

Il Sole

24 ORE

SPECIALE

RECOVERY PLAN

2 | LE RIFORME AVVIATE



I LIBRI DEL SOLE 24 ORE

Publicazione settimanale con Il Sole 24 ORE

€ 2,50 (I Libri del Sole 24 ORE €0,50

+ Il Sole 24 ORE € 2,00)

Non vendibile separatamente:
solo ed esclusivamente per
gli abbonati in vendita separata
dal quotidiano a € 0,50

Sommario

1

Le riforme: semplificazioni, governance e giustizia

Dal decreto 77 che definisce il sistema di gestione del Pnrr alle 40 riforme che daranno attuazione all'intero Piano - **P. 5**

2

La missione #4

Le misure per istruzione e ricerca, dal piano per gli asili nido al potenziamento degli Its e al trasferimento tecnologico - **P. 19**

3

La missione #5

Inclusione e coesione sociale: dai 4,4 miliardi per le politiche attive del lavoro al potenziamento dei fondi Ue per il Sud - **P. 37**

4

La missione #6

La nuova Sanità dopo la dura lezione del Covid: cure a casa e potenziamento della emdicina di territorio - **P. 57**

5

I commenti

Le analisi e le opinioni degli editorialisti e commentatori del Sole 24 Ore - **P. 75**

04

LA MISSIONE #6:
IL SERVIZIO
SANITARIO

LA NUOVA STRATEGIA

La Sanità impara dal Covid: rilancio con 20 miliardi

Marzio Bartoloni

La lezione del Covid è ancora qui, evidente davanti ai nostri occhi. Gli errori commessi e gli insegnamenti di questo anno e mezzo di emergenza hanno svelato tutte le fragilità di un Servizio sanitario nazionale che viene da dieci anni di tagli di posti letto e al personale ridotto di ben 46 mila unità. Ecco perché se c'è un capitolo del Pnrr che è stato scritto guardando a caldo alla «ripresa» e alla «resilienza» nel dopo Covid è proprio la sesta missione del Piano: la salute.

Una missione che complessivamente potrà contare su una dote di 20 miliardi, di cui 15,6 miliardi effettivi di investimenti all'interno del Piano nazionale di ripresa e resilienza a cui si aggiungono 2,9 miliardi del fondo complementare e altri 1,7 miliardi dal piano React Eu. Una dote non proprio generosa visto che il ministro della Salute Roberto Speranza alla vigilia del Recovery plan aveva presentato una proposta per un piano da 64 miliardi. Due i pilastri del piano di inve-

stimenti del Pnrr che dividono quasi a metà gli oltre 15 miliardi: in particolare 7 miliardi sono destinati a finanziare le cure extra-ospedale puntando sulle «Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale» e altri 8,6 che si concentrano sull'ospedale, la ricerca e la «digitalizzazione del Servizio sanitario nazionale».

Gli interventi ovviamente sono una prima risposta alle tante ferite inferte dal Covid alla nostra Sanità. Se la trincea degli ospedali in qualche modo ha tenuto, anche se ha sofferto tantissimo nei reparti di terapia intensiva che infatti saranno rafforzati, è quella al di fuori delle strutture sanitarie che non ha retto all'onda d'urto. Per questo una delle parole chiave della missione salute del Pnrr punta a trasformare la «casa» dei pazienti nel «principale luogo di cura».

Una rivoluzione oggi possibile grazie alla telemedicina e all'assistenza domiciliare integrata che serviranno appunto a potenziare le cure domiciliari, uno dei crocevia della Sanità del

IL PIANO

Medicina di territorio

Sono 20 i miliardi destinati alla riforma della sanità pubblica per potenziare i presidi territoriali

futuro. L'obiettivo è quello di curare a casa il 10% degli over 65 italiani - circa 1,4 milioni - entro metà del 2026 (oggi si raggiunge a malapena il 4%). Più in generale il nostro Servizio sanitario nazionale ha avuto e ha tuttora il fianco scoperto su quello che gli addetti ai lavori chiamano "territorio": si tratta di tutte quelle cure extra ospedale che raggiungono i pazienti dentro le mura di casa, ma anche al di fuori in strutture più semplici e snelle dove lavoreranno in team medici, infermieri e alcuni specialisti per fornire le prime diagnosi.

Il potenziamento della Sanità territoriale oltre alle cure a casa prevede la creazione di nuove strutture - case e ospedali di comunità - in grado di assorbire i bisogni di anziani e malati cronici che non necessitano di cure ospedaliere. In particolare si prevede l'attivazione di 1.288 case della comunità entro la metà del 2026 che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove.

L'erogazione di cure intermedie - quelle a media/bassa intensità clinica e per degenze non ospedaliere di breve durata, a gestione prevalentemente infermieristica - sarà invece demandata a 380 ospedali di comunità, da costruire sempre entro il 2026. E poi c'è il capitolo ospedale. Il Pnrr su questo fronte non introduce maxi programmi di investimento o visioni a lungo termine, ma scommette soprattutto sull'ammodernamento tecnologico dei nostri nosocomi mettendo sul piatto i fondi per cambiare oltre 3mila apparecchiature spesso troppo vecchie (tac, risonanze, ecc.) o per spingere l'acceleratore sulla digitalizzazione delle strutture sanitarie, a partire dai dipartimenti di emergenza che ospitano il pronto soccorso.

Ci sono anche i fondi - in realtà già stanziati dal decreto Rilancio del maggio 2020 - per potenziare le tera-

pie intensive e semi-intensive, lì dove si combatte la battaglia più dura contro il Covid ma anche contro possibili future pandemie. Oltre agli interventi antisismici per mettere in sicurezza gli ospedali il secondo pilastro del Pnrr per la salute punta infine sul potenziamento del fascicolo sanitario elettronico finora davvero poco impiegato dai cittadini (si sta cominciando ora con il certificato vaccinale). Le altre risorse che completano la «sesta missione» del Piano di ripresa e resilienza puntano infine sulla formazione - aumentando le risorse per borse di studio di medici di famiglia e giovani specializzandi - e sulla ricerca biomedica. Con la promessa di una riforma anche degli Irccs a costo zero senza risorse aggiuntive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ILSOLE24ORE

Articoli pubblicati su **ILSole24Ore** del 25 giugno 2021

IL PNRR SULLA SANITÀ

La dote

Nel complesso si tratta di oltre 20 miliardi, frutto di 15,6 miliardi di investimento diretto del Recovery plan, 2,9 miliardi del Fondo complementare e altri 1,7 miliardi del piano React Eu.

