscia che spesso si trasforma in sfiducia, che a sua volta aumenta ancor più il livello di angoscia. Prenotazioni rinviate che non tengono conto della gravità delle condizioni cliniche e programmate a distanza di molti mesi. Reparti ospedalieri dove i pazienti sono trattati come numeri, da dimettere rapidamente per liberare i letti il cui numero è stato ridotto

per risparmiare. La recente vicenda di una signora che dopo un aborto spontaneo è stata ricoverata vicino ad un'altra che stava per partorire è stata riportata da mezzi di comunicazione, inducendo la costernazione di molti cittadini. Perché in quel reparto la pietà è stata cancellata, provocando una situazione di per sé gravissima, impedendo alle persone ricoverate la ripresa di una vita minimamente serena? È mai possibile che le condizioni di lavoro in un ospedale siano così impoverite dalla fretta e dalla mancanza di adeguati finanziamenti da impedire agli operatori sanitari di comprendere e farsi carico della vulnerabilità e della fragilità dell'esistenza, in particolare quella dei più piccoli, incapaci di difendersi da soli? Dove è finita la compassione? Ciò che maggiormente preoccupa è che le condizioni disastrose di lavoro siano così

Nel 2021 la povertà assoluta conferma i suoi massimi storici toccati nel 2020, anno di inizio della pandemia da Covid-19.

Le famiglie in povertà assoluta risultano 1 milione 960mila, pari a 5.571.000 persone (il 9,4% della popolazione residente). L'incidenza si conferma più alta nel Mezzogiorno (10% dal 9,4% del 2020) mentre scende in misura significativa al Nord, in particolare nel Nord-Ovest (6,7% da 7,9%). In riferimento all'età, i livelli di povertà continuano ad essere inversamente proporzionali all'età: **la percentuale di poveri assoluti si attesta infatti al 14,2% fra i minori (quasi 1,4 milioni bambini e i ragazzi poveri), all'11,4% fra i giovani di 18-34 anni, all'11,1% per la classe 35-64 anni e al 5,3% per gli over 65 (valore sotto il la media nazionale).** Tra il 2020 e il 2021 l'incidenza della povertà è cresciuta più della media per le famiglie con almeno 4 persone, le famiglie con persona di riferimento di età tra 35 e 55 anni, i bambini di 4-6 anni, le famiglie degli stranieri e quelle con almeno un reddito da lavoro. È cresciuta meno della media per le famiglie piccole, con anziani, composte da soli italiani. È quanto rileva il 21° Rapporto su povertà ed esclusione sociale dal titolo "L'anello debole" della Caritas Italiana



pervasiva da cancellare il doveroso farsi carico delle persone che più soffrono. Siamo ancora in tempo per tornare indietro rispetto a questa condizione disperata? Basterà un nuovo governo e un nuovo ministro per provvedere al rifunzionamento di un adeguato

sistema sanitario, gravemente compromesso dalle condizioni nelle quali è stato costretto ad operare negli anni più recenti? Ritengo che il pessimismo sia sempre, in ogni circostanza, condizione che paralizza le migliori volontà e blocca le progettua-

lità, delle quali abbiamo estremo bisogno. Occorre certamente ripensare al finanziamento del sistema sanitario in termini assoluti, evitando gli sprechi, ma soprattutto portandolo al livello dei paesi europei che più ci assomigliano. Deve essere una priorità se si vuole conservare la pace sociale.

Ma bisogna fare presto; le povertà stanno aumentando come conseguenza delle attuali condizioni generali del nostro paese. Le povertà economiche sono vissute in modo ancor più disastrose se nemmeno la salute è protetta e le famiglie si sentono costrette a risparmiare, perché non ricevono dal sistema pubblico le risposte di cui hanno bisogno nel tempo della crisi.

Come fare per mettere le basi, almeno iniziali, per ridurre la pervasività di questo sistema "dell'altro mondo"? Vi sono aree del nostro paese dove la crisi è più forte che in altre; dalle regioni più avanzate a quelle più in difficoltà lo stile del cambiamento deve essere lo stesso: finanziamenti adeguati, una formazione tecnica e alla relazione che collochi davvero il bisogno nelle sue sfaccettature al centro dell'attenzione e delle analisi degli operatori, una nuova tecnostuttura in grado di cancellare la stupidaggine dell'aziendalizzazione.

“ TROPPI SONO IN QUESTI MESI I SEGNALI DI UN SISTEMA SANITARIO CHE STA PERDENDO I PEZZI ”

Negli ultimi due anni, le Aziende sanitarie e ospedaliere sono state chiamate ad accompagnare la transizione verso una nuova normalità che convive con la crisi e l'uscita dallo stato di emergenza. Al contempo, sono state investite dal compito di implementare l'innovazione disegnata nel Pnrr, con le riforme, i progetti e i tempi cadenzati per la sua realizzazione nei prossimi quattro anni. Queste due sfide prioritarie per il Paese e per le future ge-

nerazioni sono sviluppate sulla base di una responsabilità diffusa a tutti i livelli e di una valorizzazione del ruolo e della capacità del management di raggiungere gli obiettivi previsti con le risorse disponibili. La nuova normalità pone l'immediata necessità di avanzare riflessioni e proposte su quali regole, condizioni, modelli, meccanismi debbano essere messi in campo per rispondere a queste sfide. I nuovi bisogni di cura e di

assistenza verranno gestiti attraverso nuovi modelli organizzativi e assistenziali. Per rispondere a queste sfide, il management dovrà concentrarsi certamente sulla gestione del cambiamento, esercitando una leadership fortemente orientata alla innovazione e alla capacità di riconoscere e intervenire per tempo sulle situazioni di incertezza, creando un clima di fiducia e di mobilitazione nei confronti degli obiettivi, in maniera da superare le eventuali, e probabili, resistenze. Guardando alla stagione che si apre e alla complessità generata dal-

le tante variabili in campo, per l'impatto sul sistema economico e sociale delle scelte che faremo e per il peso delle stesse sul rapporto di fiducia tra cittadini e istituzioni e sulle future generazioni, la Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere, Fiaso ha individuato i temi prioritari sui quali investire per lo sviluppo della sanità del presente e del futuro, declinati con attività in stretta correlazione con le esigenze di governo del Ssn e lo sviluppo delle progettualità del Pnrr: dal governo clinico e territoriale alla innovazione digitale,

Nella sanità del futuro

Il management della sanità italiana è pronto e attrezzato per affrontare e vincere le sfide di cambiamento e innovazione del sistema salute del Paese

di PAOLO PETRALIA, NICOLA PINELLI

I temi prioritari sui quali investire

AREA TEMATICA	Responsabile	Gruppi di Lavoro
Comunicazione, Formazione manageriale (Academy), Forum Management Sanità	Giovanni Migliore	Formazione manageriale
Innovazione digitale e altri temi	Paolo Petralia	Digitale e cybersicurezza Value management Medical humanities
Ricerca e Università	Carlo Nicora	Ricerca e università Sperimentazione clinica
Personale e sicurezza operatori	Eva Colombo	Personale Sicurezza operatori Gender gap
Strumenti di governo clinico	Antonio D'Amore	Governo e rischio clinico
Rapporti e stakeholders territoriali	Antonio D'Urso	DM 77
Performance e Edilizia sanitaria	Pasquale Chiarelli	Edilizia sanitaria Performance
Rivoluzione verde e transizione ecologica	Alessandro Caltagirone	Transizione ecologica

dalla edilizia sanitaria alla rivoluzione verde, dalle performance alla ricerca, passando per il personale, il middle management, la formazione manageriale e la comunicazione.

Il nuovo corso della Fiaso è stato delineato, in particolare, su due direttrici di sviluppo. Verso l'esterno, aumentando il protagonismo delle Aziende sanitarie nel dibattito pubblico con interventi in grado di orientare l'opinione pubblica, anche con soluzioni e proposte operative e, parallelamente, consolidando il profilo istituzionale della Federazione attraverso nuovi accordi e rafforzate alleanze. Verso l'interno, con il rilancio dei territori e il più ampio coinvolgimento delle Associate nella costruzione dei contenuti attraverso il presidio dei temi strategici del Ssn e del Pnrr. **Questa eccezionale fase per la sanità e per il Paese richiede forte coesione interna**

“ DELINEATO UN PERCORSO SU DUE DIRETTRICI DI SVILUPPO ”

e stretto coordinamento tra la Federazione e tutte le sue Associate, consapevoli del ruolo di primaria importanza delle Aziende nel percorso di attuazione del Pnrr e di transizione verso la nuova normalità.

Ogni tema è stato attribuito alla responsabilità specifica di un componente del Comitato di Presidenza sulla base della propria storia professionale e competenza. Nell'ambito di ciascuna area tematica sono stati costituiti uno o più gruppi di lavoro guidati dal Vice presidente responsabile, con una composizione rappresentativa dei direttori dell'Area nord, centro e sud del Paese. A livello centrale è previsto un coordinamento strategico esercitato da presidenza e direzione per garantire unitarietà di visione, so-

stenibilità delle iniziative, coerenza e omogeneità dei contenuti.

I gruppi di lavoro devono, innanzitutto, proporre un posizionamento della Federazione sul tema attraverso il quale definire una survey che stabilisca il quadro di partenza da monitorare nel tempo attraverso indicatori quali-quantitativi e di benchmarking e che selezioni progetti aziendali da diffondere e valorizzare anche attraverso collaborazioni editoriali e contributi scientifici. Da questi elementi dalle competenze selezionate intorno alle diverse tematiche scaturiscono infine interventi formativi e di aggiornamento professionale attraverso, in particolare, la pianificazione di percorsi webinar e la gestione di comunità di pratica. E così che nell'ulti-

Nell'ambito di ciascuna area tematica la Fiaso ha voluto costituire uno o più gruppi di lavoro guidati da un Vicepresidente responsabile

mo anno la Federazione ha potuto garantire una moltiplicazione di proposte, iniziative e interventi che sono state prima restituite alle Aziende associate in termini di servizio e conoscenza diffusa, con dati ed esperienze rappresentativi di tutte le realtà aziendali. **La prospettiva per il prossimo anno prevede la programmazione delle attività verso la nuova Convention del management della sanità italiana, attesa nel mese di novembre 2023.** La nuova Federazione, più visibile all'esterno e potenziata all'interno, offrirà così uno spazio per discutere di sanità in campo aperto, favorendo il confronto con i professionisti, i diversi stakeholder e la politica a partite dai risultati delle attività delle diverse aree tematiche in termini di dati, proposte, esperienze. La Convention 2023 si configura come una cerniera tra il lavoro svolto dalla Federazione nei suoi 25 anni di storia e ciò che ci attende, e aspetta di essere delineato, per il futuro del Ssn, nella convinzione che il management della sanità italiana sia pronto e attrezzato per affrontare e vincere le sfide di cambiamento e innovazione del sistema salute del Paese.

Nessuno ha ricordato Louis Pasteur (1822-1895) che insieme al suo omologo tedesco Robert Koch, ha costruito praticamente ex-novo la scienza microbiologica e la vaccinologia. Ancora una volta è la dimostrazione della scarsa attenzione che la cultura italiana dà alla scienza, alla medicina e alla loro storia

UN CENTENARIO DIMENTICATO

di BERNARDINO FANTINI

Durante tutto lo svolgersi della pandemia di Covid alcuni concetti sono diventati di uso molto frequente, non solo fra gli scienziati, ma nei media, nei social e nel parlare quotidiano. Termini come contagio specifico, virulenza, trasmissibilità del virus, resistenza immunitaria, ceppi mutanti, anticorpi,

sieroterapia, e soprattutto vaccini sono stati costantemente usati (talvolta a sproposito). E c'è stato un grande sforzo da parte dei medici ed epidemiologi e da parte dei giornalisti scientifici di spiegare questi termini, la loro origine e il loro significato.

Tutti, però, hanno dimenticato di ricordare lo scienziato che è stato all'origine di tutti questi termini e concetti, Louis Pasteur, che insieme al suo omologo tedesco Robert Koch, ha costruito praticamente ex-novo la scienza microbiologica e la vaccinologia. Nessuno in particolare si è ricordato che Pasteur nacque il 27 dicembre 1822 a Dôle nel Jura francese e quindi in questi mesi si sarebbe dovuto celebrare il bicentenario della nascita.

È ancora una volta la dimostrazione della scarsa attenzione che la cultura italiana dà alla scienza, alla medicina e alla loro storia. Non ci si dimentica mai del centenario di un pittore o di uno scrittore, si emettono monete e francobolli e si dedicano grandi mostre ai centenari di Van Gogh, Picasso, Raffaello e Dante Alighieri, e persino al centenario di una breve visita di Picasso in Italia

nel 1917, con una grande mostra alle Scuderie del Quirinale. Ma la scienza e la medicina restano poco frequentate.

Un po' più di fortuna rispetto a Pasteur ha avuto Gregor Mendel, il fondatore della genetica, di cui si ricorda egualmente il bicentenario della nascita. Dal 10 al 13 maggio 2022 si sono svolti i Mendel Days dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, dal 22 al 25 settembre 2022 Mendel è stato festeggiato dagli Orti Botanici dell'Università degli Studi di Milano e dall'Accademia dei Georgofili di Firenze, con una giornata di studio sulle biotecnologie. Inoltre, a Mendel e alla genetica era stata dedicata nel 2017 una grande mostra al Palazzo delle Esposizioni di Roma. **Ma la proposta di organizzare un'analoga mostra centrata su Pasteur, Koch e il "Contagio" è rimasta lettera morta, perché considerata, proprio poco prima l'origine della pandemia di Covid, di scarso interesse per il pubblico.**

Oltre ad alcune ovvie iniziative organizzate dall'Institut Pasteur a Parigi, a nostra conoscenza si è svolta una sola bella mostra dedicata all'opera di Pasteur per

il miglioramento della produzione di vini celebri, birra e formaggi. Nel 1865 Pasteur aveva infatti brevettato a Arbois un sistema di conservazione dei vini tramite riscaldamento per evitarne la loro trasformazione in aceto. Un procedimento diventato famoso come pastorizzazione e applicato poi soprattutto ai prodotti caseari. In effetti, grazie ai processi di controllo microbiologico delle fermentazioni le produzioni agricole e dell'industria alimentare hanno potuto svilupparsi, come la distribuzione dei prodotti, sicuri per la salute proprio perché "pastorizzati".

Pasteur è molto noto, almeno per chi si interessa minimamente alla storia della medicina, anche per aver introdotto i concetti di antisepsi e asepsi, poi sviluppati e messi in pratica negli ospedali per opera di Joseph Lister, per le sue ricerche sulle malattie del baco da seta, per la sua dimostrazione sperimentale dell'impossibilità della generazione spontanea e soprattutto per aver generalizzato il concetto di vaccino, dopo quello introdotto da Jenner alla fine del Settecento. Questo è avvenuto con la dimostrazione sperimentale il 5 maggio



“ LA SCIENZA E LA MEDICINA RESTANO POCO FREQUENTATE ”

1881, durante il famoso esperimento di Pouillyle-Fort, dell'efficacia del vaccino contro l'antrace sviluppato da Pasteur, Émile Roux e Charles Chamberland, e in particolare grazie alla celebre vaccinazione contro la rabbia, che all'epoca aveva avuto una tale risonanza da permettere una grande raccolta di fondi per creare l'istituto di ricerca che da Pasteur prenderà il nome. Grazie all'opera di Pasteur e di Koch i microbi non solo sono osservati, ma vengono anche caratterizzati e ne viene stabilita la specificità. Per ogni malattia esisterà un germe specifico e sarà possibile elaborare un vaccino per controllarlo. Di qui lo slogan celebre, riportato dagli allievi di Pasteur, "una malattia - un ger-

Dole è la città dove Pasteur nacque il 27 dicembre 1822. Qualche chilometro più a sud di Dole, il villaggio di Arbois, intimamente legato alla vita di Pasteur, dove, nel 1865 lo scienziato aveva brevettato un sistema di conservazione dei vini tramite riscaldamento per evitarne la loro trasformazione in aceto



me - un vaccino”, che diventerà la guida teorica degli sviluppi scientifici e terapeutici nei decenni successivi.

Ma moltissimi altri punti dell'opera di Pasteur hanno avuto una grande importanza per l'interpretazione delle epidemie, della loro emergenza e distribuzione geografica. Così, nel settembre del 1879, mentre osserva le malattie delle vigne, egli immagina che un germe presente in animali o in piante in Africa o in Asia possa passare alla specie umana, in particolare ai coloni bianchi. E Pasteur conclude: "Una circostanza fortuita lo porta in Europa e potrà diventare l'occasione di

un'epidemia". Il concetto di "malattia emergente", grazie al passaggio di specie, molto presente nei discorsi epidemiologici attuali, è quindi presente già in Pasteur, che a questo tipo di meccanismi di diffusione dei germi attribuisce l'origine di molte malattie infettive. L'osservazione in laboratorio dei germi e della variazione della loro virulenza, che può essere aumentata per effetto dell'ambiente o di nuovi ospiti oppure diminuita per creare i vaccini, porta Pasteur a ipotizzare che in questo modo "si possono creare nuove virulenze e nuovi contagi. Sono portato a credere che è così che sono comparsi, attraverso le epo-



Pasteur morì il 28 settembre 1895 a 72 anni. La Francia lo ha trattato come un eroe nazionale. Fu sepolto nella cattedrale di Notre Dame. L'anno successivo le sue spoglie furono trasferite in una cripta appositamente costruita presso l'Istituto Pasteur. Nell'immagine il supplemento speciale a un giornale, dopo la sua morte.

che, il vaiolo, la sifilide, la peste, la febbre gialla, ecc. ed è ugualmente per fenomeni di questo tipo che compaiono, di tanto in tanto, alcune grandi

epidemie". Anche le malattie hanno quindi una storia, legata alla storia naturale di germi, vettori e ospiti e alle modifiche dell'ambiente.

Un altro episodio merita di essere ricordato, perché dà origine a uno dei concetti centrali dell'epidemiologia, a partire dalle ricerche sul carbonchio o antrace, nell'Ottocento una malattia molto frequente e disastrosa per il bestiame, analoga alla peste umana. Negli anni 1850 Casimir Davaine aveva notato la presenza di microrganismi a forma di bastoncini nel sangue di animali malati, senza tuttavia considerarli la causa della malattia. Solo dopo aver preso conoscenza dei lavori di Pasteur sul ruolo dei microrganismi nelle fermentazioni, nel 1863 Davaine pubblica due articoli negli Atti dell'Accademia delle Scienze in cui comunica di aver trasmesso il carbonchio a vari animali, iniettando il sangue di animali malati, dimostrando che il batterio "filiforme" (oggi noto come *Bacillus anthracis*) è l'agente eziologico della malattia, come confermerà poco dopo in Germania Robert Koch, grazie alla messa a punto di metodi di coltura dei microrganismi in laboratorio. Si fanno espe-

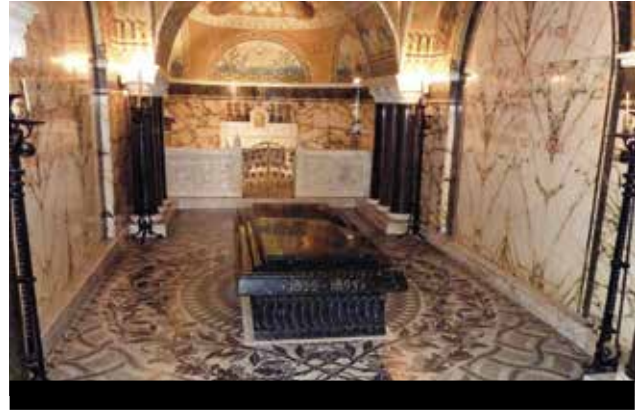
Louis Pasteur è stato il fondatore e primo direttore dell'Istituto fondato il 4 giugno 1887, grazie ad una sottoscrizione internazionale, ed è stato inaugurato il 14 novembre 1888. L'attuale direttore generale è Christian Bréchet. È stato a lungo il più importante istituto per lo studio delle malattie infettive, conservando un'elevata attività nella ricerca e nella formazione, ed è ancora il maggior istituto francese di produzione di sieri e vaccini



“ L'INFEZIONE E LA MALATTIA SONO DUE FENOMENI DISTINTI, CHE NON SI SEGUONO NECESSARIAMENTE ”

rimenti di contaminazione sperimentale ma i risultati sono contrastanti, dato che non tutti gli animali infettati con una coltura del microrganismo ne muoiono. **Un vivace dibattito si svolge all'Accademia delle Scienze a proposito della trasmissibilità del carbonchio al pollame. Il medico Armand Colin è convinto di sì, ma Pasteur ritiene che la malattia non si trasmetta ai volatili e sfida quindi il collega a inoculare alcune galline sane con le sue colture del microrganismo responsabile del carbonchio.** Qualche settimana dopo i due si incontrano di nuovo e Pasteur chiede a Colin se le sue galline sono morte, e questi gli risponde "non ancora". Qualche settimana dopo il ritorno di Pasteur dalle vacanze estive, trascorse come al solito nella sua casa di Arbois, Colin lo va a trovare nel suo laboratorio della Rue d'Ulm per scusarsi con lui: le galline inoculate sono restee sane per un lunghissimo periodo e sono morte solo perché una volpe le ha uccise. Ma con sua grande sorpresa Pasteur gli dice che invece aveva ragione, perché le sue successive ricerche gli avevano permesso di scoprire che anche il pollame è suscettibile al carbonchio, ma

solo in particolare condizioni. Alla richiesta di Colin di spiegarsi, Pasteur gli dà appuntamento alla successiva riunione dell'Accademia delle Scienze. Così, il 19 marzo 1878 Pasteur arriva alla seduta settimanale dell'Accademia con una gabbia contenente tre galline, la prima, indica ai colleghi, non è morta perché non è stata inoculata con il batterio. La seconda è stata inoculata, ma è ugualmente in buona salute. A questo punto Colin l'interrompe, per affermare che il carbonchio non si trasmette al pollame, visto che la gallina inoculata è in buona salute. "Non fate conclusioni affrettate", risponde Pasteur, mostrando la terza gallina, anch'essa inoculata e rimasta vittima del carbonchio. Per spiegare questa apparente contraddizione, Pasteur emette l'ipotesi che le galline allo stato normale sono refrattarie al contagio, cioè si infettano senza sviluppare la malattia, e attribuisce questa immunità a qualche fattore legato alla temperatura corporea. La gallina morta, infatti, era stata immersa in un bagno freddo in modo da far scendere la temperatura corporea e quindi dopo l'inoculazione ha



Nell'ala sud del primo edificio dell'Istituto, l'appartamento dove Louis Pasteur visse tra il 1888 e il 1895 è stato trasformato in museo, che comprende anche una sala dedicata agli strumenti scientifici e la cappella funeraria di gusto neobizantino dove in una magnifica cripta in stile bizantino lo scienziato è sepolto insieme alla moglie. Attraverso il magnifico ambiente "casalingo" di fine XIX secolo e gli altri spazi annessi si può dunque ripercorrere l'avventura umana e soprattutto scientifica del padre della moderna microbiologia, dai primi esperimenti sulla dissimmetria molecolare fino alla scoperta del vaccino contro la rabbia.

sviluppata la malattia e ne è rimasta vittima. Questo episodio può sembrare di importanza minore e anche suscitare qualche commento ironico, ma invece si tratta di un'innovazione teorica fondamentale: l'infezione e la malattia sono due fenomeni distinti, che non si seguono necessariamente. È il concetto di "portatore sano" o "malato asintomatico", come si

preferisce dire oggi, che permette di spiegare alcuni andamenti erratici delle epidemie. **Altro elemento importante è la dimostrazione che l'ambiente può agire sulle infezioni e risvegliare dei microbi sino a quel momento non virulenti.** È lo stesso fenomeno che qualche decennio dopo un altro pastoriano, André Lwoff, utilizzerà per spiegare il fenomeno della lisogenia, cioè il "risveglio" grazie all'irradiazione di una cultura batterica con i raggi ultravioletti, di un virus incorporato nel cromosoma batterico (il fago), con la sua conseguente espressione e la lisi del batterio. E questa scoperta contribuirà a portare la scuola francese di biologia molecolare alla scoperta dei meccanismi della regolazione dell'espressione genica e al concetto di RNA messaggero.

Conver-
sando
con

ANTONIO
MAGI

“Il Ssn si salva solo se restiamo compatti”. Parola del presidente dell’Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Roma, il più grande d’Italia, Antonio Magi che sul Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza si dice preoccupato per la volontà di potenziare e rilanciare modelli assistenziali obsoleti già fonte di errori del passato e pagati a carissimo prezzo con la pandemia

di PIORJK PROCACCINI

“OGNUNO
PER GLI ALTRI”

Nel rispondere a quali siano state le maggiori difficoltà che ha incontrato in questo ultimo periodo da presidente dell'Ordine dei Medici di Roma, Antonio Magi non ha alcun dubbio: "Tutta la problematica legata alla pandemia. È stato ed è tutt'ora – afferma il presidente dell'Ordine capitolino – un periodo che ricorderemo e che verrà studiato nei libri di scuola. Difficoltà non solo sotto l'aspetto medico-sanitario ma anche sotto il profilo burocratico-normativo. Il dare attuazione ai diversi Dpcm e Decreti legge, spesso anche in contrasto tra di loro, non è stato facile né per me né per gli altri Presidenti Omceo. Spesso, nel dar seguito a decisioni non sempre impeccabili, calate dall'alto, che riguardavano i nostri iscritti, siamo stati lasciati da soli".

Cosa significa essere un medico oggi? Com'è cambiato il rapporto con il paziente?

In teoria non dovrebbe esserci nessuna differenza tra un medico di oggi rispetto al medico di ieri; un medico è sempre tale e deve comportarsi in maniera eticamente corretta e avere quel rapporto di fiducia con il proprio paziente. Purtroppo oggi si è perso quel rapporto di fiducia. Il rapporto con il paziente è cambiato anche perché è il paziente ad esser cambiato. Rispetto ad un passato seppur recente il medico ha davanti a sé un paziente che è più informato e meno disponibile ad accettare passivamente consigli e terapie. Se da un lato ciò è positivo – poiché in una certa qual misura noi medici siamo stimolati a non tralasciare nessun aspetto legato

“ QUANDO I RITARDI SI SOMMANO ALLA SCARSA ATTRATTIVITÀ DI UNA PROFESSIONE, SI AVVERA LA TEMPESTA PERFETTA ”

alla nostra attività dall'empatia all'aggiornamento continuo – da un altro lato questo fenomeno rischia di generare tensione nel rapporto fiduciario poiché a volte ci troviamo davanti persone che informatesi preventivamente sulla rete "pretendono", molto spesso sbagliando, di suggerirci diagnosi, terapia e cura.

Affrontiamo il problema della carenza dei medici che fuggono dal nostro Paese per andare all'estero o per trovare un posto nel privato qui in Italia. Come si può rendere il lavoro del medico più attrattivo?

I giovani medici, soprattutto se specialisti, non trovando in Italia, come abbiamo detto, una soddisfacente e stabile

collocazione nel Ssn e contratti a tempo indeterminato (con remunerazioni adeguate) preferiscono andare a lavorare all'estero e programmare lì il proprio futuro sia professionale che personale. Dal 2008 al 2021 sono stati oltre 14.000 i medici italiani che hanno lasciato il nostro Paese per andare a lavorare stabilmente all'estero sia a causa delle difficili condizioni di lavoro sia per le basse remunerazioni in rapporto alle grandi responsabilità. Per rispondere alla domanda come si può rendere il lavoro del medico più attrattivo: dando incarichi a tempo indeterminato agli specialisti convenzionati in



CHI È

Antonio Magi, presidente dell'Ordine provinciale di Roma dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri e medico specialista Ambulatoriale Radiologia presso la Asl Roma 1, si laurea in Medicina e Chirurgia nel luglio del 1980 presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza con il punteggio di 110/110 e lode, specializzato nel giugno del 1984 in Radiologia presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma con punti 69/70. Nel febbraio del 2016 consegue il Master Universitario di secondo livello in management ed innovazione nelle aziende sanitarie presso l'Università degli Studi di Roma La Sapienza. Dal maggio 2021 è componente del Comitato Tecnico Scientifico del Parlamento Europeo. Docente universitario, Magi è inoltre Segretario Nazionale Generale Sumai Assoprof e vice presidente della Società italiana di Formazione Permanente SIFop (Provider Nazionale per l'Ecm). "Medical Network" è la rivista da lui diretta, infatti Magi è anche pubblicista iscritto all'albo dell'Ordine dei giornalisti di Roma.

“ LO STATO ESTERO PIÙ AMBITO DAI MEDICI È IL REGNO UNITO ”

graduatoria che attendono da anni; stabilizzando chi lavora nel Ssn oggi con incarichi precari e fare solo assunzioni a tempo indeterminato; promuovendo incentivazioni economiche a chi sceglie di lavorare nel Ssn, in aree disagiate o servizi ad alto rischio professionale; aumentando il numero di borse finanziate direttamente dalle stesse Regioni ed utilizzare gli specializzandi attraverso l'obbligo di frequenza, nelle strutture pubbliche regionali, sia ospedaliere che territoriali. In Italia abbiamo ancora 160 mila medici attivi privi di specializzazione, di cui il 32,7% cioè 52 mila medici nelle fasce d'età comprese da 24 a 44 anni.

Qual è la situazione della remunerazione e le eventuali differenze con il resto d'Europa?

Il confronto sulla remunerazione media dei medici specialisti in Italia e quella esistente negli altri paesi europei ci colloca agli ultimi posti davanti solo a Portogallo e Grecia, considerati come fanalini di coda. Lo stato estero più ambito è il Regno Unito con 5.578 nostri medici andati via, seguito dalla Svizzera con 3.095, dalla Francia con 1.593, dalla Germania con 1.395, da Israele con 957, dal Belgio con 883, dagli USA con 303, dal Canada con 280 e all'Irlanda con 257. Il paese che paga di più i medici è l'Olanda ma le difficoltà con la lingua non portano a sceglierla. Confrontando la remunerazione media di uno specialista del Regno Unito con quella di uno specialista in Italia, che per uniformità

abbiamo entrambe convertite in dollari americani, questa è rispettivamente di 155.767 dollari nel Regno Unito contro i 61.130 dollari in Italia con una differenza a favore del Regno Unito di ben 94.637 dollari annui. Il Belgio e la Germania hanno remunerazioni ancora più alte rispetto a quelle del Regno Unito, rispettivamente di 167.348 dollari e di 166.989 dollari, mentre Francia e Svizzera le hanno inferiori al Regno Unito ma sempre molto interessanti con rispettivamente 132.632 dollari e 155.804 dollari.

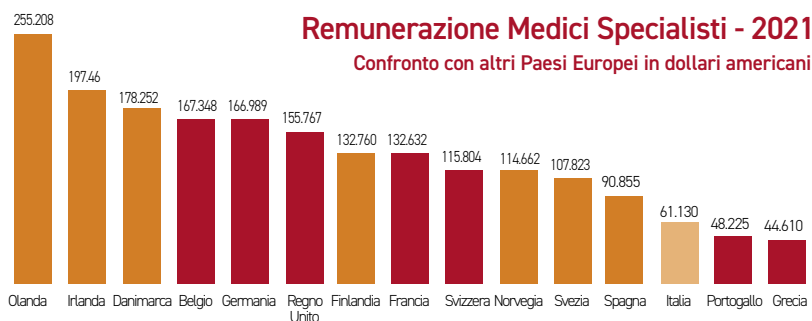
La difficile condizione di lavoro del medico oggi è gravemente appesantita dalle denunce e dagli atti di violenza contro gli operatori sanitari da parte dei cittadini...

Sì, il fenomeno della violenza contro gli operatori sanitari è preoccupante. Su questo recentemente e più di una volta, congiuntamente con l'Ordine degli Infermieri di Roma, ci siamo espressi con durezza. Constatiamo

però che non si sta facendo niente di strutturale per uscire da quella che sta diventando una triste consuetudine. Solo dichiarazioni di sdegno ma nessuna azione concreta di contrasto al fenomeno. Sono anni che chiediamo il ripristino dei presidi di polizia nei PS come misura quanto meno deterrente a tutela di operatori sanitari e cittadini.

