

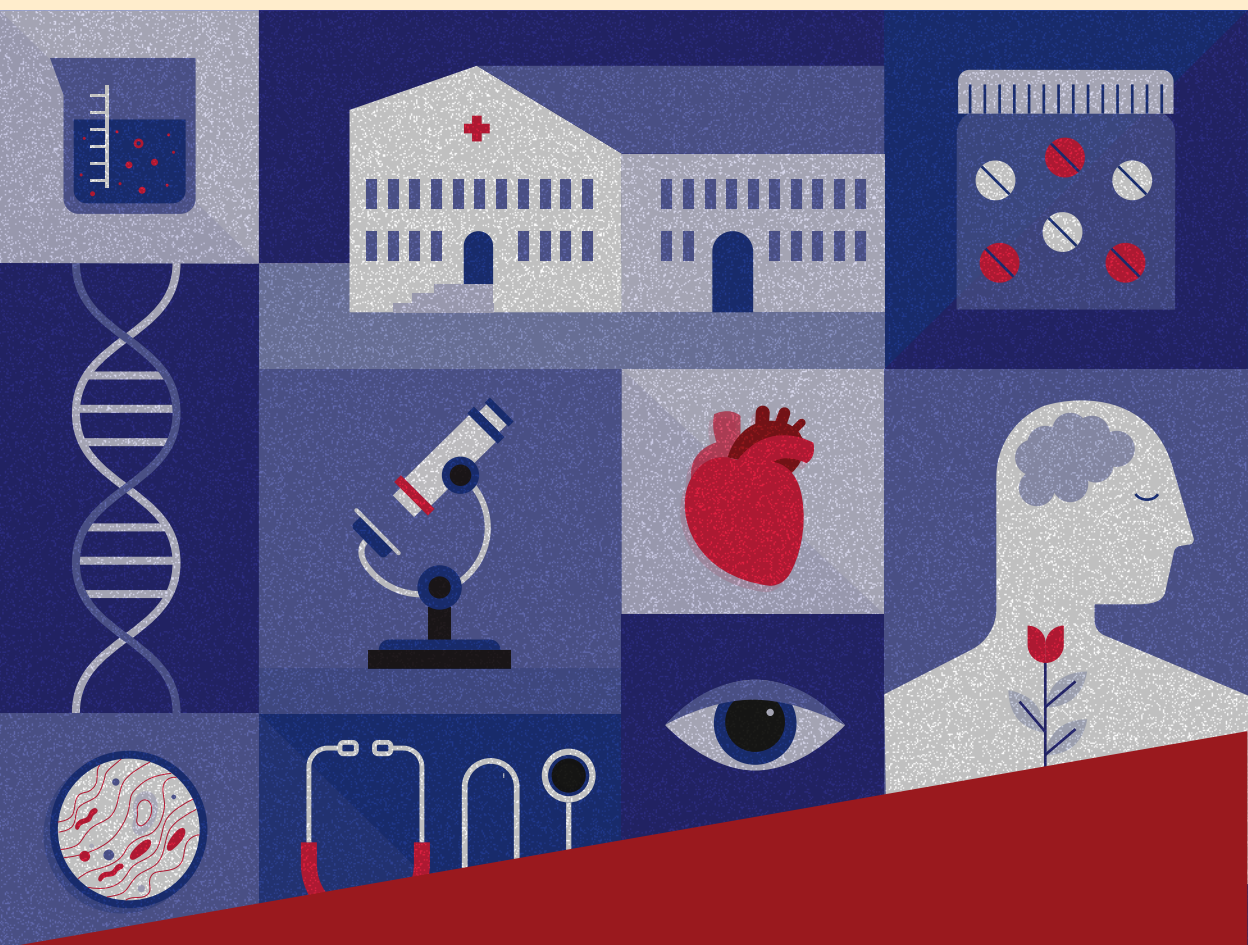
05

Rivista trimestrale di cultura e comunicazione politica

Rivista Trimestrale

Anno 2
Numero 5

Parlamento Magazine



Sanità senza barriere

Accesso, innovazione e diritti

Parlamento Magazine

Numero 05

Marzo 2025



Parlamento Magazine

Parlamento Magazine
Registrato presso il tribunale di Roma
n. 151/2023 in data 23/11/2023



Direttore Responsabile: Vincenzo Manfredi
Direttore Editoriale: Michele Vitiello
Capo Redattore: Francesca Buttara

Redattori: Marzia Bilotta, Lorenzo Della Corte,
Giuseppe De Lucia, Maria Fiorenza Di Gosta, Luigi
Di Gregorio, Imane Jalmous, Giuseppe Razzano

Art Director: Valerio Innamorati

Progetto grafico: g2r - gruppo2duerighe srl

Impaginazione: g2r - gruppo2duerighe srl

Società editrice

Associazione Italian Politics
Via Andrea Doria 79/A
00195 Roma RM
P.IVA 17269081000

Stampato in Italia da:

Delfi Competenze Grafiche
Via Gaetano Rappini 23
00149 Roma
P.IVA: IT 16913311003

Redazione

redazione@ilparlamentomagazine.it

Sito web

www.ilparlamentomagazine.it

Pubblicità

pubblicita@ilparlamentomagazine.it

06 Editoriale

La sanità italiana,
tra eccellenza e sostenibilità

VINCENZO MANFREDI

09 Speciale Il punto di vista del Governo

10

Schillaci: "Impegno comune per una
sanità più moderna e sostenibile"

MARZIA BILOTTA

14 Articoli

16

Un Parlamento al servizio della sanità:
il nostro impegno per il futuro

UGO CAPPELLACCI

18

Il ruolo della ricerca nel sistema
sanitario

ANDREA PICCIOLI

22

Riforma della sanità: psicologo di cure
primarie e Innovazione per un sistema
sanitario più efficiente

LUCIANO CIOCCHETTI

24

Salute, innovazione e sicurezza:
accelerare per garantire competitività e
cure personalizzate

GIANLUCA ANSALONE

28

Assistenza sanitaria integrativa:
opportunità o pericolo?

ELISA PIRRO

30

Custodire la vita: la salute degli anziani
come bene comune

MONSIGNOR PAGLIA

32

Un lavoro difficile estratto da "Essere
medico. Come l'empatia aiuta a curare"

MATTEO BASSETTI

36

Ricerca clinica: la competitività passa
per la valorizzazione delle competenze

ROBERTO MARTI

38

Alla ricerca della fiducia nella ricerca

JESSICA NARDIN

40

Innovazione e tecnologia: la sanità del
futuro è oggi

DARIO GUIDO

42

Il medico di base per i senza dimora: un
passo verso dignità e giustizia sociale

MARCO FURFARO

44

La prevenzione sanitaria è un
investimento e risponde alla priorità
strategica della commissione europea
per la resilienza economica e sociale

NICOLETTA LUPPI

46

Verso una sanità partecipata: il ruolo
delle associazioni di pazienti nelle
decisioni pubbliche

ELENA MURELLI

50

Globesità: un appello all'azione
collettiva

IMANE JALMOUS

54

Lotta alle dipendenze: l'impegno del
CePID tra innovazione, formazione e
ricerca

GABRIELE SANI

56

Salute orale, benessere generale: la
necessità di una nuova consapevolezza

STEFANO GIOVANNARDI

58

Il dolore da cancro: dalla legge 38/2010
alla legge 219/2017

Un percorso normativo orientato alla
dignità della persona

FRANCO MARINANGELI

60

Lo sport è un farmaco: perché inserire
l'esercizio fisico nel sistema sanitario
nazionale

DANIELA SBROLLINI

62

Screening sanitari sul lavoro:
la prevenzione per un Paese che
ha voglia di futuro

ELENA BONETTI

64**La sanità del futuro tra crisi demografica, spesa pubblica e innovazione tecnologica**

MATTEO NEVI

72**Malattie rare: dalle promesse ai fatti
La necessità di un impegno concreto**

ORFEO MAZZELLA

94**La clownterapia verrà regolamentata:
legge sul sorriso negli ospedali**

MARIA FIORENZA DI GOSTA

102**Sanità digitale e Intelligenza Artificiale:
rivoluzione in atto**

MARIANGELA RULLI

68**Un modello misto per il futuro del
servizio sanitario nazionale**

GABRIELE PELISSERO

76**Le malattie rare tra normativa europea e
nazionale**

ROBERTA VENTURI

96**Telemedicina e protezione dei dati: un
passo avanti nella sanità digitale**

ANDREA BISCIGLIA

104**Comunicare la sanità: tra innovazione e
responsabilità**

CHIARA GNOCCHI E ALEX DELL'ERA

70**Soluzioni per un sistema sanitario in crisi**

VALTER SANTILLI

78**La salute mentale in Italia:
tra frammentazione e l'esigenza
di un approccio integrato**

GIUSEPPE NICOLÒ

98**L'Intelligenza Artificiale per salvare il
servizio sanitario nazionale**

SIIAM

80 Speciale Il punto di vista dei Territori

82**Sanità nel Lazio: la rivoluzione
necessaria, tra liste d'attesa e
nuovi ospedali**

GIUSEPPE DE LUCIA

84**Salute mentale e prevenzione: il piano di
Regione Lombardia per la sanità**

GUIDO BERTOLASO

106 Rubriche

108**Staff parlamentare per la qualità della
democrazia**

JOSÉ DE FALCO

114**Il diritto alla salute fra Italia e Stati Uniti:
ripensare la spesa sanitaria come un
investimento**

AURORA SACCHI

88 Articoli

90**Intelligenza Artificiale: un alleato
prezioso per il futuro della salute**

GIUSEPPE RAZZANO

92**Intelligenza emotiva e benessere
giovanile: il ruolo della comunità nella
crescita individuale**

FRANCESCO MARCHIONNI

110**L'Unione e la sfida della salute:
mai più gli errori dell'emergenza Covid**

ALDO PATRICIELLO

116**La lobby del bene. Recensione del saggio
"il follemente corretto"**

LORENZO DELLA CORTE

112**Verso una nuova era nella gestione dei
farmaci critici: lezioni da una pandemia e
prospettive future**

MICHELE PICARO

120**La "Lezione di anatomia del dottor
Tulp"**

BRIGIDA MASCITTI

122 Firme

La Sanità italiana, tra eccellenza e sostenibilità



Vincenzo Manfredi
Direttore Responsabile
Parlamento Magazine

La sanità italiana ha garantito l'accesso universale alle cure, ma oggi affronta sfide importanti. La pandemia ha evidenziato fragilità, che richiedono riforme strutturali, dalle necessità finanziarie a modifiche di governance. Serve una strategia chiara per la sostenibilità e l'innovazione, con un maggiore allineamento agli standard europei e un rafforzamento del ruolo pubblico-privato.

Il Servizio Sanitario Nazionale - varato nel 1978, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione - può essere considerato come una delle più significative conquiste sociali del dopoguerra. Concepito come infrastruttura fondante del nostro Paese, ha garantito l'accesso universale alle cure, indipendentemente dalle condizioni economiche e sociali dei cittadini. Questa architettura istituzionale ha permesso di conseguire risultati notevoli in termini di qualità dell'assistenza e aspettativa di vita dei cittadini italiani. Tuttavia, oggi la Sanità italiana affronta sfide complesse e multidimensionali che ne minacciano la sostenibilità e l'efficacia. La pandemia ha rimesso la sanità al centro dell'agenda politica, ma ha anche evidenziato fragilità strutturali che necessitano di interventi organici ed urgenti.

In questo numero di Parlamento Magazine i lettori troveranno i contributi del Ministro della Salute, di Membri del Parlamento, del Direttore Generale dell'ISS, di europarlamentari, accademici, medici ed esperti di settore. Tutti gli articoli evidenziano come sia fondamentale la collaborazione sistemica e valoriale nella complessa azione di

policy making per il rilancio del sistema salute. Vengono analizzate le criticità attuali e vengono fornite valide soluzioni di policy e tecniche organizzative per il miglioramento del sistema. Si spazia dal rapporto pubblico privato, l'urgenza di misure di prevenzione efficaci, riferimenti puntuali all'educazione alla salute e al benessere della persona, alle tecnologie e all'innovazione come reali driver di sviluppo collaborativo ed interoperabile per il miglioramento della sanità italiana.

La spesa sanitaria pubblica italiana nel 2024 è stata di circa 138 miliardi di euro, con un rapporto tra spesa e Pil che si dovrebbe attestare, nel 2025, al 6,3%. Questo valore risulta inferiore sia alla media dell'UE (6,8%) che a quella dei paesi OCSE (6,9%). Sebbene la legge di bilancio abbia stanziato fondi aggiuntivi - circa 2,3 miliardi di euro - sarà necessario un percorso di progressivo riallineamento della spesa sanitaria agli standard europei, che dovrebbe attestarsi al 7% del Pil entro il 2027.

Allo stesso tempo la spesa sanitaria privata in Italia ha recentemente superato i 40 miliardi di euro. E possiamo notare che circa il 25% della spesa sanitaria complessiva è sostenuta direttamente dai cittadini, evidenziando una crescente differenziazione nell'accesso ai servizi sanitari. L'implemen-



tazione di un sistema di accreditamento più coordinato per le strutture private consentirebbe di stabilire standard qualitativi uniformi e requisiti di trasparenza. Le strutture private accreditate potrebbero essere integrate nel sistema di programmazione sanitaria regionale, contribuendo all'abbattimento delle liste d'attesa nel pubblico attraverso meccanismi di convenzione sul controllo dei costi e della qualità.

Come leggerete negli articoli di questo numero, sono necessarie molte azioni da disegnare ed implementare. Le più importanti sono: il rifinanziamento strutturale delle politiche sulla sanità; una governance integrata che possa portare al superamento della frammentazione decisionale tra i vari attori e una riorganizzazione territoriale per superare le differenze fra i diversi approcci regolamentari ed organizzativi di ciascuna regione; una digitalizzazione coordinata a livello nazionale per implementare una strategia unica per la sanità digitale, con particolare attenzione all'interoperabilità dei sistemi e all'alfabetizzazione digitale di operatori e cittadini. E tutte queste azioni non possono prescindere dalla continua professionalizzazione di tutti gli operatori sanitari. L'esperienza della pandemia ha dimostrato che un sistema sanitario pubblico, universalistico e re-

siliente, è un asset strategico per la sicurezza nazionale e la conservazione e il rilancio della sanità. L'approccio politico - di policy making - deve essere basato sulla comprensione della complessità, capace di coordinare risorse, implementare innovazione e facilitare e accrescere il valore del capitale umano in un modello sanitario sostenibile nel lungo periodo.

Come sempre la collaborazione sistemica delle forze politiche potrebbe rendere la soluzione a problemi complessi più facile di quanto si possa pensare. Nella rappresentazione dei diversi interessi, quello alla salute può e deve essere considerato un bene comune e come tale le policy devono essere ispirate da una urgente struttura decisionale, collaborativa e resiliente. Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale non può essere lasciato in balia di decisioni disarticolate o interventi emergenziali. Serve una strategia chiara, condivisa e orientata al lungo periodo.

La politica ha l'opportunità, e la responsabilità, di preservare uno dei pilastri fondamentali della nostra democrazia. Un sistema sanitario universalistico, equo e accessibile a tutti. Non è solo una questione di bilancio, ma di giustizia e coesione nazionale.

Per ricevere Parlamento Magazine, comodamente a casa tua, puoi iscriverti alla nostra Associazione Italian Politics.




Riceverai la rivista trimestrale ed **entrerai** a far parte della **squadra dell'Associazione** che è composta di **professionisti** che sono impegnati ogni giorno nel miglioramento del **policy making** e che hanno a cuore la **democrazia**.