Le cure extra-ospedaliere

Per le reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale sono previsti investimenti per 7 miliardi. Obiettivo: curare a domicilio il 10% degli over 65 italiani.

I nuovi ospedali

Per gli investimenti concentrati sulle nuove strutture ospedaliere e sui programmi di ricerca e di digitalizzazione dell'intero Servizio sanitario nazionale sono previsti 8,6 miliardi.

Le nuove forme di assistenza

È prevista l'attivazione di 1.288 case della comunità entro la metà del 2026 e la creazione di 380 ospedali di comunità da costruire sempre entro il 2026. Importante anche il capitolo destinato alla formazione degli operatori sanitari.

L'ANALISI

Ora l'Agenas vigilerà sulle misure da adottare

Enrico Coscioni

L'emergenza Covid-19 ha confermato il valore universale della salute quale bene pubblico fondamentale come hanno dimostrato questi lunghi mesi di pandemia nei quali il nostro Servizio sanitario nazionale, sebbene messo a dura prova, ha dimostrato una buona capacità di presa in carico dei suoi pazienti. Ora, grazie anche al Piano nazionale di ripresa e resilienza, possiamo trasformare questa difficile situazione in un'occasione per mettere mano al nostro sistema e affrontare le tante criticità che da anni attanagliano la sanità italiana. Il Piano presentato a Bruxelles si divide in due ambiti: il primo si concentra sugli aspetti di potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale; il secondo all'innovazione, la ricerca nonché digitalizzazione del Ssn. In tutto si tratta di 15,63 miliardi di euro. Rispetto alla prima componente, gli ambiti di riforma riguardano la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale nonché un nuovo assetto istituzionale in ambito sanitario, ambientale e climatico (approccio "One-Health").

Rispetto agli investimenti – 7 miliardi di euro – l'attenzione è sulle Case della Comunità, l'assistenza domiciliare e lo sviluppo delle cure intermedie mediante l'attivazione degli Ospedali di Comunità. In particolare, entro la metà del 2026, è prevista l'attivazione di 1.288 Case della Co-

munità, oltre 600 Centrali Operative Territoriali, con l'obiettivo dichiarato di assistere al proprio domicilio le persone di età sopra i 65 anni, 381 Ospedali di comunità (strutture dotate di norma di 20/40 posti letto a gestione prevalente infermieristica). Riguardo la seconda componente, la parte di riforma è dedicata alla riorganizzazione della rete degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, mentre la parte investimenti – 8,63 miliardi – si concentra sull'ammodernamento del parco tecnologico e strutturale degli ospedali oltre che sul potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico e della capacità di analisi dei dati per la definizione di modelli predittivi per garantire sia i Livelli Essenziali di Assistenza sia adeguati livelli di sorveglianza e vigilanza sanitaria. In tutto questo Agenas gioca un ruolo di primo piano. L'Agenas, infatti, è stata impegnata in questi mesi nella definizione delle misure del Piano destinate alla salute dando supporto a Ministero della salute e alle Regioni. Senza contare che già da diverse settimane è impegnata con i propri esperti in un tavolo per individuare gli standard qualitativi, organizzativi e tecnologici dei servizi che riguardano l'assistenza primaria, inclusi i consultori familiari e l'area della salute mentale. Ma anche il futuro sarà altrettanto impegnativo.

Spetterà all'Agenas svolgere un ruolo di primo piano nella fase di implementazione del Pnrr, attività che dovrà affiancarsi a quelle caratteristiche di Agenas. Da questo punto di vista molte sono le iniziative di supporto alle Regioni e delle loro aziende sanitarie. Tra queste mi preme sottolineare sia il supporto alle Regioni per la corretta implementazione delle schede – 17 – previste nel Patto della Salute 2019-2021 nonché il Programma nazionale esiti, che attraverso i suoi 177 indicatori rappresenta da anni un elemento qualificante per la valutazione delle performance degli oltre 1.300 ospedali pubblici e privati.

Presidente Agenas

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PIANO IN CONTROLUCE

Poche risorse, medicina di famiglia senza riforma

Marzio Bartoloni

Un segnale importante per la Sanità investita dallo tsunami del Covid, ma non una vera e propria svolta. Il Pnrr scommette sull'irrobustimento del Ssn, ma non consente quel cambio di passo necessario per metterlo definitivamente in sicurezza. I numeri già lo dicono da soli: alla vigilia del dibattito sul Recovery plan lo scorso ottobre il ministro della Salute Speranza presentava il suo piano decennale del valore di 64 miliardi. Un asticella forse troppo alta, ma alla fine i numeri finali del Pnrr assegnano solo 15,6 miliardi alla missione salute a cui si aggiungono altri 5 miliardi in arrivo da altre fonti (il Fondone e il programma «React Eu»).

Eppure non ci voleva il Covid, che è stato comunque un detonatore dei problemi, per capire che il Servizio sanitario è in affanno da tempo. Ed è arrivato col fiato cortissimo quando è esplosa l'emergenza. Negli ultimi 10 anni sono stati chiusi circa 200 ospedali, tagliati 45 mila posti letto e le strutture sanitarie hanno perso 46 mila operatori, tra medici, infermieri e altro personale. Tagli soprattutto sul fronte ospedaliero a cui non è corrisposto un tanto annunciato ma mai attuato rafforzamento del cosiddetto «territorio», le cure cioè al di

fuori dei nosocomi. E qui si viene a un'altra carenza del Pnrr. Il Covid ha toccato da vicino quello che dovrebbe essere il bastione più importante del territorio: i medici di famiglia. Durante la prima ondata questa categoria di liberi professionisti legati al Servizio sanitario da un accordo nazionale (la convezione) ha avuto più di una giustificazione: tutta la nostra Sanità pubblica era impreparata a questa emergenza. Il Covid non si conosceva e i camici bianchi non avevano né indicazioni terapeutiche né soprattutto i preziosi dispositivi (mascherine, tute, ecc.) per proteggersi. In quella fase difficile molti contagiati hanno atteso troppo a casa senza indicazioni e sono arrivati in ospedale quando ormai era troppo tardi. Ma dopo maggio, alla fine del primo lockdown, si è perso molto tempo: la circolare con le indicazioni per le cure a casa è arrivata solo a novembre. Con la raccomandazione ai medici a fare, quando necessario, le visite a casa dei malati di Covid. Un punto questo su cui molti camici bianchi non sono d'accordo tanto che un sindacato ha fatto addirittura ricorso al Tar contro l'obbligo delle visite domiciliari.