Secondo lei oggi l'Università è in grado di formare medici competenti e flessibili, capaci di cogliere lo sviluppo inarrestabile della ricerca, delle tecnologie, della produzione di nuovi farmaci?

Oggi i giovani colleghi sono preparati. Hanno capacità, sanno usare le tecnologie, conoscono le novità in campo medico, conoscono l'evidenza. L'Università dunque li prepara bene sulla teoria, sulla pratica invece, che poi è la parte più importante, sono meno preparati. Da questo punto di vista abbiamo avuto un buco generazionale perché



Fonte: Centro Studi Sumai Assoprof: elaborazione dati Ministero della Salute, Oecd.stat, Commissione Eu

quella pratica che si faceva sul campo per un certo periodo di tempo è mancata e quindi oggi abbiamo dei giovani medici molto preparati teoricamente ma poco preparati sulla pratica. In più si è perso quel know-how, quella trasmissione della conoscenza da parte dell'anziano verso il giovane medico e questo però non è un discorso solo universitario.

In che modo secondo lei il progresso in sanità- penso per esempio all'intelligenza artificiale, le stampanti 3D, la realtà virtuale e aumentata, la nanotecnologia e la robotica- cambieranno i paradigmi della medicina attuale e del rapporto medico-paziente?

Tutti gli strumenti da lei citati sono utilissimi se usati in quanto tali. Il rischio è che coloro i quali programmano questi strumenti non li programmino per aiutare il medico nella propria attività quanto piuttosto per sostituire il professionista e questo non può essere. Lo strumento infatti, non ha la capacità di discernimento che ha il medico. Può capitare quindi che un collega faccia una diagnosi corretta perché ha un'intuizione che gli nasce dall'esperienza acquisita sul campo. Una tecnologia, anche la migliore, questo non potrà mai farlo. Ciò non toglie che non possiamo sottrarci ai cambiamenti che la tecnologia sta introducendo nella scienza e nella medicina.

Da anni si parla di riformare l'assistenza territoriale anche in un'ottica di integrazione socio-sanitaria. Ma sembra essere un progetto difficile da realizzare. Quali sono gli ostacoli?

È necessario attuare un cambio di mentalità e uscire dal concetto binario per cui: o ti cura l'ospedale o il medico di famiglia. Il territorio è una realtà complessa al cui interno operano molte figure. Tanto complessa quanto mutevole e ce l'ha dimostrato il Covid rendendo centrali ad esempio figure sanitarie, ma non mediche, come gli infermieri, gli psicologi e i farmacisti. Riformare l'assistenza territoriale significa tenere insieme tutte queste figure. È il vecchio, ma sempre attuale, concetto dell'equipe multidisciplinare e multi professionale dove ogni figura opera secondo le proprie competenze.

La Missione 6 del Pnrr permetterà di riformare il nostro Ssn?

Le risorse previste saranno sufficienti? Ravvisa delle criticità?

Le criticità sono diverse. Riteniamo che il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza accentui quella visione manageriale del sistema salute che, di fatto, marginalizza e sviscila la professione medica. Al tempo stesso preoccupa la volontà di potenziare e rilanciare modelli assistenziali obsoleti già fonte di errori del passato e pagati a carissimo prezzo con la pandemia. Non ultimo l'inadeguatezza delle risorse stanziate rischia d'impedire al Paese di avere una sanità moderna, basata non solo sull'alta tecnologia ma in particolare su risorse umane che lavorano



L'ITALIA SI ADEGUI AGLI STIPENDI DEL RESTO D'EUROPA.

L'Italia è il terzultimo Paese in Europa sul fronte delle remunerazioni dei medici, davanti solo a Portogallo e Grecia. La Spagna, quartultimo Paese della classifica, offre ai propri professionisti ben 35.000 euro lordi in più all'anno. È l'appello lanciato da Antonio Magi, presidente Omceo Roma, dal congresso "La sanità europea del futuro" svoltosi recentemente a Bruxelles.

Attualmente nel Ssn abbiamo un rapporto medico specialista attivo per 1000 abitanti pari a 2,56 medici (considerando come medico specialista sia il dipendente pubblico e privato, sia il convenzionato interno ed esterno che il libero professionista). Il rapporto medico ospedaliero è di 1,99 specialisti per 1000 abitanti; mentre il rapporto medico specialista convenzionato interno per 1000 abitanti è pari a 0,25.

Un numero dunque veramente esiguo. Da notare che lo specialista convenzionato interno, secondo il DM 77, dovrebbe intervenire sul territorio per le problematiche che non necessitano di ricovero risolvendo quindi gli accessi impropri ai PS e negli ospedali.

“ DAL 2008 AL 2021 SONO STATI OLTRE 14.000 I MEDICI ITALIANI CHE HANNO LASCIATO IL NOSTRO PAESE ”



Il 55,44% dei medici ha affermato di essere stato personalmente vittima di violenza, in valore assoluto 1137 medici rispetto agli 832 del 2018, nel 76,52% dei casi di carattere solamente verbale.

È quanto riporta un'indagine dell'Anaa Assomed, condotta da gennaio a febbraio 2020, e che ha interessato 2059 soggetti, con una responsabilità crescente con il progredire dell'età. Il 40,8% di età compresa tra 55 e 65 anni, il 25,45% tra i 35 ed i 45, il 25,21% in età tra i 45 ed i 55 anni ed infine 8,55% tra i 25 ed i 35 anni. Il 56,10% dei responders è di sesso femminile, a dimostrazione di come il problema aggressioni sia più sentito tra i medici donna (nel 2018 era il 53%). Per quanto riguarda le discipline interessate dal fenomeno, l'86% degli psichiatri dichiara di aver subito aggressioni, il 77% dei medici di medicina d'urgenza, un trend decisamente in crescita in tali servizi, il 60% dei chirurghi, il 54% dei medici del territorio, il 40% degli anestesisti. Il dato preoccupante è che il 79,26% degli operatori vittime di violenza non ha presentato denuncia, e che il 66% afferma di essere a conoscenza di episodi di aggressione ai danni di operatori, ciò dimostra che il fenomeno continua ad essere sottostimato. Il 23% afferma inoltre di essere venuto a conoscenza di casi da cui è scaturita invalidità permanente o decesso conseguenti ad episodi di violenza ai danni di operatori. Alla domanda sulla conoscenza delle leggi attualmente vigenti in termini di prevenzione delle aggressioni, solo il 37% risponde in maniera affermativa mentre il 50% non conosce nemmeno il protocollo della propria azienda.

attraverso un serio rinnovamento della governance.

Una delle sfide del Pnrr è la realizzazione delle Case di comunità per una risposta integrata e appropriata ai bisogni di salute sul territorio. Il personale sanitario necessario al fabbisogno sarà sufficiente? C'è il rischio che rimanga "teoria" senza un'appropriata programmazione?

Senza i medici le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità rischiano di essere delle scatole vuote così come il Servizio sanitario nazionale non potendo svolgere il suo ruolo di tutela della salute dei cittadini. Tutto ciò in un momento storico in cui, anche a causa del Covid, la gobba pensionistica sta per raggiungere il suo apice. Sarà interessante capire cosa vorrà fare il nuovo governo. Il ministro Schillaci recentemente parlando del Piano e delle Case della Comunità ha detto che "Il Pnrr è stato pensato due anni fa e le condizioni oggi sono mutate" aggiungendo "Stiamo valutando se le case di comunità siano la risposta giusta per il territorio". Vedremo.

Professionalmente parlando lei è uno specialista ambulatoriale. Qual è il ruolo di questa categoria nell'ambito della riforma della sanità territoriale?

Nell'ambito territoriale è un ruolo primario alla pari dei medici di medicina generale e dei pediatri

di libera scelta. Tre figure centrali per le cure primarie in sinergia con tutte le altre professioni sanitarie non mediche che svolgono la loro azione sul territorio.

Altro drammatico problema è quello delle liste di attesa. Come ridurle e come evitare che i pazienti ricorrano impropriamente al pronto soccorso o siano costretti al ricorso ai servizi privati?

Investendo sull'offerta specialistica sul territorio perché è la scarsità di queste figure a determinare le liste d'attesa. Bisogna però fare in fretta favorendo da subito il raggiungimento del massimale orario agli specialisti ambulatoriali in servizio, aumentandone anche il numero con assunzioni e incarichi a tempo indeterminato per poter garantire i Pdta territoriali ma anche un'adeguata assistenza specialistica domiciliare e l'uso della telemedicina.

Cosa pensa dell'autonomia regionale in materia sanitaria? Che ha aumentato le differenze e le distanze sull'offerta di salute tra le regioni. Sia chiaro che queste erano ben presenti anche prima, però l'autonomia ha ulteriormente accentuato questa situazione con i relativi effetti negativi.

Recentemente ha invitato i sindacati a non andare in ordine sparso ma a perseguire un unico obiettivo attraverso un'unica voce. Pensa che ci siano i presupposti perché accolgano il suo invito? Me lo auguro perché il Ssn si

“ NESSUNA AZIONE CONCRETA DI CONTRASTO ALLA VIOLENZA CONTRO GLI OPERATORI SANITARI ”

Attraverso un puntuale lavoro di analisi il volume “Medici Specialisti, situazione al 2021 – previsioni al 2030”, ricostruisce la situazione attuale della sanità, da un punto di vista delle risorse umane, con i numeri dei medici chirurghi, degli odontoiatri, di quanti sono specializzati e quanti no, fotografa la distribuzione per genere e per fasce d’età, la distribuzione sul territorio per ripartizioni, per regioni, per comuni, evidenziando quanti lavorano nel Ssn e quanti non vi lavorano, quanti sono pensionati, e infine il rapporto numerico tra medici e gli abitanti. A questo quadro, sempre in una logica di rigorosa analisi, si affianca una previsione di quanto potrà accadere nel 2030, valutando il numero di giovani che si iscrivono alla Facoltà di Medicina e Chirurgia e alla Facoltà di Odontoiatria, quanti di questi completino il percorso di studi laureandosi in medicina, quante siano le borse specialistiche a disposizione e quanti poi



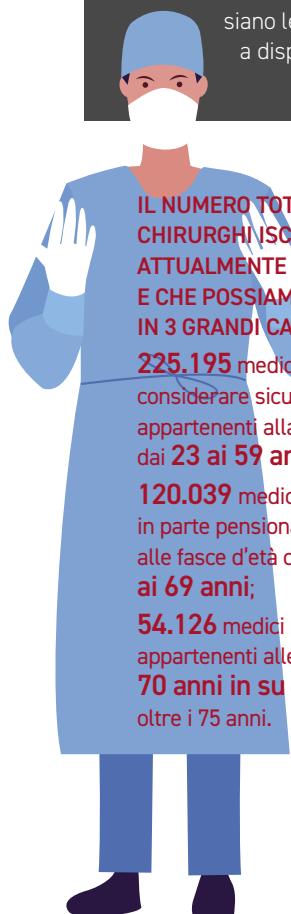
Al 54° congresso nazionale Sumai presentato il volume **Medici Specialisti, situazione al 2021 – previsioni al 2030**, scritto da Antonio Magi, edito dal Centro Studi di Sumai Assoprof.

si specializzano. Il volume offre anche una prospettiva relativa ai giovani medici (quanti rimangono a lavorare in Italia e quanti invece scelgono l'estero), confronta le retribuzioni con gli altri paesi della comunità europea ed extra-europea e calcola il fabbisogno medico in genere ma soprattutto quello di tipo specialistico sia territoriale che ospedaliero. Partendo da dati certi e certificati relativi all'Italia (le cui fonti sono: Fnomceo, Enpam, Aran, Sisac, Ministero della Salute, Ministero dell'Università e della Ricerca, Corte dei Conti) il volume offre un'analisi comparata con quelli degli altri Paesi (le cui fonti sono: Oms, Comunità Europea, Eurostat, Oecd). Inoltre il

volume, con le sue tabelle e i suoi grafici, si offre come uno strumento di lavoro insostituibile per istituzioni, organizzazioni di categorie, giornalisti, aziende e per tutti gli stakeholder della filiera sanitaria, rappresentando una precisa prima analisi delle risorse umane di cui si avvale il Ssn, articolato Regione per Regione e finalizzato specificamente all'analisi della componente medica, che permette di comprendere come attualmente ed in futuro i dati salienti relativi alla professione medica potranno condizionare il Servizio Sanitario nazionale. La conclusione cui giunge il lavoro è che la carenza di personale medico attualmente in servizio e quella futura (considerando che siamo nel pieno di una importante “gobba pensionistica” associata ad un calo di vocazioni dei medici, specialisti e non specialisti che scelgono di lavorare nel Ssn) impedirà il raggiungimento degli obiettivi della Missione 6 del Pnrr e di quanto previsto nel Dm 77, in assenza di giusti ed urgenti correttivi.



Scarica e consulta il volume



IL NUMERO TOTALE DEI MEDICI CHIRURGI ISCRITTI AGLI ALBI È ATTUALMENTE DI 399.360 UNITÀ E CHE POSSIAMO DISTINGUERE IN 3 GRANDI CATEGORIE:

225.195 medici che possiamo considerare sicuramente attivi appartenenti alla fascia d'età dai **23 ai 59 anni**;

120.039 medici in parte attivi e in parte pensionandi appartenenti alle fasce d'età che vanno dai **60 ai 69 anni**;

54.126 medici pensionati appartenenti alle fasce d'età dai **70 anni in su** con **23.038** medici oltre i 75 anni.

salva solo se restiamo compatti. Il ruolo dei sindacati è importante ma dobbiamo anche riconoscere le nostre responsabilità. Spesso siamo caduti in personalismi, ognuno facendo battaglie per la propria categoria e non come comparto sanità unito. E mi dispiace dirlo ma credo che abbiamo perso un'occasione storica anche se possiamo ancora recuperare. Però dobbiamo superare gli interessi di ogni singolo sindacato e categoria e agire per una battaglia globale. Il concetto deve essere: ognuno per gli altri.

Quali dovrebbero essere le prime tre priorità dell'agenda sanità del nuovo Governo?

In estrema sintesi: rendere attrattivo il Ssn, assumere il personale che c'è, affrontare in maniera costruttiva e seria, non a chiacchiere come fatto sinora, il problema delle liste d'attesa. Per quest'ultimo punto è necessario il potenziamento della specialistica ambulatoriale e ospedaliera perché le liste d'attesa sono specialistiche.

#COVER STORY

LA SANITÀ CHE VORREI Dalle riflessioni di alcuni protagonisti del mondo sanitario, della ricerca e del welfare, sono emerse istanze e aspettative che attendono una risposta urgente. Confermati gli elementi di valore del Servizio Sanitario Nazionale, si evidenzia la necessità di una profonda revisione del sistema con alcune importanti indicazioni in termini di priorità che potrebbero, o forse dovrebbero, essere prese in considerazione dai decisori istituzionali.

INSICUREZZA

Proporre al management della sanità italiana di riflettere sulla sanità che vorrebbe, non è ovviamente un invito ad un esercizio accademico. Il management, per la natura stessa della sua funzione, è chiamato costantemente a coniugare visione del futuro e bisogni del presente

di GIOVANNI MIGLIORE

Riflettere su ciò che vorremmo, sul futuro della sanità, se questo esercizio tiene saldamente insieme visionarietà e pragmatismo, può essere utile ad orientare le policy, e aiu-

tare a comprendere di più e meglio a che punto siamo. Il quadro che abbiamo di fronte, emerso anche attraverso una consultazione estesa dei manager delle Aziende associate alla Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Fiaso, non può che partire dall'attenzione prioritaria per pazienti e cittadini, dalle risposte da assicurare loro, e da alcune questioni trasversali, co-

me la reingegnerizzazione dei processi, la flessibilità dei modelli organizzativi, la semplificazione e sburocratizzazione di alcune procedure, la digitalizzazione, con la riprogettazione dei servizi sanitari e l'utilizzo della maggior quantità di dati che ne deriveranno, per esempio per la programmazione in ottica di health population management.

Ospedale e territorio, le due principali aree dell'offerta di salute, richiederanno interventi significativi. Per quanto riguarda l'ospedale, per il rinnovamento infrastrutturale di parte della rete ospedaliera e l'ammodernamento del parco tecnologico. Per il territorio, la ridefinizione del modello organizzativo dell'assistenza, la realizzazione delle strutture in-

termedie, il rafforzamento delle cure primarie, il rilancio della prevenzione.

Ma l'attenzione maggiore del management, guardando al futuro e alla sanità che vorremmo, si concentra sulle strategie per mettere in sicurezza il Ssn. La lievitazione dei costi dell'energia ha portato in primo piano la transizione energetica e l'efficientamento delle strutture. L'attenzione al momento è assorbita dagli oneri aggiuntivi per i bilanci delle Aziende. Un primo stanziamento di 400 milioni di euro per le Aziende sanitarie da parte del Governo ha rappresentato un segnale importante, ma non sufficiente. Con il trend attuale, a fine anno la bolletta energetica del Ssn salirà a 2,2-2,3 miliardi, circa 1 miliardo in più degli 1,4 del costo precedente. Se anche tutti i presidi sanitari del Paese fossero messi a regime con misure di efficientamento energetico, e alcune Aziende lo hanno già fatto, il risparmio non supererebbe il 6-8% dei costi, a fronte di aumenti 10 volte superiori. In un contesto nel quale non è possibile procedere a razionamenti, visto che sale operatorie, apparecchi di radiodiagnostica, terapie intensive devono essere attivi 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, e

I primi dati di un'indagine sull'aumento del costo della bolletta energetica e l'efficientamento condotta da Fiaso in 60 Aziende sanitarie in tutto il Paese, consentono di verificare un aumento del costo dell'energia

elettrica + 69,2%
nel 2° trimestre 2022
rispetto al 2° trimestre del 2021, e delle spese di riscaldamento **+71,7%**.

Gli aumenti maggiori **+93,5%** per le regioni del **Centro** per il riscaldamento **+83,9%** al **Sud** per le **utenze elettriche**



poiché le bollette dovranno essere comunque pagate, tutto ciò potrebbe rendere necessario mettere in stand by alcuni investimenti programmati, per esempio quelli che riguardano le assunzioni dei precari o il rinnovo tecnologico, che potrebbero essere differiti nel tempo. È necessario, quindi, che il Governo torni ad intervenire su questa materia, garantendo la copertura totale degli extra costi sostenuti dalle Aziende sanitarie. Mettere in sicurezza il

Ssn significa anche occuparsi del personale. Non a caso da più di un anno la Federazione sollecita i principali stakeholder istituzionali sulle questioni che lo riguardano. Una prima risposta è arrivata nella scorsa legislatura, con il finanziamento della stabilizzazione di una parte del personale assunto nel corso della pandemia. Anche in questo caso si è trattato di un primo passo, avviato a velocità diverse dalle Regioni. **Al di là delle stabilizzazioni, è necessario aprire una nuova stagione di investimenti sulle risorse umane, e riprendere ad occuparsi di programmazione e formazione**, con un occhio alle nuove professionalità e ad uno skill mix di competenze diverso rispetto al passato. C'è un evidente problema di disponibilità di alcune figure professionali, medici e infermieri in primis, e di copertura dei nuovi setting assistenziali come Case ed Ospedali di comunità. Provvedimenti come l'aumento dei posti nei corsi di Medicina e Chirurgia e delle Professioni Sanitarie e delle borse di studio per le specializzazioni, impiegheranno alcuni anni prima di produrre i loro effetti.

Tutte ragioni che confermano la convinzione che sia arrivato il momento di lasciarsi alle spalle la stagione dei blocchi e dei tetti di spesa, che mal si conciliano con la necessità di tornare a programmare di quali e quante unità di personale, così come di quali profili professionali ci sia necessità per garantire i servizi sanitari. Ciò di cui abbiamo parlato sinora richiede, infine, risorse adeguate. Nonostante nella Nadef 2021 si annuncino risorse aggiuntive per il rinnovo dei contratti pubblici, le previsioni per i prossimi anni sull'andamento della spesa sanitaria rispetto al Pil non lasciano spazio all'ottimismo. La spesa sanitaria scenderà al 6,7% nel 2022, al 6,3% nel 2023, al 6,1% nel 2024, tornando a percentuali pre-pandemia. La Corte dei Conti, commentando la Nadef 2022 ha sottolineato che le risorse stanziare potrebbero non essere sufficienti per garantire il personale previsto per la riforma dell'assistenza territoriale e le spese per l'aumento del costo dell'energia. Fiaso chiede uno stanziamento dell'8% del Pil per il Fsn, che consentirebbe di far fronte alla congiuntura attuale, recuperare un po' del terreno perduto e riportarsi in linea con la media dei Paesi europei più avanzati.

“ LE PREVISIONI SULL'ANDAMENTO DELLA SPESA SANITARIA NON LASCIANO SPAZIO ALL'OTTIMISMO ”

Politiche di reshoring

I prossimi mesi saranno cruciali per la definizione della Sanità del futuro. Soggetti pubblici e privati, aziende e pazienti ed operatori del settore saranno coinvolti, ognuno nel proprio ruolo

di MASSIMILIANO BOGGETTI

Il Governo cancelli il payback altrimenti le aziende del settore rischiano di chiudere i bilanci in perdita, di deteriorare il rating delle banche che garantisce proprio alle aziende accesso al credito. Questo significa far fallire un settore che eroga salute e lasciar pagare ai cittadini le spese sanitarie di tasca propria, rinunciando alla sanità pubblica e all'innovazione tecnologica. Sono centinaia

le imprese su cui impatta il payback, che rischiano di fermarsi e chiudere: ormai l'accesso al credito è diventato complicatissimo per via delle note difficoltà degli istituti bancari a erogare liquidità in questo momento. E con il payback le imprese dovranno accantonare poste di esercizio, fra l'altro indeducibili, che faranno chiudere il

2022 con bilanci in perdita, che abbassano il rating e l'accesso ai crediti bancari essenziali per l'operatività aziendale. Questo non è altro che un modo per portare le aziende al fallimento per mancanza di cassa con conseguenze catastrofiche per l'occupazione, i territori e la qualità della salute. Se le nostre imprese chiudono si potrebbe non riuscire a garantire le forniture di prodotti, anche salvavita, agli ospedali; la qualità delle tecnologie mediche rischia di abbassarsi; i medici si troveranno costretti a lavorare senza avere le tecnologie all'avanguardia, fondamentali per poter esercitare al meglio la professione, e in ultima istanza essere disincentivati a rimanere nel nostro Paese, preferendo l'estero. Le conseguenze per i cittadini sono altrettanto gravi: senza risorse destinate alla Sanità e senza imprese che la riforniscano, sempre più persone non avranno accesso alle cure con un notevole impoverimento dell'offerta e della qualità dei servizi sanitari.

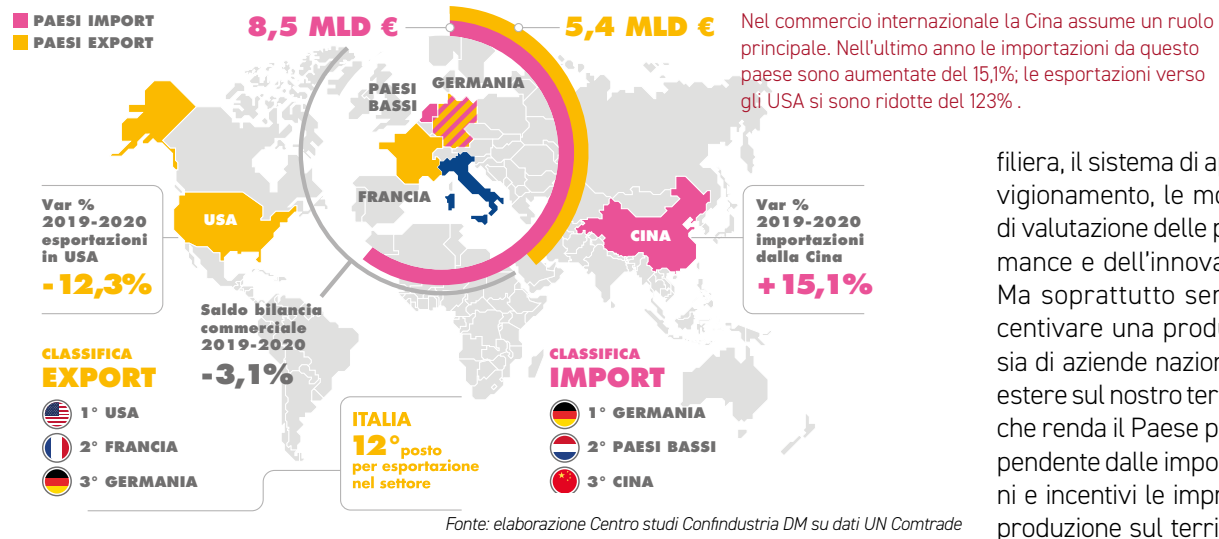
Se le Regioni continuano a bandire gare la cui somma

dei valori aggiudicati supera il fondo sanitario a disposizione e il Governo non aumenta le risorse destinate alla Sanità, non saranno le imprese dei dispositivi medici a potersi far carico degli sforamenti di spesa pubblica. È inaccettabile che non si comprenda l'impatto di un tale sistema sull'industria della salute, le dinamiche e le conseguenze di questo provvedimento. Perseverare nel mantenimento dei tetti di spesa e di meccanismi quali il payback e le gare al ribasso, significa contribuire a rendere l'Italia un Paese sempre meno appetibile per investimenti nazionali ed esteri, quando invece abbiamo bisogno di far tornare in Italia produzione e ricerca.

I prossimi mesi saranno cruciali per la definizione della Sanità del futuro. Non è il momento per mettere in difficoltà la filiera della salute. Il Pnrr è un'occasione straordinaria, per questo adesso è importante accelerare la sua attuazione, rispettare le scadenze senza rischiare di perdere i finanziamenti né pensare di allocare risorse altrove. Sebbene la crisi energetica sia una priorità per il Paese, mi auguro che la Missione 6 non venga toccata né ridimensionata. **Sarà fondamentale procedere alla qualificazione degli ospedali attraverso contenuti tecnologici che consentano la disponibilità e l'uso di sistemi di diagnosi e di terapie più appropria-**



Import & export delle imprese dei dispositivi medici



to ai fabbisogni clinici e socio-assistenziali e che facilitino l'integrazione col territorio; sarà altrettanto importante realizzare in parallelo il rafforzamento di tutta l'assistenza sul territorio nelle sue diverse articolazioni, guardando, per quanto possibile, a estendere il trattamento domiciliare. Elemento comune a entrambe, è l'avvio di un processo di digitalizzazione, inteso come raccolta sistemica dei dati, analisi, integrazione, gestione e trattamento dell'insieme di informazioni derivanti dai diversi processi in cui si articola la pratica sanitaria. La connettività del territorio italiano e la possibilità di fornire cure complete anche al di fuori delle grandi strutture ospedaliere dovrebbe

passare dalla necessità di dotare i territori di dispositivi medici connessi. Se, in questo senso, la tecnologia è già da tempo disponibile e le industrie sono pronte all'implementazione, a mancare sono infrastrutture di rete 4G o 5G per lo scambio di dati che siano omogenee e che non creino ulteriori disuguaglianze tra i grandi centri e le periferie. Per lo stesso motivo è importante alfabetizzare il personale sanitario che gestirà queste tecnologie, ma anche i destinatari, spesso pazienti anziani residenti in zone decentralizzate e poco avvezzi all'utilizzo di tecnologie digitali. Oggi il Pnrr ci dà non solo un'opportunità storica, ma fonda il suo successo proprio nella capacità che

il nostro Paese saprà dimostrare nel fare sistema. **Dobbiamo aiutare l'Italia a tornare a credere fermamente nella scienza, nella ricerca, nella medicina e quindi nella salute degli italiani, investendo nell'istruzione, nella cultura e nella formazione dei giovani. Dobbiamo sostenere il Ssn, la ricerca e la produzione industriale, consentendo la crescita dell'Italia in termini di salute pubblica, di attrazione, intelligenze e investimenti, di aumento di occupazione e di Pil. Dobbiamo promuovere il valore della white economy nel mondo,** perché con l'11% del PIL e il 10% di occupazione è a pieno titolo un'eccellenza del Made in Italy. Serve ora un cambio di paradigma che coinvolga la

filiera, il sistema di approvvigionamento, le modalità di valutazione delle performance e dell'innovazione. Ma soprattutto serve incentivare una produzione sia di aziende nazionali sia estere sul nostro territorio, che renda il Paese più indipendente dalle importazioni e incentivi le imprese di produzione sul territorio a rifornire i nostri ospedali e a fare ricerca nei nostri poli tecnologici e nelle nostre strutture. Modello che già funziona nel settore farmaceutico e che ha reso il nostro Paese uno dei poli produttivi principali nel mondo. Credo che le imprese dei dispositivi medici, nonostante le difficoltà di questi anni di emergenza, abbiano mostrato l'importanza di questo settore e il ruolo sociale che è proprio dell'industria della salute. Per questo è importante che parallelamente al Pnrr il Governo si attivi per trovare soluzioni che rafforzino la produzione di Dm sul territorio con politiche di reshoring che ci rendano nuovamente attrattivi. Per agevolare questo processo è fondamentale introdurre politiche che invogliano le aziende non solo a produrre, ma anche a portare innovazione e ricerca in Italia, iniziative oggi ostacolate da misure punitive come i tetti di spesa e il payback.

“ NON È IL MOMENTO PER METTERE IN DIFFICOLTÀ LA FILIERA DELLA SALUTE ”

Dalle parole ai fatti

Una sanità a misura di cittadino, che fornisca le migliori risposte di salute, là dove servono e quando servono.

Una sanità che punti sui professionisti, investendo risorse e programmando riforme

di FILIPPO ANELLI

Credo che puntare sempre di più sulle professioni sia fondamentale: in tempo di dibattito parlamentare sulla Legge finanziaria, credo che sia doveroso da parte nostra richiamare la Politica a un senso di responsabilità verso il Servizio Sanitario Nazionale. Investire nel Servizio sanitario nazionale

oggi ci sembra il richiamo più importante che vorremmo rivolgere alla politica. Non servono soltanto interventi normativi: servono in questo momento risorse. Servono ai medici, sempre più preoccupati delle loro condizioni, al punto che in tanti decidono di lasciare il proprio posto di lavoro e andare a lavorare fuori dal Servizio sanitario nazionale o addirittura all'estero. Servono per i pazienti, che molto spesso si ritrovano senza medici di famiglia; ma servono anche ai medici per avere quei ristori legati alla crisi economica che un "Decreto aiuti" potrebbe in qualche maniera prevedere. Insomma, noi chiediamo alla politica di passare dalle parole ai fatti e di considerare i professionisti della Salute la vera risorsa del nostro Servizio sanitario nazionale. Per questo abbiamo apprezzato le dichiarazioni programmatiche del Ministro della Salute Orazio Schillaci, che, in un colloquio con la stampa, ha annunciato come in cima alla sua agenda ci sia la previsione di una indennità da riconoscere soprattutto

IL 92,1% DEGLI ITALIANI HA FIDUCIA NEI MEDICI

**PER IL 93,9%
i medici devono essere al centro della sanità del futuro**

Per il 94,7% i medici vanno liberati da eccessivi carichi burocratico-amministrativi per restituirgli tempo per i pazienti

Fonte: Censis

ai medici che lavorano nei pronto soccorso o in altri reparti messi sotto particolare pressione. Questo, secondo il Ministro, sarebbe anche un modo per risolvere la "crisi di vocazione" verso alcune specialità e, di conseguenza, la carenza di specialisti: "Bisogna pensare - ha detto - a una indennità ad hoc per alcuni specialisti; potrebbe essere un modo per convincere i giovani a fare queste discipline perché avere pochi iscritti alle scuole di specializzazione rappresenta oggettivamente un problema". Allo stesso modo condividiamo la sua intenzione di puntare sulla comunicazione, per promuovere comportamenti virtuosi come la vaccinazione contro il Covid e l'influenza.