Mandando una mail all'indirizzo info@italianpolitics.it riceverai tutte le istruzioni per procedere all'**iscrizione**.



italianpolitics.it | ilparlamentomagazine.it | italianpoliticalawards.it

 Il Parlamento Magazine

→ Speciale → S
Speciale → Spec

→ Il punto
di vista
del Governo

DIALOGHI

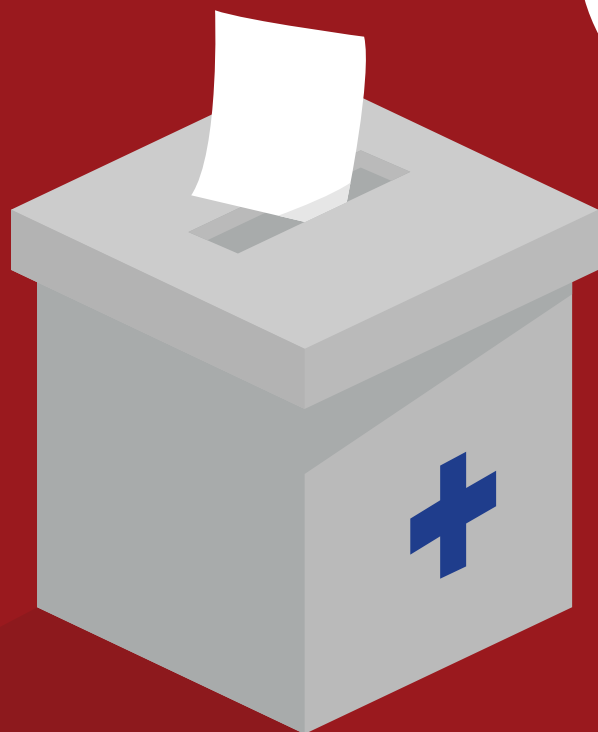
IL PUNTO DI VISTA DEL GOVERNO

Schillaci: "Impegno comune per una sanità più moderna e sostenibile"

Intervista al Prof. Orazio Schillaci
Ministro della Salute



Marzia Bilotta
Vice Presidente Italian Politics



La nostra rivista nasce con l'intento di dare spazio a tutte le voci del Parlamento italiano sulle attività svolte da questa importante Istituzione della nostra democrazia. Anche lei ha spesso affermato che su alcuni temi non dovrebbero esserci divisioni, come possiamo favorire questo dialogo trasversale?

Ogni volta che c'è dialogo si contribuisce a migliorare la salute dei nostri cittadini. In Parlamento si sono costituiti numerosi gruppi trasversali in ambito sanitario che riflettono anche l'interesse della società civile su patologie come ad esempio l'Alzheimer che colpisce sempre più anziani ma che ancora risente dell'assenza di terapie. Queste iniziative mostrano che sui grandi temi c'è la volontà di fare squadra con la consapevolezza che si tratta di argomenti che possono avere un impatto immediato sulla vita delle persone.

Basti pensare alla legge sull'oblio oncologico approvata all'unanimità da questo Parlamento. Credo che sia stato un atto di grande civiltà e di grande sensibilità verso quelle persone che si sono lasciate alle spalle una fase complessa della loro vita.

In un'epoca di polarizzazione e di campagna elettorale permanente, le performance del nostro sistema sanitario diventano a volte oggetto di un aspro dibattito, alimentato anche dal nuovo modo di fare comunicazione sui social.

Il Servizio sanitario nazionale è un modello che continua a essere invidiato in tutto il mondo, uno dei pochi sistemi di welfare che garantisce a tutti le stesse cure senza distinguere tra abbienti e meno abbienti, basandosi sui principi di universalità, equità e solidarietà.

La straordinarietà di questi principi andrebbe ricordata, soprattutto, ai giovani che andranno a formare la futura classe politica.

Oggi invece si assiste spesso a una narrazione parziale e negativa del nostro sistema sanitario che preferisce soffermarsi di più su episodi critici e poco attenta nel riconoscere i successi quotidiani, da Nord a Sud, delle nostre eccellenze sanitarie. Le buone pratiche - si sa - non fanno notizia, solo che così si rischia di minare la fiducia del cittadino nei confronti del SSN.

Oggi esiste un problema di fiducia, di scollamento tra cittadini e istituzioni, come può il Parlamento contribuire a tenere alta la fiducia nei confronti anche del servizio sanitario nazionale?

Ogni singolo parlamentare può dare un contributo importante facendosi promotore dei valori della trasparenza, della responsabilità e della chiarezza: sono qualità fondamentali per tenere saldo un rapporto di fiducia, soprattutto in un contesto dominato dalla rapidità dell'informazione e dalla diffusione incontrollata di fake news che possono rivelarsi estremamente pericolose per la salute dei cittadini. Anzi aggiungerei che chi siede in Parlamento può fare tanto anche a supporto della sostenibilità della nostra sanità pubblica.

In che modo?

Ad esempio, promuovendo iniziative sul territorio per far conoscere l'importanza della prevenzione che rappresenta la leva per garantire la sostenibili-

tà della sanità pubblica. Una Nazione longeva come la nostra deve obbligatoriamente mettere in atto una strategia per assicurare un invecchiamento attivo, riducendo il carico di malattie croniche che drenano risorse significative. E questa strategia si chiama prevenzione, che va declinata sia nell'invito ad adottare stili di vita sani, sia ricordando che gli screening sono tra gli strumenti di prevenzione più efficaci di cui disponiamo per ridurre l'incidenza e la mortalità legate alla malattia e, ripeto, favorire un invecchiamento in buona salute.

Veniamo al capitolo PNRR Salute. Qual è, a oggi, lo stato di avanzamento dei lavori?

Premesso che quasi tutti gli investimenti del PNRR devono essere realizzati entro il 2026, stiamo rispettando in pieno la tabella di marcia sia per quanto riguarda le case che gli ospedali di comunità. Non solo, alcuni target li abbiamo raggiunto in anticipo rispetto alle scadenze previste a livello europeo, penso alla realizzazione delle COT, traguar-

do europeo per il 2024 assegnato al Ministero della Salute e raggiunto in anticipo rispetto alla scadenza del 30 dicembre. Anche per quanto riguarda l'assistenza domiciliare siamo a un passo dall'obiettivo finale di presa in carico del 10% previsto per il 2026.

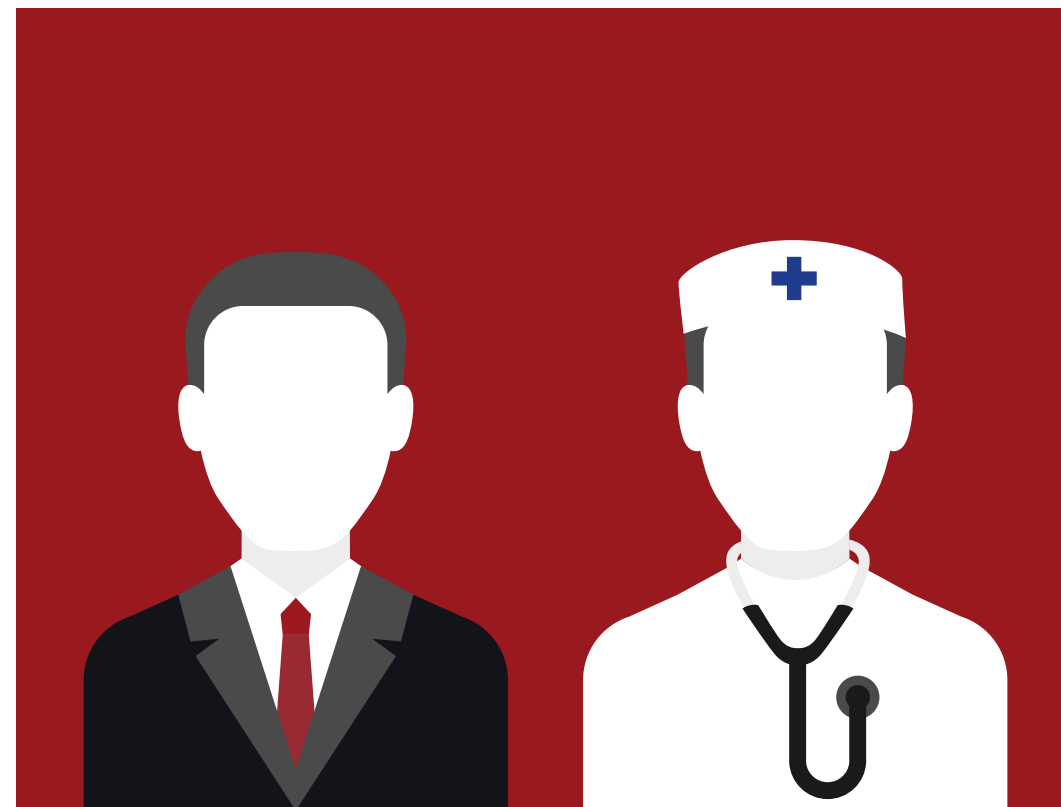
Per quanto riguarda la digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, possiamo parlare di avanzamenti e di recupero del gap accumulato in passato?

Assolutamente sì. Sui tre grandi pilastri: Telemedicina, Fascicolo Sanitario Elettronico ed Ecosistema dei Dati Sanitari stiamo procedendo spediti. Voglio ricordare che sono stati ripartiti i fondi del PNRR destinati allo sviluppo della telemedicina e che con la rimodulazione del Piano abbiamo aumentato le risorse di 500 milioni. Queste risorse permetteranno alle Regioni di potenziare i servizi di telemedicina, in particolare nelle Case della Comunità. Ancora, abbiamo rimesso in moto lo sviluppo del Fascicolo Sanitario Elettronico facendolo entrare

nella fase 2.0. Inoltre, entro giugno 2026 sarà disponibile l'Ecosistema dei Dati Sanitari, alimentato con i dati del FSE, che supporterà gli operatori sanitari con un accesso tempestivo alle informazioni critiche dei pazienti, comprese le storie cliniche e le cartelle cliniche, per aiutare la diagnosi, il trattamento e la prevenzione.

Quali sono gli obiettivi prioritari da raggiungere?

Rafforzare la capacità della sanità di dare risposte adeguate e rapide ai cittadini. E credo che sia un obiettivo sempre più alla nostra portata: la legge sulle liste d'attesa sta già dimostrando la sua efficacia come dimostrano i risultati raggiunti in diverse realtà regionali grazie alla centralizzazione del Cup e alle aperture nei fine settimana. Altra grande priorità è quella di ridare al servizio sanitario nazionale quell'attrattività che l'ha sempre caratterizzato fin dalla sua istituzione e su questo stiamo lavorando con grande determinazione.



oli → **Articoli** → Articoli → A
→ Articoli → Articoli → Arti

Un Parlamento al servizio della sanità: il nostro impegno per il futuro



Ugo Cappellacci

Presidente XII Commissione
Affari Sociali Camera dei Deputati

Il SSN, dopo anni di defianziamento (37 miliardi tra 2010 e 2019), torna al centro dell'agenda con 136,5 miliardi previsti per il 2025 e 27,8 investimenti. Riforme su liste d'attesa, telemedicina, EDS e FSE, insieme a misure per sicurezza e prevenzione, mirano a modernizzare il sistema e garantire cure di qualità per tutti.

La salute dei cittadini è un diritto fondamentale e una priorità per l'Italia. In questa legislatura, la sanità è tornata al centro dell'agenda politica con interventi strutturali per rendere il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) più efficiente, accessibile e moderno. Tra il 2010 e il 2019, il SSN ha subito un defianziamento di 37 miliardi di euro, portando alla chiusura di ospedali, alla riduzione dei posti letto e all'indebolimento della sanità territoriale.

Ancora più grave è stata la mancanza di una programmazione adeguata per il personale sanitario. Oggi, abbiamo invertito la rotta e l'ultima Legge di Bilancio ha previsto un aumento del Fondo Sanitario Nazionale, portandolo alla cifra record di 136,5 miliardi di euro per il 2025, con un piano di investimenti di quasi 27,8 miliardi nei prossimi cinque anni.

Le risorse sono fondamentali, ma da sole non bastano: servono riforme strutturali per affrontare problemi storici. Il decreto sulle liste d'attesa, ad esempio, introduce un monitoraggio nazionale per ridurre i tempi di accesso alle cure e garantire dati certi per individuare e colmare le carenze. Prevede

inoltre l'apertura degli ambulatori nei fine settimana e in orari serali, una misura già adottata con successo da molte ASL. Anche l'azione del Parlamento, in particolare della Commissione Affari Sociali, si muove in questa direzione.

Sono state approvate leggi di grande impatto sociale, come la norma sull'oblio oncologico, che rappresenta un traguardo di civiltà per i pazienti guariti dal cancro, e l'introduzione dello screening pediatrico per celiachia e diabete, accolto con favore dalla comunità scientifica internazionale. È inoltre in fase di approvazione la legge sull'obesità, che riconosce questa patologia come una malattia e prevede la creazione di un osservatorio nazionale per monitorare i dati epidemiologici e promuovere interventi mirati.

La congestione del pronto soccorso e la carenza di personale sanitario sono stati tra i primi problemi affrontati dalla Commissione, con un'analisi approfondita per predisporre interventi normativi adeguati. La prima indagine conoscitiva, già conclusa, ha riguardato la medicina d'emergenza e il pronto soccorso, individuando criticità e soluzioni concrete. Attualmente, è in fase conclusiva l'indagine sulle professioni sanitarie, che ha coinvolto tutti gli ordini professionali del settore. Da questa analisi nascerà un intervento normativo in grado di rispondere alle loro esigenze e richieste.

Uno dei provvedimenti più apprezzati di questa legislatura è la legge contro la violenza ai danni del personale sanitario. Medici e infermieri meritano rispetto e protezione: con questa normativa abbiamo introdotto strumenti più incisivi per garantire la loro sicurezza. Tuttavia, il problema non è solo normativo ma anche culturale: è necessario sensibilizzare la popolazione sul valore e sul ruolo di chi, ogni giorno, lavora con dedizione per tutelare la nostra salute.

Un altro pilastro della riforma del SSN è la telemedicina. Non si tratta solo di un'innovazione tecnologica, ma di uno strumento essenziale per garantire equità e accessibilità alle cure. In questo scenario si inserisce l'ultimo decreto ministeriale, approvato il 6 marzo scorso, che introduce l'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS), un passaggio cruciale per la digitalizzazione della sanità. Grazie a questa innovazione, l'Italia si colloca tra i paesi più avanzati nella gestione dei dati sanitari, con un'infrastruttura in

grado di migliorare la qualità dell'assistenza, superare le barriere geografiche e ottimizzare i percorsi di cura. L'EDS consentirà di evitare accessi inappropriati alle strutture sanitarie, contribuendo così a ridurre le liste d'attesa e a rendere il sistema più efficiente.

Integrato con il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), l'EDS offrirà ai cittadini un accesso immediato e centralizzato a referti, prescrizioni e vaccinazioni attraverso un portale dedicato. Questo non solo semplificherà la consultazione delle informazioni sanitarie personali, ma rappresenterà anche un prezioso strumento per la ricerca, la programmazione e la governance sanitaria. Il lavoro da fare è ancora tanto. Il nostro Paese, il più longevo al mondo dopo il Giappone, deve affrontare una sfida cruciale: garantire non solo una vita più lunga ai cittadini, ma anche una vita in salute. Per riuscirci, è indispensabile investire nella prevenzione, altro pilastro di un SSN più sostenibile ed efficace.

Negli ultimi anni, la ricerca biomedica ha fatto passi da gigante, mettendo a disposizione nuove terapie e farmaci innovativi. Un tempo, una diagnosi di melanoma avanzato significava quasi sempre un destino segnato. Oggi, grazie ai progressi scientifici, abbiamo la possibilità di combattere efficacemente questa malattia anche nei suoi stadi più gravi.