Il Consiglio di Stato però ha ribaltato la decisione ribadendo che tocca anche a loro visitare i pazienti contagiati a casa. Molti medici di famiglia hanno frenato anche sulla richiesta del Governo a fare i tamponi negli studi e anche sui vaccini si procede a rilento, anche se qui è soprattutto colpa del Governo che ha assegnato poche dosi. Una delle questioni aperte dunque per il futuro sarà un nuovo rapporto con i medici di famiglia e c'è chi, come il sottosegretario della Salute Pierpaolo Sileri, ha spiegato che in futuro sostituirebbe la convenzione con un vero e proprio rapporto di dipendenza che li vincolerebbe di più al Ssn.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DIGITALIZZAZIONE

Per il rinnovo degli ospedali un retyling tutto hi-tech

Marzio Bartoloni

Durante la pandemia sono stati la trincea che ha provato a reggere di più l'urto delle ondate del virus. Con la corsa a cercare letti liberi per i pazienti più gravi nei lunghi mesi più drammatici della pandemia. Ora per gli ospedali italiani il Pnrr riserva un capitolo di spesa che complessivamente vale poco più di 8 miliardi e che si concentra soprattutto sull' loro ammodernamento tecnologico visto che quasi metà del parco macchine installato ha più di dieci anni, mentre manca una visione strategica e un piano serio di investimenti per la costruzione di nuove strutture o comunque per una ristrutturazione di quelle esistenti. Interventi, questi, che dovranno appoggiarsi sul tradizionale piano dell'edilizia ospedaliera (il cosiddetto programma ex articolo 20) che da anni avanza a singhiozzo e con molti ritardi.

Come detto per avere degli ospedali sempre più hi-tech il Piano nazionale di ripresa e resilienza nella missione 6 riserva a questo maxi capitolo 8,6 miliardi complessivi. Oltre alla riforma degli Ircss - gli Istituti di ricerca e cura a carattere scientifico - si prevede, innanzitutto, un programma di ammodernamento del parco tecnologico ospedaliero. Per questo obiettivo sono stanziati da qui al 2026 circa 4,05 miliardi, di cui 1,41 miliardi sono fondi già previsti con il decreto legge

34/2020 che ha stanziato le risorse per il potenziamento dei letti di terapia intensiva, sub intensiva - cruciali per la lotta alle pandemie - e per l'ammodernamento dei Pronto soccorso (si veda articolo a fianco). Altri 1,45 miliardi dei 4 relativi all'ammodernamento tecnologico ospedaliero sono per la digitalizzazione dei 280 Dea (i dipartimenti di emergenza e accettazione a cui sono legati i pronto soccorso) e 1,19 sono per la sostituzione di 3133 grandi apparecchiature sanitarie con più di 5 anni di vetustà. Per gli interventi di adeguamento antisismico relativi a 116 strutture ospedaliere è previsto invece un investimento di 1,64 miliardi (di cui uno relativo a progetti già in essere), mentre per il rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e agli strumenti di gestione dei dati per lo sviluppo di sistemi di valutazione e di previsione dei fabbisogni sanitari a livello territoriale sono previsti ulteriori 1,64 miliardi: qui fa da protagonista il progetto di rafforzamento del fascicolo sanitario elettronico (si veda il servizio nell'ultima pagina dello speciale). Completa il quadro di questo capitolo di misure gli interventi per la valorizzazione e il potenziamento della ricerca, nonché le azioni per lo sviluppo delle competenze tecnico professionali, digitali e manageriali del personale sanitario. Interventi a cui sono dedicati 740 milioni. Ma veniamo al cuore della proposta:

APPARECCHI VETUSTI

Da sostituire 3.133 grandi apparecchiature

Secondo una recente indagine di Confindustria dispositivi medici il 71% dei mammografi convenzionali ha superato i 10 anni di età, il 69% delle Pet ha più di 5 anni e il 54% delle risonanze magnetiche hanno ancora oltre 10 anni.

In totale sono ben 18mila le apparecchiature di diagnostica per immagini ormai obsolete e quindi meno efficienti, praticamente quasi la metà delle macchine installate (il 44%)



quella della trasformazione tecnologica degli ospedali. Il punto infatti da cui si parte è che la dotazione degli ospedali scricchiola pesantemente da molti anni, visto il taglio degli investimenti. E così oggi - secondo una recente indagine di Confindustria dispositivi medici - il 71% dei mammografi convenzionali ha superato i 10 anni di età, il 69% delle Pet ha più di 5 anni e il 54% delle risonanze magnetiche hanno ancora oltre 10 anni.