Ci preoccupa, tuttavia, che la Nota di Aggiornamento al Def non contempli investimenti sui professionisti sanitari. Questo sembra rinviare di un anno soluzioni che potrebbero essere adottate subito per fermare l'emorragia di medici verso il privato e verso l'estero. Di questo passo, il rischio che il sistema salti è molto concreto.

È stata la stessa Corte dei Conti a lanciare l'allarme sulla sostenibilità del Servizio sanitario pubblico. Lo

ha fatto con la memoria sulla NadeF 2022, ammonendo: "Andrà verificato se un profilo di finanziamento (e di spesa) quale quello prefigurato nei quadri tendenziali sia compatibile con le necessità che ancora caratterizzano il comparto e, in particolare, con la soddisfazione dei fabbisogni di personale legati anche alla riforma dell'assistenza territoriale prevista dal Pnrr e con le spese connesse all'aumento dei costi dell'energia".

La lezione del Covid sembrerebbe essere dunque ormai dimenticata, così come i giudizi espressi sui tagli e sui risparmi a spese della sanità. Intanto, il Servizio sanitario pubblico si svuota, perde la sua linfa vitale, il suo capitale umano. Già ad aprile, durante la Conferenza nazionale sulla Questione medica, avevamo reso pubblici i risultati di un'indagine demoscopica compiuta dall'Istituto Piepoli: un medico italiano su tre, potendo, andrebbe subito in pensione. E, a sognare di appendere al chiodo il camice bianco, è proprio la "fetta" più giovane della Professione, quella che dovrebbe essere più motivata ed entusiasta: il 25% dei medici tra i 25 e 34 anni

NUOVA DEONTOLOGIA PER IL RUOLO DEL MEDICO

Un nuovo Codice figlio del suo tempo, profondamente rinnovato nella forma e nella sostanza che, partendo da quei principi etici che medici e odontoiatri si tramandano da millenni, sia in grado di affrontare le sfide del presente e del futuro. A tracciarne il disegno è stata la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, la Fnomceo, con il Convegno "Una nuova Deontologia per il nuovo ruolo del medico", svoltosi a Roma lo scorso novembre, che ha dato ufficialmente il via alla revisione del testo, che risale al 2014. **Comunicazione, approccio "One-health" per raggiungere la salute globale, intelligenza artificiale, formazione, ruolo sociale del medico: questi gli argomenti trattati, che costituiranno altrettante direttrici per il lavoro di rivisitazione.** "Il Codice è il punto di unità delle nostre due professioni - spiega il presidente Anelli - e insieme dobbiamo cambiarlo, renderlo in grado di rispondere alle nuove sfide che investono la società e la professione. Telemedicina, nuove tecnologie, ambiente: sono queste le nuove frontiere che incidono sulla relazione di cura. La sfida delle macchine, dell'intelligenza artificiale ci interroga sul nostro ruolo e sui rapporti con il paziente. La difesa dell'ambiente, di un pianeta le cui sfaccettature incidono sulla nostra salute, deve vederci protagonisti".

e il 31% di quelli tra i 35 e i 44 anni. Un dato allarmante, che esprime la crisi in cui versa il nostro Servizio sanitario nazionale. Così, i Pronto soccorso, i reparti ospedalieri, la medicina generale diventano sempre meno attrattivi per i professionisti. I reparti e il territorio si svuotano di medici e personale, le liste di attesa si ingrossano, le disuguaglianze di salute si acuiscono. Non siamo solo noi medici, solo noi operatori a dirlo: lo evidenziano i giudici contabili, lo scon-

tano ogni giorno i cittadini, lo documentano i media. È il momento di invertire la rotta: conosciamo la sensibilità di questo Governo, e del Ministro Schillaci, nei confronti delle Professioni sanitarie, e la sua volontà di fornire un'assistenza di qualità ai cittadini. Per questo auspichiamo che il Governo individui le risorse che sono necessarie, anzi indispensabili e urgenti per sostenere il Servizio sanitario nazionale. E per avere la sanità che tutti vorremmo.

“ LE RISORSE SONO INDISPENSABILI E URGENTI PER SOSTENERE IL SSN ”

Non è più un Paese per infermieri

Nella complessità dello scenario attuale è necessario assicurare un cambio di passo indispensabile per provare a mutare, oltre ai setting, i muri, le etichette e la cultura del nostro sistema salute

di BARBARA MANGIACAVALLI

Quella che vorrei è una sanità che abbia un approccio umile al sistema sociosanitario. Umile, inteso come umiltà intellettuale e professionale: non possiamo permetterci di continuare a parlare di ricette semplicistiche per affrontare e risolvere i problemi, perché il sistema è ormai complesso e comprende sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e sociale. Non possiamo pensare di ridurre i problemi a una sola componente professionale: fanno ormai parte di un sistema multiprofes-

sionale che richiama ad un'analisi e a strumenti di complessità. Un'altra esigenza è la digitalizzazione, che non è solo telemedicina, è tele monitoraggio,

tele consulto, tele visita, teleassistenza, riabilitazione e così via. È sicuramente più utile, quindi, parlare di connected care o sanità digitale, che ha due filoni importanti al suo interno, descritti nella missione 1 del Pnrr: l'informatizzazione digitale del sistema salute e i presidi e gli strumenti. Però **non si deve pensare che per informatizzare e rendere digitale il nostro Paese basta prendere la cartella clinica cartacea e convertirla in un qualsiasi supporto informatico.** A cosa servono quei dati

ex cartacei diventati digitali, se non consentono interconnessioni tra professioni e professionisti, tra ospedale, territorio, domicilio, tra i setting istituzionali, salute, sistema sociale, comuni, rete del terzo settore con le associazioni dei pazienti? A cosa serve un dato che non si può utilizzare perché non evidenzia quante persone, ad esempio, sono passate dai Pua, qual'era il bisogno registrato, amministrativo, socioassistenziale, sanitario, sociosanitario, sociale? È necessario nella digitalizzazione costruire a monte il quadro di riferimento, definire bene l'architettura organizzativa



del sistema. Le professioni che rappresento, infermieri e infermieri pediatrici, hanno, in questo senso, metodi e strumenti di stratificazione del bisogno assistenziale, di complessità e intensità assistenziale, degli strumenti e dei metodi di valutazione dei bisogni dei pazienti dal rischio cadute, del rischio infezioni, della capacità di orientarsi.

La seconda parte della digitalizzazione riguarda dispositivi e presidi.

L'esperienza di questi ultimi due anni deve essere sfruttata appieno. Se il domicilio è primo luogo di cura e la prossimità è l'elemento da preservare, è necessario comprendere come tenere "agganciato" e dentro un circuito di continuità, di presa in carico assistenziale, il cittadino al suo domicilio.

Oggi esistono dispositivi, ad esempio, indossabili, che registrano e trasmettono la frequenza cardiaca, respiratoria, la saturazione e possono consentire di rendere equa e appropriata l'assistenza sanitaria, dalle aree interne alle zone più disagiate, al cittadino magari anche giovane, ma non autosufficiente, che può restare nei suoi luoghi di vita quotidiana e nella sua pros-

Allo stato attuale, per garantire i Livelli essenziali di assistenza (Lea) mancano almeno 70mila infermieri.

Numeri che, secondo la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche, Fnopi, costituiscono un autentico vulnus per la sanità pubblica e che scaturiscono dall'assenza di programmazione e di una visione strategica. Il reintegro degli infermieri sospesi a causa del mancato rispetto dell'obbligo vaccinale rischia di non produrre un impatto significativo riguardo le carenze in organico e di non colmare il deficit strutturale di personale nel Ssn. Sono infatti circa 2.600 gli infermieri italiani sospesi (lo 0,5% sul totale iscritti all'Albo in Italia) in quanto non vaccinati al 31 ottobre contro il Covid-19, e ora reintegrati per decreto, anche se occorre valutare quanti di loro torneranno effettivamente a lavoro. Si tratta di una cifra esigua (appena il 3,7%) rispetto alla carenza di 70mila infermieri, il numero di professionisti di cui ha bisogno il nostro Paese.

simità dove c'è una rete sociale, formale o informale, che lo aiuta, lo supporta, lo sostiene. Allo stesso modo pensiamo al follow up dei pazienti oncologici e a quelli di tante patologie croniche e **il ruolo dell'infermiere diviene strategico perché**

si posiziona come la "cerniera" di congiunzione tra sanitario e sociale, tra ospedale e territorio, tra ospedale e domicilio.

C'è poi il tema delle risorse, trasversale per l'accesso alle cure, ma che non deve continuare a essere un alibi. Possiamo lavorare sui modelli organizzativi, sul ruolo del management e delle direzioni strategiche, comprese quelle infermieristiche, perché comunque, anche in presenza di una carenza, possiamo innovare e lavorare su modelli più performanti, appropriati e che magari in qualche modo possono evitare ridondanze e rendere più trasversale, appunto, l'accesso alle cure.

Il problema però non è nei numeri, nei posti a bando all'Università, nel numero chiuso o aperto che si voglia: il problema è che i giovani non si iscrivono al corso di laurea in infermieristica e le radici sono più profonde. Su queste dobbiamo lavorare e vorremmo farlo con le istituzioni, perché le nostre professioni, infermiere, infermiere pediatrico, non sono attrattive per le retribuzioni più basse d'Europa e nessuno sbocco reale di carriera. L'Italia non è più un Paese per

infermieri. In questo modo non si garantisce equità, accesso, trasversalità, percorsi di presa in carico. Non si garantiscono i livelli essenziali di assistenza e la risposta ai bisogni di salute dei cittadini.

Tutte queste cose sono nel Pnrr, oggi scritto in modo tale che difficilmente le Missioni parlano fra di loro: la missione 1 con il sistema digitale, la missione 4 su formazione, Università e Ricerca, la missione 5 con le aree interne e la coesione sociale, la missione 6 per la salute, si possono tradurre in atti operativi, organizzativi, coerenti e trasversali solo se sono interconnesse. Per farlo il luogo ideale è la Cabina di regia prevista a livello di Presidenza del Consiglio che può essere rivisitata e tradotta in un luogo elettivo di discussione e analisi.

Dobbiamo costruire una nuova cultura e al di là del problema del finanziamento di cui molta parte, essendo in conto capitale, rappresenta un debito da restituire che ricadrà sui nostri figli e nipoti, c'è un dato oggettivo: la politica, le istituzioni, gli enti sussidiari, devono responsabilizzarsi perché non si concretizzi il fatto che tutto questo sia la perdita da parte nostra di un'occasione straordinaria di provare a cambiare, oltre ai setting, i muri, le etichette e la cultura del nostro sistema salute.

“NON POSSIAMO PENSARE DI RIDURRE I PROBLEMI A UNA SOLA COMPONENTE PROFESSIONALE”

NULLA È PERDUTO

La sanità che vorrei? Equa, accessibile, innovativa, inclusiva, collaborativa, sempre più attenta alle persone.

Equa perché sono ancora troppe le differenze regionali, che incidono in maniera evidente sulle reali possibilità di cura dei cittadini.

Accessibile perché ci sono lentezze burocratiche, duplicazioni, complicazioni nei percorsi di cura che impediscono ai pazienti un accesso veloce e omogeneo a tutti i farmaci e vaccini.

Innovativa perché si può ancora migliorare molto nelle tecnologie, nelle competenze e nell'organizzazione.

Inclusiva per dare risposte efficaci e personalizzate ai reali fabbisogni di cura dei cittadini.

Collaborativa perché l'au-

Per l'Italia le imprese del farmaco sono un generatore di valore che nasce da competenza, tecnologia, specializzazioni di eccellenza nella ricerca, nella manifattura, sinergia con le Università e con la filiera. Un mondo vitale che può dare ancora tanto alla nostra Nazione

di ENRICA GIORGETTI

spicio è quello di rendere strutturale il modello di partnership pubblico-privato che durante la pandemia ha permesso di affrontare insieme e in maniera efficace molti problemi legati al Covid ma non solo. Sempre più attenta alle persone e basata su prosimità, appropriatezza e valutazione dell'uso dei farmaci in tutto il percorso terapeutico e assistenziale, che ha nel medico il suo

punto di riferimento fondamentale.

Cinque caratteristiche per rafforzare l'approccio che considera la salute un investimento e non un costo per la Nazione. E per il Servizio Sanitario Nazionale, messo a dura prova durante questi anni e bisognoso di un vigoroso restyling per affrontare le sfide di oggi e di domani. Ecco perché è necessaria una visione a lungo termine

sull'industria farmaceutica, vero e proprio settore strategico del Paese. **Un patto di sistema con una cabina di regia nazionale - insieme a Governo, Regioni, Autorità regolatorie e Industria - per coordinare permanentemente le politiche farmaceutiche dal punto di vista sanitario, industriale, finanziario e per rendere omogeneo il ruolo delle Regioni nell'erogazione delle prestazioni.**

È importante anche ridefinire la governance, con un finanziamento adatto ai bisogni di salute dei cittadini, con il superamento di quei tetti di spesa ormai obsoleti e con l'adozione di modelli di valutazione basati sui benefici clinici ed economici di medicinali e vaccini.

E un'Agenzia del Farmaco - fondamentale per la competitività del sistema - in condizioni di funzionare sempre

meglio, a misura di cittadino e di politica industriale che sia al passo con i cambiamenti velocissimi imposti dall'innovazione, con organico e processi autorizzativi competitivi rispetto agli altri grandi Paesi.

Altrettanto importanti per la competitività sono la tutela di brevetti e marchi e l'uso ottimale delle risorse del Pnrr.

Il momento è ora. Viviamo una congiuntura molto complessa, tra aumenti dei costi dell'energia, difficoltà di approvvigionamento, un futuro che presenta orizzonti di incertezza.

Ma sappiamo che questa fase presenta anche grandi opportunità. Dal 2021 al 2026 saranno investiti nel mondo 1.400 miliardi di dollari in Ricerca farmaceutica (80% open innovation). La pipeline di prodotti oggi in sviluppo è incredibile: 18.000 a livello globale.

Nel 2021 sono stati autorizzati nel mondo 84 nuovi farmaci. È il dato più alto degli ultimi 10 anni (55 all'anno in media). E per il 2022 è atteso un parere di Ema per 96 nuovi medicinali.

L'Europa e l'Italia hanno perso competitività rispetto ad altri Stati come Usa o Cina. Nulla è comunque perduto.

E siamo consapevoli che la nostra Nazione presenta molti punti di forza. È ai vertici in Ue, insieme a Francia e Germania, per produzione farmaceutica con 34,4 miliardi di euro, grazie al traino di un export che rappresenta oltre l'85% della produzione e che è aumentato tra il 2011 e 2021 del 117%. E si caratterizza per il primato europeo per il CdmO, una specializzazione del nostro Paese ed eccellenza a livello internazionale.

Gli investimenti nel 2021 sono stati di 3,1 mld di euro, 1,4 mld di euro in impianti ad alta tecnologia e 1,7 mld di euro in R&S. Una parte di questi ultimi, i 700 milioni destinati agli studi clinici, hanno reso disponibili per i pazienti terapie innovative, aumentato le competenze e generato risorse importanti per i centri clinici: per 1 euro investito in studi clinici i benefici per il Ssn sono di 3 euro.

La capacità di attrazione è determinata in primis dalle nostre risorse umane altamente specializzate - il 90% è laureato o diplomato - flessibili e con una grande attitudine alla rapida risoluzione dei problemi.

Oggi sono 67.000 gli addetti totali delle aziende del far-

Caratteristiche della R&S farmaceutica in Italia nel 2021

1,7 miliardi di Euro investiti in R&S

+14% dal 2016 al 2021

17% del valore aggiunto (10 volte media nazionale)

+95% per la R&S in partnership negli ultimi 10 anni (open innovation)

1^a per percentuale di imprese innovative con collaborazioni in open innovation

Specializzazione per farmaci biotech, vaccini, plasmaderivati, farmaci orfani, terapie avanzate

Ruolo crescente in fase clinica = 700 milioni di Euro l'anno

42% del totale su farmaci biotech e terapie avanzate

32% del totale sulle malattie rare

48% studi di Fase 1 e 2

Fonte: Farmindustria, Istat, Aifa

maco, di cui 6.770 in R&S. Le donne sono il 43% del totale, con una percentuale identica tra dirigenti e quadri. E nella R&S sono il 51%. Negli ultimi 5 anni gli under 35 sono cresciuti del 13%. E nel 2022 l'occupazione è aumentata del 2%.

Una caratteristica che rende unica l'Italia è poi la presenza di molte industrie a capitale internazionale (60%) e di tante a capitale nazionale (40%).

L'Italia è ai primi posti tra i grandi paesi europei per presenza di imprese a capitale statunitense, tedesco, francese, svizzero e giapponese. È poi un hub mondiale per la produzione di vaccini per quanto riguarda

le imprese a capitale UK.

Con un ruolo di rilievo per farmaci e vaccini contro il Covid-19. E le imprese a capitale italiano si caratterizzano per investimenti crescenti in produzione e ricerca e per un fatturato realizzato all'estero pari a circa il 75% del totale.

Un mondo vitale e articolato che svolge un ruolo economico fondamentale, quale volano per innovazione, formazione, cultura ambientale, relazioni di lavoro. E che può dare ancora tanto alla nostra Nazione. Un settore che è pronto a collaborare con le Istituzioni e a continuare a investire in un contesto che accolga e sostenga l'innovazione. È anche così che l'attività associativa diviene un progetto comune e condiviso grazie alle diverse esperienze delle aziende.

Noi ci siamo!

“ NECESSARIA UNA VISIONE A LUNGO TERMINE SULL'INDUSTRIA FARMACEUTICA, SETTORE STRATEGICO DEL PAESE ”

#COVER STORY

Il cammino che abbiamo percorso in sette decenni è immenso e ci ha portato dagli albori della professione, in cui la gestione di solo particolari linee di attività del servizio farmaceutico ospedaliero erano il centro della nostra quotidianità, ad un presente vasto e ricco di ruoli e responsabilità

SEMBRA IL FUTURO...

di ARTURO CAVALIERE

Rispondere alla domanda "quale Sanità vorrebbe Sifo" mi obbliga a cercare di creare un ponte che unisca in un unico percorso la nostra storia, il presente (nostro e del sistema sanitario) e il futuro. Al nostro 43° Congresso nazionale abbiamo voluto ricordare quel 1952 in cui nasceva la Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende

Sanitarie. I nostri "padri fondatori" avevano l'obiettivo dichiarato di migliorare la qualità dell'assistenza delle cure, attraverso una puntuale governance del farmaco: posso dire che in sette decenni Sifo non è mai venuta meno a quell'obiettivo, uno scopo irrinunciabile che ancora oggi è parte della nostra mission. Una vocazione societaria che quest'anno ha voluto concentrarsi sui valori "Clinica, Etica, Managerialità" come

temi fondativi della sanità del futuro. L'abbiamo sottolineato più volte durante il Congresso di Bologna: la nostra professione si basa sulla cultura di un umanesimo che mette al centro di ogni attenzione la "cura dell'altro". E lo fa ponendo a disposizione di pazienti, cittadini, istituzioni e centri del Servizio Sanitario Nazionale la massima competenza, radicata nell'etica, confermata in un approccio clinico e sostenuta da una robusta

managerialità.

La storia della Sifo, di cui andiamo orgogliosi, è la vicenda di una trasformazione professionale, di una crescita continua: siamo passati dalla gestione del magazzino farmaceutico per arrivare alla governance dei processi di logistica aziendale integrati, agli armadi robotizzati di reparto basati su tecnologie di radio frequency identification, ed alla somministrazione della monodose al letto del paziente con traccia digitale del percorso che va dalla prescrizione alla dispensazione. Sembra il futuro, e invece è il presente della nostra professione.

E le prossime sfide? Su cosa Sifo si sta impegnando? Le sfide sono molteplici: quelle di qualificare la capacità distributiva sul territorio, attraverso la sapiente cabina di regia del Farmacista all'interno delle Cot previste dal Dm 77 (istituzionalizzando la figura professionale), rendere concreto il concetto di "domicilio quale primo luogo di cura" che ci porta ad esempio a sviluppare per particolari Farmaci classificati H ed in Aree terapeutiche della fragilità il canale distributivo dell'Home Delivery Sifo, un modello che abbiamo disegnato "Hub e Spoke" a cui potrebbero integrarsi i nostri colleghi delle Farmacie di Comunità, la sfida di trovare una ridefinizione congiunta e di categoria dei tre processi

distributivi; che sia equa e sostenibile ed uniforme per tutto il territorio nazionale. A questi punti si aggiunge la necessità di implementare sempre di più la formazione su Terapie Avanzate - Cart T e Geniche, sui Molecolar Tumor Board, sui test genetici e quindi l'ambito dei diagnostici in vitro che dovranno essere sempre di più nelle nostre corde in quanto funzionali ad identificare il farmaco più efficace in relazione all'espressione genica amplificata. Per concludere sottolineo il ruolo del Fo nelle gare d'appalto o nella ricerca clinica e interlocutore esperto dei Comitati etici territoriali e Nazionali. **Ma una società scientifica non è mai una monade: non possiamo pensarci senza tutto il resto dell'ecosistema-sanità.** Ci troviamo di fronte ad una serie di punti di svolta e di decisioni importanti che coinvolgono piani organizzativi, piani clinico-scientifici e piani nazionali-regionali di ragionamento che si intrecciano profondamente con i temi appena accennati. Il Ssn sta cercando di capire (con il Dm77, ma probabilmente anche con ulteriori progettualità) come realizzare i suoi obiettivi in termini di Medicina di prossimità;

Un volume di oltre centoventi pagine realizzato per sostenere gli specializzandi in farmacia ospedaliera durante il loro percorso professionale il "Sussidiario dello specializzando: vademecum alla formazione specialistica in Farmacia Ospedaliera" è stato pubblicato recentemente dalla Società Italiana dei Farmacisti Ospedalieri. La pubblicazione mira a facilitare sia i nuovi specializzandi sia i neo-specialisti nell'esercizio della professione e analizza le principali tematiche che i giovani si trovano a dover affrontare quando si inizia il percorso di specializzazione e si intraprende quello professionale.



la necessità di avviare un sistema di telemedicina e teleassistenza interconnesso e coerente è ormai condivisa; allo stesso modo la domanda su "come

gestire le terapie innovative e ad alto costo" anche utilizzando i dati della Real Word Evidence è sempre più costante ed in cerca di risposte. Come potremo nei prossimi anni cercare di assicurare risposte terapeutiche a fronte di terapie che richiedono centinaia di migliaia di euro di investimento? Sarà un passaggio che approfondirà ancora di più quella sperequazione territoriale che rende oggi il nostro Paese così esposto al fenomeno della mobilità sanitaria passiva? E la ricerca, i comitati etici e gli Irccs (anche loro sottoposti a rinnovamento di sistema) come saranno rinforzati e razionalizzati? E i medical devices sempre più diffusi, importanti e rilevanti come spesa sanitaria di quale nuova governance avranno bisogno per rendere sostenibile l'innovazione anche in tale ambito? Ecco: il farmacista ospedaliero non può non essere all'interno di tutte queste riflessioni, per l'incidenza delle risposte che è in grado di offrire al Ssn. Ma c'è dell'altro: **la sanità dell'immediato futuro non potrà essere quella dei decenni scorsi.** Nella sanità che Sifo auspica si vada creando e rifondando, la presenza della persona-città-

dino-paziente-caregiver è sempre più centrale e distintiva. Impossibile guardare avanti ipotizzando un vecchio paternalismo che vede il paziente come soggetto da non coinvolgere e ascoltare.

In ultima analisi ed alla luce di queste considerazioni "di sistema", credo che siano due i veri pilastri su cui stiamo costruendo la nuova dimensione della Sifo, piattaforma di sostegno di tutto il nostro agire. Il primo è la sua identità: il farmacista ospedaliero è ormai il connettore dei vari setting e delle varie professionalità coinvolte nella riforma del Ssn e nella riformulazione territoriale dell'assistenza sanitaria. Il secondo è la qualità delle sue relazioni: il farmacista ospedaliero oggi è in stretto rapporto con le Istituzioni e le Agenzie nazionali (in particolare con Aifa e Agenas- Ministero della Salute), e sta anche agendo in funzione di un chiaro coinvolgimento dei pazienti, ascoltando e raccogliendo il loro vissuto e il loro bisogno nei confronti del "bene farmaco".

Se sapremo mantenere saldi questi due pilastri fondativi, la "casa comune" dei farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali potrà lavorare per un lungo futuro in piena certezza e sicurezza sulle sue prospettive e in grande fedeltà con le sue origini.

“UNA TRASFORMAZIONE PROFESSIONALE IN CONTINUA CRESCITA”

#COVER
STORY

Condizione abilitante non rimandabile

La tecnologia utile è quella che parte da un bisogno clinico e viene inserita all'interno di un processo corretto. È solo grazie alla valutazione multidimensionale del paziente che possiamo determinare le migliori risposte

di UMBERTO NOCCO

Il mondo delle tecnologie – piccoli o grandi, residenziali o portabili, complesse o semplici, stand alone o profondamente interconnesse – è oggi un settore chiave di tutta la sanità italiana e internazionale. E ad acquisire, a collaudare, a far funzionare, a mantenere operative e in sicurezza tutto questo mondo di tecnologie ci sono gli ingegneri clinici. Questo è oggi un dato di fatto acquisito. Perché inizio questo mio contributo sul tema “la sanità che vorrei?” da questa

considerazione? Per una motivazione storica che riguarda da vicino l'associazione che presiedo, l'Associazione Italiana Ingegneri Clinici, Aiic. La società è nata nel 1993: ci avviciniamo ormai al 30° compleanno. Quando abbiamo visto la luce come realtà di rappresentanza tecnico-scientifica della nostra professione, l'ingegneria clinica era un piccolo anello in una catena organizzativa e produttiva che stava scoprendo l'importanza delle tecnologie. Poche settimane fa insieme ai

massimi esperti di settore ci siamo riuniti presso l'Università di Trieste per ricordare l'inizio degli studi di Ingegneria Clinica e in quell'occasione abbiamo avuto modo di ripercorrere un cammino che dai suoi primordi quando ci occupavamo in modo quasi nascosto di computer, cavi e di manutenzione di grandi macchine, è giunto oggi a riflettere sul ruolo dell'Ic in un contesto di Industria 4.0 e di implementazione del Pnrr, di sperimentazione clinica e di comitati etici, di nuove tecniche di gestione

e di valutazione dei Ptda e di sicurezza dei Big data, di interconnessione (dentro e fuori all'ospedale) e di valutazione degli algoritmi di intelligenza artificiale.

Insomma: oggi, 30 anni dopo la nostra “nascita”, le cose sono profondamente mutate così come è mutata la stessa sanità. Gli ingegneri clinici italiani sono spesso identificati con precisione all'interno di strutture operative ospedaliere, hanno dialogo con il Ministero e con l'Oms, con la Consip e con

le Regioni, con le altre società scientifiche e con le associazioni dei cittadini, interpretando un ruolo strategico e collaborativo che negli anni '90 era impensabile.

E dunque, se questa è la storia, quale sanità vorremmo per il futuro? **Il nostro primo auspicio è quello di poter avere a disposizione una sanità che sappia essere puntuale, uniforme e di qualità su tutto il territorio nazionale.** Perché questo accada occorrono scelte politiche, ma anche programmazione chiara e lungimirante dal punto di vista del personale sanitario e di tutto il personale coinvolto nella gestione dei servizi. Occorre allora che uno dei cavalli di battaglia che come Aiic abbiamo lanciato – la creazione di una “cultura tecnologica” per l'intero segmento della sanità – sia ripreso, condiviso e diffuso in tutto il Paese. Per cultura tecnologica intendiamo l'insieme delle conoscenze che permettono un uso corretto delle tecnologie e la sicurezza dei pazienti. Conoscenze che devono appartenere in modo trasversale e multidisciplinare (e differenziato, ovviamente) a tutti gli attori, dal Direttore generale al Primario ospedaliero. Come anche più volte è sottolineato all'interno del Pnrr, **le tecnologie healthcare non sono una**

“ LE TECNOLOGIE HEALTHCARE: NON UNA COMMODITY DELLA SANITÀ, MA UNO DEI SUOI ELEMENTI PORTANTI ”

commodity all'interno dello sviluppo di una nuova sanità, ma ne sono una condizione abilitante, un presupposto non contrattabile né rimandabile. Qui non si tratta di investire in Tac o Pet/Ct, bensì in un approccio culturale, professionale e organizzativo per cui le tecnologie in quanto tali (ed il loro governo) siano al centro delle

L'Associazione Italiana Ingegneri Clinici ha siglato recentemente un Accordo di collaborazione con la Consip (Società del Mef che gestisce gli acquisti nell'ambito della Pubblica amministrazione) per svolgere confronti informativi in tema di dispositivi medici e apparecchiature elettromedicali, con particolare riferimento all'ambito dei servizi di gestione e manutenzione.

“I confronti sulle tematiche di interesse – si legge nell'Accordo – potranno avvenire “sulla base delle esigenze rappresentate da Consip in relazione alle quali l'Associazione potrà fornire documenti, informazioni e dati scientifici dalla stessa elaborati in relazione alle proprie competenze specifiche”. In particolare, si legge nell'Accordo, Consip “intende avviare una consultazione di carattere scientifico, eventualmente con scambio di materiale, informazioni e dati, con l'Associazione, per conoscere in maniera più approfondita il settore merceologico relativo ai dispositivi medici e alle apparecchiature elettromedicali”.

risposte ai bisogni di salute. Le tecnologie non possono più essere “elemento di visibilità” per direzioni e per i livelli politici, bensì strumenti operativi per la risposta tempestiva ai bisogni. **Occorrono quindi tecnologie avanzate, tecnologie utili, tecnologie disponibili, tecnologie sicure.** Sappiamo bene che le tecnologie senza operatori producono solo nuove liste d'attesa. Questo significa che occorre assicurare su tutto il territorio nazionale la presenza competente, organizzata e strutturata dei professionisti e dei sanitari, ed anche delle ingegnerie cliniche, che ancora oggi non sono sempre presenti come strutture (semplici o complesse) in modo uniforme all'interno degli ospedali e delle Asl territoriali.

E da qui ecco le sfide concrete che ne discendono: l'interoperabilità tra i sistemi; la gestione della sicurezza di migliaia e migliaia di dispositivi e software sempre più interconnessi; la gestione delle tecnologie che sempre più si spostano sul territorio; il governo ordinato dei big data; l'internet of (medical) things e il cloud computing; l'intelligen-

za artificiale ed i sistemi sempre più avanzati di machine learning. Ecco: la sanità che vorremmo è un sistema che in modo ordinato (non emergenziale, non occasionale, non per interesse momentaneo o “moda”, ma disegnato e ingegnerizzato) progetta e governa queste fasi del suo sviluppo. **Il nostro non è un auspicio futuribile perché come diciamo sempre: siamo ingegneri e quindi manteniamo i piedi ben ancorati a terra. Il nostro è un desiderio facilmente realizzabile se alla base del “futuro grattacielo della sanità” ci saranno fondamenta di governance ben solide.**

Da ultimo, una speranza che si confronta con una criticità: occorre sciogliere i tanti nodi che circondano ancora i Nuovi regolamenti europei sui dispositivi medici (745) e sui dispositivi in vitro (746), e che rischiano di rendere non-disponibili tante tecnologie (già esistenti oppure innovative) in tutta Europa per mancanza di chiarezza o per tempi incerti. **Non vorremmo davvero poterci svegliare un mattino e scoprire che ci sono le condizioni per una sanità tecnologicamente avanzata, ma che non può essere implementabile per mancanza di devices ed apparecchiature. Sarebbe un incubo, più che un risveglio.**

Il nostro Servizio sanitario nazionale rischia di scomparire e, nonostante gli interventi messi in campo, **la strada per mettere in sicurezza la sanità pubblica è ancora lunga e non ammette ritardi**

RIFORMIAMO

di DARIO MANFELLOTTO

Incrementare il Fondo sanitario, affrontare la carenza di personale e di posti letto, riformare la governance del Ssn dando maggiore centralità al Ministero della Salute, riorganizzare l'assistenza ospedaliera con l'aggiornamento del Dm 70, recuperare le liste d'attesa, potenziare la ricerca clinica e valorizzare la Medicina Interna. Sono queste le grandi priorità che il Governo dovrà affrontare nel prossimo futuro se desidera invertire il pericoloso declino del

nostro Ssn. Ma andiamo per ordine. In primis ci sono le risorse che sono richieste praticamente da tutti gli attori del settore: dalle Regioni, passando per i sindacati e anche dalle società scientifiche perché è del tutto evidente che senza fondi la sanità pubblica affoga. Altra urgenza è la carenza di personale dove va assolutamente sbloccato il tetto di spesa perché la mancanza di professionisti è ormai un'emergenza nazionale.