Tuttavia, per quanto la ricerca continui a offrire nuove soluzioni terapeutiche, il primo e più potente strumento resta la prevenzione. Un sistema sanitario efficiente deve curare chi ne ha bisogno, senza essere sovraccaricato da patologie evitabili. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, con i suoi 46 anni di storia, è un modello virtuoso che garantisce cure gratuite a tutti i cittadini. Per mantenerlo forte e accessibile, dobbiamo ridurre il numero di malati attraverso campagne di prevenzione sempre più efficaci e capillari. La prevenzione non è mai una spesa, ma un investimento che migliora la qualità della vita e riduce i costi sanitari a lungo termine.

Le sfide future sono complesse, ma il nostro impegno per un sistema sanitario più forte, moderno e vicino alle persone non si ferma. La salute è e resterà una priorità. Continueremo a lavorare con determinazione per garantire cure migliori, innovazione e un accesso equo alla sanità per tutti i cittadini.

Il ruolo della ricerca nel sistema sanitario



Andrea Piccioli
Direttore Generale
Istituto Superiore di Sanità



Perché investire nella ricerca sanitaria? Una domanda che spesso si pone a fronte delle tante esigenze immediate del nostro sistema sanitario nazionale. Risponderemo guardando alle recenti emergenze complesse e ai traguardi di salute raggiunti, esplorando la potenza della ricerca applicata e come investire in essa sia essenziale per affrontare le sfide sanitarie di oggi e domani. L'innovazione e la ricerca rappresentano i pilastri fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria di qualità sempre più all'avanguardia. Ed è proprio questo il compito che l'ISS si è assunto: fare da abilitatore di quei processi che, partendo dalla ricerca scientifica, arrivano all'applicazione pratica, tenendo sempre presente che il vero punto di arrivo è il miglioramento continuo finalizzato al valore pubblico e alla salute dei cittadini.

La ricerca applicata è uno strumento potente, si può attivare immediatamente ed è in grado di tradurre tempestivamente conoscenze scientifiche in azioni innovative e risolutive. Quando a servizio di uno Stato, può aiutare chi è al governo ad affrontare crisi sanitarie complesse fornendo evidenze, in collegamento con la comunità scientifica, garantendo autorevolezza e supporto anche quando prevalgono l'incertezza e l'urgenza.

Torniamo con la mente a Napoli, nell'agosto 1973, quando, inondata dalla paura, affrontava una epidemia in grado di portare alla morte improvvisamente nell'arco di ore, il colera. Oppure al 1976, quando a Seveso una nube tossica di diossina ha di nuovo improvvisamente causato una emergenza complessa. In entrambi i casi la ricerca applicata dell'Istituto Superiore di Sanità è stata essenziale per reagire tutelando la salute pubblica. Questo grazie alla sua peculiare caratteristica di essere un Ente di ricerca multidisciplinare all'interfaccia tra salute umana-animale-ambientale in grado di trovare sintesi tra ricerca di base e applicata.

L'ISS, organo tecnico-scientifico del SSN e principale Ente per la salute pubblica in Italia svolge attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione. E', quindi, un ente di ricerca operativo, pron-

to ad intervenire a servizio, e in collaborazione con, l'intero sistema sanitario nazionale (SSN). Il SSN è infatti un sistema complesso, di cui la ricerca è parte integrante. Normata dal D.Lgs 502/92, la ricerca è elemento fondamentale per garantire ai cittadini una sanità efficiente e rispondente ai reali bisogni di assistenza e cura del Paese.

Ma quindi cos'è la "ricerca sanitaria"? Perché è importante continuare ad investire in essa? Sono domande che spesso si pongono a fronte delle tante esigenze immediate del nostro sistema sanitario nazionale. Per "ricerca sanitaria" si deve intendere un ampio spettro di attività che tendono sia a far avanzare in modo significativo le nostre conoscenze su aspetti importanti relative a diverse patologie per promuovere lo sviluppo di opzioni innovative, sia a fornire soluzioni a problemi specifici e concreti, producendo informazioni utili a indirizzare positivamente le scelte di diversi decisori.

In questo contesto, il Programma Nazionale di Ricerca Sanitaria (PNRS), elaborato dal Ministero della Salute d'intesa con la Conferenza Stato, Regioni e PA, svolge un ruolo strategico nell'orientare e rafforzare il sistema della ricerca, con l'obiettivo di migliorare la salute della popolazione. I benefici della ricerca nel SSN puntano sull'innovazione terapeutica e diagnostica, sul miglioramento della qualità delle cure; sulla sostenibilità economica del SSN, sulla risposta alle emergenze sanitarie e sulla prevenzione e la promozione della Salute.

Con lo sviluppo di nuove terapie, farmaci e metodologie diagnostiche avanzate è possibile infatti migliorare la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento delle patologie. In questo ambito sono rivoluzionarie nuove tecnologie, come l'intelligenza artificiale, e strategie come la medicina personalizzata.

Studi clinici e ricerca epidemiologica applicata permettono di affinare linee guida e protocolli terapeutici ed assicurare trattamenti più efficaci con l'adozione della medicina basata sulle evidenze (EBM). L'ottimizzazione delle risorse attraverso la ricerca individua approcci organizzativi innovativi, per usare meglio gli investimenti sanitari in essere, prevenendo ospedalizzazioni evitabili, migliorando l'efficienza dei percorsi assistenziali, riducendo le liste di attesa e gestendo sempre meglio le cronicità. Nelle emergenze sanitarie complesse, conse-

guenza di terremoti, alluvioni, epidemie o pandemie la ricerca applicata è elemento fondamentale per sviluppare terapie e strategie di contenimento e mitigazione fornendo informazioni chiare ed affidabili a chi deve governare la risposta paese. Infine, studi epidemiologici e di sanità pubblica sono essenziali per identificare fattori di rischio e strategie di prevenzione per malattie croniche ed acute, infettive e non, riducendone l'incidenza e mitigandone l'evoluzione. Nonostante la ricerca sanitaria sia quindi evidente caposaldo del SSN, numerosi ostacoli ne rallentano l'implementazione. Questo

minaccia rallentare l'innovazione, l'accesso e infine compromettere la stessa efficienza del SSN. Occorre affrontare la limitata disponibilità di risorse e finanziamenti, la burocrazia e la regolamentazione complessa, incluse normative sulla protezione dei dati (GDPR) a volte applicate in modo estremamente restrittivo.

È necessario lavorare sugli investimenti culturale e organizzativi nella ricerca applicata in grado di colmare il divario tra ricerca di base e pratica clinica. È anche disomogenea la disponibilità nel Paese di

strutture adeguate per la ricerca e sperimentazione clinica con conseguente disparità nell'innovazione sanitaria e nell'accesso a trattamenti avanzati. Questo è sotteso da un accesso ai dati limitato e da una frammentazione delle infrastrutture informatiche sul territorio e ad una generale resistenza al cambiamento e all'introduzione di nuove metodologie e tecnologie, cui si combinano lunghe tempistiche per l'adozione di innovazioni identificate dalla stessa ricerca come promettenti.

È necessario superare queste barriere con finanziamenti adeguati, collaborazioni tra pubblico e privato, digitalizzazione infrastrutturale per la condivisione sicura di dati sanitari, formazione e valorizzazione dei ricercatori per attrarre talenti e coinvolgimento dei cittadini per migliorare la loro comprensione e adesione alle attività.

Le esperienze di ricerca applicata in corso presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), stanno delineando un futuro più resiliente per il nostro sistema sanitario.

La ricerca è il cuore pulsante dell'innovazione nel Servizio Sanitario Nazionale. Non è solo un motore di progresso scientifico, ma un investimento strategico per garantire la sostenibilità del sistema e migliorare la salute pubblica. Perché la ricerca porti un impatto concreto, è essenziale un approccio multidisciplinare che coinvolga istituzioni, ricercatori, operatori sanitari e industria, creando una rete solida di collaborazione.

Affrontare queste sfide con politiche mirate e investimenti adeguati è la chiave per un SSN moderno, efficiente e basato sulle migliori evidenze scientifiche. Solo attraverso un impegno costante nella ricerca potremo garantire cure migliori, un accesso equo all'innovazione e una maggiore resilienza del nostro sistema sanitario di fronte alle sfide future.

Come è noto, l'innovazione e la ricerca rappresentano i pilastri fondamentali per garantire un'assistenza sanitaria di qualità sempre più all'avanguardia. Ed è proprio questo il compito che l'ISS si è assunto: fare da abilitatore di quei processi che, partendo dalla ricerca scientifica, arrivano all'applicazione pratica, tenendo sempre presente che il vero punto di arrivo è il miglioramento continuo finalizzato al valore pubblico.



Riforma della sanità: psicologo di cure primarie e innovazione per un sistema sanitario più efficiente



Luciano Ciochetti

Vice Presidente XII Commissione Affari Sociali Camera dei Deputati

La sanità italiana si trova a un bivio cruciale: da una parte le sfide di un sistema sempre più gravato da costi crescenti e una domanda crescente di servizi, dall'altra la necessità di una riforma strutturale che possa garantire un'assistenza di qualità, equa e universale. In questo contesto, tre temi emergono come prioritari: una riforma complessiva del sistema sanitario, un forte potenziamento della prevenzione primaria e secondaria in un'ottica "One Health". E vista la situazione grave della salute mentale, cresciuta dopo il covid, l'istituzione dello psicologo di assistenza primaria da inserire nelle 1038 costituenti case della comunità.

Lo Psicologo di Assistenza primaria: Una Risposta ai Bisogni Emergenti

L'emergenza pandemica ha evidenziato, forse più che mai, l'importanza della salute mentale come componente essenziale del benessere complessivo. Stress, ansia, depressione e altri disturbi psicologici sono in drammatico aumento, colpendo ogni fascia d'età e ogni settore della popolazione. Tuttavia, il nostro sistema sanitario è ancora carente nel garantire un'assistenza psicologica tempestiva e accessibile.

La sanità italiana necessita di una riforma strutturale per garantire efficienza ed equità. Tra le priorità, l'introduzione dello psicologo di cure primarie nelle Case della Comunità per rispondere alla crescente domanda di supporto psicologico. Fondamentali anche il rafforzamento della sanità territoriale, l'innovazione digitale con il Fascicolo Sanitario Elettronico e la valorizzazione della prevenzione e della formazione del personale sanitario.

L'introduzione dello psicologo di cure primarie, di cui sono promotore, rappresenta una risposta concreta e innovativa a questa esigenza. Questa figura, operando all'interno delle strutture di medicina generale, potrebbe offrire supporto immediato ai pazienti, riducendo i tempi di attesa e prevenendo il peggioramento di molte condizioni psicologiche. Inoltre, integrando lo psicologo nei team multidisciplinari già esistenti, si potrebbe migliorare la gestione complessiva della salute dei cittadini, con un approccio che considera corpo e mente come un'unità inscindibile.

La Necessità di una Riforma del Sistema Sanitario Oltre a introdurre nuove figure professionali, è fondamentale ripensare il sistema sanitario nel suo complesso. La pandemia ha messo in luce non solo le debolezze strutturali, come la forte sofferenza della sanità territoriale e quindi dei Pronti Soccorso, ma anche le potenzialità di innovazioni che possono essere implementate su larga scala.

Tra queste, l'adozione di tecnologie digitali per il monitoraggio remoto dei pazienti, la valorizzazione del territorio come primo presidio di salute con la costruzione di nuove case di comunità o la riconversione di strutture proprio a tale scopo e una riorganizzazione delle risorse per garantire una maggiore equità di accesso ai servizi.

La riforma deve basarsi su alcuni pilastri fondamentali:

Rafforzare la rete di servizi locali, rendendo i distretti sanitari il punto di riferimento primario per i cittadini con la organizzazione delle Case di comunità punto di riferimento della Sanità territoriale e primo filtro tra il cittadino e l'ospedale e il potenziamento del post-acuzie attraverso la realizzazione di Ospedali di comunità (strutture di bassa intensità).

Definire il ruolo fondamentale dei Medici di Medicina Generale (medici di famiglia) con l'obbligo di dover offrire la propria attività dentro le case di comunità oltre che nei propri studi e con la possibilità per le Asl e Regioni di poter decidere dove serve il loro servizio. In questi giorni il ministro della salute Orazio Schillaci sta assumendo insieme ai presidenti di Regione proprio su questo fondamentale argomento.

Promuovere un lavoro sinergico tra ospedali, medicina territoriale e servizi sociali, per offrire risposte rapide ed efficaci alle necessità sanitarie della popolazione.

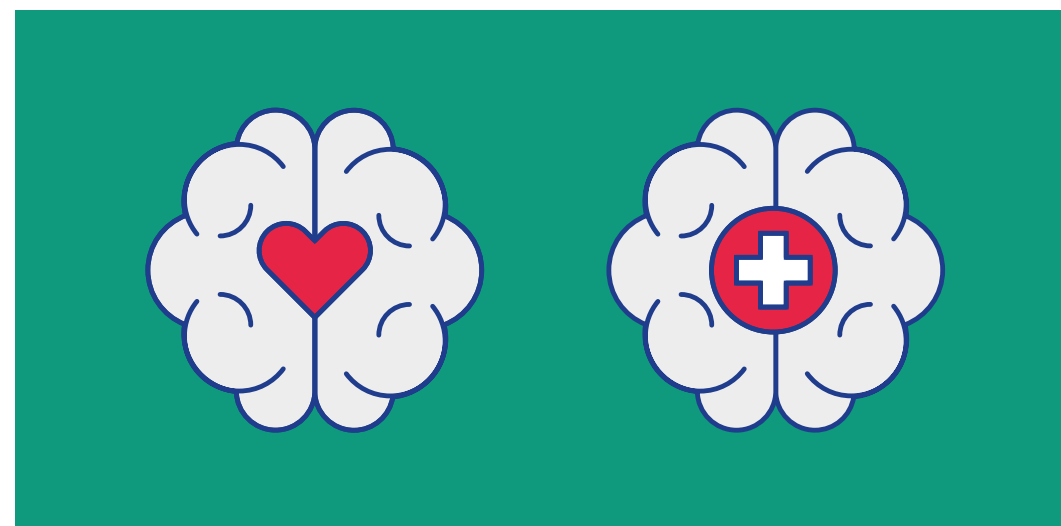
Innovazione tecnologica: Si sta realizzando il portale unico nazionale dove finalmente avremmo a disposizione i dati sanitari che possono aiutare a programmare le risposte e l'organizzazione della nostra Sanità. Il Fascicolo Sanitario Elettronico

Nazionale sarà una grande novità positiva per migliorare le cure e l'assistenza ai cittadini. La diffusione della telemedicina, rendendo possibile una gestione più efficiente e capillare delle cure, specialmente per i pazienti cronici. Occorre anche rivedere i software gestionali degli ospedali e delle asl rendendoli interoperabili in tutto il territorio nazionale.

Investire nella formazione e nel reclutamento di professionisti sanitari, inclusi psicologi, infermieri e medici di base e di tutti gli operatori sanitari per far fronte alla crescente domanda di servizi e rendere di nuovo attrattivo il lavorare nel SSN.

In questo quadro è fondamentale potenziare le attività di prevenzione primaria (stili di vita) e di quella secondaria (per fare sempre di più la diagnosi precoce di eventuali malattie gravi).

A mio avviso il nostro eccezionale Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno certamente di nuove risorse (cosa che governo e parlamento hanno fatto aumentando significativamente il fondo Sanitario dal 2023 ad oggi di circa 10 miliardi e di altri 11 miliardi dal 2025 al 2027) ma soprattutto ha bisogno di una profonda riorganizzazione del sistema. Cosa che il governo sta facendo insieme al lavoro del parlamento e delle Commissioni sanità di Camera e Senato. Molte riforme sono state fatte e altre saranno fatte per rafforzare un servizio fondamentale come quello della Sanità e della Salute.