In totale sono ben 18mila le apparecchiature di diagnostica per immagini ormai obsolete e quindi meno efficienti, praticamente quasi la metà delle macchine installate (il 44%), il che significa diagnosi meno accurate e precise, più esposizioni alle radiazioni, minore velocità di esecuzione di esami e referti non informatizzati. Un segnale positivo comunque si intravede tra gli ecografi portatili che nell'82% dei casi sono stati acquistati meno di 5 anni fa, così come il 78% dei sistemi digitali per la chirurgia ad arco e l'81% dei radiografi mobili digitali. La sostanza però non cambia: l'Italia ha un parco macchine negli ospedali troppo vecchio e ha bisogno di essere cambiato e aggiornato. Per questo nel Pnrr l'obiettivo da realizzare entro metà del 2026 è quello di valorizzare e innova-

re la dotazione tecnologica e digitale attualmente in uso negli ospedali. L'investimento (1,18 mld) parte quindi dall'acquisto e dalla sperimentazione di 3.133 apparecchiature in sostituzione di quelle obsolete e fuori servizio (più di 5 anni). Si tratta in particolare di Tac, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/Tac, Mammografi, Ecotomografi. Il cronoprogramma del Pnrr prevede in particolare che 600 milioni saranno destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024, e a conclusione della procedura di gara e della stipula dei contratti con i fornitori, prevista per il terzo trimestre del 2022. Dello stesso tenore l'investimento tecnologico per i Dea di I e II livello: 1,09 miliardi saranno destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025. Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori.

Restyling hi-tech.

Investimenti per 4 miliardi in digitalizzazione e per l'acquisto di 3mila nuovi apparecchi diagnostici

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ANALISI

Terapie intensive, la trincea dei ritardi

Marzio Bartoloni

Sono state forse il simbolo più evidente della lotta al Covid nei momenti più duri dell'emergenza. Parliamo delle terapie intensive, i reparti che ospitano i letti e il prezioso ossigeno per i pazienti più gravi. L'Italia ha affrontato l'urto della prima ondata del virus nel marzo aprile del 2020 con una dote assolutamente insufficiente di letti (e personale sanitario) nei reparti di rianimazione: solo 5179 posti, contro gli oltre 25mila a disposizione all'inizio dell'emergenza in Germania, solo per fare uno degli esempi più virtuosi in Europa. In quelle settimane è stata una corsa continua ad aggiungere letti "precari" per i pazienti più gravi, ricavandoli da altri reparti o sottraendoli alle sale operatorie.

Poi a maggio del 2020 finita la prima fase dell'emergenza il decreto Rilancio varato dal Governo Conte ha stanziato 1,4 miliardi per aggiungere 3500 posti letto di terapia intensiva (corrispondente ad un aumento di circa il 70% del numero di posti letto preesistenti alla pandemia) e un aumento di 4.225 posti nei reparti di terapia semi-intensiva, con relativa impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di assistenza alla ventilazione in modo che almeno la metà di questi posti si possano trasformare in letti di terapia intensiva. I fondi

dovevano servire anche alla ristrutturazione dei Pronto soccorso per rendere strutturale la separazione dei percorsi clinico-assistenziali per i pazienti con sintomi Covid-19 quindi potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi. Oltre all'acquisto di ambulanze adibite ai trasferimenti secondari per i pazienti positivi. Ebbene dopo oltre un anno dallo stanziamento dei fondi sono stati realizzati dalle Regioni solo il 25,7% dei posti letto aggiuntivi in terapia intensiva e il 25,5% di quelli in semi-intensiva, con ampie differenze regionali. I ritardi sono dovuti al rimpallo tra ministero della Salute, struttura commissariale e Regioni per approvare i piani regionali per l'implementazione dei letti. Piani che sono stati approvati definitivamente solo a novembre scorso. Ora questo piano di potenziamento delle rianimazioni, utile in questa e nelle future pandemie, è entrato ufficialmente anche nel Pnrr che ha assorbito le risorse già stanziato dal decreto Rilancio. Il progetto è tra quelli prioritari da realizzare, ma si spera che metta il turbo dopo gli ampi ritardi già accumulati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL PIANO PER LE RIANIMAZIONI

1,4 miliardi

Le terapie intensive

è la dote messa in campo dal decreto Rilancio del Governo Conte II.

Ma a un anno da quella delibera sono stati realizzate dalle Regioni solo il 25,7% dei posti letto aggiuntivi in terapia intensiva e solo il 25,5% di quelli in terapia semi-intensiva. Non è stato raggiunto quindi l'obiettivo di aggiungere 3500 posti letto allo scarso potenziale degli ospedali italiani (5179 posti contro i 25mila dei tedeschi ad esempio).

IL PERSONALE

Alla formazione una mini dote da 737 milioni e borse di studio

Marzio Bartoloni

Se c'è una voce quasi assente nel Pnrr è quella del personale sanitario. Il motivo principale è che le assunzioni non sono un investimento ma una voce di spesa corrente. E quindi il Piano non è il veicolo adatto per le assunzioni, anche se per altre missioni non mancano le eccezioni. Ecco perché alla fine l'unica voce del Pnrr in cui compare il vasto pianeta che comprende medici, infermieri e altri operatori sanitari è quella relativa alla formazione con un investimento di 737 milioni. Una dote non proprio generosa che servirà per quattro esigenze: un incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali; l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali; l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del Ssn. Infine forse il capitolo principale: l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto "imbuto formativo", vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto. Per le borse di studio di medicina generale si prevede che ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio

aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive).

Per quanto riguarda il piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere si punta a circa 150mila partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà del 2026, mentre per i progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 24.500 persone entro il 2° trimestre del 2026. Infine per potenziare la formazione specialistica dopo la Laurea in medicina il Pnrr finanzia 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In ritardo il piano per potenziare le rianimazioni

Posti di terapia intensiva

	N. POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA PROGRAMMATI	N. POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA ATTIVATI	% DI POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA ATTIVATI
Piemonte	40	40	100
Valle D'Aosta	197	156	79,2
Lombardia	66	50	75,8
Pa di Bolzano	105	46	43,8
Pa Trento	193	80	41,5
Veneto (**)	282	97	34,4
Friuli V.G.	499	158	31,7
Liguria	101	31	30,7
Emilia R.	211	60	28,4
Toscana	87	23	26,4
Umbria	276	71	25,7
Marche	46	8	17,4
Lazio	58	7	12,1
Abruzzo	134	16	11,9
Molise	585	47	8,0
Campania (*)	299	20	6,7
Puglia	55	2	3,6
Basilicata	301	10	3,3
Calabria	10	0	0
Sicilia (*)	14	0	0
Sardegna (*)	32	0	0
ITALIA	3.591	922	25,7

Dati al 29/04/21; tranne (*) al 15/04/21 e (**) al 22/04/21

MINI RIVOLUZIONE

L'onda lunga del virus spinge la svolta territoriale

Barbara Gobbi

La scommessa è di quelle che non si possono perdere e la pandemia lo ha dimostrato: rifocillare e riequilibrare il Servizio sanitario nazionale arrivato all'appuntamento con il Covid sguarnito di risorse, personale, posti letto e tecnologie adeguate è una priorità assoluta dopo che l'emergenza ha mostrato gli effetti drammatici dei tagli di un decennio all'assistenza e ai fondi – stimati fino a 37 miliardi in meno – e della mancata riforma delle cure sul territorio.