Si parla molto della riforma

ma dell'assistenza territoriale su cui tra l'altro c'è un grande investimento nel Pnrr ma sarebbe un errore dimenticare gli ospedali cui servono delle linee d'indirizzo per renderli moderni. E per questo è indispensabile l'aggiornamento del Dm 70/2015 sugli standard ospedalieri. La pandemia ci ha insegnato che le nostre strutture, che sono molto vecchie o comunque datate nella maggior parte dei casi, devono essere a "fisarmonica", duttili, ovvero in grado di mutare pelle velo-

cemente, servono delle regole chiare e stabilite a livello nazionale che leghino tutta la filiera del Servizio sanitario. Oggi i percorsi di cura sono frammentati e spesso si formano dei colli di bottiglia che intasano le strutture ospedaliere. Fa rumore e sembra eclatante l'affollamento dei reparti di Pronto Soccorso, ma quella è la punta dell'iceberg. È chiaro che il sistema si blocca se uno o più ingranaggi rallentano: se il territorio non fa filtro ai ricoveri, se i reparti non dimettono perché le

“ RISPETTO A 10 ANNI FA IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE REGISTRA 30 MILA UNITÀ DI PERSONALE IN MENO ”

strutture di riabilitazione e i reparti di post acuzie non ricevono i dimessi dall'ospedale, se il domicilio non accoglie.

Tra le priorità vi è poi quella di trasformare la Medicina Interna da disciplina a "bassa" a "media" intensità di cura. In Italia ci sono 1440 unità operative di medicina interna in mille ospedali, quindi con più unità anche nello stesso ospedale, proprio per la centralità della medicina interna. Gli internisti specialisti sono quasi 30 mila, sono invece attivi circa 10mila nell'ambito del Ssn, i posti letto di Medicina

interna sono inferiori, per esempio, rispetto alla realtà tedesca. Su un totale di 180-200 mila posti letto negli ospedali, quelli di medicina interna sono 30 mila. Col Covid abbiamo seguito circa il 70% dei pazienti ricoverati nei nostri reparti, tanto che, essendo strapieni, siamo passati da 30 mila posti letto a circa 65mila, gestiti con lo stesso personale, già sotto organico. I livelli assistenziali prestati oggi in ospedale nei reparti di medicina interna non sono neanche lontanamente paragonabili a quelli che venivano prestati più di 30 anni fa. Oggi l'assistenza prestata ha una intensità di cura notevolmente superiore. Questo significa che i pazienti ricoverati in Medicina interna hanno

sempre condizioni cliniche gravi e di difficile gestione, con esigenze assistenziali molto complesse; richiedono costante assistenza e competenze specifiche, con ampio utilizzo di tecnologie sofisticate, strumentazioni tecnico-diagnostiche e terapie integrate. Altra urgenza è il recupero delle liste d'attesa. Nel corso del 2020 i reparti di Medicina Interna hanno perso circa 650 mila ricoveri di malati complessi. Un dato che come Fadoi abbiamo elaborato autonomamente e che è stato poi confermato. Nel 2021 avevamo recuperato in parte, ma le successive ondate di Covid hanno di nuovo rallentato e ostacolato i ricoveri per i nostri malati, così come per tutte le altre patologie, mediche e chirurgiche. E

anche per quanto riguarda il 2022 i numeri non sono incoraggianti a causa delle ondate Omicron.

Quello delle liste di attesa è un problema strutturale, preesistente al Covid, che richiede interventi seri. Assumere personale anche degli ultimi anni di specializzazione, incentivare più di quanto non avvenga oggi l'attività extra-contrattuale per il recupero delle liste d'attesa e organizzare in modo più efficiente l'assistenza territoriale.

Dulcis in fundo c'è il grande tema del potenziamento della ricerca clinica dove tra burocrazia e scarsi investimenti l'Italia annaspa. Ecco perché come Fadoi abbiamo lanciato alcune proposte come la definizione di un Comitato etico valido su

Il tema dell'accesso alle prestazioni risulta essere da sempre una delle principali criticità segnalate dai cittadini al servizio Pit, il servizio di tutela di Cittadinanzattiva. Le liste d'attesa, già "tallone di Achille" del Sistema Sanitario Nazionale in tempi ordinari, durante l'emergenza hanno rappresentato la principale criticità per i cittadini, in particolare per i più fragili, che di fatto non sono riusciti più ad accedere alle prestazioni. Nel "Rapporto civico sulla salute 2022. I diritti dei cittadini e il federalismo in sanità", i lunghi tempi di attesa (che rappresentano il 71,2% delle segnalazioni di difficoltà di accesso) sono riferiti nel 53,1% di casi agli interventi chirurgici e agli esami diagnostici, nel 51% alle visite di controllo e nel 46,9% alle prime visite specialistiche. Seguono le liste d'attesa per la riabilitazione (32,7%) per i ricoveri (30,6%) e quelle per attivare le cure domiciliari-Adi (26,5%) e l'assistenza riabilitativa domiciliare (24,4%).



base nazionale per tutte le tipologie di studi; la maggiore uniformità della documentazione necessaria all'autorizzazione degli studi; la creazione di un'unica Agenzia nazionale della ricerca che possa assolvere a competenze oggi suddivise fra le diverse istituzioni dello Stato; una quota fissa del fondo sanitario nazionale per il finanziamento della ricerca no profit; il reinvestimento in ricerca clinica degli utili conseguenti alle sperimentazioni; la promozione della ricerca tra i criteri di valutazione dei Dg delle Aziende sanitarie e ospedaliere; il rafforzamento delle infrastrutture digitali nei centri di ricerca e il riconoscimento e la diffusione di figure professionali a supporto della ricerca.

Bambini diversi nella cura

Agire sulle cause socioeconomiche che sono alla base di disparità di salute, minimizzando le diseguglianze e garantendo equità. Le sfide della Pediatria del futuro

di ANNAMARIA STAIANO

D enatalità, diseguglianze di salute su base territoriale, carenza di pediatri soprattutto in ambito ospedaliero, aumento dei bambini con patologie croniche, potenziamento strutturale e tecnologico della rete ospedaliera: sono solo alcune delle sfide che la Pediatria deve affrontare nel prossimo futuro al fine di poter continuare a garantire a neonati, bambini e adolescenti elevati standard assistenziali. Per comprendere meglio queste sfide è doveroso partire da alcune criticità che riguardano l'età pediatrica nel nostro Paese, criticità che hanno origini

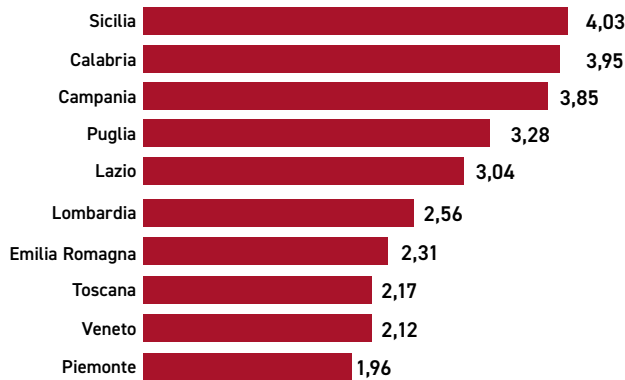
lontane nel tempo, ma che sono state esacerbate dalla pandemia. Prima tra tutte è che in Italia l'infanzia è a rischio estinzione. La dena-

lità, è noto, rappresenta una vera e propria emergenza, acuita dal clima di paura ed incertezza, insieme alle crescenti difficoltà di natura economica, generati dall'epidemia. Ma c'è un secondo aspetto sul quale la pandemia ha avuto un considerevole impatto ed è la povertà materiale dei minori. Le stime dell'Istat mostrano che il numero di bambini e adolescenti che vivono nel nostro Paese in povertà assoluta è aumentato di 200 mila unità nel 2020. La povertà eco-

nomica è strettamente connessa a quella educativa e culturale e ha grande impatto sullo stato di salute, come testimoniano anche gli ultimi dati sull'obesità diffusi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che hanno mostrato evidenti correlazioni tra livello socioeconomico e tassi di sovrappeso e obesità infantile. Non si può affrontare il tema dell'assistenza sanitaria prescindendo da quei fattori socioeconomici che agiscono come determinanti di salute. E qui entra in gioco un altro aspetto, quello delle diseguglianze di salute su base territoriale, ancora una volta esacerbate dalla pandemia. I bambini non sono tutti uguali nel nostro Paese davanti al diritto alla salute. **Nascere e vivere in una regione piuttosto che in un'altra può cambiare il destino. Gli attuali tassi di mortalità neonatale e infantile indicano che un bambino residente nel Mezzogiorno ha un rischio molto più elevato di morire nel primo anno di vita rispetto ad uno che nasce nelle regioni del Nord** (così come ha un rischio del 70% più elevato di dover migrare in altre regioni per curarsi). Le cose peggiorano per i bambini figli di genitori stranieri che registrano tassi di mortalità ancora più elevati, legati alle critiche condizioni sociali, allo stato di povertà in cui frequen-



Mortalità infantile in Italia 2018* - Tasso x 1.000 nati



*Regioni con più di 10.000 neonati ogni anno

Fonte: Elaborazione Sip su dati Istat 2020

temente versano queste famiglie e agli insufficienti controlli sanitari prenatali delle mamme. Ripensare la Pediatria e proiettarla nel futuro significa anche agire sulle cause socioeconomiche che sono alla base di disparità di salute, minimizzando le disuguaglianze e garantendo equità.

L'organizzazione sanitaria

Venendo in maniera più specifica alle problematiche dell'organizzazione della rete assistenziale, dobbiamo prendere atto che la pandemia da Sars-CoV2 ha messo in evidenza tutti i limiti della attuale organizzazione con notevole impatto su tutto il Sistema Sanitario Nazionale, inclusa la Pediatria: carenza di strutture dedicate alla gestione di patologie neuropsichiatriche infantili, mancanza di una efficiente rete territorio-ospedale, con conseguente carenza di continuità assistenziale, soprattutto per i pazienti fragili e con patologie croniche, deficit di specialisti (Pediatri, Terapia Intensiva e Semintensiva Pediatrica). Fattori che stanno mettendo in crisi la stessa "specificità" delle cure pediatriche. Sempre più bambini vengono curati in ospedale e sul territorio da medici dell'adulto. La riorganizzazione della rete assistenziale pediatrica appare oggi inevitabile se si vuole continuare a garantire il diritto

di neonati, bambini e adolescenti a essere curati da specialisti adeguatamente formati per l'età evolutiva in strutture a loro dedicate. Per far ciò occorre agire su diversi fronti: integrare i percorsi di cura di tutte le componenti della pediatria (ospedaliera, di libera scelta, consultoriale) oggi rigidamente divise; strutturare un sistema collegato in rete tra pediatria ospedaliera e territoriale con flessibilità dei ruoli professionali; elaborare una strategia in grado di limitare il costante e progressivo passaggio di Pediatri ospedalieri verso il territorio e l'attività privata; sfruttare le grandi potenzialità derivanti dalla telemedicina come modalità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria in situazioni in cui professionista

e paziente non si trovano nella stessa città.

La formazione specialistica e la ricerca Riteniamo inoltre urgente che la riforma delle scuole di specializzazione avviata negli anni scorsi, e che ha puntato a un'immissione sempre più precoce degli specializzandi nel mondo del lavoro per far fronte alla carenza di specialisti, venga integrata dal riconoscimento delle sub-specialità pediatriche sull'esempio di altri Paesi. La figura del pediatra sub-specialista (esempio pediatra cardiologo, pediatra allergologo, pediatra gastroenterologo, pediatra endocrinologo, pediatra pneumologo ecc.) è indispensabile per dare adeguate risposte ai complessi bisogni dei bambini e

Uno studio pubblicato sulla rivista della Sip, *Pediatria*, ha calcolato che se il Sud avesse avuto lo stesso tasso di mortalità infantile del Nord nelle regioni del Mezzogiorno sarebbero sopravvissuti 200 bambini e si sarebbero avuti 88 decessi in meno nel primo anno di vita se i bambini figli di genitori stranieri avessero avuto lo stesso tasso di mortalità infantile dei figli di genitori italiani. I tassi più elevati di mortalità infantile si sono registrati in Sicilia, Calabria e Campania, mentre Toscana, Veneto e Piemonte sono le regioni più "virtuose". Stando ai dati Istat, tra il 2006 e il 2018 si è verificata una progressiva diminuzione della mortalità neonatale (ossia nei primi 28 giorni di vita) e infantile (nel primo anno di vita). Al Sud, dove si è registrato il 35,7% di tutti i nati, i decessi neonatali e infantili sono stati rispettivamente il 48% e il 45% rispetto a quelli avvenuti in Italia.

degli adolescenti con patologie croniche complesse che oggi rappresentano il 18% della popolazione pediatrica. Infine, non esiste buona formazione ed assistenza senza una buona ricerca.

Ma purtroppo i dati nazionali ed internazionali dimostrano una progressiva riduzione del numero dei cosiddetti physician-scientists. L'Italia è tra i Paesi che investe meno in ricerca e sviluppo ed anche come numero di ricercatori. Anche su questo ci auguriamo che ci sia un cambio di passo.

“ SEMPRE PIÙ BAMBINI VENGONO CURATI IN OSPEDALE E SUL TERRITORIO DA MEDICI DELL'ADULTO ”

#COVER
STORY

RETE prima di tutto

Vorremmo una sanità in cui le società scientifiche, i soggetti istituzionali e le agenzie fossero in rete davvero, affinché si possano formulare le giuste risposte ai bisogni, secondo un ordine crescente e strutturato di complessità

di ANTONINO GIARRATANO

Domandarsi "quale sanità vorremmo?" per una Società scientifica e per il Presidente che la rappresenta è un esercizio da affrontare su diversi piani. Il primo piano è quello che riguarda tutti, cioè il livello dei cittadini e dei loro bisogni. Su questo piano la risposta in un certo senso è semplice: tutti noi vorremmo una sanità che funzioni. Anzi: una sanità che funzioni ovunque e che funzioni sempre. Già queste semplici risposte indicano un senso di marcia strategico e organizzativo: non possiamo più accettare

un servizio sanitario che sia efficace ed efficiente "a volte", e che risponde a macchia di leopardo in ambito nazionale, costringendo a trasferte lunghissime per raggiungere i luoghi di cura migliori. Non possiamo più accettare servizi sanitari il cui accesso è possibile dopo mesi e mesi di attesa. Non possiamo più sopportare servizi in cui il cittadino è palleggiato tra medicina generale, distretti, pronto soccorso caotici e ospedali non inseriti in una rete che

deve garantire non tanto e non solo prossimità di cura quanto qualità e certezza della cura, peraltro spesso senza una chiara presa in carico che inizi dal territorio e sia costante anche nei suoi passaggi in Ospedale fino al ritorno del paziente al Domicilio. **La medicina di prossimità, che tutti auspichiamo, deve essere non solo un "proclama", o un "decreto legge", bensì un'impostazione complessiva che risponda davvero (non solo sulla carta) ai bisogni secondo un ordine crescente e strutturato di complessità.** Questo è il primo desiderio.

C'è poi un secondo piano: come possono contribuire le società scientifiche, in un periodo come quello attuale di rifondazione del Ssn, alla creazione di servizi migliori? Ce lo chiediamo come Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia In-

tensiva, Siaarti, come se lo chiedono in questo tempo le più importanti sigle scientifiche nazionali proprio in un periodo in cui tutti i soggetti della sanità italiana hanno l'obbligo di ripensarsi non tanto in termini di competenze (già indiscutibili), quanto di collaborazione con le istituzioni e di relazione trasversale tra loro.

E qui viene la seconda osservazione: noi vorremmo una sanità in cui le società scientifiche, i soggetti istituzionali (sia il Ministero che l'Iss) e le agenzie (Aifa, Agenas...) fossero davvero in rete costante e quotidiana tra loro invece che operare per compartimenti e silos. Durante il nostro 76° Congresso nazionale Siaarti abbiamo raccolto un messaggio importante da parte di Silvio Brusafarro, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e abbiamo percepito dalla comunicazione dei nuovi massimi vertici istituzionale, Ministro e Sottosegretario, un messaggio teso alla valorizzazione delle competenze e che mira a essere "concreti" nella proposizione di collaborazioni e soluzioni.

Il professor Brusafarro ci ha detto: "desidero ringraziarvi per il lavoro fatto insieme, sia nell'ambito delle Linee Guida che nella costruzione delle Reti. Il lavoro comune

“ ENTRIAMO IN UNA NUOVA FASE: QUELLA DELL'ALLEANZA
TRA I PROTAGONISTI DELLA SANITÀ ”

sulle Reti di terapia intensiva ha creato una ricchezza che non dobbiamo disperdere, perché ci permette di conoscere i fenomeni, monitorarli e gestirli a supporto delle decisioni sanitarie". È un messaggio che ci ha colpito, profondamente "istituzionale", che ci ha fatto riflettere perché è andato a cogliere una delle caratteristiche del nostro impegno. Durante il periodo pandemico gli anestesisti-rianimatori hanno fatto prima di tutto rete tra di loro.

Una Società scientifica può ed evemettere adisposizione la propria capillare rete e contribuire con il proprio operato tecnico-professionale, offrendo a vantaggio di tutti i cittadini e del Ssn la disponibilità di una professione che non solo è in prima linea sull'Anestesia, Medicina Perioperatoria, Rianimazione, Emergenza, Terapia intensiva e Terapia del dolore, ma che si rende disponibile sempre, anche quando serve la fotografia della situazione concreta e tangibile, del dato organizzativo "real life". Anche con "i numeri" e con una analisi quali-quantitativa di questi numeri si possono salvare vite umane. **Oggi quindi le società scientifiche si trovano di fronte ad un bivio e le Istituzioni dovrebbero valutare quale significativo vantaggio ne deriva dalla costruzione di un rapporto di collaborazione.**



Nel periodo pandemico, nella quasi completa assenza di numeri chiari di riferimento sui posti-letto in terapia intensiva, Siaarti ha sviluppato un meccanismo di survey che ha alimentato una piattaforma di monitoraggio e reportistica che da tutti i territori ha riportato alla sede centrale le reali disponibilità.

Questi dati sono stati poi da Siaarti condivisi con l'Iss per dimensionare i pazienti positivi per il virus Sars-CoV-2, con sintomi polmonari o comunque riferibili ad infezione sistemica grave. Era (ed è) un meccanismo basato sulla capillarità dell'osservazione su tutto il territorio, dal profondo Sud al profondo Nord, che ha reso possibile per la nostra Società la collaborazione quotidiana con le Istituzioni centrali contribuendo con dati reali e aggiornati alla conoscenza della situazione ed alle decisioni conseguenti. Questo è un esempio concreto di come oggi una società scientifica possa e debba contribuire non solo e non tanto a elaborare percorsi teorici ma a sviluppare, in condivisione con le stesse Istituzioni, soluzioni concrete a risolvere i fabbisogni sanitari sull'intero territorio nazionale.

L'esperienza che come Siaarti abbiamo fatto va in questa direzione: siamo anestesisti-rianimatori, e siamo a disposizione dei cittadini italiani per contribuire "con ogni sforzo" al miglioramento della sanità nazionale a difesa della salute pubblica. Un miglioramento che può avvenire non solo facendo rete tra noi, ma anche facendo rete con gli altri professionisti (come stiamo già proponendo, ad esempio nell'ambito dell'emergenza-urgenza

e nell'ambito delle terapie del dolore), rendendoci disponibili sempre con la sanità nazionale e con le sanità regionali come stiamo facendo nel processo di definizione dei nuovi standard delle terapie intensive e subintensive, e nella revisione auspicata del Dm 70 o, se si preferisce, delle reti ospedaliere. Questo è quindi il secondo auspicio: che le società facciano davvero rete e che offrano ai decisori ed alla Governance nazionale la loro disponibilità compe-

tente e organizzata.

C'è un terzo ed ultimo livello della domanda iniziale che è successivo ai primi due, un piano che non è del cittadino e non è degli operatori e della società scientifica, ma è delle Istituzioni. E su questo ultimo livello occorre lanciare un messaggio chiaro e collaborativo: l'attuale Governance della sanità - con il ministro Orazio Schillaci ed il sottosegretario Marcello Gemmato in primis - ha conoscenze e competenze, anche dirette e importanti, proprio nell'ambito della sanità e della salute. **Ecco da loro vorremmo una Governance sempre più vicina. Ci attendiamo una presenza costante, capace di ascolto, in una logica nuova, molto più collaborativa e stringente che nel passato.** Siaarti propone quindi di entrare in una nuova fase, quella dell'Alleanza tra i protagonisti della sanità, in cui la Governance istituzionale sia il perno reale attorno a cui si coagulano le proposte che vengono dal territorio e dai professionisti, centro attorno a cui si sviluppa il cambiamento. La voce dei professionisti, dei cittadini, delle organizzazioni sul territorio debbono essere ascoltate ed armonizzate: questo è il terzo nodo, fondamentale, di una nuova sanità italiana, leva di nuovo sviluppo per il Paese e non solo costo o criticità.

Noi, centauri della medicina

Chiamarla ancora Radiologia è più semplice, tradizionale e immediato ma obsoleto. **La Diagnostica per Immagini, che ha per oggetto le immagini e non i raggi, possiede nel suo Dna il rigore della scienza e l'innovazione della tecnologia**

di VITTORIO MIELE

È specialità medica non nata nel lazzeretto o sui campi di battaglia, come la medicina interna o la chirurgia, ma nata per caso più di un secolo fa in un laboratorio di fisica, come molti anni dopo la Risonanza Magnetica. La sua evoluzione tecnologica, specie negli ultimi decenni, è stata tumultuosa, e i Medici Radiologi sono stati sottoposti a necessità di aggiornamento delle conoscenze da far tremare le vene dei polsi. E tuttavia la professione del medico radiologo resta un efficace trait-d'union fra la tecnologia e l'Umanità, fra la tecnica, la sofferenza e la guarigione. Il nostro lavoro, anatomopatologi

clinici virtuali in vivo, è permeato non solo della Storia della medicina, ma della collegialità e collaborazione con gli altri clinici. Siamo passati, nei decenni, dall'essere interpellati, e lo siamo ancora, per risolvere quesiti clinici, all'essere chiamati, come chirurghi mininvasivi, a risolvere in prima persona patologie, dalle più lievi fino alla infusione mirata di terapie antineoplastiche, chimiche, radianti, e chissà ancora cosapotremofareinfuturo. Ma non siamo un "servizio". Il ruolo che compete alle conoscenze della clinica radiologica è irrinunciabile, nella gestione della propria posizione nella filiera diagnostico terapeutica, allo stretto contatto con i pazienti e in condivisione con gli altri clinici.

Oggi non è possibile rinunciare alla collegiale partecipazione alle scelte, alla discussione e l'appli-



cazione di linee guida, insomma all'indispensabile mutazione dalla medicina paternalistica, con un paziente destinatario di "ordini" e ricette, alla medicina partecipativa, nella quale tutti gli specialisti si confrontano, tenendo il paziente al centro nella sua individualità, per il migliore e più personalizzato trattamento. Anzi, modernamente il paziente è considerato un componente della équipe sanitaria, se non alla pari quanto meno con pari dignità nella scelta, messo al corrente delle possibilità, del percorso terapeutico e diagnostico. La medicina sana è discreta, umile, si ritrae se non è necessaria, non tollera i "bisogni indotti" della pubblicità, è "Sobria, rispettosa e giusta" come recita il motto di Slow Medicine, associazione nata per separare il grano del necessario dal loglio dell'inutile. **La stessa tecnologia, che è per i radiologi l'estensione operativa della personalità e della capacità di agire, ha bisogno di essere assicurata con accortezza e sobrietà, usando gli strumenti dell'Health Technology Assessment**, in modo da assicurarsi che la gara alla tecnologia più aggiornata non sfoci in

una diseguale distribuzione, ove "l'eccellenza", nella accezione negativa che le attribuisce il premio Nobel Giorgio Parisi, insista dove non è necessaria, privando invece altre aree o strutture dell'essenziale. È necessario che la Sanità, come è acquisito da oltre due secoli, fin dalla Rivoluzione Francese, sia considerata non fra i "costi" ma fra le "risorse" della società, destinate a fare crescere, certo, la salute del singolo, ma il benessere dell'intera società, tramite il ripristino e il mantenimento dello stato di salute. E che quindi alla voce "spesa" si sostituisca "investimento".

Nel futuro della medicina e della sanità sarà indispensabile tornare a rimettere al centro dell'attenzione anche un bene, forse "immateriale", ma essenziale, il "capitale umano", le persone che, scegliendo un mestiere d'aiuto, dedicandosi alla cura e alla ricerca, costituiscono non solo la voce più importante della spesa, osservazione prosaica, ma soprattutto l'anima e l'ossatura dell'intero sistema di tutela. Senza la quale l'intera costruzione vissuta come tecnica pura è destinata a fallire. Ciascuna innovazione che ci si è illusi di potere sostituire

all'uomo, ogni qualvolta si è ritenuto di poter eliminare questa componente essenziale della cura, si è dovuti tornare sui propri passi. Riconoscere che è impossibile separare la cura dall'Uomo, fare a meno non solo delle conoscenze e delle capacità inferenziali del cervello umano, ma anche, e soprattutto, della empatia, dell'intuito, della capacità di discernimento etico, della flessibilità di giudizio.

Oggi che ci confrontiamo con l'irruzione sul campo della Intelligenza Artificiale, la sfida risiede nel non rifiutare l'innovazione, respingere l'atavica paura del fuoco, e abbracciarla, accogliendo il suo prezioso contributo come accoglieremmo quello di un collega.

La sanità che vorremmo vedere nel futuro è fatta di questo connubio, per noi "centauri della medicina", metà tecnologia e metà uomini, il sogno realizzabile di mantenere viva la vicinanza con i pazienti, far sentire la nostra presenza, agire operativamente con la nostra capacità terapeutica, parafrasando un nostro collega di altri tempi, "diventare sempre più tecnologici, senza perdere la tenerezza".

La radiologia protagonista della sanità del futuro

L'86,1% degli italiani considera fondamentale il ruolo degli esami di diagnostica per immagini per arrivare a una corretta diagnosi e per decidere la terapia giusta. Il ruolo del medico radiologo nella sanità attuale è molto importante per il 55,1% e lo è abbastanza per il 42,1%. Il 68,6% ritiene che la diagnostica per immagini è un fattore di innovazione della medicina che ha molto contribuito all'evoluzione attuale della sanità. Per il 66,2% contribuirà molto ai progressi futuri. Addirittura il 94,2% del campione ritiene utile la presenza stabile del Radiologo all'interno delle Case di Comunità. È quanto emerge dal 1° Rapporto sulla Radiologia in Italia realizzato dal Censis per la Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica (Sirm) e presentata al 50° Congresso nazionale della Sirm, svoltosi a Roma nel mese di ottobre. La ricerca ha inoltre evidenziato l'importanza e l'utilità degli esami di diagnostica per immagini che emerge nettamente dall'ampia percentuale di italiani (80,2%) che li ritiene indispensabili, al punto che senza ricorrere ad essi il medico avrebbe difficoltà nel prendere le decisioni. Gli italiani sono parzialmente consapevoli dei diversi livelli di rischio delle metodiche di diagnostica per immagini. Il 58,7% giudica molto o abbastanza elevato il rischio dell'esposizione ai raggi X, mentre il 78,7% considera poco o per nulla rischiosa l'ecografia. Il criterio guida nella scelta è, per la grande maggioranza (85,9%), la decisione presa dal medico curante.

**“ DIVENTARE SEMPRE PIÙ TECNOLOGICI,
SENZA PERDERE LA TENEREZZA ”**

La salute non è un bancomat

Il sistema sanitario italiano vive anni cruciali per la sua sopravvivenza, è malato, necessita di interventi tanto radicali, strutturali e trasversali quanto urgenti

di PIERINO DI SILVERIO, VINCENZO COSENTINI

Il Ssn sta perdendo pezzi, fiducia e credibilità e il rischio relativo di una metamorfosi verso un sistema privatistico appare ormai una probabilità realistica.

Nell'epoca pre-covid le scelte politiche perpetrate per decenni lasciavano presagire uno smantellamento sottotraccia del sistema di cure pubblico, sottoforma di spending review: perdita progressiva di posti letto nelle corsie

ospedaliere (70.000 negli ultimi 12 anni); chiusura di interi reparti (oltre 350 negli ultimi dieci anni); riduzione di posizioni 'gestionali' con relativa minore possibilità di gratificazione professionale per i medici e i dirigenti sanitari.

Tali azioni, controllate, gradualmente, continue, hanno di fatto minato dapprima le legittime ambizioni di carriera di medici e dirigenti sanitari fino a compromettere, con le conseguenti condizioni di lavoro organizzative, anche la passione degli operatori.

E a nulla sono serviti gli appelli lanciati dal sindacato, le denunce, gli studi condotti, le manifestazioni e le proteste verso un sistema di gestione che ha continuato a considerare la salute come un bancomat, come un costo piuttosto che come una risorsa.

Il risultato è sotto gli occhi di tutti,

- la grande fuga dagli ospedali ci fa perdere 7 medici al giorno che vanno nel privato a condizioni van-

taggiose o all'estero dove si vive meglio, si lavora meglio e si viene pagati meglio e soprattutto si cresce di più professionalmente;

- la non programmazione dei fabbisogni degli specialisti ci fa perdere il 20% di borse di specialità ogni anno, con apici preoccupanti proprio nelle branche di cui si sente maggiormente l'esigenza ovvero l'emergenza-urgenza (50% di borse rifiutate);

- le continue violenze verbali, fisiche e psicologiche che subiscono gli operatori sanitari erode la libertà di cura;

- la spada di Damocle della triplice giustizia (ordinaria, ordinistica, aziendale) che pende sulle teste dei medici e dirigenti sanitari, stimola e obbliga ad una medicina difensiva che poco ha a che vedere con quel sistema di cure e quell'autonomia di cure cui tutti auspichiamo e che sognavamo durante gli studi;

- il tutto condito da un contratto che, dopo il blocco di 10 anni, è oggi già scaduto e ancora non sul tavolo dei rinnovi.

La cronaca di una morte annunciata ci offre insomma uno scenario critico: siamo al dodicesimo posto come numero di medici in rapporto alla popolazione, circa 3.2/1000 abitanti rispetto ai 6/1000 ab. della Francia ed agli 8/1000 ab. della Germania (dati 2020).

Abbiamo la popolazione medica più anziana al mondo, il 56% dei medici ha più di 55 anni e 1 su 4 ha più di 65 anni, perdiamo ogni anno una parte degli investimenti nel formare i nostri medici che poi fuggono all'estero perché non trovano le condizioni lavorative ed economiche adeguate e in linea con gli altri paesi europei e di altri continenti (ogni anno si stima fuggano 1500 medici). In contraddizione con la fuga dei medici, ultimamente arruoliamo medici dall'estero, dal Sud America ad esempio, pagandoli il doppio o il triplo dei nostri. E alla fine arrivano le cooperative, segno tangibile della destrutturazione professionale. Medici pagati a cottimo, che lavorano in barba alla legge europea sui riposi e senza una verifica reale delle competenze rispetto agli ambiti di lavoro in cui sono chiamati a praticare la professione. Da queste macerie dobbiamo ripartire, abbiamo l'occasione e l'opportunità di ripartire e non basteranno le risorse economiche del Pnrr, che poco potranno fare sul personale, occorre invece un intervento deciso del nuovo Governo insediatosi da poco che deve dimostrare finalmente una

Quanti sono i medici pronti a lasciare il posto fisso in ospedale per lavorare come gettonisti?