Salute, innovazione e sicurezza: accelerare per garantire competitività e cure personalizzate



Gianluca Ansalone

Head of Public Affairs & Sustainability
Novartis Italia



I sistemi economici e sociali competono a livello globale per attrarre investimenti, competenze e talenti. La pandemia da Covid-19 ha imposto la salute come uno dei principali elementi per la competitività e la sicurezza dei Paesi. In un mondo che vede scomporre la geopolitica tradizionali, molti sistemi si stanno attrezzando per rendere più solida la crescita e per accelerare la capacità dell'innovazione in medicina e nelle scienze della vita di creare sistemi più solidi e prosperi. L'Italia deve accelerare nella codifica di una strategia nazionale per le scienze della vita e adottare modelli di accesso rapido e precoce all'innovazione.

La pandemia da Covid-19 ha segnato un punto di non ritorno sotto numerosi aspetti. Quello più prettamente sanitario ovviamente, con sistemi che hanno vacillato di fronte all'onda d'urto del virus e che devono prepararsi per possibili, future nuove emergenze. Quello tecnologico, con lo sviluppo senza precedenti di vaccini efficaci e sicuri, basati peraltro su meccanismi d'azione nuovi ed estremamente promettenti anche per future applicazioni. Quello finanziario, per la consapevolezza che la salute è ancora di più in cima alle esigenze e alle preoccupazioni dei cittadini e dei Governi, pur in presenza di una pressione crescente sui debiti pubblici.

Infine, ma non in ordine di importanza, per le conseguenze geopolitiche che la pandemia sta avendo, come acceleratore di dinamiche ed evoluzioni già in essere e che la competizione tra Stati e sistemi seguita alla crisi sanitaria ha definitivamente svelato.

Due lezioni importanti da questo punto di vista abbiamo immediatamente appreso: la prima è che i sistemi competono per l'attrazione di nuovi investimenti in ricerca, innovazione e sviluppo nelle scienze della vita. Si calcola che ci siano diecimila miliardi di dollari pronti ad essere investiti in biotecnologie nel prossimo decennio. Gli Stati si attrezzano dunque per vincere questa corsa e attrarre almeno una parte di questi colossali investimenti. La seconda lezione è che la globalizzazione, così come maturata negli anni '90, è destinata a mutare pelle sin da subito. Catene di produzione,

logistiche e di fornitura troppo lunghe sono giudicate incompatibili con scenari di crisi sanitaria o economica, tipici purtroppo di questi ultimi anni e degli anni a venire.

La salute ha dunque assunto quella rotondità tipica delle grandi questioni di sicurezza nazionale ed internazionale, oltre che ovviamente di principio essenziale e valore universale tutelato e garantito dalle Costituzioni e dai sistemi più evoluti.

Occorre dunque elevare le scienze della vita a politica industriale strategica, in grado di rispondere a bisogni complementari di competitività, crescita e sicurezza.

In un momento storico in cui la geopolitica tradizionale si scompone e aprì spazi di nuova incertezza, sono necessarie azioni nuove e vigorose da un lato ma anche aggiustamenti a politiche già esistenti dall'altro.

Partiamo dalle prime. I Paesi si stanno dotando di strategie nazionali per le scienze della vita che delineano, in documenti di autentica politica industriale, le traiettorie di investimento in innovazione, sviluppo e conoscenza per rafforzare la propria base industriale e la propria competitività. La Germania, per ultima e poco prima delle recenti elezioni politiche, ha approvato una legge fondamentale che pone le biotecnologie e più in generale la farmaceutica al centro delle proprie ambizioni di crescita e posizionamento strategico in Europa e nel mondo. Altrettanto hanno fatto nel recente passato la Francia, il Regno Unito e la Spagna. Subito dopo la fine dell'emergenza pandemica globale, gli Stati Uniti hanno aggiornato la loro National Security Strategy, indicando il settore biotecnologico come comparto cruciale per la sicurezza nazionale. In Cina, il Partito Comunista ha presentato il proprio piano quinquennale nel quale elenca i quattro settori strategici per la crescita del Paese: batterie, tecnologie verdi, microchip e biotecnologie sono i comparti in cui, nelle parole del Presidente Xi Jinping, "a breve le aziende verranno ad imparare e non più ad insegnare qui in Cina".

L'Italia ha tutte le caratteristiche per giungere alla codifica di un'analogia strategia nazionale, forte anche dei numeri che pongono il nostro Paese in vetta alle classifica internazionali per valore della produzione ed export nel settore dei farmaci e delle bio-

tecnologie. Dobbiamo elevare queste nostre capacità a modello di politica industriale, investimento e attrazione di capacità e talenti.

Il secondo aspetto strategico è stato richiamato dalle relazioni di due autorevoli europeisti. Mario Draghi ed Enrico Letta hanno dedicato alle scienze della vita e alla competitività dei sistemi di ricerca e innovazione in Europa parti consistenti dei rispettivi rapporti, ben recepiti dal recente "Strategic Compass" della Commissione europea. L'analisi è lucida e ampiamente condivisa. Si tratta adesso di mettere in campo, nello spazio dell'Unione europea, politiche concrete ed efficaci in tal senso.

L'Europa e l'Italia hanno anche la possibilità, nel breve termine, di fare meglio con le risorse e gli strumenti disponibili. Ad esempio lavorando sui tempi delle burocrazie nazionali e comunitarie. Sappiamo che il percorso per l'approvazione di farmaci e terapie rimane ancorato ad uno schema in cui la Salute non è materia comunitaria e nel quale lo scrutinio degli organismi europei, a cominciare dall'EMA (European Medicines Agency), deve essere affiancato da quello dei singoli membri dell'UE. Spesso però, nel mondo dell'iper-innovazione, il passo della ricerca risulta decisamente più rapido di quello dei sistemi. Servono meccanismi e strategie di adattamento ad un mondo in forte evoluzione.

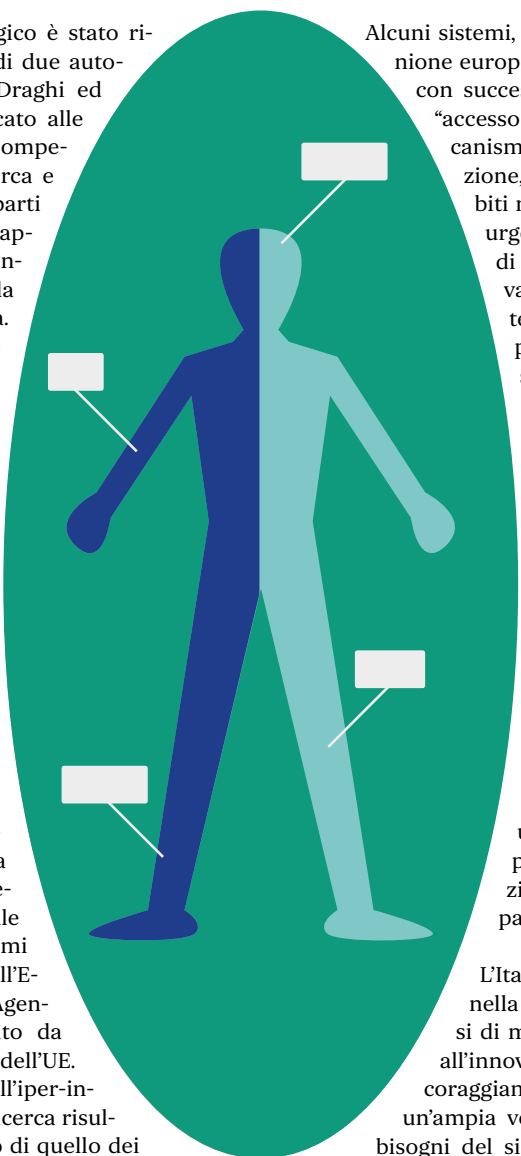
La ricerca e l'innovazione sono inutili se non possono diventare presto e bene di utilizzo pubblico. Ciò è quanto mai vero in medicina, dove l'attesa per i pazienti è purtroppo spesso una variabile indipendente. Ma anche, sempre di più, per i sistemi

– Paesi, per i quali una connessione virtuosa tra investimenti e innovazione crea una spinta positiva alla crescita e alla sicurezza nazionale.

Alcuni sistemi, anche nello spazio dell'Unione europea, stanno sperimentando con successo modelli di cosiddetto "accesso precoce". Si tratta di meccanismi che premiano l'innovazione, soprattutto legata ad ambiti negletti o a bisogni medici urgenti, accelerando i tempi di valutazione e di approvazione di farmaci e nuove terapie. Terapie che per lo più ormai si muovono sul sentiero della estrema personalizzazione, aprendo frontiere inesplorate per patologie fino a poco tempo fa incurabili e mortali.

Nei sistemi in cui tali meccanismi sono già in vigore, come in Francia o più di recente in Germania, assistiamo ad una crescita importante degli investimenti, ad una riduzione di costi ed oneri di sistema; soprattutto ad un abbattimento dei tempi per consentire all'innovazione di arrivare al letto del paziente.

L'Italia è già pienamente attiva nella simulazione e nell'analisi di modelli di accesso precoce all'innovazione, con primi, incoraggianti risultati. Esiste altresì un'ampia volontà politica, attenta ai bisogni del sistema, inclusa la sua sostenibilità economica, ma anche alla competitività generale e alla crescita complessiva. Le biotecnologie e la farmaceutica possono essere tra i principali aggregatori e acceleratori di innovazione, in un mondo sempre più diviso in sfere di influenza e fondato sulla capacità di creare massa critica adeguata ed economie di scala efficienti.



ASSOHOLDING

Associazione delle Holding di partecipazione

Da più di vent'anni siamo punto di riferimento per holding, studi professionali e società di consulenza. Aiutiamo imprese e professionisti a intraprendere modelli di sviluppo innovativi e rigenerativi.

WWW.ASSOHOLDING.IT

Assistenza sanitaria integrativa: opportunità o pericolo?



Elisa Pirro

Membro 5^a Commissione Bilancio
Senato della Repubblica

L'articolo analizza il ruolo dell'assistenza sanitaria integrativa nel contesto del Servizio Sanitario Nazionale, evidenziando il rischio che essa comprometta i principi di universalismo e equità che lo caratterizzano. Propone, inoltre, un rafforzamento del finanziamento pubblico e una riforma strutturale per garantire accesso equo alle cure, evitando il ricorso alla sanità privata.

L'universalismo e la gratuità delle prestazioni sanitarie rappresentano i principi fondamentali e le fondamenta sulle quali è stato istituito il Servizio Sanitario Nazionale. È proprio partendo da questa inevitabile premessa che è necessario affrontare le ormai annose e strutturali difficoltà del nostro SSN, individuando soluzioni condivise ed evitando di imboccare sentieri che non conducono alla primaria e imprescindibile esigenza di tutelare la salute come diritto fondamentale costituzionalmente garantito.

Certamente, la carenza di risorse finanziarie impone una nuova allocazione di finanziamenti destinati al SSN e, allo stesso tempo, l'allungamento dei tempi di attesa per l'erogazione delle prestazioni obbliga l'adozione di diverse e nuove scelte organizzative e la destinazione di nuovo personale e nuove risorse, limitando così il ricorso alle forme integrative per l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie.

Il SSN, purtroppo, da sempre garante di un accesso equo alle cure necessarie, indipendentemente dal reddito o dallo status sociale, ha subito negli ultimi anni la presenza di forme integrative di assisten-

za sanitaria, le quali hanno coinvolto un numero crescente di cittadini, proprio a causa delle scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria, le misure di natura fiscale e salariale e soprattutto l'incapacità del SSN di erogare prestazioni efficaci e tempestive che, pur offrendo una risposta immediata alle carenze del sistema pubblico, rappresentano un serio rischio per la l'equità dell'intero sistema sanitario pubblico.

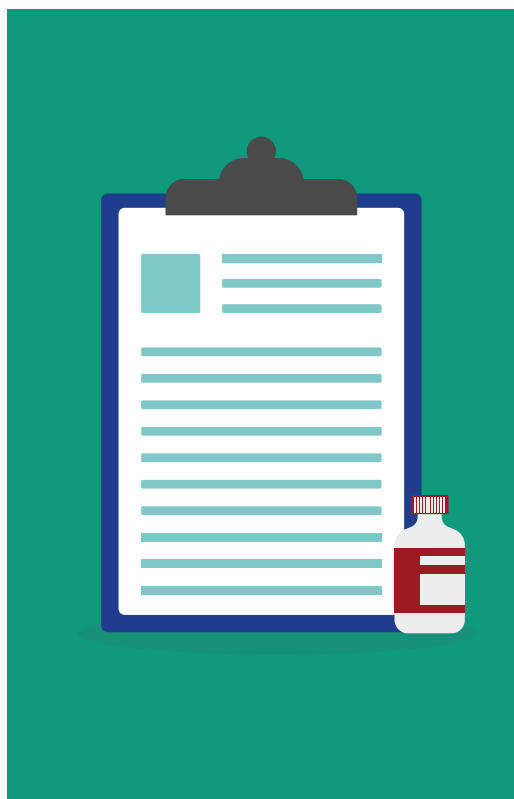
Infatti, maggiore è la capacità del SSN di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza in maniera tempestiva e uniforme, minore diventa la dipendenza dai fondi integrativi e dalle soluzioni private e, allo stesso modo, il continuo aumento della spesa sanitaria privata, che ha superato i 40 miliardi di euro, attestandosi intorno al 25% della spesa sanitaria complessiva, dimostra come il sottofinanziamento del sistema pubblico costringa i cittadini a ricorrere a modalità alternative che provvedano alle necessità legate alla salute, senza dimenticare le gravi criticità evidenziate a livello regionale come il deficit nei bilanci sanitari, l'incremento dei costi energetici e dei materiali e la carenza di personale, che in settori strategici come l'emergenza urgenza si configura come una vera emergenza, rendendo urgente l'adozione di soluzioni strutturali condivise volte a riprogrammare le risorse finanziarie pubbliche e a riallineare il finanziamento del SSN agli standard dei paesi europei più avanzati, con l'obiettivo di destinare almeno il 7% del PIL alla spesa sanitaria e colmare il divario esistente rispetto a paesi come il Regno Unito, la Germania o la Francia. È proprio in questa cornice, che la riflessione sulle forme integrative non può prescindere dal principio dell'universalismo, poiché tali soluzioni, spesso istituite tramite contrattazioni collettive o casse di categoria, tendono, da una parte, ad escludere le fasce più fragili della popolazione (disoccupati, lavoratori precari o a basso reddito), dall'altra a promuovere una selezione preventiva dei ri-

schì che contrasta con l'ideale di una sanità offerta a tutti in modo omogeneo; inoltre, l'offerta di prestazioni integrative è spesso concepita con finalità manageriali atte ad attrarre il cliente (che non è più paziente), con la possibilità che non vi sia una valutazione preliminare da parte del medico di medicina generale e con il rischio di distorcere il percorso virtuoso dell'appropriatezza delle cure e di generare consumi superflui.

Le agevolazioni fiscali concesse a queste forme, inoltre, incidono negativamente sul livello di finanziamento del SSN, riducendo il gettito fiscale e favorendo il passaggio verso una sanità privata che, pur offrendo servizi aggiuntivi, comporta un'ulteriore (e incostituzionale) disparità nell'accesso alle cure.