Le cure sul territorio

Ed è quest'ultimo il nervo scoperto che nella prima ma anche nella seconda ondata del Covid non ha saputo arginare i bisogni di cura e assistenza, venendo meno a quella funzione di filtro rispetto agli ospedali che avrebbe consentito una presa in carico appropriata dei pazienti. Da qui allora riparte il Piano nazionale di ripresa e resilienza al capitolo Sanità. Che si vede assegnare 7 miliardi per le “reti di prossimità”, le strutture e la telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale. Fondi che da soli non saranno sufficienti a segnare il cambio di passo, che andrà accompagnato da una riforma dei modelli formativi, dalla piena integrazione tra livelli di cura, con l'ospedale, e

dalla revisione dei meccanismi di monitoraggio dell'assistenza (verifica dei Livelli essenziali, i “Lea”) che consentano di superare le profonde disuguaglianze territoriali che ostacolano l'accesso alle cure in Italia. E allora il Pnrr mette in campo “reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza territoriale”. Una “mini-rivoluzione” che non è una novità assoluta perché da almeno una decina d'anni ci si prova (la “Riforma Balduzzi” è del 2012) ma a cui i finanziamenti in arrivo e soprattutto la lezione durissima della pandemia dovrebbero mettere le ali. Con un investimento di 2 miliardi e sulla scia delle “case della salute” attivate fino a oggi soltanto in alcune Regioni con in testa l'Emilia Romagna, entro la metà del 2026 nasceranno 1.288 Case della comunità (il numero è stato dimezzato rispetto alle 2.575 annunciate all'inizio), strutture nuove o già esistenti e riconvertite. Ci lavoreranno in team multidisciplinare medici di medicina generale, pediatri, medici specialisti, infermieri di comunità e altri professionisti e anche, in un'ottica di welfare integrato che fino a oggi è mancata, gli assistenti sociali.

Una mini rivoluzione

Nel “pacchetto” sono previsti infatti il punto unico di accesso (Pua) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari), le attività di consultorio con un approccio orientato alla medicina di genere, al bambino e ai nuclei familiari. Potranno poi esservi ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti in prima battuta a persone anziane e fragili, organizzati sulla base della comunità di riferimento. La deadline è giugno 2026 ma il cantiere aprirà l'anno prossimo: entro il primo trimestre 2022 ministero della Salute e Regioni cominceranno a lavorare al progetto. Supportati dalla traccia offerta dal nuovo Patto per la salute che

a settembre di quest'anno dovrebbe definire i nuovi standard per il territorio. L'altro tassello sono le "cure intermedie" che con 380 Ospedali di comunità (anche in questo caso dimezzati rispetto ai 753 del progetto iniziale) dovranno fungere da cerniera con l'ospedale vero e proprio: incassano un miliardo entro il 2026 e con una gestione prevalentemente infermieristica daranno risposta ai pazienti a bassa/media intensità clinica, inviati previa valutazione del medico, che necessitano di brevi degenze e che quindi non possono essere seguiti a casa. Anche in questo caso, non siamo davanti a una novità assoluta: di ospedali di comunità, mai decollati sul territorio nazionale, si parla da circa vent'anni con esperienze concentrate al Nord-Est ma solo un anno fa la Conferenza Stato-Regioni ha varato criteri e requisiti e anche in questo caso l'esigenza di decongestionare il territorio e una regia complessiva di riassetto delle cure primarie potrebbero fare la differenza.

L'aiuto delle tecnologie

Telemedicina, domotica e digitalizzazione verranno in aiuto così come l'avvio in ogni Asl di un sistema informativo in grado di rilevare i dati clinici in tempo reale. Ogni Ospedale di comunità avrà 20 posti letto (fino a un massimo di 40) e tra le sue funzioni c'è anche quella di facilitare la transizione dei pazienti dall'ospedale al domicilio, consentendo alle famiglie di organizzarsi per accogliere al meglio la persona dimessa. A coordinare il passaggio penseranno le 602 Centrali operative territoriali (Cot), una per distretto socio-sanitario, cui il Pnrr con 280 milioni assegna la funzione di mettere in contatto i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete dell'emergenza-urgenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

II RICOVERI IMPROPRI

La scommessa più grande: il domicilio luogo di cura

Barbara Gobbi

La "casa come primo luogo di cura" è forse la scommessa più alta ma anche più difficile nella riorganizzazione del territorio: l'obiettivo è arrivare a prendere in carico in assistenza domiciliare integrata (Adi) entro la metà del 2026 il 10% della popolazione over 65 e oggi l'Italia parte da livelli minimi con meno di 20 ore l'anno per utente. Ne derivano ospedalizzazioni improprie di migliaia di pazienti che potrebbero essere seguiti più utilmente a domicilio, con maggior sollievo, minori spese per le famiglie e per il Servizio sanitario nazionale, ma anche con i benefici di una ridotta esposizione a rischi concreti come quello delle infezioni contratte in ospedale. In generale, è sul livello di appropriatezza della presa in carico - che deve essere riportato a un servizio di cura pensato per ruotare attorno alla persona ed essere tarato sui suoi effettivi bisogni - che si intende agire.