4 su 10 ca

È il risultato emerso da un sondaggio flash proposto dalla Federazione Cimo-Fesmed ad un campione di 1000 medici: di questi, il **37,6% ha dichiarato di essere pronto a dimettersi da dipendente del Servizio sanitario nazionale per lavorare con una cooperativa.**

Percentuali che risultano maggiori tra i camici bianchi più giovani (è disposto a lavorare per le coop il 50% di chi ha meno di 35 anni ed il 45% dei dottori tra i 36 ed i 45 anni) e che comprensibilmente si riducono tra i medici più anziani, più vicini alla pensione: solo il 28% degli over 55 infatti preferirebbe lavorare a gettone. Interessanti anche le differenze registrate sulla base dei reparti di appartenenza: a sorpresa, i più desiderosi di fuggire verso le cooperative sono i medici che lavorano nell'area dei servizi (che rappresentano il 46% di coloro che dichiarano di voler lavorare come gettonisti), seguiti da chi lavora in emergenza (42%), dai chirurghi (40%) e, infine, dall'area medica (32%).

sensibilità e una determinazione nel proporre un cambio di passo, una rivoluzione copernicana del sistema sanitario.

La rivoluzione copernicana declina quello che vor-

remmo dalla nostra sanità italiana che, nonostante le criticità, rimane con degli standard elevati rispetto agli altri paesi del mondo.

Una sanità pubblica che preveda il paziente al centro del progetto, con percorsi diagnostici terapeutici assistenziali sempre più votati alla centralità del percorso di cura, attraverso la condivisione multidisciplinare e multiprofessionale della cura; una sanità in cui sia sempre più omogenea e lineare la gestione della cura del paziente tra l'ospedale, per la gestione delle acuzie al territorio sede di gestione della riabilitazione e prosecuzione cronica delle cure fino al ritorno auspicato a domicilio. **Un paziente che abbia le stesse opportunità di cura a prescindere dalla latitudine e dalla longitudine.**

Una sanità che torni a premiare il professionista creando le condizioni di lavoro ideali per poter erogare cure nel migliore dei modi. Allo stesso tempo vorremmo una sanità pubblica che mettesse al centro dei propri interessi le risorse umane, i professionisti della salute. Personale sanitario che ha da sempre rappresentato il vero motore propulsivo del

sistema, che ha resistito all'ondata Covid mostrando resilienza estrema e spirito di sacrificio, nonostante gli anni di tagli, e che merita di costruire attorno a sé un sistema che funzioni e che garantisca il nodo fondamentale dettato dall'art 32 della costituzione, secondo cui la nostra Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti.

Sono necessari interventi volti a far recuperare l'appello al nostro sistema ospedaliero: valorizzazione economica (un medico italiano guadagna il 70% in meno di un collega tedesco e il 40% in meno di un inglese) e possibilità di far carriera sono i primi passi necessari a fermare la fuga dal pubblico. Inoltre è necessario ottenere la depenalizzazione dell'atto medico, percorso mai completato e un nuovo modello di lavoro più flessibile, meno intricato e legato da burocrazie e vincoli.

Una ricetta semplice, ma con tanti ingredienti, ingredienti che solo attraverso una vera presa di coscienza politica ed etica dei legislatori potranno essere miscelati. Ma si sa i piatti migliori sono quelli che vengono preparati con dedizione, passione e cura. Speriamo solo che non sia troppo tardi.

“ NON BASTERANNO LE RISORSE ECONOMICHE DEL PNRR, OCCORRE UN INTERVENTO DECISO DEL GOVERNO ”

#COVER STORY

I primi segnali, magari timidi, sembrerebbero incoraggianti. Nei giorni dell'insediamento del nuovo Governo, la Presidente del Consiglio Giorgia Meloni, in fase di replica al Senato, ha speso parole chiare: "Dobbiamo imparare dalla crisi pandemica cosa non ha funzionato nel migliore dei modi per correggerla secondo alcune linee d'azione. Credo che una di quelle linee d'azione debba essere la prossimità; riportare la sanità verso i territori; valoriz-


zare il ruolo dei medici di medicina generale e coinvolgere il sistema delle farmacie nell'erogazione di alcune prestazioni, perché sono fra i primi presidi sul territorio. (...) C'è il tema dell'incentivo alla telemedicina e alle cure domiciliari, dei presidi territoriali nelle aree interne. (...) Bisogna migliorare la comunicazione tra ospedale e territorio. (...) C'è poi, ovviamente il tema della qualità, perché il diritto alla salute – come sappiamo – è riconosciuto nella Costituzione e non

è accettabile il dilagare del turismo sanitario che abbiamo conosciuto in questi anni nella nostra Nazione. E, quindi, c'è anche l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze tra le Regioni nella erogazione delle prestazioni sanitarie e dei livelli essenziali di assistenza (Lea)".

Nei giorni successivi, la presa di posizione del Ministro della Salute Schilacci è parimenti confortante: "La pandemia ha mostrato la fragilità della medicina territoriale. Su questo abbiamo un dossier aperto e ci stiamo confrontando con gli sta-

keholder ed è la cosa a cui penso dobbiamo lavorare di più anche per alleggerire la pressione su pronto soccorso e ospedali. (...) In questo senso s'innesta il ragionamento sul Pnrr che vincola alcuni fondi ad alcuni progetti come le Case di comunità che però non possono essere scatole vuote, dobbiamo capire cosa invece può essere ottimizzato soprattutto per offrire servizi ai cittadini che possano rispondere ai loro bisogni di salute. I soldi del Pnrr vanno usati bene".

Il tema dell'assistenza primaria – in soldoni: quella erogata fuori dall'ospedale – è finalmente all'ordine del giorno degli amministratori della cosa pubblica, letteralmente imposto dalla pandemia da Covid-19. **La scorsa legislatura, sempre a voler concedere una interpretazione favorevole, si è conclusa con il lascito potenzialmente prezioso rappresentato dalla**



Senza volersi cimentare con l'arte divinatoria degli aruspici, è lecito provare fin da ora a comprendere in quale direzione si muoverà da qui a poco la sanità italiana

Era già tardi ieri

di GIUSEPPE MARIA MILANESE

“ IMPENSABILE UNA RIORGANIZZAZIONE DEL PIANETA SALUTE SENZA UN SOLIDO PARTENARIATO TRA PUBBLICO E PRIVATO MUTUALISTICO ”

Legge Delega sulla non autosufficienza prodotta dal lavoro della Commissione Paglia. Questo documento ha il pregio di inquadrare per la prima volta in forma sistemica il complesso groviglio delle esigenze di cura della popolazione anziana e fragile, di metterci ordine dipanandolo, di restituire una prospettiva immediatamente perseguibile. Nel dettaglio, tra i punti salienti, aggrega in una sola dimensione i bisogni sociali e quelli sanitari, tenuti fin qui inspiegabilmente distinti. Prevede il cosiddetto "continuum" assistenziale, strutturando secondo una logica di reale necessità servizi ad oggi utilizzati in maniera pressoché casuale quali l'Adi, i centri diurni, le Rsa, gli hospice. Definisce (finalmente, dopo tanto anfanare!) un progetto di technoassistenza congruo rispetto a governance, raccolta e gestione dei dati, accesso degli utenti. Stabilisce una regia unica per l'intero territorio nazionale e regole certe, come da tempo la cooperazione sociosanitaria sollecita a fare.

Volendo appaiare quindi

le (buone) intenzioni della nuova classe dirigente al Governo con il dettato della Legge Delega, i giochi sembrerebbero fatti: la riforma di un servizio sanitario pubblico concepito oltre 40 anni addietro su un modello di società e certamente anche di un paziente vecchi appunto oltre 4 decenni sembrerebbe a portata di mano. Ma l'Italia, si sa, è la patria dello sparglio e allora forse sarà il caso di attendere ancora un po', fiduciosi e guardinghi, pronti a fare la nostra parte. Perché, come ormai acclarato anche dai più longevi detrattori, è impensabile una riorganizzazione del pianeta Salute sceverando l'intervento sulle acuzie, destinato agli ospedali, da quello sulle cronicità, da affrontare sul territorio, senza un solido partenariato tra pubblico e privato mutualistico. **L'alleanza tra lo Stato regolatore e la cooperazione sociosanitaria quale soggetto erogatore non è peraltro neppure più una suggestiva figurazione, avendo trovato molteplici occasioni di straordinaria realizzazione nel corso**

Se tra il 2014 e il 2019 gli over-65 assistiti a domicilio sono passati da poco più di 250mila a oltre 390mila (in media un aumento di 25mila unità all'anno), pari al 2,83% dei quasi 14 milioni di anziani residenti in Italia, nel 2020 questo trend ha cominciato a decrescere, attestandosi a poco più di 385mila unità, ovvero il 2,7% degli over-65 e il 4,5% degli over-75, con Regioni in grado di garantire cure domiciliari a più del 3,5% degli anziani e altre che stentano a raggiungere tassi di copertura dell'1%. Complessivamente, siamo a meno di un terzo da quel 10% fissato dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr) per adeguarci, entro il 2026, alle buone prassi europee, che vedono punte fino al 13% in Germania (percentuale che arriva al 29% per gli ultra-ottantenni), e i Paesi del Nord Europa dove addirittura 1 over-80 su 3 è assistito in Adi. Non va meglio per le cure residenziali (Rsa), che garantiscono la continuità della presa in carico dei pazienti non autosufficienti, di cui beneficiano poco più di 2 anziani su 100. A scattare questa fotografia è l'indagine "Long-term care in Italia: verso una rinascita?", curata per Italia Longeva da Davide Vetrano, ricercatore al Karolinska Institutet di Stoccolma, in collaborazione con la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute.

degli anni e da ultimo, encomiabilmente, nelle fasi più drammatiche del Covid.

L'invito al Governo è presto fatto, proprio prendendo le mosse dall'affermazione più significativa pronunciata dal Ministro Schillaci: usate bene i soldi del Pnrr, correggendo

tempestivamente la rotta da altri impostata, meno soldi sul mattone (ospedali e case di comunità), più investimenti sulla formazione del personale, vera carenza, autentico punctum dolens della nostra sanità. Senza perdere ulteriore tempo, era già tardi ieri.

Per la sua intrinseca caratteristica di operare al fianco delle persone, toccando con mano problemi e bisogni sociali delle comunità e riuscendo a creare risposte insieme ad esse, il Terzo settore ha sempre avuto un punto di vista "privilegiato" su necessità e lacune del siste-

ma socio-sanitario italiano. La parola "socio-sanitario" non è casuale: per il Terzo settore i due ambiti non possono essere disgiunti e la loro efficace integrazione è condizione essenziale per un welfare di qualità, capace di mettere realmente la persona al centro dell'offerta dei servizi sanitari e dei sistemi lavo-

rativo, educativo, sportivo, culturale.

Negli ultimi decenni abbiamo assistito a un progressivo indebolimento del welfare italiano e la pandemia ha evidenziato con forza le conseguenze negative del disinvestimento sui territori in termini socio-sanitari. Oggi il sistema di welfare è frammentato, non in grado di offrire certezze o garantire la presa in carico

tempestiva e continuativa di quelle persone che si trovano in condizioni di fragilità, marginalità o a rischio di esclusione sociale.

Come Forum Terzo Settore ci siamo interrogati sugli interventi necessari per migliorare l'attuale situazione: una riflessione inevitabile, data l'urgenza di affrontare seriamente il problema delle disuguaglianze crescenti e dello sfilacciamento del tessuto sociale, e che quindi mira a sviluppare un sistema socio-sanitario integrato e omogeneo su tutto il territorio nazionale. Il contributo di associazioni, organizzazioni di volontariato, cooperative e imprese sociali, in virtù delle loro competenze e della loro conoscenza diretta delle problematiche e delle risorse individuali e collettive presenti sui territori, può essere fondamentale per il raggiungimento dell'obiettivo.

Il frutto di quest'analisi, portata avanti nello specifico dalla Consulta Welfare del Forum Terzo Settore, è un Manifesto che ci auguriamo

WELFARE GENERATIVO

Guardiamo ad un modello fondato sui diritti e non sul concetto di protezione che, oltre a risolvere le problematiche individuali, generi benessere e miglioramento sociale per tutta la popolazione. Prossimità, Universalismo, Inclusività: le 3 parole chiave per un nuovo sistema di welfare

di VANESSA PALLUCCHI, ROBERTO SPEZIALE



possa rappresentare una base di partenza per l'apertura di un dibattito con tutti gli attori coinvolti e con le istituzioni in primis, volto alla realizzazione di un nuovo sistema di welfare che abbia alla base tre principi fondamentali: Prossimità, Universalismo, Inclusività. **Il termine Prossimità alle persone e alle comunità non indica la sola collocazione fisica sul territorio, ma anche la rilevazione in modo puntuale degli effettivi bisogni.** Vuol dire, in altre parole, orientare l'attività al fine di garantire i diritti e, da questo punto di vista, un utilizzo strategico degli strumenti della co-programmazione con il Terzo settore, dell'accREDITAMENTO e del convenzionamento (valorizzati dalla recente riforma del Terzo settore) può davvero risultare determinante. **La caratteristica dell'Universalismo garantisce l'efficacia del diritto alla presa in carico della persona, a prescindere dal luogo in cui vive: non lasciare indietro o da solo nessuno**

deve rappresentare un imperativo categorico. Infine, assicurare piena Inclusività vuol dire realizzare una società che si adatta costantemente per garantire, a tutte le persone, pari opportunità e diritti: una società che promuove la coesione mantenendo, sostenendo e sviluppando reti di relazioni, attività e iniziative collettive.

Il "nuovo welfare" a cui guarda il Terzo settore è un welfare generativo, fondato sui diritti e non sul concetto di protezione e che, oltre a risolvere le problematiche individuali, genera benessere e miglioramento sociale per tutta la popolazione. Imprescindibili punti di partenza sono un'adeguata e corretta allocazione delle risorse, la revisione dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) e la loro integrazione con il sistema sociale, ma anche la definizione di livelli essenziali in tutti gli ambiti di intervento, facendo in modo che i diritti siano poi concretamente esigibili. Cruciale è anche provvedere a sancire, definitivamente in norma, che l'affidamento dei servizi alla persona non possa essere effettuato attraverso gare al massimo ribasso.

La visione del Forum Ter-



zo Settore trae fondamento da atti di primissima importanza: pensiamo al Pilastro europeo dei diritti sociali, che tra i suoi 20 principi include ad esempio l'inclusione delle persone con disabilità, l'assistenza a lungo termine, gli alloggi per i senzatetto. Ma pensiamo anche agli obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda Onu 2030, alle Convenzioni internazionali sui diritti umani o, ancora, al Piano nazionale degli interventi e servizi sociali 2021-2023. Anche le misure del Pnrr, che rappresenta una grande occasione per l'Italia, non possono che essere viste a supporto di questo nuovo modo di intendere il welfare: dalla digitalizzazione alla costruzione di ambienti sostenibili, passando per l'infrastrutturazione dei servizi per la fascia 0-6 anni.

Un nuovo, auspicabile sistema di welfare non può, ad esempio, limitarsi a dare risposte ai molteplici bisogni delle persone, ma deve farsi carico della grande area

Il Forum Terzo Settore è un ente non profit, principale organismo di rappresentanza del Terzo settore italiano, riconosciuto dal Ministero del Lavoro. Rappresenta oltre 100 organizzazioni nazionali, per un totale di 158.000

sedi territoriali, che operano nel volontariato, nell'associazionismo e nella cooperazione sociale. Ha quale obiettivo principale la valorizzazione delle attività e delle esperienze che le cittadine e i cittadini autonomamente organizzati attuano sul territorio per migliorare la qualità della vita, delle comunità, attraverso percorsi, anche innovativi, basati su equità, giustizia sociale, sussidiarietà e sviluppo sostenibile.

Sul sito www.forumterzosettore.it è disponibile il Manifesto "Verso un nuovo sistema di Welfare".

legata alla prevenzione, a partire dalla promozione di corretti stili di vita, dalle azioni di contrasto all'obesità infantile, dalla creazione di opportunità per vivere in modo attivo anche l'età anziana o la condizione di disabilità.

Ciò che auspiciamo fortemente è un coraggioso passaggio dal piano dei principi a quello della concretezza, senza perdere di vista l'ampiezza e la nitidezza della visione: un welfare che previene e contrasta gli elementi di esclusione e promuove il benessere e lo sviluppo delle persone.

“ AUSPICHIAMO FORTEMENTE UN CORAGGIOSO PASSAGGIO DAL PIANO DEI PRINCIPI A QUELLO DELLA CONCRETEZZA ”



Migliorare in cinque step

Nel nostro Paese il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione, è ormai compromesso. Una condizione determinata dalla progressiva e sistematica riduzione della spesa pubblica dedicata alla sanità che ha messo a rischio l'unico diritto definito "fondamentale" dalla nostra Carta

di BARBARA CITTADINI

Si tratta, in altri termini, della conseguenza di una politica di austerità per nulla lungimirante e di tagli lineari alla spesa pubblica proseguiti per troppotempo. Tutto questo, ha avuto, come prima conseguenza, l'aumento progressivo delle liste d'attesa e di fenomeni drammatici come la mobilità passiva non fisiologica e la rinuncia alle cure. Fenomeni, quelli appena ricordati, che le Istituzioni e noi, in qualità di

rappresentanti della componente di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale, abbiamo il dovere di limitare per rispondere in maniera tempestiva e puntuale alla sempre crescente domanda di cure della popolazione. A proposito di tutto questo, desidero evidenziare che,

benché la funzione della tutela della salute sia pubblica, le strutture deputate a garantirla sono sia di diritto pubblico che di diritto privato; entrambe sono

chiamate ad operare con una sinergia finalizzata ad assicurare i più alti standard qualitativi alla popolazione. Una sinergia che le Associazioni Aiop - l'associazione maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del Ssn - hanno sempre promosso e perseguito non solo con dichiarazioni ma con un difficile quotidiano lavoro.

Da anni, tutti gli attori del sistema denunciano quanto la Sanità sia stata trascurata dall'agenda politica italiana, partendo dalla considerazione, totalmente sbagliata, che questa sia un settore "sacrificabile" soltanto per raggiungere un mero equilibrio finanziario.

Si è determinato così un generale impoverimento degli asset del sistema sanitario di cui oggi tutti

“ È NECESSARIO CREARE LE CONDIZIONI PER UNA

paghiamo le conseguenze. Sono queste le motivazioni per le quali **non si può immaginare di riformare il Servizio Sanitario Nazionale, preservandone i caratteri di universalità, eguaglianza ed equità nell'accesso alle cure, senza investire su di esso.**

È necessario, infatti, operare concretamente per conservare e migliorare il Ssn e non solo dichiarare di volerlo fare.

A nostro avviso le priorità da perseguire nell'immediato sono cinque.

1 Prima di tutto, è necessario raggiungere almeno il 7,5% di valore della spesa sanitaria pubblica in rapporto al Pil, in considerazione che la media dei paesi Ocse è 7,2%. È, quindi, doveroso, invertire il trend di decremento della crescita della spesa sanitaria corrente, come si evince dal Def 2022. In assenza di ulteriori risorse, infatti, il sistema sarà soggetto ad effetti dirompenti in termini di impossibilità di dare una risposta compiuta agli italiani. Una prospettiva aggravata, peraltro, dalla necessità di fare fronte all'insostenibile incremento dei prezzi di energia elettrica, gas e materie prime e ai costi incrementali per la gestione delle nuove infrastrutture, previste dal Pnnr, delle rilevanti quote aggiun-

"Differenze territoriali sempre meno accettabili sono alla base di saldi negativi di mobilità sanitaria per ben 14 regioni, in prevalenza nel Mezzogiorno. Nel 2021, dopo la pausa legata alla pandemia e alle relative difficoltà di mobilità, tende nuovamente a crescere il volume di risorse per pagamenti di prestazioni rese fuori regione, a testimonianza del permanere di criticità nell'assistenza garantita in alcune realtà territoriali" rileva la Corte di Conti nella sua Memoria sulla Nadeff 2022

tive di personale e degli stessi bisogni assistenziali.

2 In secondo luogo, per garantire una risposta puntuale alla crescente domanda di salute della popolazione è necessario risolvere criticità strutturali quali liste di attesa, mobilità passiva non fisiologica e rinuncia alle cure. In tal senso, le componenti del Ssn devono avere, pur tenendo conto della differenza di stato giuridico, piena ed uguale dignità reale: è necessario, infatti, creare le condizioni per una sinergia virtuosa, superando la logica anacronistica e fallimentare dei tetti di spesa, che ha dimostrato di depotenziare, quali-quantitativamente, il Ssn nella sua capacità di dare risposte ai bisogni assistenziali, facendo aumentare fenomeni allarmanti dal punto di vista sanitario e sociale.

3 Oltre a quanto appena accennato, è necessario che si concluda l'atteso aggiornamento del tariffario, che deve rispondere ad una metodologia scientificamente corretta, che tenga nella dovuta considerazione i reali costi di produzione delle prestazioni, senza mettere a rischio la possibilità di continuare a garantire diagnosi e terapie. Correlare l'ampliamento dei Lea alla decurtazione delle tariffe per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio maggiormente diffuse - come si evince dalle recenti proposte di modifica del tariffario - non risponde alla normativa vigente ed implica un'allarmante riduzione della spesa sanitaria, quando, invece, l'aggiornamento dei Lea del 2017 avrebbe dovuto configurarsi quale scelta di salute pubblica.

4 Il sistema deve recuperare, inoltre, margini di efficienza. Le linee di azione sono due: la ripresa dell'interrotto percorso di aziendalizzazione della rete pubblica e l'inserimento di una sistematica integrazione della componente di diritto pubblico e quella di diritto privato del Ssn, finalizzata a una condizione di coesistenza strutturale e strutturata della loro dialettica operativa.

5 L'ultimo punto, infine, riguarda il sistema dell'assistenza extraospedaliera residenziale (Rsa) che sta vivendo un particolare momento di crisi. L'intero settore, che non è stato menzionato né all'interno del Pnnr, né nell'ambito del Dm 77/2022, necessita di un intervento che parta dalla definizione di nuovi standard organizzativi e strutturali e che tenga conto dell'aggiornamento delle tariffe e la tutela degli operatori.

Quanto appena sintetizzato costituisce, a mio avviso, un pacchetto irrinunciabile e improcrastinabile di linee-guida per una riforma che abbia come obiettivo un Servizio Sanitario Nazionale che tuteli, in modo efficiente, efficace e puntuale, il diritto alla salute della popolazione.

L'auspicio è che il governo da poco insediato, anche in considerazione delle conseguenze della crisi pandemica ed energetica, rafforzi la consapevolezza che **la Sanità non può più subire ulteriori tagli, ma deve, invece, essere un settore al quale destinare le risorse necessarie per garantire universalmente il diritto alla salute a tutta la popolazione.** È doveroso tenere conto che il grado di modernità e di civiltà di un paese, si misura, anche, in termini di capacità di garanzia di un diritto fondamentale come, appunto, quello della salute.

SINERGIA VIRTUOSA SUPERANDO LA LOGICA DEI TETTI DI SPESA ”

Scenari in **evoluzione**

Nuove regole per i dispositivi esistenti e nuovi dispositivi con regole da scrivere. Tra aggiornamenti normativi e cambi di mentalità, per gestire di più e meglio le potenzialità di questi strumenti

di PIETRO DERRICO, ILARIA CRISTIANO, DANIELE PIETROBON

L'introduzione dei Regolamenti Dm 745 e lvd746 se da una parte garantisce una normazione più severa, sicura e qualificante, dall'altra lascia aperte questioni da risolvere, come emerso nel corso del XV Congresso nazionale Sihta nella IV sessione plenaria dedicata alla governance dei Dispositivi Medici e l'applicazione dei nuovi Regolamenti.

Il primo tema di riflessione tra gli stakeholder coinvolti è senza dubbio il ritardo nel ricertificare molti prodotti ai sensi dei nuovi regolamenti: è concreto il rischio di carenza di dispositivi medici sul mercato e quindi per i pazienti.

Le istituzioni italiane ed europee si sono adoperate già da tempo per affrontare il transitorio attraverso vari livelli di intervento, dal Documento Mdcg 2022-14 che fissa 19 azioni per evitare questa carenza, fino alla

discussione in atto sulla possibilità di una modifica legislativa dei regolamenti, prorogando le tempistiche per la loro piena applicazione.

A gravare ulteriormente su tale quadro, vi è, ad oggi, l'indisponibilità dell'infrastruttura regolatoria prevista dai Regolamenti, tra cui Eudamed, l'assenza di informazioni sull'effettivo carico di lavoro legato alle attività di raccolta delle evidenze cliniche per i processi di valutazione pre- e post-commercializzazione.

Quest'ultimo aspetto apre le porte a un'altra questione legata alla necessità di raccolta di maggiori dati clinici e quindi l'accesso ad essi auspicando il diffondersi di una cultura del dato che faccia sì che questi siano facilmente reperibili e analizzabili.

Dalla discussione è emersa la necessità di un dialogo e una collaborazione trasparente tra istituzioni e industria, che siano all'altezza del valore che i Dm rivestono sia come soluzione a problemi cli-

nici, sia come motore per l'industria, l'economia e la ricerca. Tali aspetti sono stati analizzati anche alla luce del regolamento Hta, che entrerà in vigore nel 2025 con l'obiettivo, molto ambizioso, di fornire una piattaforma operativa europea a supporto delle politiche di investimento e di innovazione tecnologica dei sistemi sanitari e delle imprese.

Sulla connessione tra i due regolamenti sui prodotti con quello sulla valutazione delle tecnologie ha iniziato a lavorare il network dei Direttori delle Agenzie europee di Health Technology Assessment, e nei prossimi mesi si attendono analisi di dettaglio e una proposta di atti implementativi. Anche qui, ancora una volta emerge il rischio di un eccessivo allungamento dei tempi, a causa della necessità di coordinare la marcatura Ce dei dispositivi con la realizzazione di un Joint Clinical Assessment. Occorrerà quindi tenerne conto nella definizione delle regole del gioco, in modo da rendere i percorsi coordinati tra loro.

80% dei fabbricanti sta incontrando difficoltà nell'avvio o nel completamento del percorso di conformità e pensa di non certificare il 15-20% dei dispositivi. Alcuni

medi e piccoli produttori potrebbero uscire dal mercato e dal sistema.

Questi i dati Secondo una recente survey condotta da Medtech Europe, associazione europea delle aziende di dispositivi medici.

Il congresso Sihta è stato anche un'occasione per parlare di app e terapie digitali, che sempre più richiederanno valutazioni e decisioni: la sessione Hta per valutare la rimborsabilità delle App in sanità e delle Digital Therapeutics, ha esplorato questo ambito, con focus sul confine tra ciò che è Dispositivo Medico e ciò che non lo è, e sulle modalità di gestione. Affinché pazienti e servizi sanitari possano beneficiare delle potenzialità di questi strumenti, sono necessari aggiornamenti normativi e un cambio di mentalità: i legislatori devono stabilire definizioni e perimetri, criteri

di rimborsabilità, nonché chiarire gli aspetti del Regolamento Dm più difficilmente applicabili; parallelamente, tutto l'ambito sanitario deve acquisire maggiore familiarità con i Dm software e maggiore attitudine a condurre valutazioni cliniche e di Hta che includano anche le terapie digitali come opzioni di trattamento. Si tratta di passi non semplici per una serie di peculiarità dei software, e in particolare delle app, tra cui la rapida evoluzione dei prodotti, con aggiornamenti circa ogni tre mesi o addirittura con modifica continua delle prestazioni nel caso dell'intelligenza artificiale, la difficoltà nel raccogliere evidenze in modo rigoroso, la libera disponibilità per il download da parte di chiunque, la gestione della mole di dati sistematicamente prodotti, la protezione dei dati personali, l'etica, la trasparenza.

Gli scenari normativi italiani ed europei sull'argomento sono appunto in evoluzione: i due regolamenti sui Dispositivi Medici e sull'Health Technology Assessment

richiederanno specifici e adeguati programmi di Hta europei sul software. I regolamenti sull'Intelligenza artificiale e sullo spazio europeo dei dati sanitari, attualmente allo studio, definiranno ulteriormente il tema. A livello nazionale nell'ultimo anno sono state emanate norme sul programma nazionale di Hta e l'agenzia nazionale per la sanità digitale. Quest'ultima dovrà anche occuparsi dei servizi sanitari digitali in tema di interoperabilità, accreditamento e rimborsabilità.

Più stati hanno già affrontato la rimborsabilità (Usa, Uk, Belgio, Germania, ...) in modo disomogeneo. Il modello tedesco, in funzione da due anni, è tra i più strutturati e fissa i criteri di idoneità al rimborso da parte dei fondi assicurativi e le modalità di negoziazione del prezzo per le app Dm a basso rischio. Non mancano anche qui criticità nelle trattative economiche e nel decollo generale del sistema.

Evidentemente molte variabili potranno incidere sul futuro dei Dispositivi Medici in Europa. Riusciremo, cooperando a livello internazionale, a valorizzare questa opportunità storica e tecnologica?

“ I DUE REGOLAMENTI, SUI DM E SULL'HTA, RICHIEDERANNO PROGRAMMI DI HTA EUROPEI SUL SOFTWARE ”



Interconnessioni

La pandemia ha messo in luce quanto il rapporto fra economia e salute sia un concetto fondamentale, da riconsiderare in un'ottica di "economia del benessere", il cui obiettivo ultimo è la tutela del benessere umano e dell'ambiente, garantendo equità e dignità personale. Salute globale e lotta alle disuguaglianze

di CARLA COLLICELLI

Che la pandemia abbia provocato un ripensamento rispetto agli assetti della sanità in tutto il mondo è fuori di dubbio. Per quanto riguarda l'Italia la crisi pandemica ci ha permesso di verificare e confermare il buon livello qualitativo, scientifico e professionale rispetto al panorama internazionale, ma al tempo stesso ha accentuato le tante lacune ed inadempienze segnalate da tempo da osservatori ed esperti, a partire dal mancato rispetto del diritto universale alla salute, e dal sottodimensionamento degli organici infermieristici e di alcuni comparti medici, per arrivare alla medicina territoriale, all'integrazione socio-sanitaria, alla telemedicina ed alla spesa out of pocket (Oop) dei cittadini.