Per tutelare, quindi, il diritto fondamentale alla salute sancito dalla Costituzione e garantire che i bisogni sanitari dei cittadini siano presi in carico in maniera eguale e uniforme, diventa imprescindibile adottare strategie che rafforzino il finanziamento pubblico e indirizzino l'attività dei fondi integrativi verso prestazioni effettivamente aggiuntive rispetto ai LEA, evitando la duplicazione dei servizi già erogati dal sistema pubblico; è altresì necessario promuovere investimenti strutturali,

come quelli previsti dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, rinnovando i modelli organizzativi, ammodernando le strutture sanitarie, potenziando la digitalizzazione e garantendo la formazione e il potenziamento del personale sanitario, in modo da consolidare una sanità pubblica efficiente, equa e sostenibile nel lungo periodo, capace di rispondere alle esigenze della collettività senza cedere a soluzioni "di fortuna" e preservando la centralità della salute come diritto inalienabile, principio cardine su cui si fonda un sistema che, pur potendo integrare forme private in maniera complementare, deve rimanere ancorato all'universalismo e alla gratuità delle cure.



Custodire la vita: la salute degli anziani come bene comune



Monsignor S.E. Paglia

Presidente della Pontificia Accademia per la Vita

In Italia, con un alto tasso di invecchiamento, è fondamentale ripensare il ruolo degli anziani nella società, superando modelli negativi e ghezzizzanti. Sviluppare una cultura inclusiva e sensibile all'invecchiamento della popolazione più come un'opportunità piuttosto che una sfida. La salute degli anziani non riguarda solo le famiglie, ma è una questione di civiltà che richiede un sistema di welfare integrato. Investire nell'assistenza e nel rispetto delle diverse età è cruciale per una società più equa e sostenibile.

S

i tratta di crescere in sensibilità, in inclusione, in flessibilità, per affrontare i nuovi scenari demografici e per vivere l'invecchiamento come chance. Va elaborata una cultura che faccia spazio a quel che di positivo, di profondo, di bello, di benefico esiste in

ogni età. E quindi anche nella vecchiaia che – per la prima volta nella storia, come ho sottolineato fin dall'inizio – è diventata di massa. L'intera società trarrà giovamento da questa prospettiva: uno scenario di maggiore coesione sociale e generazionale. Certo, conosciamo bene le difficoltà, anche gravi, dell'invecchiamento. Ma sappiamo che, se alcune capacità declinano, altre si affinano. Molti sono gli interrogativi che si affacciano e ci sfidano: riusciremo a riempire di gioia e vitalità tutti questi anni in più che ci vengono donati? Sappremo mantenere operose le persone più anziane, senza condurle all'inattività? Sappremo modificare il mondo

per consentire loro di partecipare più a lungo alla vita sociale senza dipendere dagli altri? Sappremo comprendere che, anche nell'infragilimento, la vita ha un senso? Chi si farà carico dell'assistenza necessaria agli anziani? E chi la erogherà? Miliardi di anni in più a disposizione dell'umanità sembrerebbero quasi rendere necessario un secondo pianeta. È comunque chiaro che non possiamo pensare al domani senza fare i conti con questa inedita situazione. L'invecchiamento è diventato la paura di una generazione. Ciò che temiamo individualmente, la società lo predice demograficamente. Somme immense vengono spese per estirpare le cause dell'invecchiamento o comunque per ritardarne l'arrivo, ma la vecchiaia arriva e in massa. Come peserà l'elevatissimo numero di anziani nella società di domani? Ovviamente dipende da come viene affrontata, dall'orizzonte umanistico con cui vengono delineate le prospettive della società. Auspichiamo che la bilancia delle scelte pendano in favore anche degli anziani. Ma questo richiede una invenzione della nuova vecchiaia. In verità, siamo già fuori tempo.

Gli italiani forse non sanno che siamo il secondo Paese al mondo, dopo il Giappone, con il maggiore tasso di invecchiamento della popolazione: La popolazione italiana non è solo tra le più longeve d'Europa ma anche del mondo [...] e] gli elevati livelli di sopravvivenza raggiunti oggi dalla maggior parte dei Paesi a sviluppo avanzato sono, ovviamente, il frutto di continui progressi in medicina e delle migliori condizioni di vita della popolazione, che hanno contribuito a ridurre notevolmente i rischi di morte a tutte le età della vita. In tal senso c'è una qualche responsabilità italiana nel delinea-



re le prospettive per vivere in maniera adeguata, e anche esemplare, per gli altri Paesi sia occidentali che del Sud del mondo. Sergio Tramma, docente di pedagogia sociale alla Università Bicocca di Milano, scrive: "Oggi abbiamo una popolazione anziana attiva rispetto alla quale, però, facciamo fatica a disegnare un nuovo ruolo sociale: così ci affidiamo, come sempre, all'iniziativa individuale. (...) Il problema è che i modelli negativi degli anziani nella pubblicità, nella narrativa, nell'immaginario riflettono una pratica sociale reale. Non li mettiamo nelle condizioni di essere autonomi o li costringiamo in un circuito separato: l'Università della terza età, i viaggi della terza età. Ghetti. Una vecchiaia diversa non emerge anche perché, quando si verifica, viene separata dal resto". Ecco i due aspetti che mi interessa sottolineare.

Primo

La consapevolezza della vastità del fenomeno. L'Istat lo certifica così. Nel 2022 la stima della speranza di vita alla nascita è di 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne; solo per i primi si nota, rispetto al 2021, un recupero quantificabile in circa 2 mesi e mezzo di vita in più. La popolazione ultrasessantacinquenne ammonta a 14 milioni 177mila individui al 1° gennaio 2023, e costituisce il 24,1 per cento della popolazione totale. Tra le persone ultraottantenni, si rileva comunque un incremento, che li porta a 4 milioni 530mila e a rappresentare il 7,7 per cento della popolazione totale. Il numero stimato di ultracentenari raggiunge il suo più alto livello storico, sfiorando, al 1° gennaio 2023, la soglia delle 22 mila unità, oltre 2 mila in più rispetto all'anno precedente. Gli ultracentenari sono in

grande maggioranza donne, con percentuali superiori all'80 per cento dal 2000 a oggi.

Secondo

Prendiamo sul serio i dati e comprendiamo che la salute degli anziani riguarda sia le famiglie, sia l'assistenza sanitaria. È evidente che senza una sanità territoriale, senza un'assistenza radicata nel territorio di vita, con cure di prossimità, le cifre del bilancio dell'Italia salterebbero. La legge 33/2023 prevede non a caso un sistema di welfare integrato nel territorio, rivolto agli anziani non autosufficienti, ma integrato con altri servizi di assistenza anche per gli autosufficienti.

I numeri dicono che occorre cambiare modello. Ma è anche una questione di civiltà. La salute degli anziani è un bene comune perché servono risposte a tutela delle persone e a tutela della compatibilità economica di tutto il sistema. Ma a patto di avere una sottostante cultura che valorizza tutte le diverse età della vita. Se siamo stati capaci di pensare i primi 20-25 anni della vita di una persona – asilo nido, scuola materna, percorso scolastico dell'obbligo, formazione e Università, per entrare nel mondo del lavoro – adesso stiamo comprendendo che la parte finale della vita – che sono 20 o 30 anni ed anche di più dopo la pensione – non può essere lasciata solo alle capacità o all'inventiva o alle risorse del singolo. Serve una convinzione profonda – la stessa legge 33 è un primo indispensabile passo – e una continua costruzione culturale. Prendersi cura degli anziani, significa costruire il presente ed il futuro di una società più umana, responsabile, equa, sostenibile e compatibile. Non è poco.

Un lavoro difficile

Estratto da “Essere medico. Come l’empatia aiuta a curare”



Matteo Bassetti

Direttore della Clinica Malattie Infettive del Policlinico San Martino di Genova e Professore Ordinario di Malattie Infettive presso l'Università di Genova



Il percorso per diventare medico in Italia è complesso e ostacolato da selezioni rigide, specializzazioni sbilanciate e stipendi poco competitivi. Il SSN soffre per carenze di organico, burnout, violenza ospedaliera e medicina difensiva. La mancanza di tutele e investimenti spinge i medici verso il settore privato. Serve una riforma strutturale per valorizzare i professionisti e garantire un sistema sanitario sostenibile.

L'

ingresso nel mondo del lavoro dei giovani medici non è una passeggiata. Nonostante l'Italia sia un paese in cui mancano i medici, noi cerchiamo in ogni modo di rendergli impossibile laurearsi e specializzarsi. Si inizia con un test di medicina che è cambiato

ogni anno negli ultimi trascorsi, a volte serviva pagare strutture apposite per corsi specifici per prepararsi al test, a volte serve avere nozioni di cultura generale al limite del ridicolo, a volte serve sapere delle cose che poi verranno nuovamente spiegate durante i corsi universitari. Proprio nel 2024 si è parlato di eliminare il test e fare una graduatoria nazionale dopo i primi sei mesi di corsi: bene, interessante, sono d'accordo, ma quanto durerà? Riusciremo a renderlo un metodo efficace oppure tra due anni sarà di nuovo diverso?

A Genova dal 2023 al 2024 le domande di ammissione a medicina sono scese del 10% circa, quando invece avremmo bisogno nei prossimi anni di formare più medici di quanti ne stiamo formando adesso. Il numero programmato delle università è troppo basso, ma è ancora più sbagliata la selezione per gli ingressi in specialità.

Sapete come funziona l'ingresso in una scuola di specializzazione per i giovani medici? Dopo i sei anni canonici di università, i neo-laureati in medicina affrontano un test nazionale. Tutti lo stesso test, tutti lo stesso giorno, con le stesse domande per tutte le specialità, da psichiatria a chirurgia, da cardiologia a medicina estetica. Questo sistema ha svuotato le specialità meno attrattive e competitive sul mondo del lavoro, che poi sono le più importanti per la sanità pubblica: anestesisti, internisti, medici d'emergenza, geriatri, medici di laboratorio, microbiologi, infettivologi, ecc. In queste specia-

lità il 70% dei posti resta vacante, specialisti di cui avremmo davvero bisogno. Dove sono i medici che vorrebbero riempirli? Da quale test sono stati fermati? Oppure cosa pensavano di fare quando si sono iscritti a medicina? Qual è la loro vera vocazione?

Poi si diventa medici specializzati. Quando assunti si diventa Strutturati. E tendenzialmente si inizia a lavorare nel servizio sanitario nazionale, o almeno così sarebbe sperabile, visto che abbiamo assolutamente bisogno di medici giovani e competenti. Ma cosa offriamo noi a questi ragazzi? I medici e i sanitari italiani sono i tra i peggio pagati tra i paesi europei a cui normalmente ci paragoniamo, come Francia, Germania, Spagna ma anche Irlanda e Ungheria. Formiamo medici eccellenti, spendendo, come Stato, miliardi di euro, e poi non li riusciamo a trattenere in Italia, perché li paghiamo troppo poco. E non solo li paghiamo poco, ma li obblighiamo a turni massacranti a causa della carenza d'organico. E poi gli scatti di stipendio sono solo in base all'anzianità e non alla competenza e al merito; quindi, cosa incentiva i ragazzi a lavorare sodo? Ve lo dico io: la carriera nel privato.

All'inizio della pandemia era tornata la narrazio-

ne del medico eroe, ch  stava in ospedale 24 ore su 24, sette giorni su sette. Che fine hanno fatto quei medici? Oggi tanti hanno cambiato lavoro, si sono persi; molti sono morti, ricordiamoci anche questo. Oppure sono andati a lavorare nel privato. La maggioranza dei medici ospedalieri lavora pi  adesso che sotto covid. Per  ora nessuno li chiama eroi: sono spesso poveracci che non riescono a cenare coi figli. Insomma all'inizio della pandemia venivano applauditi come eroi, e ora sono devastati dal burnout. Oggi i medici, ma in generale, i sanitari stanno male nel nostro Paese. Questo non li aiuta ad essere pi  empatici e a continuare a emozionarsi per il lavoro che svolgono.

Poi c'  il tema della violenza negli ospedali: frutto delle lunghe attese, della frustrazione, dell'inefficienza e anche di una mentalit  che non considera davvero i servizi pubblici come un bene comune. Ma anche della dinamica per cui medico e paziente non sono alleati, ma in lotta.

Se il paziente vede nel medico un ostacolo, un nemico, qualcosa sta funzionando molto male. E a fare le spese sono i medici e gli altri sanitari, che questi servizi li tengono in piedi con sacrificio e competenza. La violenza contro il personale sani-

tario   una sconfitta per tutti e innesca un triste circolo vizioso che porta i sanitari stessi a impegnarsi meno, a sfilarsi dalle responsabilit . Il sistema sanitario italiano soffre perch  viene dato per scontato da tutti: dai politici, che continuano a tagliare alla sanit  per risolvere le magagne di altri settori; dai cittadini, che non considerano l'importanza di investire i soldi delle tasse per ospedali, medici e strutture; dai pazienti, che intasano i pronti soccorsi per cose non urgenti o chiamano l'ambulanza come fosse un taxi; e a volte dai medici stessi, che studiano anni per poi volersi specializzare solo negli ambiti in cui si pu  lavorare, e guadagnare, come medici privati. Abbiamo tutti le nostre colpe, ma il sistema, per chi ci lavora,   spesso diventato invivibile.

Un altro tema fondamentale che rende la nostra professione complessa   quello della colpa medica. L'Italia   uno dei pochissimi paesi europei che non ha depenalizzato la colpa medica, che in questo paese   sempre, anche nei casi pi  lievi, una questione gestita dal Codice penale, e che non pu  quindi essere risolta per vie amministrative. Al momento vi   uno "scudo" che impedisce ai medici di subire processi per colpe lievi, ma questa   una pezza provvisoria che non alleggerisce la spada di Damo-

cle che pende sulla testa dei medici, soprattutto dei giovani, che con orari massacranti e meno esperienza, sono i pi  esposti a errori dalle conseguenze lievi che possono comunque portarli a costose e pesanti conseguenze.

Questo porta i medici a concentrarsi sulla diagnosi e sulle terapie "di difesa" quasi con ossessione e paura, piuttosto che fare il bene del paziente e del sistema sanitario nazionale. Si entra nei meccanismi distorti della medicina difensiva: perch  mi devo prendere la responsabilit  di fare una diagnosi seguendo scienza e coscienza quando se sbaglia, o se semplicemente non prevedo un risultato imprevedibile, poi ci vado di mezzo penalmente e senza proporzione con l'errore? Meglio intasare ospedali e liste d'attesa con esami superflui e spesso inutili e sottoporre il paziente a continui disagi, esami invasivi, cure eccessive, terapie empiriche.

Cos  la qualit  del lavoro si abbassa, aumentano i costi sanitari, le liste di attesa esplodono, i pazienti smettono di fidarsi dei medici poich  si rendono conto che prima che al loro benessere, pensano a tutelare i loro interessi e i medici a loro volta sono stressati e meno proattivi. Un disastro.



Ricerca clinica: la competitività passa per la valorizzazione delle competenze



Roberto Marti

Presidente 7ª Commissione Cultura
Senato della Repubblica

In Senato la Commissione che presiedo discute del futuro del Paese attraverso istruzione e ricerca. Pur riconoscendo l'eccellenza dei ricercatori italiani, evidenzio le lacune legislative (es. Legge 240/2010) e propongo un disegno di legge per riconoscere ruoli chiave, come il Coordinatore di Ricerca Clinica, essenziale per l'innovazione e la competitività.

Dal novembre del 2022 ho lo straordinario privilegio di presiedere, in Senato, la Commissione Cultura e patrimonio culturale, istruzione pubblica, ricerca scientifica spettacolo e sport: "vaste programme", direbbe qualcuno, e a ragione, perché è qui che si discute molto di ciò che ha a che fare col nostro passato e con le nostre tradizioni ma anche molto, moltissimo di ciò che ha a che fare col futuro del nostro Paese.