Il ministro della Salute Roberto Speranza punta a scalare la classifica europea dell'Assistenza domiciliare integrata, rimontando dall'attuale 4% per superare i modelli Svezia e Germania che oggi si attestano sul 9 per cento (la media Ocse è del 6%). Tradotto in numeri, questo intervento consentirà di prendere in carico da qui a cinque anni 800 mila persone in più. Destinatari sono gli anziani con una o più malattie croniche e i non autosufficienti e anche in questo caso perché il progetto sia realizzabile non baste-

ranno i 4 miliardi (pur se raddoppiati dai 2 iniziali) messi in campo dal Pnrr, ma servirà una vera e propria rivoluzione nella formazione dei professionisti sanitari e nei modelli organizzativi e culturali dell'assistenza. La telemedicina sarà un tassello fondamentale, purché metta in rete le Centrali operative territoriali (Cot), le Asl e i distretti e consenta il collegamento costante con l'ospedale e con il medico curante. Ma pesa la carenza di personale: basti pensare che oggi mancherebbero ben 50 mila infermieri (i sanitari maggiormente impegnati nell'Adi, l'assistenza domiciliare integrata) e che i tempi della formazione sono necessariamente lunghi.

Senza contare che la strada per ridefinire lo "skill mix" delle competenze tra i professionisti delle cure (medico e infermiere in prima battuta, ma anche psicologi e assistenti sociali) che ruotano intorno al paziente è ancora tutta in salita. La figura del caregiver (moglie e figlie in 7 casi su dieci secondo il Censis) - il cui riconoscimento quanto a ruolo assistenziale e sociale è appena agli inizi - resta esclusa dagli interventi di presa in carico del malato attraverso il Pdta (Piano diagnostico terapeutico) e dalla Valutazione multidimensionale dei bisogni. Sono terreni su cui l'Italia non si è mai cimentata ma dove rispetto ad altri Stati non solo europei resta ferma a poche best practice. Pur essendo tra i Paesi più vecchi al mondo: sono 2,8 milioni gli anziani non autosufficienti, il 20,7% del totale degli anziani e l'81% dei non autosufficienti nel Paese, con un rischio fragilità che supera il 40% oltre gli 80 anni. Nel 2040 - cioè tra appena venti anni - si stima che gli anziani in Italia saranno oltre 19 milioni e 28 milioni i cronici. Di positivo c'è però che il Pnrr - sollecitato dalle associazioni che dagli anni Novanta chiedono una riforma organica sociosanitaria e sociale degli interventi a favore dei pazienti - prescrive la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni entro la primavera del 2023. Promesse che andranno riempite di contenuti, ma la strada sembra finalmente tracciata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SVOLTA DIGITALE

Telemedicina decisiva per cambiare il sistema

Barbara Gobbi

La telemedicina la chiave di volta per affrontare le principali sfide del Ssn: ad affermarlo è "Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali che dovrà monitorare l'effettiva realizzazione sul territorio della Missione Salute del Pnrr. E allora il miliardo messo sul piatto dal Governo sembra un po' poco, soprattutto a guardare i tre obiettivi di dettaglio: colmare i profondi gap di cura tra un'area e l'altra del Paese, migliorare i risultati dell'assistenza sanitaria e i percorsi dei pazienti, aumentare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali grazie alla promozione dell'Assistenza domiciliare integrata (Adi) e di protocolli di monitoraggio da remoto.

I pazienti dal canto loro sono più che disposti ad accogliere la novità telemedicina, soprattutto dopo il cambio di passo nella digitalizzazione imposto dalla pandemia: secondo gli ultimi dati, l'emergenza Covid ha aumentato l'uso delle piattaforme digitali sanitarie, con un utilizzo da parte dei pazienti salito di quasi 20 punti percentuali, dall'11% al 30% e in futuro 8 italiani su dieci vorrebbero usarle per intensificare il rapporto con il medico. Ancora: percentuali "bulgare" di gradimento dell'assistenza da remoto parlano di un 86% di persone che si aspettano di poter prenotare prestazioni sanitarie direttamente da smartphone o pc e di avere accesso alla cartella sanitaria ovunque e senza ghirigori burocratici. Il Pnrr

glielo promette, soprattutto quando si guarda al potenziamento delle cure in Adi, che avranno come terminale le Centrali operative territoriali (Cot), collegate da remoto.

Nel mondo ideale tratteggiato dal Pnrr, è proprio la valorizzazione dell'assistenza a domicilio uno dei primi vantaggi che la telemedicina porterà in dote: le Cot, è la promessa, fungeranno da coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché della rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità, accessibilità e integrazione delle cure. Le Centrali operative saranno dotate dei mezzi tecnologici che permetteranno il controllo a distanza dei dispositivi forniti ai pazienti, supporteranno lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti nella cura, costituiranno un punto di riferimento per i caregiver, sia per la formazione all'autocura sia per la sua attuazione. I progetti di telemedicina delle Regioni, finanziati con il miliardo reso disponibile dal Pnrr, dovranno tenere conto di tutte queste potenzialità: per poter essere finanziati – così dispone il Piano nazionale di ripresa e resilienza – dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo sanitario elettronico (Fse), raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi del Ssn e garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. E infatti saranno privilegiati i progetti in comune tra

più Regioni, che facciano leva su best practice e che ambiscano a costruire vere e proprie “piattaforme” di telemedicina. Va individuato un modello nazionale condiviso – il presupposto è l'interoperabilità dei dati che consentirà anche l'effettivo utilizzo del Fse – e i progetti dovranno articolarsi su teleassistenza, teleconsulto, telemonitoraggio e telerefertazione, grazie all'implementazione in ogni Asl di sistemi di cloud che rendano disponibili i dati in tempo reale su tutto l'universo sanitario del singolo, dal consumo di farmaci ai dispositivi diagnostici impiantati nel paziente. Tutto chiaro (o quasi) sulla carta, ma il traguardo sembra oggi lontanissimo.

Anche se il Paese non è all'anno zero e anzi l'ultima mappatura delle best practice di telemedicina ne conta circa 300, l'Italia delle cure digitali è storicamente in ritardo. Le linee guida risalgono addirittura al 2014, ma solo sei mesi fa sono stati sdoganati i criteri e una tariffa ad hoc per la tele visita, che della telemedicina nel suo complesso è solo un primo passo. Il digitale dovrà sfondare la porta – in teoria aperta – della disponibilità ad accogliere le cure da parte degli italiani a suon di formazione: degli stessi malati e dei caregiver, certo, ma anche degli operatori sanitari ostacolati fino a oggi dalla frammentazione delle soluzioni inventate, quando ci sono, nei diversi territori.