Il Quaderno ASviS, Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la Pandemia da Covid-19

Quaderno ASviS N 6/OTT 2022

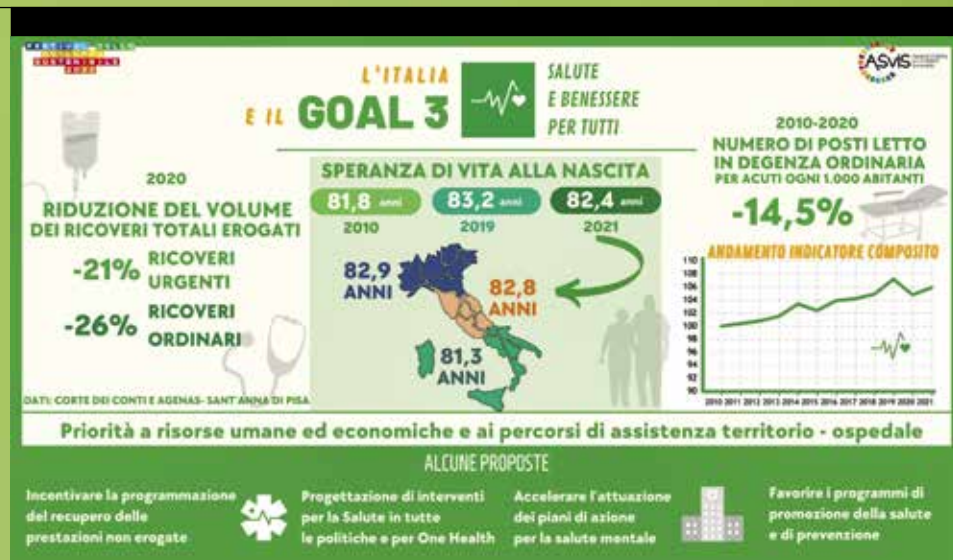
Alla luce della consapevolezza acquisita in merito all'origine ed alle cause scatenanti della diffusione del virus da Covid-19 -il salto di specie e la perdita di biodiversità-, le criticità del passato si sposano ora con le sfide del futuro in tema di salute globale. E si può dire che, dopo i tanti allarmi lanciati da 50 anni a questa parte -in estrema sintesi tra il Club di Roma del 1972 ed i lavori di Ilaria Capua nel 2019 -finalmente ci stiamo rendendo conto ora dei rischi che corriamo in termini di benessere, sopravvivenza dell'umanità e salute, a causa di un modello di sviluppo basato sullo sfruttamento progressivo ed accelerato delle risorse del pianeta.

Dopo aver prodotto nel 2020 un primo documento sulla salute sostenibile (Salute e non solo sanità. Come orientare gli investimenti in sanità in un'ottica di sviluppo sostenibile, Position paper 2020, Gruppo di lavoro sul Goal 3, settembre 2020) proprio a ridosso dello scoppio della pandemia, l'Alleanza Italiana Sviluppo Sostenibile ha affrontato ora nuovamente questo tema con uno specifico Quaderno sulla salute globale, che si caratterizza per un livello di particolare approfondimento e per aver ampliato la trattazione su vari fronti grazie al contributo dei tanti esperti e rappresentanti del mondo



degli aderenti all'Alleanza. Il quaderno infatti affronta sia gli aspetti di contesto - di natura economica, sociale e ambientale -; che le interconnessioni e l'impatto della globalizzazione; che le diverse criticità - dalla crisi demografica, alla salute mentale alla violenza domestica -; che infine le risorse di vitalità e rigenerazione presenti nella nostra realtà sociale e sulle quali è possibile puntare per una ricostruzione del tessuto sociale e per la ricomposizione di una strategia che dia frutti sul piano della convivenza collettiva e del benessere individuale e sociale.

In termini di contesto ed interconnessioni, il quaderno richiama l'attenzione sulle conseguenze negative di un modello di sviluppo basato sui valori economici della crescita e sulla industrializzazione, che ha provocato una distribuzione sempre più iniqua delle risorse e un aumento delle disuguaglianze sia all'interno dei Paesi che tra i Paesi. Particolarmente drammatico è stato da questo punto di vista l'accesso disuguale ai vaccini contro il Covid, la cosiddetta "vaccino apartheid", come l'Oms l'ha definita, e rispetto alla quale si è arrivati a redigere un "Trattato Pandemico Globale" che punta a raf-



L'Italia è in ritardo nel raggiungimento degli Obiettivi di sviluppo sostenibile dell'Agenda 2030 Onu. La crisi sistemica del modello di sviluppo dominante accelerata dalla pandemia, dalla guerra in Ucraina e dai cambiamenti climatici sta aumentando le disuguaglianze sociali. È questo lo scenario che emerge dal settimo Rapporto annuale L'Italia e gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dell'Asvis, l'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile. Il documento fa il punto della situazione italiana rispetto all'Agenda 2030 grazie al contributo degli esperti provenienti dagli oltre 300 Aderenti all'Alleanza. Nonostante la ripresa registrata nell'ultimo biennio, caratterizzato dalla caduta e dal rimbalzo dell'economia causati dalla pandemia, gli indicatori di sostenibilità dell'Italia, in particolare quelli sociali e ambientali, sono in peggioramento.

forzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie future. E la pandemia ci ha insegnato l'importanza del rapporto imprescindibile tra salute umana e salute del pianeta, secondo il concetto di

"One Health", venuto meno il quale ci ritroviamo in balia di cambiamenti climatici sempre più estremi e di rischi pandemici sempre più frequenti.

In termini di criticità, il Quaderno Asvis si sofferma sulla mancata attuazione del diritto alla salute, sancito dalla Carta Costituzionale e ribadito nella legge istitutiva del Servizio sanitario Nazionale, e richiama l'attenzione sul tema dell'inadeguato finanziamento del sistema, ed anche sul rischio di una difficile attuazione dei programmi contenuti del Pnrr per penuria di personale e di personale adeguatamente preparato. Un Pnrr che, peraltro, tenendo conto delle esigenze emerse con la pandemia nonché delle indicazioni del Piano Europeo Next Generation Ue e del New Deal europeo in tema ambientale, ha ben colto quali siano le necessità e le sfide.


Infine, in termini di proposte e prospettive future, molti sono gli spunti contenuti nel Quaderno. Dal movimento L'Alleanza per il vaccino popolare (People's vaccine Alliance), nato dalla collaborazione di più di cento organizzazioni e reti per promuovere un vaccino Covid-19 gratuito, il rispetto dei diritti umani, la cultura della pace e della solidarietà e il diritto alla cura. Alle implicazioni della modifica costituzionale attuata a inizio 2022 (articoli 9 e 41) con l'introduzione della tutela dell'ambiente e della biodiversità nell'interesse delle future generazioni (art. 9) e dei vincoli all'iniziativa privata rispetto a salute ed ambiente. Al modello della Marmot city di Coventry centrata su 6 ambiti di azione (infanzia, educazione, lavoro, reddito minimo e luoghi sani). Alla salute di comunità. Alla montagna.

“ PARTICOLARMENTE DRAMMATICA È STATA LA COSIDDETTA VACCINO APARTHEID ”

Cosa stiamo facendo?

Ci troviamo di fronte ad un mondo perennemente minacciato da conflitti, diseguaglianze, crisi climatica e pandemie dove garantire la salute e promuovere, realmente, il benessere di tutti sembra un'utopia. Le sfide della Salute Globale

di MARIA JOSÉ CALDÉS PINILLA, CARLOTTA CARBONI



L'inquinamento dell'aria causa ogni anno 7 milioni di decessi a livello globale.

Nel febbraio 2013 Elta Adoo-Kissi-Debrah, bambina a cui era stata diagnosticata una forma di asma grave, decede a Londra all'età di 9 anni. Per la prima volta nella storia, tra le cause di decesso in un certificato di morte, si legge "inquinamento atmosferico". Ella viveva infatti in una zona dove i livelli di diossido di azoto nell'aria superavano notevolmente i limiti massimi definiti dall'Oms.

Parlare di Salute Globale significa analizzare le interconnessioni politiche, socioeconomiche, demografiche, giuridiche e non ultime ambientali che esistono tra i processi di globalizzazione e la salute della popolazione mondiale. Significa comprendere ed analizzare i reali bisogni delle persone in termini di equità d'accesso ai servizi sociosanitari, nonché di rispetto dei diritti umani. Viviamo in un mondo fortemente disuguale, sia tra

paesi sia all'interno degli stessi, e sono tante le sfide che la Salute Globale deve affrontare.

"La crisi climatica è una delle più importanti sfide cui la nostra comunità deve far fronte oggi, probabilmente la più rilevante", queste le parole di Horton, Direttore di The Lancet. D'altronde il cambiamento climatico tocca in maniera fortemente diseguale le fasce più povere della popolazione, gli emarginati, le donne ed i bambini; ovvero quella parte dalla

popolazione mondiale che già è vittima di disparità socioeconomiche, di uno stato di salute precario e di una bassa accessibilità alle cure. Tedros, Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Oms ha più volte ribadito che il cambiamento climatico sia una delle più importanti minacce per la salute da affrontare, come appare nel Programma Generale di Lavoro 2019-2023 dell'Oms. In occasione della Giornata Mondiale della Salute 2022, Tedros ha anche affermato: "sono le scelte non sostenibili che uccidono il nostro pianeta e le persone". Logico. Sì, perché è ben noto che i cambiamenti climatici e l'aumento della pressione demografica sull'ambiente influenzino l'emergenza e la diffusione di nuove patologie. E questo ce lo ha già dimostrato la pandemia di Covid-19. Ma non si tratta solo di malattie infettive; nella cronicità i fattori ambientali giocano un ruolo altrettanto importante. Basti pensare che l'Oms stima, a livello globale, un'implicazione ambientale in oltre il 20% dei decessi e un numero annuale di morti causate dall'inquinamento atmosferico pari a 7 milioni. Ma se il legame indissolubile tra ambiente e salute è conosciuto, sorge spontanea la domanda: cosa stiamo facendo?

Si pensava potesse apportare una soluzione l'accordo di Parigi del 2015, con il quale gli stati membri della convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici si impegnavano a mantenere il riscaldamento globale al di sotto dei 2°C e a perseguire gli sforzi per limitare il riscaldamento a 1,5°C. Eppure, **il Climate Action Tracker, l'osservatorio sull'operato dei paesi firmatari, dimostra come le azioni dei governi sul clima siano ancora largamente insufficienti e che nessun paese abbia attualmente messo in atto misure compatibili con gli obiettivi dell'accordo.**

Quest'anno l'Oms ha fatto un appello ai leader politici tramite il messaggio: "Our planet, our health" – "Il nostro pianeta, la nostra salute". La richiesta è lineare: raddoppiare gli sforzi per proteggere la salute e per mitigare la crisi climatica, in un momento in cui le fragilità sono esacerbate.

Ma a fare eco a "Our planet, our health", in quest'anno, vi è un secondo messaggio altrettanto conciso: "Health for Peace, Peace for Health" – "Salute per la Pace, Pace per la salute". Se anche in questo caso è indubbio che la guerra sia sempre stata un problema di salute, certamente è il conflitto in Ucraina

ad averne nuovamente posto l'importanza sotto gli occhi di tutti. La pace si configura come determinante essenziale della salute e come elemento imprescindibile per il raggiungimento dell'obiettivo 3 dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile – "buona salute e benessere per le persone: garantire una vita sana e promuovere il benessere di tutti a tutte le età". Nel discorso ai delegati del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms del 12 settembre scorso, il Direttore Generale ha parlato del devastante impatto della crisi umanitaria e sanitaria scaturita del conflitto ucraino ed ha affermato che la pace è l'unica soluzione.

Ci troviamo di fronte ad un mondo perennemente minacciato da conflitti, disuguaglianze, crisi climatica e pandemie dove garantire la salute e promuovere - realmente - il benessere di tutti sembra un'utopia. **È pertanto fondamentale e stringente ricostruire un pianeta sano e pacifico; questo è possibile solamente tramite un ribaltamento degli attuali paradigmi. Uno dei tentativi suggeriti dalla Carta di Ginevra nell'ultima Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute, è quello di costruire società promotrici del benessere sostenibile, impegnate a**

raggiungere una salute equa per le generazioni presenti e future.

Tedros ha nuovamente dichiarato che seppur nessuno di questi problemi di salute si di semplice soluzione, possiamo provare a risolverli perché in definitiva la salute pubblica non è che una scelta politica. Allora viene spontaneo affermare che la responsabilità è di tutti e pertanto deve essere condivisa. Se da una parte ci si rivolge al settore sanitario, chiedendo sostanzialmente di rispondere all'appello che già nel 2009 The Lancet aveva lanciato - "andare oltre i confini professionali convenzionali per collaborare con i politici e gli scienziati" - e che Horton stesso ha ribadito nel 2019 "tutti gli operatori sanitari hanno il dovere e la responsabilità di impegnarsi [...] per affrontare l'emergenza climatica"; dall'altra si interpella proprio la responsabilità dei governi e degli attori politici affinché anche essi dimostrino la reale volontà di attuare il cambiamento necessario.

Ci viene indicato da dove iniziare: valorizzare, rispettare, nutrire il nostro pianeta ed i suoi ecosistemi sulla base di un semplice principio "un pianeta in salute è essenziale per la salute della popolazione". È tempo di raccogliere la sfida.

Cos'è la Carta di Ginevra per il Benessere?

Ispirata alla Carta di Ottawa (1986) e redatta durante la X Conferenza Mondiale sulla Promozione della Salute (2021), invita a 5 azioni urgenti:

- Valorizzare, rispettare e nutrire il pianeta ed i suoi ecosistemi
- Progettare un'economia equa al servizio dello sviluppo umano nel rispetto dei limiti ecologici
- Sviluppare politiche pubbliche salutari per il bene comune
- Raggiungere la copertura sanitaria universale
- Affrontare gli impatti della trasformazione digitale



I numeri a livello globale:

- I fattori di rischio ambientali sono responsabili del 24% dei decessi annuali
- L'inquinamento dell'aria causa ogni anno 7 milioni di decessi
- Tra il 2030 e il 2050, si prevede che il cambiamento climatico provocherà circa 250.000 morti in più all'anno per malnutrizione, malaria, diarrea e stress da calore
- Si stima che i costi dei danni diretti alla salute legati al cambiamento climatico saranno tra 2 e 4 miliardi di dollari annui entro il 2030

Fonte: dati OMS



SETTORE CRUCIALE

La Commissione Europea si è accorta, forse in ritardo, che **l'industria farmaceutica può essere considerata una risorsa strategica per la salute pubblica, la crescita economica, l'occupazione, il commercio e la scienza**

di LUCA PANI

Insieme alla definizione dell'accordo sulla Brexit, la Commissione Europea ha pubblicato la tanto attesa Strategia farmaceutica per l'Europa e forse le due cose sono correlate. La mia personale opinione su questo documento è che vada nella direzione giusta anche se si poteva essere più incisivi e determinati su alcuni punti. È una strategia che abbraccia una vasta gamma di argomenti, dalla resistenza antimicrobica alla riduzione dell'impatto dei far-

maci sull'ambiente. Un'iniziativa degna di nota comprende la proposta di un'Autorità di Risposta alle Emergenze Sanitarie dell'Ue (Hera). **La pandemia Covid-19 ha indubbiamente fatto emergere il desiderio di una maggiore preparazione alle emergenze sanitarie e di un aumento della pianificazione nelle risposte che non sono state delle migliori.** L'Hera avrà, tra l'altro, la responsabilità di identificare le minacce

per la salute, suggerire le contromisure adeguate e affrontare le vulnerabilità della catena di approvvigionamento che è qualcosa che andava fatto da tempo. Un'altra proposta piuttosto significativa è quella di rivedere la legislazione sui farmaci per i bambini e per le malattie rare. Alcune di queste proposte erano già disponibili

e concordate da tempo, ma purtroppo sono state ritardate proprio a causa della Brexit. Oltretutto sono aree in cui bisogna muoversi con cautela. Uno studio recente ha dimostrato che gli incentivi previsti dal Regolamento sui farmaci orfani sono stati piuttosto efficaci nel promuovere

lo sviluppo di nuovi farmaci (orfani pediatrici), mentre **il Regolamento pediatrico, che si basa su obblighi, non è riuscito a raggiungere uno dei suoi obiettivi principali (ossia far arrivare un maggior numero di farmaci pediatrici)**. Un altro obiettivo della strategia si concentra sull'accesso, che deve essere facilitato da incentivi legati al lancio sul mercato e all'uso incoraggiato di farmaci generici e biosimilari. Si tratta di un'altra area che richiede un'attenta considerazione, poiché ci sono molti altri attori con cui l'industria farmaceutica deve negoziare oltre agli enti regolatori, come gli organismi Hta, i pagatori, gli enti di approvvigionamento locali e altri, proprio per rendere i nuovi farmaci disponibili ai pazienti. Un terzo punto è quello di creare uno Spazio europeo dei dati sanitari. La Commissione Europea si è accorta, forse in ritardo, che l'industria farmaceutica può essere considerata una risorsa strategica per la salute pubblica, la crescita economica, l'occupazione, il commercio e la scienza. L'accesso efficiente ai dati sanitari (del mondo reale) fornisce un vantaggio competitivo e l'interconnessione dei dati sanitari

in tutta l'Ue favorisce la generazione di prove a sostegno dello sviluppo di (nuove) entità terapeutiche. Di conseguenza, la Commissione propone di creare uno Spazio europeo dei dati sanitari interoperabile per migliorare lo scambio, l'accesso e l'analisi transfrontaliera di tali dati.

Un'altra proposta è quella di introdurre obblighi più forti in relazione alla fornitura di farmaci e alle carenze. **La Commissione riconosce che le carenze sono un problema nell'Unione Europea da molti anni e che la situazione è peggiorata durante la pandemia Covid-19. A tal fine, propone di "avviare e guidare un dialogo strutturato con gli attori della catena di valore della produzione farmaceutica". Mi pare un'ottima proposizione, da attuare urgentemente.**

Gli eventi senza precedenti degli ultimi anni hanno fornito un motivo in più per modernizzare tutta la filiera farmaceutica. Le aziende del settore life sciences hanno affrontato una pressione crescente da molte dire-



“ LE AZIENDE DEL SETTORE LIFE SCIENCES HANNO AFFRONTATO UNA PRESSIONE CRESCENTE DA MOLTE DIREZIONI ”

ITALIA LEADER NELLA PRODUZIONE INDUSTRIALE

Rispetto a quanto si dice non credo che l'Italia debba riconquistare la leadership nella produzione industriale, perché, in realtà, se si considera l'H-index del ranking mondiale degli ultimi 25 anni (1996-2021), l'Italia è all'ottavo posto per la Medicina, al nono per le scienze Farmaceutiche e al sesto per l'Ingegneria manifatturiera industriale e quindi siamo già dei leader. Certo si può sempre migliorare, ma la produzione ed esportazione industriale verso l'estero di prodotti farmaceutici di altissima qualità sono un vanto per il Paese.

Questi risultati non sono banali e vengono da lontano

Ricordo che l'Aifa, sin dal 2006, aveva contribuito allo sviluppo della task-force Impact – International Medical Products Anti Counterfeiting Taskforce - per tutelare la collettività dal pericolo rappresentato dai falsi medicinali che rappresentano un rischio per la salute mondiale e dal settembre 2010, ne coordinava la segreteria. Aifa in seguito istituì il Gruppo anticontraffazione italiano (con il Ministero della Salute, Nas, Istituto Superiore di Sanità, Dogane, Ministero dello Sviluppo Economico e Ministero dell'Interno) a cui poi, in varie forme e gruppi di lavoro, anche a livello internazionale ha partecipato la filiera della produzione farmaceutica industriale. In questo contesto quando nel luglio 2011 viene emanata la Direttiva europea sulla contraffazione dei medicinali (e quindi si sollevava l'asticella sulla qualità della produzione industriale) poi recepita dall'Italia nel 2014, noi eravamo pronti e davanti a molti altri Paesi. **Rammento le discussioni con gli industriali italiani che mi accusavano di essere troppo rigido e che avrebbero perso business a favore dei Cinesi e degli Indiani ma io mi fidavo degli Ispettori dell'Aifa che mi dicevano che a livello internazionale avevamo pochi rivali e così non facemmo alcun compromesso sulla qualità. Se non sbaglio, dopo un lungo inseguimento iniziato proprio nel periodo in cui ero pro-tempore il Dg dell'Agenzia negli ultimi anni abbiamo superato anche la Germania nella nostra produzione industriale farmaceutica. LP**

L'Agencia Europea dei medicinali, Ema ha pubblicato una guida per supportare le organizzazioni dei pazienti e gli operatori sanitari nella prevenzione e nella gestione della carenza di medicinali.

"La carenza di medicinali e la ridotta disponibilità rappresentano un problema crescente nell'Ue e nel mondo, amplificato dalla pandemia da Covid", spiega l'Ema. Le cause delle carenze possono includere problemi di produzione, carenza di materie prime, repentino aumento della domanda di medicinali, problemi di distribuzione, interruzioni del lavoro e disastri naturali. La guida dell'Ema elenca le misure che aiutano a migliorare la preparazione, la pianificazione e l'uso razionale per i medicinali che scarseggiano o che potrebbero mancare nel prossimo futuro. Per l'Ema bisogna sviluppare osservatori, in collaborazione con le autorità nazionali, per raccogliere e analizzare le segnalazioni dei pazienti e degli operatori sanitari sulle carenze; collaborare con le autorità nazionali su criteri e modalità per sviluppare registri dei medicinali essenziali e critici; organizzare campagne in tutta l'Ue per sensibilizzare sulle carenze.



zioni, tra cui l'aumento dei requisiti normativi, i progressi tecnologici senza sosta e l'intensa pressione sui prezzi. **Le sfide maggiori per le Agenzie regolatorie in un prossimo futuro saranno rappresentate dal controllo della trasformazione digitale, dagli acceleratori tecnologici, dai processi robotici automatizzati, dall'elaborazione e generazione di linguaggio naturale, dall'analisi predittiva e dagli impatti della intelligenza artificiale e dell'apprendimento automatico sulle sperimentazioni cliniche.**

La recente pandemia ha inoltre ridefinito i valori della nostra economia, ponendo al centro le tematiche legate alla salute e al benessere dell'intera comunità. È di tutta evidenza che lo sviluppo di tecnologie per la salute rappresenta un bisogno urgente a cui rispondere, a livello scientifico e tecnologico, attraverso l'integrazione e la collaborazione fra pubblico e privato, per progettare



studi più efficienti che accelerino la produzione di farmaci e vaccini innovativi. Nelle economie più avanzate, spesso sono state le risorse pubbliche a far progredire la green economy, le telecomunicazioni, le nanotecnologie e la farmaceutica. **Nel settore della salute, la funzione imprenditoriale dello Stato deve tradursi nel finanziamento di progetti di ricerca e innovazione lungimiranti, scevri da personalismi e clientele.** La commercializzazione di terapie innovative richiede sia nuovi modelli di riconoscimento di prezzo e processi di rimborso, sia una rivalutazione post-marketing del profilo rischio-beneficio di queste terapie attraverso la generazione di Real-World Evidence (Rwe). I modelli di pagamento devono mirare a un equilibrio fra l'esigenza per i "payer" (spesso pubblici) di disporre di modalità convenienti e

a basso rischio che consentano di finanziare l'innovazione terapeutica, la garanzia per i pazienti di accesso a nuove terapie a volte potenzialmente salvavita, e per i produttori di un ritorno rispetto al loro investimento. In Italia, non è più procrastinabile l'intervento su alcune aree fondamentali per la ricerca biomedica: la formazione e la professionalizzazione delle risorse umane; il rafforzamento dei meccanismi di gestione economico-finanziaria; la capacità di condividere strategie e processi decisionali; la disponibilità a misurarsi e misurare i risultati conseguiti e gli impatti generati; la necessità di lavorare sempre più in rete per realizzare investimenti di lungo termine; la promozione delle opportunità che possono derivare da collaborazioni virtuose, basate su una chiara definizione e distinzione di ruoli, tra enti pubblici e privati che si occupano di ricerca. Sono d'accordo con Guido Rasi quando dice che in Europa, come in Italia, negli ultimi 15 anni non si è ritenuto strategico il settore farmaceutico e quindi non si è sviluppata una politica farmaceutica, consentendo una delocalizzazione di troppe



tappe della catena produttiva. La grande tradizione europea e italiana di produzione dei vaccini è stata smantellata in soli 10 anni e ci ha messo nella condizione di negoziare, per esempio, i vaccini per la pandemia in veste di clienti. Sottolineo che questo tipo di strategia nazionale a lungo termine non solo è stata assente ma è stata persino osteggiata in Italia ai più alti livelli anche nelle dirigenze dei Ministeri e degli Enti preposti. Dopo decenni in cui un gruppuscolo di nostalgici demoliva in modo sistematico ogni strategia o il ruolo di una agenzia centrale che spingesse l'innovazione farmaceutica nel

Paese sempre gli stessi individui si sono chiesti come mai non avevamo il vaccino nazionale magari a base di Rna e magari prodotto nell'onnipresente Istituto Farmaceutico Militare. **La cosa in sé presenta degli aspetti surreali ma il vero problema è persino peggiore: la cultura scientifica e tecnologica non fanno parte del nostro patrimonio diffuso e al di là di qualche eccellenza le nostre scuole non insegnano la mentalità e soprattutto il metodo**

Adottata il 25 novembre 2020, la **Strategia farmaceutica per l'Europa** mira a creare un quadro normativo adatto al futuro e a sostenere l'industria nella promozione della ricerca e delle tecnologie affinché raggiungano effettivamente i pazienti al fine di soddisfare le loro esigenze terapeutiche, affrontando nel contempo le carenze del mercato. Terrà inoltre conto delle carenze evidenziate dalla pandemia di coronavirus e adotterà misure adeguate per rafforzare il sistema.

Si basa su 4 pilastri, che prevedono un'azione legislativa e non legislativa:

- **garantire ai pazienti l'accesso a medicinali a buon mercato** e rispondere alle esigenze mediche non soddisfatte (per esempio per quanto riguarda la resistenza antimicrobica, il cancro e le malattie rare)
- **favorire la competitività, la capacità di innovazione e la sostenibilità del comparto farmaceutico** dell'Ue e la produzione di medicinali di alta qualità, sicuri, efficaci e più ecologici
- **migliorare i meccanismi di preparazione e risposta alle crisi**, predisporre catene di approvvigionamento diversificate e sicure, affrontare le carenze di medicinali
- **assicurare una posizione solida dell'Ue sulla scena mondiale**, promuovendo standard elevati in termini di qualità, efficacia e sicurezza.

scientifico. Nonostante questo, alcune aziende farmaceutiche italiane hanno nelle loro pipeline avanzate farmaci innovativi per le malattie orfane o rare. Considerata anche la strategia della Commissione Europea di cui abbiamo parlato mi sembra un risultato di

cui andare orgogliosi ma non si può non ribadire quali risultati avremmo in presenza di un supporto politico e amministrativo in quest'area industriale che la pandemia ha dimostrato essere cruciale alla sopravvivenza fisica ed economica di un Paese.

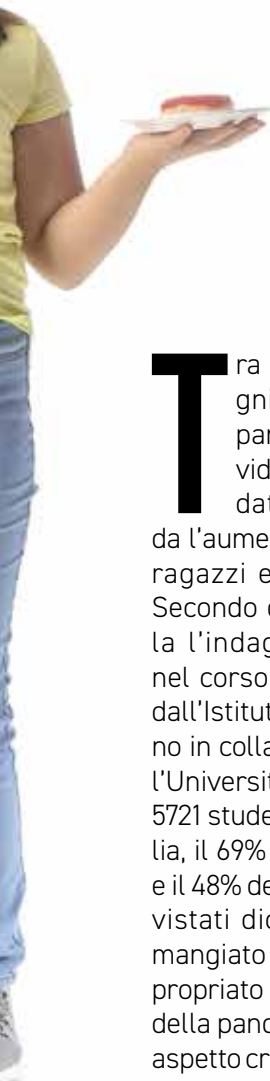
“ AL DI LÀ DI QUALCHE ECCELLENZA LE NOSTRE SCUOLE NON INSEGNANO LA MENTALITÀ E SOPRATTUTTO IL METODO SCIENTIFICO ”

Obesità infantile, SEMPRE PEGGIO

La pandemia ci ha lasciato in eredità un aumento dei casi di obesità dei bambini e dei ragazzi. L'allarme dei pediatri: "Il 20% dei bambini italiani è in sovrappeso". E intanto da noi non si approva la sugar tax, mentre anche l'educazione alimentare e gli interventi di prevenzione stentano a decollare, soprattutto al sud

di CRISTINA CORBETTA





la percentuale di chi ha smesso di fare sport è passata dal 20,1% (2020) al 32,4% (2022)

Se i nostri ragazzi hanno mangiato troppo e si sono mossi poco, per i più piccoli le cose vanno anche peggio. **In merito alla presenza di sovrappeso e obesità, l'Istat segnala nell'ultimo anno un'interruzione della tendenza al miglioramento rilevata negli anni precedenti.** Maggiormente interessati i bambini fra i 3 e i 5 anni di età rispetto all'intera fascia 3 -17 anni

Il dato trova corrispondenze anche oltre i confini nazionali: secondo quanto segnala uno studio del Cdc (Centers for Disease Control and Prevention) condotto negli Stati Uniti su oltre 432 mila bambini e ragazzi tra 2 e 19 anni, la percentuale di bambini e ragazzi obesi censiti in un anno è passata dal 19,3% al 22,4%

Oggi siamo uno dei paesi europei con il più alto tasso di prevalenza dell'obesità infantile, preceduti solo da Cipro, Spagna e Grecia. Lo sanno bene i pediatri che, nel



SUGAR TAX, UNA STORIA DI RINVII

E poi c'è la storia della sugar tax, indicata come priorità per combattere l'obesità da organizzazioni come Oms e World Cancer Research Fund, ma non ancora introdotta in Italia. La tassa sulle bevande zuccherate, ed eventualmente su altri prodotti contenenti zucchero, già adottata da diverse nazioni al mondo ha l'obiettivo di ridurre il consumo di zucchero aggiunto agli alimenti. In Europa, secondo quanto scritto nel rapporto pubblicato dall'Ufficio europeo dell'Oms per la Prevenzione e il controllo delle malattie non trasmissibili, solo il 19% dei paesi hanno adottato la sugar tax. e cioè Belgio, Finlandia, Francia, Ungheria, Irlanda, Lettonia, Principato di Monaco, Norvegia, Portogallo e Regno Unito. L'Italia non c'è in questo elenco; Perché?

Da noi l'introduzione della Sugar tax, prevista dalla Legge di Bilancio 2020 è stata rinviata al 2023., ma sembra che tra le prime mosse del nuovo Governo ci sarebbe la decisione di abolirla. I tecnici del Mef avrebbero confermato un nuovo rinvio di un anno con la legge di bilancio, per arrivare fino al 31 dicembre 2023, per poi procedere con un ricalcolo del gettito potenziale in primavera nel Def in vista dell'abolizione definitiva. Secondo uno studio promosso da Assobibe, l'associazione che tutela le imprese che vendono bevande analcoliche, l'introduzione di questa tassa comporterebbe un effetto negativo per il settore, con una contrazione del mercato del 16 per cento e un calo del fatturato pari a 180 milioni di euro. Tutto questo per la riduzione dei consumi, che Assobibe stima in una percentuale del 17%. Secondo quanto scrive Assobibe "all'estero la tassa è stata introdotta in Paesi che registravano significativi aumenti dei consumi, senza peraltro produrre alcun risultato in termini di riduzione dell'obesità; inoltre, se si fosse dovuta applicare, la legge si sarebbe aggiunta ai rincari, che già si prospettano numerosi, dalle materie prime e ai costi dei servizi energetici".

“**OGGI SIAMO UNO DEI PAESI EUROPEI CON IL PIÙ ALTO TASSO DI PREVALENZA DELL'OBESITÀ INFANTILE**”

Nutri score, perché in Italia non c'è?

Molti Paesi d'Europa utilizzano una sorta di "semaforo", il Nutri-Score, di origine francese, come etichetta sui prodotti alimentari. È un sistema di facile comprensione, che ha lo scopo di aiutare il consumatore a fare scelte ottimali per la sua salute, quindi ad esempio ridurre gli zuccheri aggiunti, grassi e sale. In Italia, però, si usa un'etichetta a batteria: monocoloro, azzurro chiaro, densa di numeri, e in generale meno comprensibile per un comune cittadino rispetto al nutri-score.

loro ultimo congresso, che si è tenuto nel maggio scorso a Sorrento, sono tornati a lanciare l'allarme su quella che definiscono "una sfida tra le più rilevanti per la salute pubblica del nostro secolo". "L'obesità - ha detto Annamaria Staiano, Presidente della Società Italiana di Pediatria, - è un modello precursore di malattie croniche che il servizio sanitario nazionale deve affrontare in epoche successive della vita. Occorre investire sulla prevenzione di questa emergenza sociale, che presenta anche diverse complicanze. Sono

in aumento ad esempio le malattie correlate, tra cui il diabete 2, in crescita tra i bambini e che in passato veniva chiamato diabete dell'adulto".