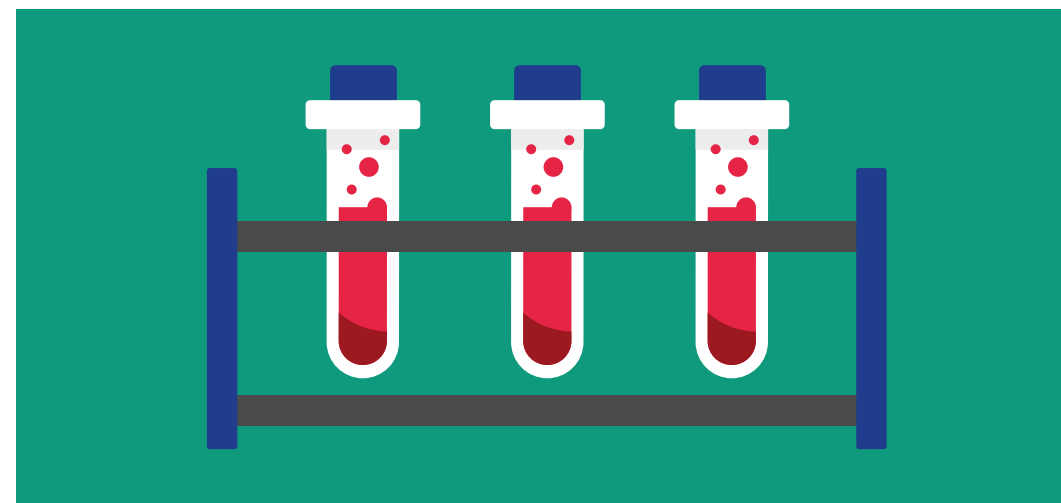
La scuola e la ricerca scientifica rappresentano infatti la condizione necessaria per il progresso delle nostre società, perché pongono le basi per generare innovazione e quindi, in ultima istanza, per assicurare competitività, prosperità e sicurezza nazionale. La comunità scientifica italiana è riconosciuta in tutto il mondo per l'eccellenza dei suoi ricercatori, per la qualità della loro formazione e per la straordinaria capacità di innovare e sperimentare che da sempre li contraddistingue. Ma è altrettanto noto, e sarebbe un grave errore non

riconoscerlo, che il quadro legislativo che ha disciplinato i percorsi di formazione e di carriera dei nostri ricercatori negli ultimi 15 anni (mi riferisco in particolare alla legge n. 240 del 2010) non è sempre stato in grado di valorizzare e sostenere il loro talento e le loro capacità.

Per questo mi riempie di orgoglio aver presentato un disegno di legge che ha come obiettivo, tra gli altri, quello di riconoscere formalmente alcune figure che ad oggi sembrano invisibili al sistema ma che svolgono un ruolo chiave per l'attività di ricerca in Italia: attraverso questo provvedimento, che assieme ad altri revisionerà l'intera disciplina della formazione specialistica in ambito scientifico e sanitario, contiamo di riuscire a valorizzare le competenze scientifiche e, in generale, rendere più attrattivo per i giovani talenti svolgere il ruolo di ricercatore nel nostro Paese.

La ricerca infatti, non è "solo" progresso scientifico: paradossalmente le externalità positive dell'attività di ricerca non si esauriscono coi suoi frutti, per quanto spesso importantissimi per tutti noi - penso in particolare al progresso scientifico nell'ambito Scienze della Vita, che ci permette di poter contare su nuove opportunità terapeutiche per combattere patologie fino a pochi anni fa intrattabili.

Condurre ricerca in Italia significa anche essere in grado di attrarre competenze, risorse e capitali, in altre parole di essere competitivi. Negli ultimi 20 anni l'Europa sta perdendo sempre più terreno ri-



petto ad altre Regioni del mondo - Cina e USA in primis - per quanto riguarda la capacità di attrarre investimenti in ricerca e sviluppo di farmaci e come sottolineato nel report Draghi sulla competitività europea è proprio puntando sulla capacità di generare innovazione che l'Europa potrà colmare il gap di competitività con gli altri player globali.

Noi vogliamo fare la nostra parte: vogliamo creare le condizioni ideali per consentire alle tante professionalità in ambito scientifico di esprimere a pieno il loro potenziale e di contribuire alla crescita del nostro Paese. Restando nell'ambito delle Scienze della Vita, ad esempio, il disegno di legge a mia firma prevede il riconoscimento formale del ruolo del Coordinatore di Ricerca Clinica (CRC), una figura chiave nell'attivazione e nella conduzione degli studi clinici eppure ancora non riconosciuta dal Servizio Sanitario Nazionale. Si tratta di professionisti formati in ambito STEM, in possesso di una laurea o di una specializzazione in ambito scientifico e/o sanitario che operano all'interno dei centri di ricerca o degli ospedali coinvolti nella sperimentazione clinica e agevolano tutte le attività connesse alle analisi di fattibilità, alle autorizzazioni, all'attivazione, alla conduzione e alla conclusione degli studi clinici assicurando il pieno rispetto della (complessa) normativa vigente, sia nazionale che internazionale. Un CRC si occupa di raccogliere i dati relativi allo studio, analizzarli, programmare le attività e le procedure previste dallo studio, coordinare gli aspetti logistici ad esempio relativi alla raccolta e alla spedizione dei campioni biologici, di

archiviare, di collegare, di coordinare i membri del team multidisciplinare coinvolto nello studio.

Insomma, dei veri e propri manager con elevatissime competenze scientifiche che permettono di "chiudere il cerchio" della ricerca, coprendo l'ultimo miglio prima che i farmaci siano effettivamente resi disponibili per tutti i pazienti. Non dimentichiamo infatti che gli studi clinici rappresentano una fase fondamentale del processo di ricerca, perché, una volta superate le prove di efficacia e sicurezza, un farmaco deve essere studiato dalla comunità scientifica e clinica in quello che in gergo viene chiamato setting di real world, ovvero nel mondo reale, tra pazienti reali. Del resto, oltre a permettere ai medici di acquisire tali conoscenze, uno studio clinico rappresenta per un paziente orfano di opzioni terapeutiche una opportunità preziosissima di accedere ad una possibilità di cura. Consentendo di accelerare l'attivazione di studi clinici nei nostri ospedali e nei nostri IRCCS, i CRC rappresentano quindi un catalizzatore di risorse per il sistema-Salute e per i cittadini. La loro presenza talmente importante è divenuta ormai un criterio chiave di valutazione da parte delle aziende interessate ad investire e attivare studi nel nostro Paese quindi non deve stupire se mi spingo a collegare la loro figura ad un driver di competitività per l'Italia e se ho voluto depositare questa proposta che auspico possa diventare parte integrante della riforma delle specializzazioni in ambito medico su cui siamo al lavoro assieme alla 10ª Commissione del Senato.

Alla ricerca della fiducia nella ricerca



Jessica Nardin

Government Affairs & Policy Director
Incyte Italia

Il nostro tempo è attraversato da cambiamenti profondi, come non ne vedevamo da almeno 40 anni: nuovi equilibri tra i protagonisti del mondo da definire, nuovi potenti strumenti frutto del progresso tecnologico da comprendere e governare e persino, nuove mappe, forse, da definire. Non mi sfugge, naturalmente, che in tale complessità trovino spazio anche vicende tragiche - guerre, diseguaglianze e iniquità crescenti - ma sono convinta che nell'affrontare queste sfide la comunità globale sarà capace di trovare lo slancio necessario per superare quello che il mio professore del liceo avrebbe definito un "tornante della storia".

Credo che questo sia particolarmente vero per l'Europa: "ho sempre pensato che l'Europa si farà nelle crisi e che sarà la somma delle soluzioni che si daranno a queste crisi", diceva nel 1976 Jean Monnet, uno degli ispiratori dell'idea di Unione europea e penso che centrasse perfettamente il punto, allora come oggi.

Il torpore a cui l'Unione europea si è abbandonata negli ultimi 20, 30 anni è in parte riconducibile ai suoi meccanismi di governance interni (un esem-

L'Europa affronta una fase di trasformazione tra crisi globali e nuove opportunità. Serve una governance più efficace per superare l'immobilismo politico e colmare il divario con USA e Cina in ricerca e innovazione. L'Italia può giocare un ruolo chiave, favorendo investimenti in R&D, semplificando le norme e rafforzando la fiducia nella scienza per una crescita strategica.

pio su tutti, l'unanimità necessaria su alcune decisioni strategiche che si traduce in diritto di veto da parte di alcuni Stati, i quali di fatto bloccano, o quantomeno rallentano drammaticamente, l'azione politica dell'Unione) e in parte legata alla mancanza di leadership robuste, sostenute da mandati chiari e solidi da parte dei cittadini. Ma oggi c'è sul tavolo un altro giro di carte. La ritrovata centralità dell'Italia, il venir meno dello storico asse franco-tedesco così come lo abbiamo conosciuto e l'avvento di elementi di incertezza come ad esempio una inedita postura degli Stati Uniti mettono l'Europa di fronte ad un bivio esistenziale: agire, cambiare, rompere con le formule e i rituali che finora l'hanno zavorrata per tornare a dare centralità ai valori su cui è stata fondata oppure perire (leggi: inseguire, accodarsi, farsi preda). Insomma, ecco, il famoso elettroshock di cui l'Europa aveva bisogno, per richiamare le parole utilizzate da Emmanuel Macron in una recente intervista al Financial Times.

In questo contesto c'è un aspetto che può giocare un ruolo fondamentale nella rinascita europea. Si tratta della capacità dell'Europa di "scoprire", nel senso di "fare scoperte", di contribuire, come ha fatto per millenni nella sua storia, al progresso scientifico e tecnologico del pianeta. Mentre dall'altra parte dell'Oceano si annunciano massicci

disinvestimenti nella ricerca scientifica - il presidente Trump ha dichiarato, com'è noto, di voler ridurre, quasi azzerare, i budget delle agenzie governative per la ricerca - l'Europa ha la straordinaria possibilità di recuperare sul gap di innovazione scientifica e tecnologica che la penalizza ormai da molti anni rispetto ad altri grandi player del mondo, come appunto gli USA o la Cina (basti pensare che nel 2023, per la prima volta, sono stati scoperti più farmaci in Cina che in Europa, 25 vs 17).

Del resto, è stato notato come nei primi 30 giorni del Governo Trump, anche gli investitori internazionali sembrano guardare all'Europa con ottimismo e fiducia, come se, alla luce delle sfide che è chiamata ad affrontare, si aspettassero dal Vecchio Continente un susulto di orgoglio e fierezza, quello slancio verso il futuro che aspettavamo da tempo².

La ricerca è la preconditione per l'innovazione e oggi sappiamo bene quanto senza innovazione non sia possibile pensare di poter affrontare sfide di salute pubblica (farmaci e vaccini), di sicurezza nazionale (difesa e aerospazio) e di sovranità strategica (infrastrutture, indipendenza energetica).

I player privati che operano in questi settori, in cui peraltro l'Italia vanta una tradizione di eccellenza, detengono conoscenza e know how essenziali per raggiungere questi obiettivi politici. Per questo appare quanto mai opportuna l'apertura da parte del Presidente del Consiglio ad interloquire con tutti quei soggetti privati che possono svolgere un ruolo di partner per il Sistema-Italia³. Tra i settori menzionati, il farmaceutico e il biotech sono quelli in cui si registrano le percentuali di investimento in Ricerca e Sviluppo più alte, con una media del 15% sul fatturato fino a toccare punte dell'80%, ben oltre la media dell'industria, che si ferma al 9%. Solo

nel 2023 le aziende pharma e biotech hanno investito in Italia oltre 2,3 miliardi di euro in R&D, di cui 700 milioni dedicati solo agli studi clinici, generando un impatto sul sistema-Salute e sul Paese pari a quasi tre volte tanto⁴, non solo in termini di costi evitati ma anche di conoscenze acquisite da parte della nostra comunità clinica e scientifica.

In un momento in cui l'Europa perde terreno (secondo una recente ricerca condotta da Efpia, la quota degli studi clinici condotta in Europa supportata dal privato è scesa dal 22% del 2013 al 12% del 2023, senza che vi fosse una compensazione di studi non-profit), appare dunque evidente che mantenere un contesto favorevole agli investimenti nazionali ed esteri in Ricerca e Sviluppo diventa oggi un imperativo strategico il nostro Paese e un asset per rafforzare la nostra competitività dentro e fuori l'UE.

Gli "ingredienti" necessari sono ormai noti: dal superamento della frammentazione tra le numerose norme che impattano sulla ricerca (ad esempio quelle relative alle agevolazioni per le aziende che investono in R&D, o quelle relative all'attivazione e alla conduzione di studi clinici) alla valorizzazione delle competenze della nostra (già) straordinaria comunità scientifica in ogni fase del percorso accademico e professionale.

Molto si sta facendo in questa direzione e molto ancora potrà essere fatto grazie all'impulso della politica, alla quale spetta anche un altro, importante compito: quello di rinsaldare la fiducia dei cittadini nei confronti della scienza e di convincerli che investire in ricerca non significa fare una generica scommessa sul futuro ma costruire il presente.

¹ Jean Monnet, Mémoires, Parigi, Fayard, 1976, p. 488

² Nel primo mese di amministrazione Trump, l'Euro Stoxx 50 è salito del 12% a fronte di una crescita del 3,5% dell'S&P 500, il Nasdaq Composite è cresciuto del 2,2% mentre i fondi azionari che attenzionano l'Europa hanno registrato il più grande afflusso di risorse dal 2022.

³ Il riferimento è al passaggio, durante la conferenza stampa organizzata dal Consiglio Nazionale dell'Ordine dei Giornalisti lo scorso 9 gennaio, in cui la premier ha dichiarato di guardare agli investimenti privati, anche esteri, con "la sola lente dell'interesse nazionale."

⁴ Per ogni € investito in Ricerca & Sviluppo si genera un valore pari a 2,77€ per il sistema. Rapporto ALTEMS sulle sperimentazioni cliniche in Italia, 2022.

Innovazione e tecnologia: la sanità del futuro è oggi



Dario Guido

Vice President Health & Medical Equipment
Samsung Electronics Italia

L'innovazione tecnologica sta trasformando la sanità, migliorando il patient journey e l'efficienza diagnostica. Samsung supporta questa evoluzione con soluzioni avanzate in telemedicina, cybersicurezza e Intelligenza Artificiale, garantendo diagnosi più rapide e sicure. Un nuovo modello sanitario prende forma, centrato sul paziente e sulla medicina di prossimità, e l'innovazione tecnologica deve fare la sua parte.

La gestione del percorso di cura del paziente è oggi una priorità per il decisore pubblico e per le politiche sanitarie. Nonostante l'evoluzione tecnologica abbia migliorato le procedure diagnostiche e terapeutiche, il patient journey e la presa in carico del paziente restano criticità del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La pandemia ha reso evidente l'urgenza di ripensare i modelli assistenziali, spingendo ogni Sistema Sanitario Regionale (SSR) a integrare nuove tecnologie a supporto di clinici, operatori socio-sanitari (OSS) e operations manager. Oggi, la sanità italiana si trova di fronte a una sfida cruciale: coniugare innovazione tecnologica e modelli di cura sempre più efficienti e accessibili. Il successo di questa trasformazione dipende in larga parte dalla capacità di sviluppare partnership pubblico-private trasparenti, che favoriscano un utilizzo ottimale delle risorse e garantiscano una migliore presa in carico del paziente. In questo scenario,



Samsung si impegna a costruire un futuro più efficiente per pazienti e professionisti, con l'obiettivo di portare salute e benessere nella quotidianità. Grazie alla sua esperienza nelle tecnologie per display, IT, mobile ed elettronica, l'azienda sviluppa soluzioni sanitarie innovative che migliorano l'accuratezza diagnostica, ottimizzano i flussi di lavoro e riducono i costi operativi. La divisione Health & Medical Equipment di Samsung Electronics è specializzata nella diagnostica per immagini (ecografi, radiografia digitale, CT mobile) e opera in oltre 100 Paesi con più di 1.600 dipendenti. Per Samsung, però, innovazione non significa solo dispositivi avanzati, ma anche investimenti costanti in ricerca e sviluppo per trasformare la tecnologia in soluzioni concrete per il settore sanitario.