Televisita.

Crescono le visite a distanza

© RIPRODUZIONE RISERVATA



GESTIONE DEI DATI

Fascicolo sanitario, messa a regime la priorità

Francesca Cerati

La gestione e la valorizzazione dei dati in Sanità è una delle priorità indicate dal Pnrr, a cui dedica, nello specifico, 1,67 miliardi di euro che saranno destinati al Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e al potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute (anche per la raccolta e produzione di dati, lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata e la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda e offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi). Ma le potenzialità del principale asset per la raccolta dei dati dei pazienti, il Fascicolo sanitario elettronico, sono ancora da cogliere.

Strumenti poco conosciuti

I Fascicoli, seppur attivati per quasi tutta la popolazione italiana (a oggi sono quasi 53 milioni), sono spesso incompleti, privi delle informazioni e dei documenti più utili a medici e pazienti e, secondo una rilevazione di Doxapharma in collaborazione con l'Osservatorio innovazione digitale in Sanità della School of Management del Politecnico di Milano sono ancora poco conosciuti e utilizzati dagli italiani: solo il 38% ne ha sentito parlare e appena il 12% è consapevole di aver utilizzato lo strumento

almeno una volta. Se si considera il punto di vista dei pazienti cronici o con gravi problemi di salute, coinvolti nella ricerca la situazione migliora: i pazienti conoscono l'Fse nel 73% dei casi e lo utilizzano nel 37 per cento. I servizi più utilizzati sono l'accesso ai referti online (dal 52% dei cittadini e dall'88% dei pazienti cronici) e alle ricette elettroniche (44% e 88%). «La messa a regime del Fascicolo sanitario elettronico deve costituire una priorità assoluta per il nostro Sistema sanitario e deve essere accompagnata da un'adeguata campagna di informazione perché la limitata consapevolezza della sua esistenza fra i cittadini rappresenta la principale barriera a una sua piena diffusione - afferma Paolo Locatelli, responsabile scientifico dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità -. Affinché il Fascicolo sanitario elettronico possa diffondersi sarà inoltre importante renderlo più completo, integrato e interoperabile e bisognerà arricchirlo di servizi digitali innovativi e di interesse per la popolazione. Per i pazienti, oltre a referti e ricette, è infatti importante integrare nel Fascicolo anche sistemi per la prenota-

I CANTIERI DELLA SANITÀ

Progetto Censis e Janssen

È il tempo della ripartenza ed è anche il tempo dei cantieri. Da qui nasce "I Cantieri per la Sanità del Futuro", una piattaforma che Censis e Janssen Italia hanno costruito come base di partenza e di collaborazione fattiva sulle direttrici di sviluppo che i protagonisti del sistema salute hanno individuato come fondamentali. Sanità di prossimità e sanità digitale sono le due direttrici indicate con chiarezza sia dai cittadini che dai rappresentanti istituzionali nazionali e regionali. Ma cosa vogliono gli italiani dalla sanità digitale prossima futura? l'86,5% di poter prenotare prestazioni sanitarie direttamente da smartphone, pc, laptop; l'86,6% di avere accesso alla cartella sanitaria ovunque e in modo semplice



zione online di visite ed esami (78%), ma anche i piani di cura (79%) e le informazioni sulle prestazioni sanitarie convenzionate o con esenzione (77%)».

Regioni disomogenee

Da un punto di vista dell'attivazione del Fse, tutte le Regioni italiane hanno un'ottima copertura (tranne l'Abruzzo che è arrivata solo al 36%), ma il tasto dolente resta la sua implementazione, cioè che sia pienamente operativo e corredato del maggior numero di dati possibile. «Dai dati del monitoraggio risulta che le regioni italiane sono disomogenee da questo punto di vista - precisa Chiara Sgarbossa, commentando i risultati della ricerca dell'Osservatorio innovazione digitale in sanità della School of Management del Politecnico di Milano - L'alimentazione del Fse si è praticamente concluso per le aziende sanitarie del Veneto, della Toscana, del Friuli Venezia Giulia e della Provincia Autonoma di Trento, mentre altre 4 Regioni (Sardegna, Valle d'Aosta, Lombardia, Sicilia) raggiungono percentuali superiori al 70%, Emilia-Romagna e Puglia hanno circa la metà di aziende sanitarie che alimentano il sistema. Tutte le altre Regio-

ni, invece, hanno dati prossimi allo zero». La buona notizia è però che il Governo ha inserito tra i pilastri della trasformazione digitale, per la prima volta, anche il Fascicolo sanitario elettronico, per lungo tempo trascurato e considerato, erroneamente, un ibrido tra i vari “applicativi” della digital health. Non vanno infatti confuse le funzioni del Fse con quelle della cartella clinica elettronica (Cce), perchè si tratta di due aggregatori di dati dematerializzati di salute completamente diversi: il primo è rivolto al cittadino, mentre il secondo al medico curante. E tra i pilastri rientrano anche “le piattaforme dati della sanità”, che permetteranno di fare un salto di qualità in termini di digitalizzazione, arrivando alla cosiddetta aggregazione sistematica di dati di salute. L'obiettivo è di riuscire ad avere un sistema predittivo riferito alle malattie e alle condizioni di salute degli italiani che, utilizzando algoritmi e tecnologie di machine learning e operando stratificazioni della popolazione, costruisca efficienti mappe di fragilità, operando su un'enorme base di dati di real world, generati appunto da tutti i fascicoli sanitari elettronici.

Fascicolo sanitario elettronico.