In più, c'è stata la pandemia, che ha avuto conseguenze anche in questo settore: secondo quanto segnalano i pediatri della Sip, circa il 40% dei bambini ha modificato le proprie abitudini alimentari durante la pandemia, il 27% ha mangiato di più, incrementando in particolare il consumo di snack (60,3%), di succhi di frutta (14,0%) e di bibite (10,4%). Inoltre bambini e nei ragazzi di

età compresa tra 6 e 18 anni hanno aumentato in modo considerevole il tempo passato davanti a uno schermo, complice anche la Dad, a scapito dell'attività fisica.

Ma il "problema nel problema" è anche la disuguaglianza che emerge dai dati. Il rischio obesità appare infatti collegato anche alla località in cui si vive: al sud si sta peggio che al nord. E anche in Italia si conferma quanto segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, ovvero che anche per i bambini l'obesità è associata a disuguaglianze socio-economiche e riguarda in maggior misura le classi sociali più svantaggiate.

Anche su queste disuguaglianze indagherà un questionario elaborato nell'ambito dell'Osservatorio sull'obesità infantile (di cui fanno parte la Fimp - Federazione Italiana Medici Pediatri - , la Clinica Pediatrica dell'Istituto Giannina Gaslini e l'Università degli Studi di Genova e Helpcode Italia) che ha l'obiettivo di descrivere e analizzare lo stato nutrizionale dei bambini italiani, non solo per delineare la situazione dell'obesità e del sovrappeso in età infantile ma anche per attuare specifici programmi di prevenzione.



“ PER AFFRONTARE LA SFIDA ALL'OBESITÀ SERVE UN CONSENSO POLITICO SU UNA POLITICA GOVERNATIVA TRASVERSALE ”



“ OCCORRE INVESTIRE SULLA PREVENZIONE DI QUESTA EMERGENZA SOCIALE ”

I dati, spiega Mohamad Maghnie, Direttore della Clinica Pediatrica Irccs Istituto Giannina Gaslini, Università di Genova, riguarderanno diverse decine di migliaia di soggetti e saranno pronti per il prossimo anno, ma la variabilità tra regioni è già stata più volte confermata, così come la variabilità rispetto alle etnie. “Il problema – spiega Maghnie – è che l’obesità è una malattia complessa e multifattoriale, con una forte componente neurocomportamentale e sociale; basti pensare che la maggioranza dei ragazzi obesi non si ritengono tali, e che un genitore su tre non riconosce l’obesità del proprio figlio. E quando anche un giovane riconoscesse di essere obeso, nella maggior parte dei casi non saprebbe

come comportarsi e a chi rivolgersi”.

E questo è il punto: secondo Maghnie per affrontare la sfida all’obesità serve un consenso politico su una politica governativa trasversale che non solo promuova linee guida e documenti di consenso, ma valuti con attenzione le attività di prevenzione da mettere in atto (non ultima la disponibilità di strutture adeguate per un’attività fisica mirata) e una cabina di regia che deve per forza interpellare le Regioni.

Ad oggi, sul versante Ministero della Salute, non si hanno notizie recenti del tavolo di lavoro istituito presso l’Ufficio 8 della Direzione generale della prevenzione sanitaria con decreto ministeriale del 18 gennaio 2019 e prorogato fino a marzo 2022, che ha comunque il merito di aver elaborato le “Linee di indirizzo per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell’obesità”, approvate



BeBa, un’app per promuovere stili di vita sani

Per favorire stili di vita sani ci sono anche le app dedicate ai genitori. Tra le più recenti c’è BeBa (Benessere Bambini), realizzata dall’Ausl di Reggio Emilia, dall’Università di Bologna e da Lepida. L’app è indirizzata ai genitori e offre indicazioni mirate a seconda dell’età dei bambini, news e consigli per promuovere la lettura, l’ascolto di musica, l’attività fisica e una sana alimentazione; propone anche un ricettario per stimolare le famiglie a cucinare pasti equilibrati e sani. Sono diversi, ormai, gli studi che dimostrano l’efficacia dell’utilizzo delle app nel mantenimento di stili di vita salutari. Il supporto tecnologico dello smartphone rende più semplice il superamento di alcune barriere alla veicolazione

di messaggi di promozione della salute, specialmente nella popolazione più svantaggiata da un punto di vista culturale. L’applicazione è scaricabile gratuitamente sul proprio cellulare dagli store GooglePlay e Apple.



a luglio 2022 in Conferenza Stato-Regioni. Queste linee di indirizzo forniscono le azioni necessarie da intraprendere con l’obiettivo di individuare un percorso integrato e condiviso tra l’area preventiva e quella clinica, ovvero tra la medicina di base, i Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (Sian) dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl e i diversi setting di cura specialistici ambulatoriali/ospedalieri, tra cui interventi volti ad aumentare la competenza in salute (health literacy) relativa all’alimentazione e interventi per la riduzione dell’impatto del marketing di alimenti e bevande, in particolar

modo destinate ai bambini, adottate dalle industrie.

Il documento delinea le misure da implementare in tutte le Regioni e Province Autonome per la prevenzione e il contrasto del sovrappeso e dell’obesità e individua alcuni indicatori di monitoraggio per verificarne l’applicazione nelle realtà territoriali. Con l’obiettivo, in linea con quanto definito dal Piano Nazionale della Prevenzione (Pnp) 2020-2025, di contrastare le disuguaglianze di genere e sociali nella prevenzione e nella gestione dell’obesità. Ancora una volta, e giustamente, la palla passa alle Regioni.



A ben far **porre** li 'ngegni

Abbiamo adattato questa citazione dantesca per farne un'esortazione rivolta a noi stessi innanzitutto.

L'attualità di una sfida antica: Salute, Territorio e Community building

di IVAN MAZZOLENI

L'Azienda SocioSanitaria Territoriale dei Sette Laghi è chiamata a servire un territorio che va dal confine svizzero a Sesto Calende, dal Lago Maggiore al Ceresio, con quasi 500mila abitanti: sette ospedali, decine di strutture territoriali in fase di riorganizzazione, in applicazione ai principi sanciti dalla recente riforma sanitaria lombarda e dall'ancora più recente Dm 77/22. Accanto al Polo Ospedaliero, sede per eccellenza della cura delle acuzie, Asst è chiamata a riorganizzare il cosiddetto Polo Territoriale, affidato alla mia Direzione, l'ambito in cui l'offerta sociosanitaria si integra con quella sociale di competenza degli enti locali, concretizzando percorsi di cura e assistenza completi, fondati sui principi della continuità e costruiti davvero a partire dalle esigenze della persona ed



La Casa della Comunità di Tradate, a breve saranno inaugurate quelle di Varese, Arcisate e Laveno Mombello. Attivato il nuovo servizio dell'infermiere di famiglia e comunità

offerti il più possibile nel suo contesto di vita, fino al domicilio. Gangli di questa rete, le Case della Comunità, luoghi, nel senso sociologico del termine, in cui la comunità non è solo destinataria dei servizi, ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: "disegnando

nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione". Quest'ultima citazione è un invito esplicito ad adottare l'impostazione del community building,

che si propone di promuovere sinergie tra i diversi attori attivi sul territorio, dagli enti locali al terzo settore, alle associazioni di categoria, alle imprese, a chiunque abbia proposte che permettano di implementare l'offerta e a promuovere la salute nel senso più ampio del termine, il well-being, a rispondere a bisogni espressi o ancora latenti, a migliorare, in sintesi, la qualità della vita degli abitanti di quel determinato distretto. L'attività di community building, infatti, non è avulsa dal contesto, tutt'altro: si sviluppa dentro al tessuto sociale, tiene conto delle peculiarità di un determinato territorio, mira a farne risorse e a valorizzarle. Presupposto affinché funzioni, lo sviluppo di externalità positive di rete tra coloro che "a ben fare pongono gli ingegni", appunto, raccogliendo una sfida antica ma straordinariamente attuale, fon-

data sul concetto di comunità. Community però è la versione più moderna di comunità e non solo la sua traduzione in lingua inglese. **Community fa riferimento alle relazioni fisiche e virtuali, alle potenzialità delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione quali strumenti di partecipazione democratica. Building è evidentemente metaforico, ma rende bene l'idea: fa venire in mente la costruzione delle cattedrali nel medioevo, quel grande progetto, quasi epico, che coagulava l'intera collettività del luogo per fare qualcosa di grandioso insieme, rispetto al quale riconoscersi, in cui manifestare la propria unità, i propri ideali.**

L'obiettivo è coagulare le risorse e le competenze già presenti intorno a progetti sostenibili, nella consapevolezza che una sanità sostenibile non è una sanità al ribasso, è un servizio che valorizza al meglio le risorse che lo consentono e che rappresenta il presupposto per una crescita ulteriore, e non solo della sanità stessa, perché una popolazione in salute è la premessa per una società sostenibi-

le anche dal punto di vista ambientale, economico e sociale. Asst Sette Laghi sta facendo la sua parte: dal marzo scorso abbiamo attivato il nuovo servizio dell'infermiere di famiglia e comunità, aperto la Casa della Comunità di Tradate e, entro la fine dell'anno, inaugureremo quelle di Varese, Arcisate e Laveno Mombello. Continueremo a riempire di contenuti la nostra offerta, senza che le difficoltà, a partire dalla carenza generalizzata di molte categorie professionali, diventi una giusti-

Quando si parla di sostenibilità si pensa subito alla declinazione economica, ambientale, sociale del concetto, dando per scontato un tema che ne rappresenta invece il presupposto imprescindibile: la salute, intesa come benessere dell'individuo e della collettività, condizione indispensabile per un contributo costruttivo da parte di ciascuno alla crescita della comunità stessa e della capacità del sistema a sua volta di prendersi cura di chi ne ha bisogno.

ficazione per rinunciare a crescere e a migliorarci. Intanto stiamo esortando i nostri stakeholders, distretto per distretto, a essere dei nostri: una proposta culturale può essere preziosa per i pazienti neurologici, così come progetti di attività motoria possono aiutare a prevenire o a curare meglio malattie cardiovascolari. Ci sono mille modi per contrastare la solitudine, un servizio di trasporto può aiutare i pazienti, un centro ricreativo può migliorare la qualità della vita degli anziani come proporre cibi sani spiegando qual è la differenza e come valorizzarla.

In questo, **un alleato prezioso può rivelarsi il metaverso: non una semplice tecnologia, ma un mondo ulteriore, dove i nostri avatar possono interagire al di là delle categorie di spazio e tempo, dialogare e confrontarsi, creando nuovi contenuti e nuovi "luoghi".**

Ma può anche aggiungere valore e significati a "luoghi" fisici e far incontrare avatar con persone reali, o persone reali con altre persone reali, in luoghi virtuali: in un caso come nell'altro, ci sono persone reali che trovano risposte

e compagnia, informazioni e calore. Trovano la Casa della Comunità, o meglio la sua filosofia: la Casa della Comunità racchiude un potenziale enorme dal punto di vista umano e assistenziale, ma in quanto luogo fisico, ha dei limiti naturali.

Il metaverso può andare oltre i limiti naturali, le barriere architettoniche che contengono, cioè tengono contenuta, la sanità di prossimità.

La sfida è mettere davvero il metaverso al servizio delle Case della Comunità, affinché la prossimità non sia più confinata dalla categoria dello spazio e del tempo, dalla carenza di personale, dalla ristrettezza degli spazi o della difficoltà nel raggiungerli.

Sta passando un treno, in questa fase storica, frutto di novità tecnologiche e organizzative, ma soprattutto di nuove consapevolezza e nuovi schemi mentali. Quel treno che spesso si aspetta, quello che può cambiare le cose, la vita di tutti e di ciascuno. È un treno carico di opportunità. Quello che proponiamo è di non limitarci ad aspettarlo. Quello che proponiamo a chi vuole seguirci in questa sfida è di salire a bordo e accettare la sfida!

UNA POPOLAZIONE IN SALUTE È LA PREMessa PER UNA SOCIETÀ SOSTENIBILE ANCHE DAL PUNTO DI VISTA AMBIENTALE, ECONOMICO E SOCIALE



Nuove modalità per il cambiamento

Un'inedito e innovativo utilizzo dello strumento della Narrative Medicine per un intervento di analisi organizzativa e promozione di una trasformazione nelle Case della Salute

di G. MARINO, M. PASQUINI, D. PAGLIACCI, C. MACCAFERRI

La recente e dolorosa esperienza della pandemia da Covid 19 che ha interessato tutto il Servizio Sanitario Nazionale ha richiesto a tutti gli attori della Sanità, una profonda riflessione sul-

la qualità delle risposte fornite dai servizi sanitari e socio-sanitari: da qui la necessità di promuovere interventi mirati per contenere i punti di debolezza del sistema e svilupparne, dove possibile, le sue potenzialità. Nel caso delle Case della Salute (CdS), soprattutto

in quelle di maggiori dimensioni, è emersa la necessità d'intervenire per favorire l'integrazione tra i professionisti della struttura e tra questa e la popolazione dei territori di riferimento. I servizi della CdS sono di qualità nel loro ambito interno, ma le modalità di lavoro delle diverse équipe specialistiche, non sono diffuse e restano informali le collaborazioni e le sinergie tra i vari servizi e i diversi professionisti, in particolare, se provenienti da specialità e da ambiti diversi.

Il superamento delle criticità evidenziate richiede un cambiamento profondo: nuove procedure, nuovi comportamenti e, soprattutto, la diffusione di una nuova "cultura organizzativa" capace di dare valore all'integrazione e alle sinergie professionali.

Per questo è possibile



prevedere la realizzazione di un intervento istituzionale, articolato nelle forme e nei tempi, che possa permettere il conseguimento degli obiettivi attesi.

Le difficoltà che caratterizzano i momenti di cambiamento organizzativo, suggeriscono di rivolgere particolare attenzione agli strumenti che possono dimostrarsi maggiormente efficaci nel coinvolgere attivamente tutti gli attori organizzativi, nel favorire la diffusione di una nuova cultura organizzativa, la motivazione e una diffusa adesione e un impegno personale e professionale per il miglioramento. Non va dimenticato, per questo, che molti operatori nel corso degli anni, hanno partecipato a momenti formativi, non sempre efficaci, realizzati con l'obiettivo di fornire strumenti più adeguati per affrontare i momenti del passaggio organizzativo. Da qui possibili resistenze a essere coinvolti, una volta di più, in iniziative rivolte a supportare un cambiamento organizzativo che potrebbe essere vissuto solo come un mero adempimento. Un target culturalmente "evoluto" sul piano delle conoscenze, non sempre

LE FASI DEL LAVORO

- **Ascolto e analisi dei vissuti degli attori organizzativi, timori e attese, che accompagnano i momenti di cambiamento organizzativo.**
- **Raccolta dei dati più rilevanti emersi e formulazione di proposte d'intervento per il contenimento delle criticità e il supporto alle opportunità evidenziate.**
- **Analisi di fattibilità e implementazione delle azioni più importanti, in base ai criteri di urgenza e importanza.**

pronto ad abbandonare, ancora una volta, comportamenti conosciuti e per questo sicuri, talvolta deluso per un mancato ascolto delle proposte rivolte al miglioramento organizzativo.

È opportuno, per questo, prevedere la realizzazione di un progetto articolato in momenti distinti e complementari, capace di favorire la realizzazione di un cambiamento necessario e, forse, non più rinviabile.

L'approccio teorico e gli strumenti più adatti da utilizzare nella fase dell'ascolto sono stati individuati nella Narrative Medicine. Per quanto riguarda invece le fasi successive si suggerisce l'uso degli strumenti proposti dalle Teorie dello Sviluppo Organizzativo che si sono dimostrate

particolarmente efficaci riguardo alle situazioni di cambiamento organizzativo.

La fase iniziale è particolarmente importante perché fornisce ai partecipanti una prima indicazione della credibilità di tutto il percorso, e della professionalità di chi lo propone, oltre a condizionare gli esiti delle fasi successive.

Gli strumenti della Narrative Medicine che si sono dimostrati utili ed efficaci in situazioni diverse per gli ambiti in cui sono stati usati, in prevalenza situazioni di disagio e di malattia, si presentano come i più adatti per questo tipo di percorso e per le finalità cui è rivolto. La scelta è suggerita dalle finalità di far emergere, ascoltare ed elaborare emozioni e sentimenti

che caratterizzano i momenti del cambiamento organizzativo, favorire un confronto con i colleghi, affrontare in modo più consapevole gli eventi interni ed esterni all'organizzazione sanitaria. Come negli interventi più tradizionali della Narrative Medicine, si valorizza la comprensione della persona/paziente per restituirle competenza, decisione e progettualità, per intraprendere un percorso insieme di alleanza terapeutica, così allo stesso modo, nella valenza declinata all'interno dell'organizzazione con il coinvolgimento degli operatori, è possibile avviare un percorso di co-costruzione condivisa di trame di senso organizzativo, al fine di sviluppare un senso di appartenenza e di partecipazione agli obiettivi aziendali che non sia solo formale.

La possibilità di rispecchiarsi in una nuova vision, riuscire a rivedersi e a riconoscersi da operatori a protagonisti, attori di un cambiamento importante sul piano istituzionale, professio-



**“ SVILUPPARE UN NUOVO SENSO DI APPARTENENZA
E DI PARTECIPAZIONE VERSO GLI OBIETTIVI AZIENDALI ”**



La Regione Emilia Romagna, nell'ambito di un ampio processo di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, ospedaliera, territoriale, e socio-sanitaria, ha definito, con la Delibera di Giunta Regionale 2128/2016 la creazione di una rete di strutture socio-sanitarie, le Case della Salute (CdS) che rappresentano dei nuovi presidi dove i servizi di assistenza primaria s'integrano con quelli specialistici, ospedalieri, della sanità pubblica, della salute mentale e dei servizi sociali.

L'offerta socio-sanitaria di queste strutture è affidata all'azione congiunta dei Medici di Famiglia, Pediatri, Medici Specialisti, Infermieri, Assistenti Sociali, Ostetriche, Operatori Socio-Assistenziali, personale di front line, associazioni di pazienti e di volontariato. Tutte le strutture si rifanno a un unico modello organizzativo, ma ognuna si connota per peculiari caratteristiche: il territorio d'insediamento, la storia, le dimensioni della struttura, le figure professionali che vi operano.

nale e personale, è la condizione indispensabile per permettere poi nella fase successiva di formulare proposte adatte a permettere di realizzare il cambiamento richiesto.

Il successo dell'intero percorso richiede al conduttore/formatore una puntuale conoscenza delle caratteristiche del contesto in cui questo viene realizzato, la conoscenza dell'uso degli strumenti della Narrative Medicine: competenze che possono appartenere sia a personale proveniente dall'istituzione che a professionisti esterni.

La modalità più efficace per lo svolgimento dell'attività della fase iniziale è quella propria degli interventi di formazione: un'aula dotata dei supporti didattici, la possibilità di poter disporre di spazi dedicati per il lavoro dei sottogruppi, un gruppo di partecipanti di 10-15 unità costituito privilegiando i criteri della più ampia eterogeneità: settore operativo di provenienza, ruolo professionale ricoperto, età. È importante che l'inter-

vento possa prevedere la partecipazione di tutti gli operatori della struttura, indipendentemente dal livello di potere della posizione ricoperta. La durata di ogni incontro, uno per ogni gruppo, indicativamente, potrebbe essere di tre/quattro ore. La guida del gruppo richiederà precise attenzioni nell'illustrare le finalità dell'iniziativa, l'importanza attribuita al contributo che ogni partecipante vorrà fornire, una disponibilità al confronto ed allo scambio aperto con i colleghi.

In ogni incontro, in tutti i gruppi, verranno utilizzati gli stessi strumenti della scrittura riflessiva, secondo quanto suggerito dalle teorie della Narrative Medicine, per permettere l'aggregazione e l'analisi dei dati ritenuti più ricorrenti e rilevanti. Obiettivo degli incontri sarà quello di ascoltare e raccogliere dagli operatori la libera espressione delle emozioni e dei sentimenti vissuti nelle dimensioni del "qui" e "ora" organizzativo.

La lettura degli elaborati in plenaria, costituirà un

primo momento di riflessione e di analisi da parte del gruppo dei partecipanti, riguardo agli elementi più significativi che dovranno essere raccolti e costituiranno il materiale da usare nelle fasi successive del percorso. Questa potrà prevedere la costituzione di gruppi interfunzionali, costituiti con lo specifico compito di tradurre, in progetti e azioni, quanto emerso dal lavoro dei colleghi nella precedente fase di lavoro.

Il coinvolgimento e l'ascolto delle "narrazioni" degli operatori della CdS deve essere rivolto a valorizzare e a favorire la motivazione per un impegno attivo, non di accondiscendenza, in quello spazio relazionale tra l'operatore e l'organizzazione, in cui si negoziano i significati del lavorare, in cui è forse possibile cercare di riconoscere il senso dell'impegno nell'organizzazione con la progettazione e realizzazione di un contesto di lavoro che, per valori, struttura, processi, tecnologia e clima organizzativo, sia capace di esaltare le capacità creative e positive di tutti gli attori organizzativi.

I dati più ricorrenti e ritenuti importanti che

“ L'OBIETTIVO DEL PERCORSO È QUELLO DI AVVIARE LA TRASFORMAZIONE DELLE CDS DA "POLIAMBULATORIO" A UNA VERA CASA DELLA COMUNITÀ ”

“ SI VALORIZZA LA COMPrensIONE DELLA PERSONA/PAZIENTE PER RESTITUIRE COMPETENZA, DECISIONE E PROGETTUALITÀ ”

Il concetto di “Narrative Based Medicine” è nato verso la fine degli anni Novanta grazie al contributo di Rita Charon e Rachel Naomi Remen, nel tentativo di colmare i limiti della medicina fondata sull'evidenza e di superare una visione riduttiva della persona, spesso basata esclusivamente su dati clinici e strumentali.

Questa visione tende a cancellare la sofferenza dalla malattia, ad oggettivare e omologare gli individui, negando la loro esperienza individuale e personale.

L'approccio di tipo olistico sul quale si fonda la medicina

narrativa, attribuisce importanza agli aspetti psicologici, sociali, ontologici, esistenziali della persona assistita con l'obiettivo di aiutarla a definire ed elaborare il vissuto di malattia, attraverso un processo di co-costruzione di senso che si realizza nella narrazione e nella relazione terapeutica.

La relazione diviene quindi un elemento fondamentale nel processo di cura.

emergeranno da questa fase del lavoro, dovranno essere condivisi per individuare le possibili azioni da realizzare per favorire l'efficace realizzazione del cambiamento organizzativo atteso.

Da evitare valutazioni superficiali o affrettate delle proposte dei gruppi di lavoro e/o il rinvio a un tempo non definito della realizzazione delle fasi successive dell'intervento, per non alimen-

tare eventuali posizioni di aperto scetticismo nei confronti del percorso e dei concreti risultati che questo può produrre.

L'esperienza comune a molti operatori riporta a situazioni analoghe, quando le attese di presa in carico e di realizzazione delle proposte formulate dagli operatori, si sono arenate di fronte ad una precisa volontà a rinviare in un tempo futuro non definito, l'analisi dei contributi forniti.

Il rischio che questo possa verificarsi è sempre ben presente negli operatori che possono, per questo, riservarsi di fornire un contributo originale, dichiarandosi delusi per gli esiti negativi di analoghe esperienze vissute nel passato organizzativo.

Il progetto delinea un'inedita e innovativa modalità di utilizzo dello

strumento della Narrative Medicine per un intervento di analisi organizzativa e promozione di un cambiamento partendo dal presupposto che, come la Narrative Medicine valorizza la comprensione della persona/paziente per restituire competenza, decisione e progettualità per intraprendere un percorso insieme di alleanza terapeutica, così allo stesso modo, il suo utilizzo in ambito organizzativo può declinarsi per favorire il coinvolgimento degli operatori e per avviare un percorso di costruzione condivisa di trame di senso organizzativo a partire dal loro vissuto soggettivo. Il fine è quello di sviluppare un nuovo senso di appartenenza e di partecipazione verso gli obiettivi aziendali, finalizzati alla revisione e al cam-

biamento delle prassi operative, dei processi e della cultura organizzativa delle CdS che non siano solo un formale e passivo adattamento allo status quo. L'obiettivo del percorso è quello di avviare la trasformazione delle CdS da “poliambulatorio” a una vera “casa della comunità”, capace di dare valore all'integrazione e alle sinergie professionali al suo interno, di aprirsi all'esterno verso la comunità per la realizzazione dei principi d'integrazione, equità e accessibilità con nuove sensibilità e con nuovi occhi per guardare la realtà. Una necessità, una sfida che chiede alle Direzioni, ai Direttori dei Distretti e dei Dipartimenti di Cure Primarie, ai Responsabili Infermieristici e a tutti gli Operatori della Casa della Salute di essere affrontata e vinta.





Terapia senza danno

Per migliorare l'aderenza terapeutica e favorire un'assunzione più consapevole dei farmaci è **necessaria una più efficace educazione dei pazienti** svolta magari in team multidisciplinare, coinvolgendo anche i farmacisti

La Giornata mondiale della sicurezza del paziente è una delle Giornate mondiali della salute pubblica promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Ogni anno, viene scelto un tema su un argomento prioritario nell'ambito della "Sfida globale per la sicurezza dei pazienti". Le pratiche mediche non sicure e gli errori terapeutici infatti sono tra le principali cause di danni evitabili nell'assistenza sanitaria in tutto il mondo. Lo slogan "Farmaci senza danno", scelto per la giornata del 2022, mira a focalizzare l'attenzione sul rendere il processo di somministrazione dei farmaci più sicuro e privo di danni. L'ultimo rapporto nazionale sull'uso dei farmaci, pubblicato nel luglio 2022 dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (Osmed) dell'Aifa, ha evidenziato come nella popolazione anziana si assista ad un progressivo incremento del numero di principi attivi assunti all'aumentare

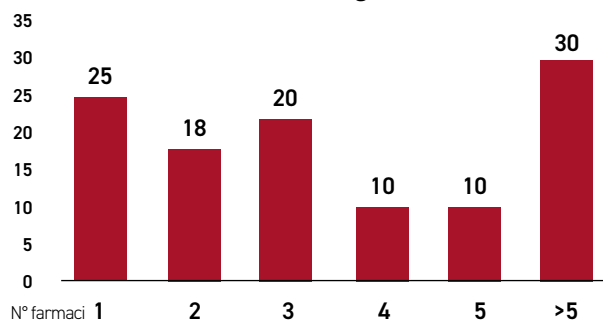
di **MARCELLO SIMONINI, DIANA PASCU, STEFANO TARDIVO**

dell'età. Il 97,1% ha infatti ricevuto nel corso del 2021 almeno una prescrizione farmacologica ed ogni utilizzatore ha consumato in media più di tre dosi di farmaco al giorno con una media di sette molecole diverse. Questo evidenzia la priorità di una corretta informazione alla gestione della terapia soprattutto per quella fascia di popolazione che, a causa di patologie croniche, si trova esposta ad una politerapia. Nell'ottica della Giornata mondiale della sicurezza del paziente,

promossa attivamente da Regione Veneto presso tutte le strutture sanitarie regionali, in pieno accordo tra le due Direzioni Sanitarie di Azienda Ulss9 Scaligera e Azienda Ospedaliera Universitaria di Verona-Aouivr è stato organizzato a Verona un evento dal tema "Farmaci senza danno" con l'obiettivo di rendere più sicura per i pazienti l'assunzione della terapia. Sono stati presentati i risultati di un'indagine svolta da Ulss9 e Aouivr sui punti critici relativi alla terapia

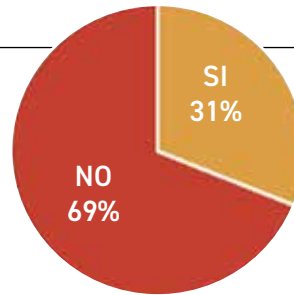
farmacologica a domicilio, realizzata tramite la somministrazione di un questionario anonimo a 184 pazienti ricoverati in diversi reparti ospedalieri. L'80% dei pazienti intervistati ha dichiarato di seguire una terapia farmacologica cronica con una media di 3,8 farmaci/giorno per ogni paziente (benché il 26% del campione assuma quotidianamente più di 5 farmaci diversi). La grande maggioranza degli intervistati riferisce di assumere la terapia così come prescritta dal me-

Numero di farmaci assunti giornalmente



L'incremento dell'età e delle patologie croniche a carico della popolazione ha determinato un corrispettivo aumento anche dei farmaci: **l'80% dei pazienti assume una terapia farmacologica cronica con una media di 3,8 farmaci/giorno per ogni paziente**, ma al 26% del campione sono stati prescritti più di 5 farmaci diversi.

Sa se i farmaci che assume non vanno d'accordo con altri farmaci, alimenti o sostanze?



L'incremento dell'età e delle patologie croniche a carico della popolazione ha determinato un corrispettivo aumento anche dei farmaci: l'80% dei pazienti assume una terapia farmacologica cronica con una media di 3,8 farmaci/giorno per ogni paziente, ma al 26% del campione sono stati prescritti più di 5 farmaci diversi.

dico (88% dei pazienti) e solo un 10% dei pazienti aggiunge ulteriori farmaci scelti autonomamente. La richiesta di assistenza nella gestione della terapia farmacologica riguarda il 17% del campione mentre il restante 83% è autonomo. Questo dato va di pari passo con il fatto che la maggior parte delle persone ricorda i nomi dei farmaci che assume, mentre il 22% ricorre ad una lista. La corretta adesione alla terapia prescritta appare elevata: il 91% dei pazienti dichiara di attenersi scrupolosamente alle indicazioni del medico relative a posologia e modalità di assunzione della terapia e solo un 15% sospende un farmaco senza previa consultazione medica. **Le cause dell'abbandono della terapia sono da ricercare non solo nell'insorgenza di effetti collaterali, ma anche nel miglioramento della sintomatologia per cui si ritiene superfluo il proseguimento della cura (aspettative elevate e criticità, soprattutto per le terapie antibiotiche).** Interessante, seppur rara, la segnalazione di una difficoltà di approvvigionamento del farmaco d'interesse. Un dato allarmante riguarda invece la mancata conoscenza delle interazioni sia tra terapia assunta e alimenti introdotti con la dieta

sia con altri farmaci, anche da banco, come gli integratori: più dei due terzi dei pazienti non sono informati di questa evenienza. Estremamente utile ad illustrare nel dettaglio tale aspetto sono state le relazioni di Gloria Mazzali, geriatra di Aouivr e di Silvia Adamo, farmacista della Uoc Assistenza Farmaceutica Territoriale Azienda Ulss 9, che hanno descritto le interazioni sia tra farmaci sia tra farmaci ed alimenti e sostanze. **Se grande è l'attenzione del paziente verso la data di scadenza del farmaco (oltre il 90% dichiara di non aver mai assunto un farmaco scaduto), più di un quarto del campione ammette invece di aver commesso errori nell'assunzione della terapia: l'orario errato è la causa più frequente (76% dei casi) seguita dall'assunzione del farmaco sbagliato (13%) e dal dosaggio non corretto (11%).** Dai risultati analizzati si evince quindi che, anche a Verona, seppur ci sia un'elevata fiducia nel medico prescrittore, i pazienti richiedano comunque una maggiore chiarezza e completezza di informazioni soprattutto

sugli effetti collaterali dei farmaci e le interazioni con la dieta. Al fine di migliorare l'aderenza terapeutica e favorire un'assunzione più consapevole della terapia si rende quindi necessaria una più efficace educazione terapeutica dei pazienti svolta magari in team multidisciplinare, coinvolgendo anche i farmacisti. **Parimenti l'implementazione della tecnologia (in particolare le informazioni digitali mediante smartphone) potrebbe essere utile in futuro per ridurre gli errori di assunzione del farmaco:** interessante è infatti la richiesta dei pazienti di dispositivi digitali che permettano di ricordare l'orario di assunzione di un farmaco e di modulare la dose da assumere in base ai parametri rilevati.