La medicina di prossimità sta diventando un elemento centrale nel sistema sanitario. Investire in soluzioni di telemedicina è essenziale per migliorare l'accesso alle cure, soprattutto nelle aree più periferiche. Tuttavia, affinché sia davvero efficace, la telemedicina necessita di dispositivi tecnologici affidabili, semplici da usare e in grado di garantire la sicurezza dei dati sensibili. Un esempio concreto dell'impatto positivo della telemedicina è rappresentato dalle Case di Comunità, strutture pensate come punti di riferimento locali per la salute. Dotare questi centri di strumenti diagnostici avanzati significa offrire ai pazienti tempi di risposta più rapidi e ridurre il sovraccarico degli ospedali. Le tecnologie di Samsung, applicate in questo contesto, consentono di migliorare la sicurezza diagnostica, minimizzare la necessità di visite secondarie e garantire la protezione dei dati tramite avanzati sistemi di crittografia.

Con la digitalizzazione della sanità, la cybersicurezza è diventata una priorità assoluta. Le informazioni sanitarie dei pazienti sono tra i dati più sensibili e, per questo, rappresentano un obiettivo per le minacce informatiche. Per rispondere a questa sfida, Samsung adotta un approccio integrato alla protezione dei dati, con sistemi avanzati incorporati nell'hardware e nel software dei dispositivi, capaci di prevenire intrusioni, malware e attacchi informatici. L'utilizzo di piattaforme di sicurezza direttamente integrate nei dispositivi garantisce un controllo costante degli accessi e una protezione efficace contro qualsiasi tentativo di violazione. Questo approccio consente di proteggere il patrimonio informativo sanitario, garantendo la

massima riservatezza per i pazienti e la sicurezza operativa per i professionisti della salute. Un altro pilastro dell'innovazione tecnologica in sanità è rappresentato dall'Intelligenza Artificiale (IA), che sta rivoluzionando il modo in cui vengono analizzati i dati e gestite le diagnosi. L'integrazione dell'IA nelle apparecchiature diagnostiche permette di supportare i professionisti sanitari nel riconoscimento precoce di patologie, migliorando l'accuratezza delle diagnosi e riducendo i tempi di intervento. L'IA non è un sostituto dell'intelligenza umana, ma un alleato strategico, che potenzia le capacità diagnostiche e terapeutiche dei medici. Questa sinergia tra uomo e macchina consente di costruire percorsi di cura più efficaci, minimizzando il rischio di errori e migliorando l'efficienza del sistema sanitario.

Nello specifico, l'IA applicata alla diagnostica offre vantaggi significativi, tra cui:

- Miglioramento della qualità delle immagini, aumentando la fiducia nelle scelte cliniche.
- Localizzazione automatica delle aree di interesse diagnostico (CADe), velocizzando l'analisi delle immagini.
- Suggerimento di una seconda opinione (CADx), basata su database di immagini classificate secondo protocolli internazionali.

L'impiego di software avanzati per l'analisi delle immagini permette oggi di individuare anomalie con una precisione e rapidità superiori, riducendo la necessità di esami aggiuntivi e accelerando il processo diagnostico. La sanità del futuro non è quindi solo uno slogan, ma una realtà sempre più concreta. L'integrazione tra innovazione tecnologica e nuovi modelli organizzativi sta trasformando il settore, rendendo le cure più accessibili, sicure ed efficienti. Il progressivo spostamento verso modelli ospedalieri territorio-centrici e di prossimità, basati sull'uso intelligente della tecnologia, permette di costruire un sistema sanitario più vicino al paziente e meno dipendente dalle strutture ospedaliere tradizionali. Samsung, con il suo impegno nell'innovazione, sta contribuendo attivamente a questa trasformazione, fornendo soluzioni tecnologiche avanzate che migliorano la qualità della vita dei pazienti e semplificano il lavoro dei professionisti sanitari. Il futuro della sanità è già oggi una realtà, grazie alla capacità di evolversi e adottare modelli di cura sempre più efficienti e sostenibili con il supporto dell'innovazione tecnologica.

Il medico di base per i senza dimora: un passo verso dignità e giustizia sociale



Marco Furfaro

Membro XII Commissione Affari Sociali
Camera dei Deputati

Con l'approvazione unanime della legge che restituisce il medico di base ai senza dimora, l'Italia ha sanato un'ingiustizia storica che negava il diritto fondamentale alla salute a chi aveva perso la residenza. Una vittoria di civiltà che non solo garantisce cure a migliaia di persone, ma ottimizza anche le risorse del Servizio Sanitario Nazionale. Ora, il cammino verso un welfare più equo e inclusivo continua.

Q

quando votammo la mia pdl per restituire il medico di medicina generale (il "medico di base") ai senza dimora e sul tabellone dell'Aula lessi quel "Contrari: 0", non lo nascondo, per me fu una grande emozione. L'emozione di essere riusciti non solo a far passare una

legge giusta, che avrebbe inciso sulla vita di decine di migliaia di persone. Ma anche quella di esserci riusciti passando oltre le legittime divisioni politiche, arrivando a un voto comune.

Perché, ne sono convinto, il tema dei senza dimora, della loro cura, è uno di quelli che deve vedere unità d'intenti non solo da parte della politica, ma della società. Soprattutto quando, per atroce ironia della sorte, quel tema presenta ingiustizie che nascono per vere e proprie storture del sistema facilmente evitabili. Per "errori" veri e proprio, come nel caso che abbiamo e stiamo sanando.

Perché, vedete, la questione che abbiamo sollevato nasce proprio da una stortura. Era il 1978 e con una legge si istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. E lì, proprio in quella legge, c'era un dettaglio: si legava il diritto al medico di medicina generale alla residenza della cittadina o del cittadino. Conseguentemente, persa quella evidentemente si perdeva anche il medico.

Il problema esplose di lì a poco, legato soprattutto al fatto che proprio a partire dagli anni '80 l'Italia iniziò a vivere una crescita, esponenziale, della questione sociale. Tradotto: aumento della povertà. Pensate, solo dal 1980 al 1985 l'incidenza della povertà sulle famiglie italiane passa dall'8,3% all'11,6%. Una voragine che ha ampliato, esponenzialmente, il numero di senza dimora. Perché perso il lavoro, spesso il passo successivo è la perdita della casa, quindi della residenza e conseguentemente del medico.

Assieme a questo, anche il pediatra di base. Già, perché purtroppo, all'epoca come ancora oggi, tante delle persone che scivolando nella povertà si ritrovano in mezzo a una strada, hanno figlie e figli. Hanno bambini; bambini che perdonano il pediatra. Quindi un dramma nel dramma.

Tutto nasce quindi da una stortura, il cui impatto è stato amplificato da una crescente crisi sociale, che oggi ci presenta un conto salatissimo: oltre 100mila senza dimora, da censimenti ufficiali (quindi, come fa giustamente notare il Terzo settore, sicuramente a ribasso). 100mila persone a cui fino a ieri la Re-

pubblica ha negato l'unico diritto che la sua Costituzione definisce come "fondamentale": quello alla salute. Perché senza salute non c'è lavoro, non c'è vita, non c'è niente.

Su questo siamo quindi intervenuti, ritornando a slegare quel diritto fondamentale da una residenza e restituendo dignità e visibilità alle decine di migliaia di persone a cui non solo la povertà ha tolto tutto, ma alle quali lo Stato, per assurdo, aveva inflitto il "colpo di grazia", tradendo i suoi stessi principi, come detto ben enunciati nella nostra Costituzione. Una condizione questa semplicemente intollerabile, umanamente parlando.

La legge ora prevede di mettere un punto, definitivo, a questa stortura con una prima sperimentazione nelle città metropolitane d'Italia, dove i senza dimora torneranno ad avere il medico di base. Ma presto andrà a regime in tutto il Paese, completando l'opera. Un'opera umana, di diritti e di dignità per adulti e bambini. Ma, a margine, anche un'opera di efficientamento. Perché quella stortura non è stato "solo" una violazione dei diritti umani, ma anche un assurdo e paradossale carico sul Servizio sanitario nazionale. Il motivo è semplicissimo: oggi, senza medico di base, un senza dimora è evidentemente costretto ad andare al pronto soccorso per ricevere delle cure. E il costo di un singolo accesso al pronto soccorso oscilla tra i 250 e i 400

euro. E sapete invece quant'è la spesa media per la gestione di un paziente dal medico di base? 70 euro all'anno. All'anno, non a singolo accesso.

L'aspetto è ovviamente – e marcatamente – secondario rispetto a quello primario, il diritto alla salute. Ma tenerne conto fa bene per capire quanto in Italia le ingiustizie si accompagnino spesso a una dispersione di risorse preziose, che data la situazione della sanità (in generale), non possono essere ignorate. Si restituisce quindi un diritto alle persone e lo si fa anche armonizzando la spesa, così da dare alla sanità più strumenti. Il tutto a costi irrisori rispetto alle spese attuali.

Ora, in conclusione voglio sottolineare un'ultima cosa.

Questa legge è stato solo il primo passo. A Firenze, sabato 15 febbraio, ne abbiamo parlato con un evento intitolato "Avrò cura di te", che è un titolo che dovrà prendersi sulle sue spalle un compito importante: far cambiare paradigma allo Stato. Tornare a parlare di cura, welfare, assistenza in maniera piena, completa, quasi totalizzante oserei dire. E con un occhio rivolto a chi ha perso tutto.

Il punto di partenza lo abbiamo quindi segnato. Ora inizia la maratona. Finirà quando quel verbo avere messo al futuro semplice tornerà al presente: "Ho cura di te".



La prevenzione sanitaria è un investimento e risponde alla priorità strategica della commissione europea per la Resilienza Economica e Sociale



Nicoletta Luppi
Presidente e Amministratrice
Delegata di MSD Italia

Con il ritorno del Patto di Stabilità e Crescita europeo, la spesa per la prevenzione - con particolare riferimento a immunizzazione e screening per la salute umana - deve essere considerata tra gli investimenti strategici per l'Italia. È giunto il momento per l'Italia di integrare questi investimenti nel proprio Piano strutturale di bilancio per garantire una maggiore sostenibilità e resilienza economica e sociale.



I Ritorno del Patto di Stabilità e Crescita: il nuovo Quadro di Governance Economica dell'UE

Il Governo italiano ha presentato nell'autunno 2024 il Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine sulla base della traiettoria indicata dalla Commissione Europea per

ridurre il deficit e il debito pubblico secondo il Patto di Stabilità e Crescita. Nella premessa, il Governo si impegna a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta. Per gli anni successivi al 2026, verranno anche stanziati le risorse necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR. Un recente studio

di The European House Ambrosetti dal titolo "The value of prevention for Economic Growth and the sustainability of healthcare, social care and welfare systems" redatto in collaborazione con il Prof. Massimo Bordignon, ex membro dello European Fiscal Board, evidenzia come un cambiamento di paradigma possa rivelarsi cruciale per la sostenibilità economica e sanitaria in Europa. La spesa in prevenzione dovrebbe essere considerata un "investimento", in quanto comporta una crescita potenzialmente più elevata e una riduzione delle spese future rispetto alla spesa iniziale stessa e rientra pienamente nelle priorità dell'Unione Europea che include la resilienza sociale ed economica che consente una maggiore flessibilità agli stati membri.

Il nuovo quadro di governance economica, noto come New Economic Governance Framework (NEGF), è stato concepito per garantire la sostenibilità del debito degli Stati membri e, per la prima volta, promuovere riforme strutturali e investimenti pubblici orientati alla stabilità e crescita pur mantenendo gli obiettivi chiave sanciti dal Trattato di Maastricht come il rispetto del 3% di deficit rispetto al PIL e il 60% di rapporto debito/PIL.

Una delle innovazioni principali del NEGF è la rivalutazione del termine "investimento", non più inteso come un concetto puramente contabile, ma

con una nuova dimensione strategica volta a valorizzare le spese che, nel lungo termine, portano a una crescita maggiore e a minori costi futuri. Gli Stati membri che non soddisfano i parametri di Maastricht, ma si impegnano a realizzare riforme in una delle quattro aree prioritarie dell'Unione Europea - transizione digitale, transizione verde, difesa e resilienza economica e sociale - ottengono una maggiore flessibilità dalla Commissione Europea con la possibilità di estendere da quattro a sette anni il proprio piano di adeguamento fiscale.

Prevenzione: Un Investimento Necessario

La spesa per la sanità, in particolare quella rivolta alla prevenzione umana, è cruciale per garantire una resilienza economica e sociale. È essenziale trattare gli investimenti in prevenzione alla stregua di quelli in difesa, transizione energetica e digitalizzazione. Numerosi studi mostrano, infatti, che ogni euro speso in prevenzione può generare fino a 14 euro di ritorno per l'economia e l'assistenza sociale, valore che sale a 19 euro nel caso della prevenzione vaccinale¹.

Nonostante queste evidenze, in Italia solo il 4,5% della spesa sanitaria pubblica è attualmente dedicato a misure di prevenzione², percentuale che scende allo 0,5% se si considera la spesa complessiva delle Regioni per le vaccinazioni.

Affinché gli investimenti in prevenzione risultino accettabili ai fini del loro inserimento tra le riforme da presentare a Bruxelles, devono basarsi su stime attendibili dei costi e dei benefici futuri. La spesa in prevenzione dovrebbe essere considerata dagli Stati Europei un "investimento", in quanto comporta una crescita potenzialmente più elevata e una riduzione delle spese future rispetto alla spesa iniziale stessa.



Il piano strutturale di bilancio a medio termine presentato dall'Italia prevede una crescita media della spesa dell'1,5% nei prossimi sette anni, con un rapporto tra deficit e PIL previsto al 3,3% nel 2025. Tuttavia, sorprendentemente, nella lista delle riforme necessarie per aumentare il potenziale di crescita e la resilienza economica del Paese - definita nell'Appendice VI del Piano strutturale di medio termine, presentato ad ottobre³ - non emergono interventi specifici per la prevenzione sanitaria. Tale assenza mina le potenzialità di crescita e resilienza del Paese.

L'opportunità che l'Italia dovrebbe cogliere è ad aprile 2025, finestra in cui gli Stati membri possono aggiornare il proprio Piano e dichiarare le azioni intraprese per ridurre il deficit strutturale.

Proposte per un Futuro Sostenibile

Un intervento di tale portata consentirebbe una crescita più sostenuta grazie a una popolazione più sana e produttiva e ad una riduzione delle spese future, permettendo all'Italia di ampliare il proprio potenziale di crescita e migliorare la sostenibilità del bilancio e, allo stesso tempo, garantendo una maggiore resilienza rispetto alle sfide future.

Cogliere da parte del nostro Governo l'opportunità per rivedere il proprio Piano strutturale di bilancio a medio termine, inserendo gli investimenti in immunizzazione e screening tra quelli previsti in materia di programmazione e spesa pubblica, è un'occasione da non perdere per liberare risorse cruciali dal bilancio di sanità pubblica e affrontare con maggiore resilienza le future sfide economiche, demografiche e sanitarie, oltre che essere un'opportunità di leadership per un'Europa più competitiva, resiliente e attrattiva di investimenti.