È una delle priorità indicate dal Pnrr, a cui dedica, nello specifico, 1,67 miliardi di euro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUOVI NETWORK

Parte la rete per potenziare l'attrattività degli Irccs

Francesca Cerati

Nell'investimento da 8,6 miliardi di euro per gli ospedali del Recovery Plan, che va dalla digitalizzazione al rinnovo del parco tecnologico, fino al potenziamento del Fascicolo sanitario elettronico e nuove borse di studio per medici di medicina generale e specializzazioni, c'è anche, a costo zero, la riforma degli Irccs (istituti di ricovero e cura a carattere scientifico), cioè quei nosocomi in cui si svolgono attività di ricerca clinica, nonché di gestione dei servizi sanitari. La riforma verrà attuata con un decreto legislativo entro la fine del 2022 e avrà tra gli obiettivi quello di rafforzare il legame tra ricerca, innovazione e sanità, e di migliorare la governance attraverso la definizione dei poteri e delle aree di competenza. «L'attrattività degli Irccs dovrebbe essere migliorata attraverso la definizione di puntuali criteri di riconoscimento, quali l'attività svolta e la caratterizzazione in base alla vocazione monospecialistica o generalista, che li contraddistingue.

Gli istituti si dovrebbero configurare anche come centri del trasferimento del know-how, sia fra Irccs sia con altre strutture del Ssn come le Aziende ospedaliero-universitarie - spiega Stefano Lorusso, capo segreteria tecnica del ministro della Salute Roberto Speranza - L'impiego di un disegno di governance nuovo permetterebbe di mantenere gli investimenti in R&S correlati alle dinamiche epidemiologiche, men-

tre la creazione di network di valore sarebbe in grado di proiettare l'attrattività della ricerca anche in contesti internazionali». Per Silvio Garattini, presidente dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri è il tempo di aprire una discussione per capire come si possa rendere efficiente il ruolo degli Irccs per il Ssn: «Bisognerebbe organizzare gli Irccs sulla base di reti di tipo multidisciplinare per contribuire alla soluzione di grandi problemi del Ssn. Ad esempio: sviluppare una cultura della prevenzione attraverso la diffusione dei buoni stili di vita, valutare i dispositivi medici aiutando la realizzazione di un prontuario, sviluppare studi clinici controllati per valutare differenze di genere o differenze di età, oggi largamente sconosciuti. E ancora, sviluppare studi clinici per valutare differenze di efficacia e di tossicità fra farmaci con le stesse indicazioni terapeutiche, preparare il Ssn all'impiego di machine learning e intelligenza artificiale, integrare farmaci e psicoterapie per le malattie mentali, raggiungere appropriatezza nell'impiego dei farmaci». Un secondo grande campo di lavoro che potrebbe riunire le competenze degli Irccs riguarda l'informazione scientifica. «I medici ospedalieri e territoriali hanno poco tempo per aggiornarsi.

Gli Irccs potrebbero associarsi per contribuire secondo la propria competenza a sintetizzare le conoscenze più importanti che hanno un rilievo diretto per la cura degli ammalati - continua Garattini -. Sarebbe un lavoro molto importante e oggi completamente orfano. Per queste e per altre funzioni svolte dagli Irccs sarebbe necessaria un'interfaccia per traslare risultati di ricerca o di informazione a favore di tutto il Ssn». Infine, per Garattini occorre anche trovare le risorse per realizzare le attività degli Irccs. «Bisogna iniziare almeno con un investimento del 1% per arrivare al 3% della spesa del Ssn - conclude -. Si tratta di una piccola cifra che se adeguatamente utilizzata può rappresentare un importante risparmio di risorse per le attività del Servizio sanitario nazionale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SEMPLIFICAZIONI

Per la ricerca investimenti con strategia di filiera

Francesca Cerati

Il Pnrr è la grande occasione per rilanciare la ricerca scientifica italiana (che potrà contare su 1,26 miliardi di euro), da quella di base fino al trasferimento tecnologico con le aziende?

Il fatto che il piano preveda una missione dedicata all'università, alla ricerca e alla formazione, è un segnale forte che dimostra come il mondo della ricerca scientifica e della formazione siano stati considerati importanti. Cosa che potrebbe rendere l'Italia un Paese appetibile per i ricercatori, che avrebbero la certezza di vedere finanziate le loro ricerche, limitando la fuga di cervelli.

La ricerca biomedica

In che cosa consiste l'investimento di 520 milioni per la valorizzazione e il potenziamento della ricerca biomedica? L'obiettivo è di rafforzare la capacità di risposta dei centri di eccellenza italiani nel settore delle patologie rare, favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese. A questo scopo si prevedono tre tipi di intervento: il finanziamento (100 milioni) di progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali; il finanziamento (100

milioni complessivi) di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare (50 milioni) e dei tumori rari (50 milioni); il finanziamento (160 milioni) per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti. Sono invece 740 i milioni per la formazione e l'aggiornamento del personale sanitario.

Salta invece, nella versione definitiva del piano presentato, l'istituzione di un Centro di eccellenza per le epidemie, che prevedeva l'investimento di 1 miliardo.

«Il Piano va nella direzione auspicata e necessaria - commenta Riccardo Palmisano, presidente di Assobiotec - ma ci sono due elementi da aggiungere quando si passerà ai fatti: il primo è quello di adottare una logica di filiera, non guardare cioè come è sempre stato fatto in maniera frammentata, ma mettere insieme tutti i "pezzi", perché l'innovazione non è solo di prodotto, ma anche di processo e nella produzione. Anche in un'ottica di rendere il Paese più attrattivo per gli investimenti. Secondo: le riforme che ci chiede l'Europa non sono formali, ma sostanziali. Tutti i temi che richiedono semplificazioni, fiscalità e riforma della giustizia nel nostro settore hanno un'importanza fondamentale. In particolare, bisogna anche, e sarebbe a costo zero, semplificare l'interazione tra le università, enti di ricerca e capitale, sia esso aziendale o venture capital. Qui si innesta anche il tema del trasferimento tecnologico e delle competenze per dialogare tra scienza e business».

Infine, conclude Palmisano, serve un aumento della pianta organica dell'Aifa «che non è soltanto prezzi e rimborso, ma autorizzazione degli studi clinici e alle facility innovative che devono essere autorizzate per la produzioni in Gmp».

© RIPRODUZIONE RISERVATA