Un altro elemento che rafforzerebbe la compliance del paziente è sicuramente la semplificazione terapeutica: si dovrebbe passare sempre più da un approccio orientato alla patologia, capace di generare frammentazione della prescrizione, ad una visione paziente-centrica. Insomma prescrivere meglio per prescrivere meno così come indicano le nuove Linee guida 2021 per la gestione della multimorbilità e polifarmacoterapia. Un ulteriore determinante contribuito alla sicurezza della terapia nei pazienti cronici è rappresentato infine dal coinvolgimento attivo delle Associazioni dei pazienti nell'ideare e sostenere programmi di supporto alla gestione appropriata delle terapie, come mostrato dagli interventi delle Associazioni presenti. Il Convegno si è concluso con la proposta di un progetto condiviso tra le due Aziende di Verona per la realizzazione di una guida alle interazioni dei principali farmaci utilizzati nelle terapie croniche (metaboliche, cardiovascolari, oncologiche, autoimmuni ecc.) con il supporto per la loro diffusione attraverso le numerose Associazioni di Volontariato che affiancano i sanitari nel lungo percorso di cura per tali patologie.

“ L'IMPLEMENTAZIONE DELLA TECNOLOGIA PER RIDURRE GLI ERRORI DI ASSUNZIONE DEL FARMACO ”



Aou Sassari

Un'area per conciliare lavoro e tutela della genitorialità, un luogo aperto al territorio in cui le mamme e i papà possono trascorrere del tempo con i loro bambini e trovare un valido appoggio, per allattarli o anche soltanto per cambiare loro il

pannolino. È lo Spazio Arcobaleno al Santissima Annunziata di Sassari che diventa una mini area dove i genitori sono i benvenuti, dove sono garantiti accoglienza e riservatezza.

Università degli Studi di Firenze
Informazioni utili sulle malattie

FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

a cura di Velia Cantelmo
redazione@panoramasanita.it

Asp Catania
Nuovo riconoscimento per il Laboratorio di Sanità pubblica dell'Asp di Catania. Il Laboratorio di Tossicologia ha ottenuto l'accreditamento Uni Cei En Iso/lec 17025, rilasciato da Accredia, ente nazionale di accreditamento. In Sicilia è l'unico Laboratorio di Tossicologia ad essere accreditato. "Un traguardo prestigioso che certifica i livelli di affidabilità e sicurezza della struttura, ma anche il riconoscimento della competenza e della professionalità dei nostri operatori" afferma il manager dell'Asp di Catania, Maurizio Lanza.



Asl Teramo

Si occupa della gestione degli effetti collaterali da terapie oncologiche-tumorali. È il nuovo ambulatorio aperto all'interno della Uoc di Oncologia del Mazzini. Prevalentemente sarà finalizzato a gestire i sintomi legati all'ormonoterapia nelle donne con tumori alla mammella (ad esempio vampate di calore, insonnia) e alla gestione delle neuropatie periferiche come formicolio alle mani e parestesie legate ai trattamenti chemioterapici. "L'ambulatorio rientra nel concetto di presa in carico del paziente, dalla terapia mirata sulla malattia alla gestione dei sintomi correlati al trattamento. La gestione degli effetti collaterali legati alle terapie consente l'ottimizzazione dei trattamenti, oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti", osserva Maurizio Di Giosia, direttore generale della Asl di Teramo.

Aou Ferrara

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara torna nelle scuole per promuovere il progetto "Salute e donazione per una scelta consapevole", destinato ai ragazzi dell'ultimo anno delle scuole superiori della città. Il progetto è promosso dall'Ufficio Coordinamento Aziendale Procurement (Ucap) dell'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Ferrara - che coordina l'attività di donazione di organi e tessuti dell'Ospedale di Cona - organizzando i percorsi donativi e realizzando iniziative di sensibilizzazione e informazione alla cittadinanza su questo tema. L'invito a partecipare al progetto è stato condiviso con i dirigenti scolastici degli istituti superiori di Ferrara e l'adesione dimostrata ha permesso di calendarizzare gli incontri con circa 1.000 ragazzi. Durante gli incontri verranno proposte riflessioni sul valore della donazione, quale espressione di solidarietà, mettendo a conoscenza i ragazzi delle varie modalità previste dalla legge per dichiarare la propria volontà donativa.

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

A settembre 2022 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato delle nuove linee guida per il trattamento dei/delle pazienti con Covid-19. Per la stesura di questo documento, intitolato "Clinical management of Covid-19 - Living guidelines", è stato utilizzato uno Studio condotto all'Ospedale di Vipiteno. Le nuove linee guida dell'Oms hanno l'obiettivo di indirizzare le scelte diagnostiche, terapeutiche ed organizzative dell'intera sanità mondiale per far fronte alla gestione della pandemia nel modo più appropriato possibile. La commissione internazionale ha selezionato le migliori evidenze scientifiche utili a guidare le scelte sanitarie nei diversi ambiti specialistici come, ad esempio, la rianimazione, la pneumologia, la neurologia e la riabilitazione. Per quanto riguarda il paragrafo relativo ai deficit cognitivi associati al Long-Covid, soltanto tre pubblicazioni a livello mondiale sono state selezionate per entrare a far parte delle linee guida. Una di queste è appunto lo Studio scientifico condotto ed interamente realizzato dall'Ospedale di Vipiteno. Lo Studio di Vipiteno è stato coordinato da Paola Ortelli, Neuropsicologa del Servizio di Psicologia di Bressanone presso la sede di Vipiteno, e da Viviana Versace, Neurologa della Neuroriabilitazione dell'Ospedale di Vipiteno. Lo Studio fa parte di un percorso di trattamento neuroriabilitativo precoce delle persone affette da Covid-19 avviato, fin dalle prime settimane della pandemia, dal team multidisciplinare di Vipiteno guidato da Luca Sebastianelli, Primario facente funzioni del reparto di Neuroriabilitazione dell'Ospedale di Vipiteno, e dal Direttore scientifico Leopold Saltuari.

infettive in gravidanza, validate da un gruppo di specialisti dell'Università di Firenze e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, a portata di telefono cellulare. Si chiama Gaia! L'applicazione gratuita dell'Università di Firenze (scaricabile da Apple Store e Google Play) che si propone come

strumento per l'iter diagnostico-terapeutico destinato agli operatori sanitari e quale canale di prevenzione dalle infezioni rivolto alle pazienti.

Azienda Ospedaliera dei Colli
Aumento delle prestazioni

sanitarie, laboratori di analisi aperti anche il sabato. Radiodiagnostica, prenotazioni aperte anche all'utenza esterna. È quanto accade nell'Azienda Ospedaliera dei Colli. "Il nostro obiettivo è quello di offrire sempre maggiore assistenza

all'utenza, ovviamente senza impattare sull'attività di ricovero dell'ospedale, con una particolare attenzione ai pazienti considerati fragili" dichiara Anna Iervolino, direttore generale dell'Azienda Ospedaliera.

Irccs Istituto G. Gaslini

Dopo un percorso durato oltre due anni, il Programma Trapianti di Midollo osseo dell'Irccs Istituto G.

Gaslini è stato riaccreditato in accordo agli standard internazionali Jacie. L'accREDITAMENTO Jacie è richiesto dal Centro Nazionale Trapianti (Cnt) e definisce i centri autorizzati sulla base di standard internazionali emanati dall'Ebmt (European Bone Marrow Transplantation). "L'accREDITAMENTO Jacie coinvolge sia l'unità clinica, che il laboratorio di manipolazione e il centro di raccolta di cellule staminali emopoietiche periferiche e midollari.

Tale processo ha coinvolto tutti gli operatori che, anche in un periodo difficile, hanno dato la loro disponibilità per raggiungere questo importante traguardo" spiega Maura Faraci responsabile del Centro Trapianto di Midollo Osseo e

direttore del Programma Trapianto di Cellule Staminali Emopoietiche dell'ospedale pediatrico G. Gaslini.



Irccs Fondazione Stella Maris e Asl Toscana nord ovest

È iniziata la prima esperienza di teleriabilitazione nell'Azienda Usl Toscana

nord ovest grazie a un progetto di ricerca coordinato dall'Irccs Fondazione Stella Maris e finanziato da Regione Toscana.

Si tratta del progetto Tablet - Toscana attraverso il quale l'Azienda sanitaria si è dotata di 20 tablet per la teleriabilitazione motoria, attraverso l'uso di un set indossabile di sensori, e anche linguistica e cognitiva di bambini e giovani adulti con disabilità conseguenti a lesioni congenite o acquisite. L'utilizzo di questi dispositivi è già attiva nel laboratorio Innovate della Stella Maris e adesso saranno a disposizione di tutte le unità funzionali Salute mentale infanzia e adolescenza della Asl Toscana nord ovest e del reparto di Riabilitazione dell'ospedale Versilia. Un primo studio di fattibilità, dunque, che fornirà indicazioni di massima sull'efficacia dei trattamenti erogati a distanza. Questa analisi sarà possibile anche grazie al coinvolgimento del professor Giuseppe Turchetti e dei suoi collaboratori dell'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, che affronteranno l'argomento anche in termini di economia sanitaria.

Puglia

Insediato il comitato regionale per gli screening oncologici in Puglia. L'obiettivo è il potenziamento e la qualificazione degli screening oncologici nella regione, in concerto con la Rete oncologica regionale. Il comitato è previsto dalla legge regionale che ha istituito il piano degli screening.

"Abbiamo la Rete oncologica che sta funzionando su tutto il territorio regionale e ora vogliamo essere all'avanguardia per gli screening oncologici, sia per la cervice uterina che per il carcinoma della mammella e per il colon retto. Abbiamo aumentato le fasce di età come richiesto dell'Organizzazione mondiale della sanità e dalle società scientifiche. La strada da intraprendere è quella di inserire ulteriori elementi di rafforzamento degli screening perché la prevenzione per la Regione è fondamentale per arrivare prima nel contesto generale della cura e della prevenzione contro i tumori" afferma l'assessore alla sanità Palese.

Calabria

Rafforzare la collaborazione tra le parti ai fini dello svolgimento delle attività dirette al contrasto delle violazioni in danno degli interessi economici e finanziari connessi all'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del servizio sanitario. È questo l'obiettivo del Protocollo d'intesa firmato dal Presidente della Regione Calabria, Roberto Occhiuto, nella qualità di commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del debito sanitario regionale, ed il Comando Regionale Calabria della Guardia di Finanza. La collaborazione sarà attuata attraverso un adeguato coordinamento info-operativo tra le funzioni proprie della Guardia di Finanza, del commissario ad acta e delle unità operative deputate alla gestione del contenzioso delle aziende sanitarie calabresi, assicurando il necessario livello di legalità, efficienza, efficacia e trasparenza nelle diverse fasi di applicazione dell'attività di ricognizione. "In questi mesi le Aziende sanitarie provinciali e ospedaliere, con il supporto di Azienda Zero, hanno lavorato per un grande obiettivo: entro la fine del 2022 vogliamo tracciare finalmente una linea, per ripartire con un governo della sanità che possa mettere in campo anche programmazione e investimenti", afferma il presidente della Regione, Roberto Occhiuto.

L'improvvisa accelerazione del Pay Back sui dispositivi medici

Tra le molteplici disposizioni orientate a razionalizzare e contenere la spesa sanitaria pubblica, vi rientra anche il sistema del c.d. "Pay Back" sui dispositivi medici di cui all'art. 9 ter del DL 78/2015, al quale è dedicato il presente contributo

L pay back è un particolare meccanismo che prevede che, in caso di sfioramento dei tetti massimi di spesa annuali destinati all'acquisto dei dispositivi medici da parte del Ssn, il ripiano di una parte di detto sfioramento venga posta in capo direttamente alle imprese private fornitrici di dispositivi medici, mediante rimborso. L'argomento è oggi particolarmente attuale posto che l'attuazione concreta di questo meccanismo – benché normativamente introdotto nel 2015 – ha solo di recente subito una repentina accelerazione. Rappresentando molto sinteticamente la genesi del quadro normativo di riferimento, si rammenta che il pay back affonda le sue radici nell'art. 17 del DL 98/2011 che, come noto, individua, a livello statale e a livello regionale, un tetto massimo di spesa per gli acquisti sanitari; tetto che, per quanto

concerne l'acquisto di dispositivi medici, non può complessivamente superare il 4,4% dell'intera spesa sanitaria nazionale. Prendendo le mosse dalla predetta normativa, l'art. 9 ter del DL 78/2015, introducendo appunto il meccanismo del pay back, ha stabilito che le regioni, laddove superino il tetto di spesa annuale loro assegnato per l'acquisto di dispositivi medici, possano ripianare lo sfioramento ponendo il rimborso di una parte di esso direttamente a carico delle imprese fornitrici. ❶ La quota parte imputabile alle imprese private è pari al 40% del valore economico dello sfioramento registrato nel 2015, al 45% nel 2016 e al 50% nel 2017 e anni successivi. ❷ A livello normativo è ora prevista, dall'art. 18 del DL 115/2022 (l'"Aiuti-bis"), una serrata sequenza d'interventi per finalizzare nel più breve tempo possibile le richieste di pagamenti alle imprese:

- Entro trenta giorni

dalla pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute sopra detto, dovranno essere adottate linee guida che indicheranno le modalità con cui le regioni e le province autonome dovranno formulare le richieste di rimborso ai fornitori;¹

- Entro novanta giorni dalla pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute sopra detto le regioni dovranno pubblicare un elenco delle aziende su cui graverà il pay back, che, nei trenta giorni successivi, saranno tenute ad eseguire i relativi pagamenti. In caso di mancato spontaneo pagamento le regioni procederanno in compensazione su altri crediti delle imprese.

Alla luce di ciò, considerato oltretutto l'attuale contesto di Mercato, che vede gli operatori economici già fortemente sotto pressione, è ragionevole attendersi – esattamente come già accaduto in passato per il pay back sui medicinali - una mole di

contenzioso notevole nei prossimi mesi da parte di tutte le imprese fornitrici di dispositivi medici al Ssn nel quadriennio 2015-2018, che già entro gennaio 2023 si vedranno raggiungere dalle richieste di pagamento. Peraltro, è verosimile che la prima importante sequenza di ricorsi verrà promossa al Tar del Lazio contro il Decreto del Ministero della Salute del 6 luglio 2022, che ha certificato il superamento dei tetti di spesa e quantificato la parte di ripiano a carico delle imprese private. Quest'ultimo decreto, infatti, poiché sono già disponibili (individuate dall'art. 9 ter, comma 9, del Dl 78/2015) le modalità teoriche per calcolare le future debenze delle singole imprese fornitrici, sembra presentarsi per queste ultime come un atto già immediatamente lesivo che, se non immediatamente impugnato, potrebbe precludere loro la possibilità di contestare le successive richieste di rimborso.

¹ Secondo il Regolamento 2017/745/UE, per dispositivo medico si intende qualunque strumento destinato alla diagnosi, monitoraggio, attenuazione e trattamento di malattie, lesioni o disabilità, allo studio o modifica dell'anatomia; nonché apparecchi, software o reagenti utilizzati per ottenere informazioni attraverso l'esame in vitro di campioni provenienti dal corpo umano, sempre che non esercitino sul corpo umano l'azione principale mediante mezzi farmacologici, immunologici o metabolici.

² Per meglio comprendere il quadro normativo di riferimento, occorre altresì tenere a mente che la Legge di Bilancio del 2019 aveva espressamente previsto che il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, avrebbe dovuto adottare entro il 30 settembre di ogni anno un decreto volto a certificare il superamento del tetto di spesa e, altresì, il suo ammontare.

³ Si sottolinea che la Conferenza Stato-Regioni ha già chiesto al Governo di adottare i provvedimenti necessari al fine di arrivare a definire rapidamente una modalità di ripiano che sia comune al pay back farmaceutico, già in vigore dal 2008, e a quello dei dispositivi medici. Al contempo, l'organismo ha richiesto l'individuazione di un ente centrale o ministeriale che possa certificare gli importi dovuti durante il percorso di riscossione, al fine di ridurre quanto più possibile il verificarsi di contenziosi tra le Regioni e le imprese fornitrici.



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

a cura di Cinzia Boschiero
redazione@panoramasanita.it

**Riguardano la demenza
e la correlazione con la
pressione sanguigna,
sono disponibili studi
europei?**

Clelia Sustoli

Uno studio recente, pubblicato il 25 ottobre scorso, sull'European Heart Journal evidenzia come l'abbassamento della pressione sanguigna possa prevenire la demenza. Nello studio è stata fatta un'analisi dei dati aggregati dei singoli partecipanti di cinque studi seminali randomizzati in doppio cieco controllati con placebo per definire meglio gli effetti del trattamento per abbassare la pressione arteriosa per la prevenzione della demenza. La prima meta-analisi dei dati dei singoli pazienti a stadio singolo da studi clinici randomizzati in doppio cieco controllati con placebo fornisce prove a sostegno dei benefici del trattamento antipertensivo

nella tarda metà della vita e in età avanzata per ridurre il rischio di demenza. Rimangono dubbi sul potenziale di ulteriore abbassamento della pressione arteriosa in soggetti già ben controllata e sul trattamento antiipertensivo iniziato precocemente nel corso della vita per ridurre il rischio a lungo termine di demenza.



Blood pressure lowering and prevention of dementia: an individual patient data meta-analysis

Autori: Ruth Peters, Ying Xu, Oisín Fitzgerald, Htein Linn Aung, Nigel Beckett, Christopher Bulpitt, John Chalmers, Françoise Forette, Jessica Gong, Katie Harris
-European Heart Journal, ehac584



**Sul legame tra
cambiamento climatico
e peggioramento della
nostra salute esistono dati
europei ed internazionali?**

Francesco Descalzi

Le segnali che sono oltre dieci anni che su Lancet vengono pubblicati studi sul tema. Inoltre è uscito, il 25 ottobre scorso, un rapporto che mostra le conseguenze della crisi climatica sulla salute umana (report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels - DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9)). Gli autori spiegano come il cambiamento climatico stia minando ogni dimensione della salute globale.

**Sono previsti fondi europei
per il diabete?**

Daniele Fusco

Può essere preso in considerazione un bando aperto del programma europeo EU4Health che

cofinanzia progetti per il diabete (rif. EU4H-2022-PJ-11), l'obiettivo è quello di ridurre i fattori di rischio sia a livello individuale che sociale e mette a disposizione cinque milioni di euro. La scadenza è il 28 febbraio 2023. Inoltre anche la Strategia europea Farm to Fork e l'iniziativa della Commissione europea denominata "HealthyLifestyle4All" mettono a disposizione dei fondi per progetti relativi alla prevenzione contro il diabete nella misura in cui condividono gli obiettivi di promuovere un consumo alimentare sostenibile e di facilitare il passaggio a diete sane e sostenibili e di promuovere uno stile di vita sano. Inoltre da diversi anni ci sono finanziamenti per progetti europei di ricerca sul diabete e progetti di attività svolti in collaborazione con Euradia (Alliance for European Diabetes Research), come ad esempio il database europeo di ricerca Diemap, o progetti come Eurodia e Eugene2,

utili alla scoperta di sei nuovi geni associati con l'insorgere del diabete di tipo 2.

Aumentano le specie aliene nei nostri mari, alcune commestibili. Sull'argomento si stanno portando avanti progetti che coniughino problemi di salute e ambiente?

Paolo Aliprando

Sì, ad esempio per il granchio blu, specie las (Invasive Alien Species) aliena, c'è il progetto di una start up che si chiama Blueat, (www.blueat.it). Realizzata da giovani donne italiane, Blueat ha avviato una filiera tra pescatori, aziende di trasformazione e distribuzione e ristoratori:

- pescano, e quindi tolgono dai mari questo vorace granchio che danneggia le reti dei pescatori di pesce "tradizionale";
- ne utilizzano la polpa, usano anche packaging ecosostenibile utilizzando la chitina,

proteina del loro stesso guscio;

- hanno studiato le proprietà nutritive della polpa e soluzioni alimentari con chefs, coniugando quindi salute, ambiente e innovazione.

Diversi altri progetti europei utilizzano la chitina, come ChiBio, che ha ricevuto un finanziamento dalla Commissione europea di quasi tre milioni di euro, per lo sviluppo di una bioraffineria integrata. ChiBio ha strutturato un consorzio di 11 partner europei per la lavorazione dei rifiuti biologici per lo sviluppo di nuovi metodi per la produzione di sostanze chimiche dai rifiuti dell'industria ittica ricchi

di chitina. La chitina, un biopolimero che si trova in insetti e funghi, consiste in molecole di zucchero azotate legate insieme in una catena polimerica. L'Asia ad esempio è già riuscita a estrarre il polimero chitosano usato per realizzare filtri, pellicole e fasciature dai gusci dei gamberi.

Premiazione della start up Blueat a Bologna. A sinistra, Valeria Sandei, Ceo Almawave, al centro Carlotta Santorini (classe 1996), contitolare di Blueat, che ha presentato il progetto Mariscadoras. Blueat è una società benefit - creata da cinque amiche, appassionate di mare, giovani studentesse (con Santorini nella strat up ci sono Matilda Banchetti, Ilaria Cappuccini, Giulia Ricci, Alice Pari) - che valorizza le specie aliene, quali il granchio blu. A destra Lella Golfo, presidente della Fondazione Bellisario.





DIECI COSE CHE HO IMPARATO

“È un diario intimo del suo sapere, l'ultimo, che ha voluto regalarci prima di andarsene”

Alberto Angela

Piero Angela
Mondadori
pp.156
19,00 euro



“Questo libro raccoglie alcune cose che ho imparato in tanti anni di professione, di incontri, di esperienze, di libri letti e scritti, di speranze e delusioni...”

Così Piero Angela riassume e spiega la sua ultima fatica, un testo scritto di getto e nato dall'urgenza del momento, e dalle enormi sfide che ci attendono.

Un lascito morale, dopo una lunghissima carriera al servizio dell'informazione e della formazione di generazioni di italiani.

“Com'è possibile” si chiede in queste pagine “che un paese come l'Italia, che ha marcato profondamente per secoli il cammino della civiltà, oggi sia così in difficoltà, e abbia perso le sue luci?” La risposta è in dieci semplici capitoli, dieci aree critiche su cui occorre agire. Per oltre cinquant'anni Piero Angela si è occupato a tempo pieno di scienza, tecnologia, ambiente, informazione, energia, televisione, comportamenti, e ha scritto Dieci cose che ho imparato per condividere con i lettori alcune proposte, frutto della sua lunga esperienza sul campo. Con questo libro, a cui ha lavorato fino all'ultimo, colui che è stato per tutti il volto rassicurante della scienza ha voluto dirci come usarla per migliorare le cose. Per rilanciare l'Italia con una nuova visione.



Serendipità
L'inatteso nella scienza
Telmo Pievani
Quante volte ci è capitato di cercare qualcosa e trovare tutt'altro? Una compagna, un compagno, un lavoro, un oggetto. Agli scienziati succede spesso: progettano un esperimento e scoprono l'inatteso, che di solito si rivela assai importante. Nella storia della scienza molte grandi scoperte sono avvenute così. Le più sorprendenti storie di serendipità svelano infatti aspetti profondi della logica della scoperta scientifica.

Raffaello Cortina Editore
pp. 254
15,00 euro



Scusi, ma perché lei è qui?
Storie di intelligenze umane e artificiali
Andrea Ciucci
L'Intelligenza artificiale è il presente. Lo sviluppo digitale permette di costruire macchine che imparano, codificano una quantità inedita di dati e forse scelgono per noi. Un viaggio dalla periferia di Roma al Vaticano e ai centri di ricerca. Ma anche nei laboratori dove si mappano i crimini informatici di tutto il mondo in tempo reale. Si chiama Babylon e potrebbe prendere il posto dei medici di base inglesi ma intanto si sperimenta in Africa.

Terre di Mezzo Editore
pp.128
14,00 euro



La fame
Martín Caparrós
“Nelle nostre vite non esiste niente che sia più frequente, più costante, più presente della fame e, al tempo stesso, per la maggior parte di noi, niente che sia più lontano dalla fame vera”. Nei suoi viaggi Martín Caparrós ha incontrato persone che, per diverse ragioni soffrono la fame. Un libro scomodo e appassionato, una cronaca che riflette e che racconta, un pamphlet che denuncia e cerca vie di uscita per eliminare con urgenza questa intollerabile vergogna.

Einaudi
pp. 736
16,00 euro



Piattaforma di gestione delle malattie respiratorie croniche

Partnership strategica per portare sul mercato una piattaforma di gestione della malattia per l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) tra il Gruppo Chiesi e Aptar Digital Health. La partnership sfrutterà la piattaforma di gestione della malattia recentemente presentata da Aptar. Questa piattaforma è stata progettata per mettere i pazienti nella condizione di comprendere meglio la propria malattia e di assumerne il controllo nonché per fornire agli operatori sanitari informazioni basate sui dati per una migliore gestione dei loro pazienti e per l'acquisizione di prove per i nascenti accordi di rimborso nel campo della salute digitale per l'asma e la Bpco. La piattaforma offre una serie completa di servizi e soluzioni che mirano a riunire gli aspetti sia farmacologici che comportamentali della gestione delle malattie respiratorie, tra cui il monitoraggio dell'aderenza, la valutazione della funzionalità polmonare, la segnalazione di sintomi e l'identificazione di fattori scatenanti della malattia nonché la comunicazione con i team di cura e i coach della salute. La partnership sarà indirizzata inizialmente all'Europa, ma si contemplan eventuali espansioni future in altre aree geografiche.



Ipsen: Patrizia Olivari nuovo Presidente e Amministratore Delegato

Vanta un'esperienza ventennale nell'industria farmaceutica con

ruoli chiave in aziende nazionali e multinazionali, Patrizia Olivari è il nuovo Presidente e Amministratore Delegato di Ipsen S.p.A. "Sono onorata di guidare un'importante realtà come quella di Ipsen S.p.A. che è presente in Italia, da oltre 30 anni, con il chiaro obiettivo di prolungare e migliorare la qualità di vita dei pazienti offrendo soluzioni terapeutiche innovative per specifiche patologie oncologiche, malattie rare e neuroscienze" ha commentato Olivari. Laureata in Biologia presso l'Università di Pavia, ha conseguito inoltre il Master in Marketing presso l'Università Bocconi.

Fondazione Tim sostiene il Policlinico Umberto I di Roma

Fondazione Tim al fianco del Policlinico Umberto I di Roma. La Fondazione presieduta da Salvatore Rossi e guidata dal Direttore Generale Giorgia Floriani sosterrà il "Progetto Oncologia 2022" promosso dall'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, che prevede la realizzazione di un unico Centro Oncologico all'avanguardia, con un'estensione di circa 1.000 metri quadrati. Il nuovo centro diventerà il punto di riferimento per tutte le attività clinico-assistenziali e per i progetti di ricerca e didattica della Facoltà di Medicina e Odontoiatria dell'Università Sapienza di Roma, contribuendo così alla prevenzione e alla lotta contro i tumori. La Fondazione Tim ha deliberato una donazione di 300 mila euro.

Quando la salute mentale incontra la Tv

Angelini Pharma, con la collaborazione di Chili, ha messo a disposizione degli utenti una selezione di circa 50 film in tema salute mentale disponibili sulla piattaforma streaming fino a fine anno. Tale selezione intende offrire agli utenti una panoramica di come vari registi hanno affrontato il tema della salute mentale.



125 anni celebrati con un francobollo

Un francobollo, evocativo dell'importanza della ricerca scientifica e dell'innovazione per la salute del Paese, è stato emesso recentemente dal Ministero dello Sviluppo Economico per celebrare i 125 anni di attività di Roche nel nostro Paese. È la prima volta che ad una azienda operante nel settore farmaceutico e diagnostico in Italia viene conferito questo riconoscimento. Il francobollo, stampato dall'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato in oltre 300 mila esemplari, appartiene alla serie tematica "Eccellenze del sistema produttivo ed economico", nata per promuovere la capacità professionale e imprenditoriale italiana e riservata ad Aziende che, come Roche, hanno fatto la differenza per il nostro Paese. Il riconoscimento, infatti, celebra i traguardi, le innovazioni e il valore che l'azienda ha portato al tessuto economico e sociale italiano dalla sua fondazione nel 1897.

In questo numero hanno scritto per noi

FILIPPO ANELLI
Presidente Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, FNOMCEO

MASSIMILIANO BOGGETTI
Presidente di Confindustria Dispositivi Medici

MARIA JOSÉ CALDÉS PINILLA
Direttrice del Centro di Salute Globale della Regione Toscana

CARLOTTA CARBONI
Medico specializzando in Sanità Pubblica Università delle Antille e della Guyana Francese

ARTURO CAVALIERE
Presidente Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie, SIFO

BARBARA CITTADINI
Presidente Nazionale Associazione Italiana Ospedalità Privata, AIOP

CARLA COLLICELLI
Consiglio Nazionale delle Ricerche, Cnr - Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca (Cid Ethics); Sapienza - Comunicazione scientifica; Relazioni istituzionali Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, ASviS; Vice-Presidente Osservatorio permanente sui giovani e

l'alcool, Opga- Assobirra; Consulta scientifica, Cortile dei Gentili

VINCENZO COSENTINI
Segretario Anaa Assomed Azienda Scaligera Verona

ILARIA CRISTIANO
Unità di Ricerca Health Technology Assessment, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma

PIETRO DERRICO
Responsabile Funzione Tecnologie ed Unità di Ricerca Health Technology Assessment, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù-Roma; Past President Società Italiana di Health Technology Assessment, SIHTA

PIERINO DI SILVERIO
Segretario Nazionale Anaa Assomed

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

ANTONINO GIARRATANO
Presidente Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, SIAARTI

ENRICA GIORGETTI
Direttore Generale Farmindustria

CRISTINA MACCAFERRI
Direttore U.O.C Pianura Ovest DCP- Azienda USL di Bologna

DARIO MANFELLOTTO
Presidente FADOI, Società scientifica dei medici internisti ospedalieri

BARBARA MANGIACAVALLI
Presidente Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche

GIAMPAOLO MARINO
Dirigente Medico UOC Cure Primarie BO Ovest-AUSL Bologna

IVAN MAZZOLENI
Direttore SocioSanitario ASST Sette Laghi - Varese

VITTORIO MIELE
Società Italiana di Radiologia Medica e Interventistica, SIRM; Presidente SIRM 2021-2022

GIOVANNI MIGLIORE
Presidente Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, FIASO

GIUSEPPE MARIA MILANESE
Presidente Cooperativa Osa, Operatori Sanitari Associati e Confcooperative Sanità

UMBERTO NOCCO
Presidente Associazione Italiana Ingegneri Clinici, AIIC

DONATELLA PAGLIACCI
Direttore U.O.C Bologna Ovest DCP

VANESSA PALLUCCHI
Portavoce Forum Terzo Settore

LUCA PANI
Professore Ordinario di Farmacologia all'Università di Modena e Reggio Emilia; Professore Ordinario di Psichiatria Clinica all'Università di Miami; già Direttore generale AIFA

DIANA PASCU
Risk manager Azienda ULSS9 Scaligera

MIRKO PASQUINI
Antropologo Medico, Uppsala University

PAOLO PETRALIA
Vice Presidente Vicario Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Fiaso

DANIELE PIETROBON
Servizio Ingegneria Clinica ed Unità di Ricerca Health Technology Assessment, IRCCS Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Roma, Consulente presso DGDMesF, Ministero della Salute

NICOLA PINELLI
Direttore Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, Fiaso

MARCELLO SIMONINI
Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva - Università di Verona

ROBERTO SPEZIALE
Coordinatore Consulta Welfare del Forum Terzo Settore

ANNAMARIA STAIANO
Presidente Società Italiana Pediatria, SIP

STEFANO TARDIVO
Risk manager Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

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



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.



OSA
Operatori Sanitari Associati



www.osa.coop info@osa.coop



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
www.adilife.net