¹ Steuten, H. E. B., Chowdhury, S., Neri, M., Radu, P., Besley, S., Bell, E., & Brassel, S. (2024). "Socio-Economic Value of Adult Immunisation Programmes". Office of Health Economics

² The European House - Ambrosetti su dati AGENAS, 2024

³ https://www.mef.gov.it/export/sites/MEF/inevidenza/2024/article_00262/article_00262.pdf

Verso una sanità partecipata: il ruolo delle associazioni di pazienti nelle decisioni pubbliche



Elena Murelli

Membro 10ª Commissione Affari sociali Senato della Repubblica



Negli ultimi anni, la partecipazione attiva delle associazioni di pazienti ai tavoli decisionali del Ministero della Salute è diventato un tema rilevante. La loro presenza consente di orientare le politiche sanitarie verso un approccio più centrato sulla persona, con risparmi su ospedalizzazione e farmaci. Un emendamento alla legge di Bilancio 2025 consentirà alle Associazioni di prendere parte ai processi decisionali, attraverso un Registro che ne accerti i requisiti richiesti. Nel 2023, è stato presentato un disegno di legge che prevede il coinvolgimento delle Associazioni.

Negli ultimi anni, la partecipazione attiva delle associazioni di pazienti ai tavoli decisionali del Ministero della Salute è diventato un tema rilevante. Questa evoluzione rispecchia un cambiamento culturale necessario nella governance sanitaria, in cui il paziente non è

solo un mero destinatario di cure, ma un soggetto attivo nelle politiche sanitarie. Il coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali consente di orientare le politiche sanitarie verso un approccio più centrato sulla persona, migliorando la qualità e l'efficacia dei servizi.

Dal 2024 è finalmente completata la riforma dell'Agenzia italiana del farmaco. Significativo è l'articolo 11 del nuovo regolamento, che prevede il riconoscimento delle Associazioni di Pazienti e delle Società Scientifiche ai fini consultivi.

Era quindi giunto il momento di inserire nel nostro ordinamento delle norme che prevedessero espressamente l'impegno del Ministero della salute nel garantire la partecipazione delle associazioni di malati e organizzazioni di cittadini, attive nell'ambito della tutela della salute, ai principali tavoli decisionali così come chiedevano a gran voce anche le associazioni dei pazienti (tra queste, ad esempio «Salute bene da difendere diritto da promuovere», Salutequità, FISM, AISM, APMARR, Itaca, UNIAMO, Cittadinanzattiva, SIR e Onda).

Grazie a un emendamento inserito in legge di bilancio 2025 (Articolo 1, commi 293-297 'Istituzione del Registro unico delle associazioni della salute e partecipazione ai processi decisionali pubblici'), e approvato, le associazioni potranno prendere par-

te ai processi decisionali in materia di salute. Entro 60 giorni dall'entrata in vigore della Legge, infatti, il Ministro della Salute e l'AIFA, dovranno definire i criteri di coinvolgimento delle Associazioni nei processi decisionali in ambito sanitario. Le Associazioni di pazienti, previa valutazione di requisiti minimi tra cui la costituzione da almeno dieci anni, proprio al fine di accertare che queste realtà posseggano il giusto know how nella patologia di riferimento, avranno la possibilità di iscriversi al RUAS, il Registro Unico delle Associazioni della Salute. Le Associazioni avranno così diritto ad avere un rappresentante negli organismi del Ministero della Salute e ad essere coinvolte nei processi decisionali in tema di salute.

Ma facciamo un passo indietro per capire dove è nato tutto ciò. Dal 2015, l'Agenzia europea per i medicinali (EMA), responsabile per la valutazione scientifica di prodotti medicinali per uso umano e veterinario nella UE garantisce la partecipazione dei pazienti al processo decisionale di approvazione dei farmaci.

In tanti regolamenti del Consiglio e del Parlamento Europeo (che non stiamo a citare per limitatezza di spazio) ricorre il concetto della necessità del coin-

volgimento dei pazienti e delle loro organizzazioni nelle decisioni. Dialogare con tutti gli stakeholders, incluse le organizzazioni dei pazienti, va di pari passo con la «sostenibilità del sistema farmaceutico a livello di Unione europea».

Anche il regolamento (UE) 2021/2282 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 15 dicembre 2021, sulla valutazione delle tecnologie sanitarie (HTA), in vigore dal gennaio 2025, prevede, tra l'altro, la consultazione e il coinvolgimento delle organizzazioni dei pazienti.

In Italia, la Regione Toscana ha adottato la delibera n. 702 del 20 giugno 2022 «Linee di indirizzo sul coinvolgimento del paziente esperto nel percorso di acquisto dei dispositivi medici». Le linee guida, però, non specificano la necessità del coinvolgimento delle associazioni dei malati, ma solo di figure singole individuate come pazienti esperti, non meglio identificati. Questo atto è stato apertamente contrastato dalle associazioni dei pazienti, che non vengono minimamente coinvolte in quanto tali.

Il Ministero della salute il 3 ottobre 2022 ha adottato l'Atto di indirizzo riguardante le modalità di

partecipazione ai processi decisionali da parte delle associazioni dei pazienti. Importanti sono anche i contributi offerti dal alcune Regioni – Campania, Lazio e Veneto – che stanno sperimentando la 'Sanità partecipata'.

A luglio 2023 abbiamo presentato un disegno di legge sottoscritto da numerosi parlamentari di diverse forze politiche sia alla Camera sia al Senato come lavoro dell'Intergruppo parlamentare «La salute: un bene da difendere un diritto da promuovere» composto da 45 associazioni di pazienti e coordinato dall'associazione Salute Donna ODV. Il disegno di legge ha l'obiettivo di coinvolgere le associazioni dei pazienti e le organizzazioni di cittadini attive nell'ambito della tutela del diritto alla salute nei principali tavoli decisionali individuati dal Ministero.

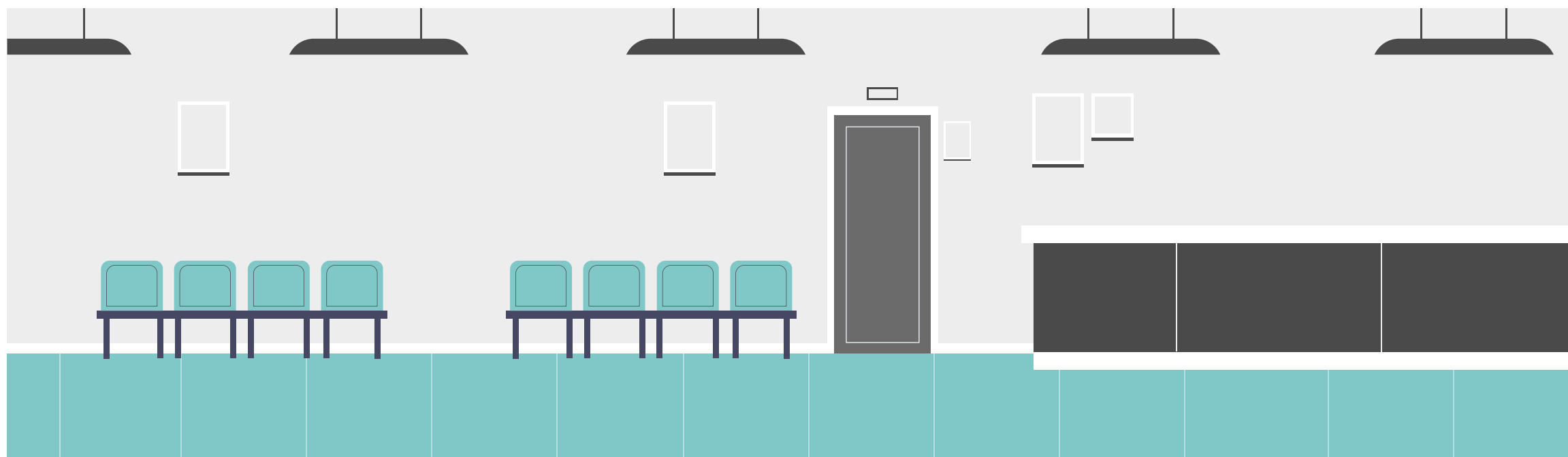
Ecco quindi arrivati all'emendamento in legge di bilancio che con il nostro lavoro istituzionale in stretta collaborazione con le associazioni pazienti permetterà di cambiare le cose.

Se vogliamo un futuro per il nostro sistema sanitario, occorre procedere con una cura radicale che includa il coinvolgimento di tutti gli attori che ne

fanno parte non solo medici, infermieri, personale sanitario, strutture ospedaliere pubbliche e private, aziende farmaceutiche, farmacisti, professionisti sanitari, ma anche pazienti tramite le associazioni nonché i loro caregiver.

Sì, perché sono loro in primis che con occhio critico, ma costruttivo, possono evidenziare le problematiche che vivono ogni giorno: ritardi diagnostici, tempi lunghi di attesa di prenotazione, mancanza di percorsi adeguati di presa in carico, carenza di farmaci, disomogeneità di trattamento non solo tra regioni, ma addirittura tra aziende sanitarie nella stessa regione, latenza di disponibilità di farmaci innovativi. A livello istituzionale o di contabilità dello Stato è sbagliato considerare anche un solo euro speso nel sistema sanitario un costo: si deve vedere come un investimento, soprattutto nelle attività di diagnosi e di screening. Più si anticipano i tempi di previsione di una malattia, più i costi sanitari di farmacoterapia, di ospedalizzazione e di assistenza saranno ridotti.

La legge aiuterà il nostro Paese a fare un passo avanti nelle politiche di salute pubblica, sviluppando una sanità più partecipata e centrata sui reali bisogni dei cittadini e delle comunità.



Globesità: un appello all'azione collettiva



Imane Jalmous
Redattore Parlamento Magazine



DICEMBRE 2024

ARTICOLI

L'Organizzazione Mondiale della Sanità mette in guardia sulla "Globesità", una pandemia in espansione che colpisce la salute globale, con il 50% degli adulti in Italia in sovrappeso o obesi. Questa condizione, frequentemente fraintesa come un problema di volontà, è in realtà una malattia multifattoriale, influenzata da aspetti genetici, ambientali e psicologici. Recenti iniziative legislative in Italia puntano a riconoscerla come una patologia cronica e a finanziare la prevenzione e il trattamento. È fondamentale unire le forze tra istituzioni, professionisti della salute e società civile per affrontare efficacemente questa sfida e promuovere una cultura del benessere.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità parla da tempo di "Globesità". Di fatto stiamo assistendo ad una pandemia silente in crescita a livello globale che impatta progressivamente sulla qualità delle nostre vite e sui costi sociali e sanitari. I dati sono allarmanti al punto che le principali agenzie di salute pubblica considerano l'obesità come una delle principali sfide per i sistemi sanitari mondiali, al pari di patologie già ritenute tali, come i tumori e malattie cardiovascolari.

Oggi in Italia un adulto su due è in sovrappeso o affetto da obesità. Parliamo del 50% della popolazione nazionale e colpisce prevalentemente le fasce di popolazione più fragili

L'obesità è una patologia multifattoriale determinata da stili di vita e alimentazione malsana, fattori ambientali, sociali, psicologici, ma anche determinanti genetiche ed endocrino metaboliche ed è causa di numerose patologie croniche associate e se non tempestivamente diagnosticata e trattata può generare costi sociali ed economici significativi. Nella nostra società e nel suo immaginario collettivo tuttavia è spesso associata invece ad una condizione estetica piuttosto che ad una vera e propria patologia. La persona con obesità è pertanto in qualche misura "colpevole" per mancanza di volontà del suo stato piuttosto che un paziente meritevole di cure appropriate. Un unicum tra patologie tanto prevalenti e rischiose per la tenuta del sistema sanitario nazionale.

La Scienza ci suggerisce tuttavia che non è propriamente così e che, oggi è quanto mai urgente allineare la Scienza all'immaginario collettivo, alle risposte delle Istituzioni per rispondere ad una domanda di salute crescente dei cittadini. Perdere peso è la cosa più difficile per chi soffre di obesità e non è una questione di forza di volontà, ma di meccanismi neurologici, endocrini e metabolici.

"L'obesità è legata ad una modificazione patologica dei meccanismi che nel nostro organismo regolano la fame e la sazietà, regolando di conseguenza il peso corporeo – spiega Rocco Barazzoni, Presidente Società Italiana Obesità (SIO) e Professore Associato di Medicina Interna, Dipartimento di Scienze Mediche, Università degli Studi di Trieste – questo tipo di alterazione è indipendente dal controllo e dalla volontà della persona. Si tratta di meccanismi neurologici in gran parte localizzati nel cervello, ma che rispondono anche a segnali che arrivano dal tessuto adiposo e dall'intestino. Questi meccanismi complessi sono in grado di mantenere in condizioni fisiologiche il peso corporeo entro limiti che possiamo definire 'normali', o sani. È dimostrato che le persone affette da obesità presentano alterazioni di tali processi biologici che portano ad un rischio maggiore di aumentare la propria massa grassa. A questi meccanismi si associano anche fattori genetici, endocrini e ambientali. L'insieme di tutti questi elementi definisce l'obesità come malattia. In questi ultimi anni sono stati introdotti farmaci innovativi e molto efficaci, che permettono non solo una riduzione marcata del peso corporeo, ma promettono anche di ridurre, prevenire e curare molte complicanze gravi e temibili. Ovviamente resta anche in questo caso fondamentale l'approccio bilanciato e sano alla dieta, e l'aumento dell'attività e dell'esercizio fisico in un approccio globale alla persona e alla malattia".

A livello internazionale, l'obesità è stata inclusa per la prima volta nella Classificazione internazionale delle Malattie (International Classification of Diseases – ICD) nel 1948; riconosciuta poi dall'OMS come patologia cronica nel 1997. A livello europeo, invece, nel 2020 la Commissione ENVI del Parlamento UE ha previsto l'inclusione dell'obesità nella lista delle malattie croniche che caratterizzano stati di particolare vulnerabilità, mentre nel 2021 la Commissione Europea ha pubblicato un documento in cui ha definito l'obesità come una "malattia cronica recidivante, che a sua volta funge da porta d'acces-

so a una serie di altre malattie non trasmissibili". In Italia, come conseguenza di un retaggio culturale radicato, l'obesità non è stata a lungo riconosciuta una patologia cronica prioritaria: all'appello è stata assente nei Livelli Essenziali di Assistenza, nelle strategie del Piano Nazionale Cronicità così come assenti o frammentati sono stati i percorsi diagnostico terapeutici per i pazienti.

Una nuova stagione di consapevolezza è stata inaugurata dalle Istituzioni con l'approvazione all'unanimità della Mozione presentata dall'On. Roberto Pella nel 2019 che ha dato un vero calcio d'inizio di un impegno concreto per il riconoscimento della patologia.

Lo dimostra l'inserimento dell'obesità nel neo Piano Nazionale Cronicità così come la proposta di legge dell'On. Pella n. 741 "Disposizioni per la prevenzione e cura dell'obesità", in corso di esame alla Camera dei Deputati e di prossima approvazione.

«Riconoscere l'obesità come una vera e propria malattia e affrontarla come una priorità nazionale, a tutti i livelli istituzionali, è il principale contenuto della proposta di legge, a mia prima firma, che è stata approvata in Commissione XII alla Camera dei Deputati, grazie al supporto dei Colleghi e del Presidente Cappellacci. Unitamente a questo provvedimento, nell'ultima legge di Bilancio, in accordo con i Ministri Schillaci e Giorgetti, abbiamo creato e finanziato per tre anni un Fondo per il contrasto a questa malattia. Queste azioni concrete consentiranno all'Italia di diventare il primo paese al mondo con una legge di questo tipo, di essere un'avanguardia e un modello di confronto con gli altri sistemi socio-sanitari. Nella trasformazione epocale di tipo demografico, sociale, economico e ambientale, che il mondo sta vivendo, l'epidemia dell'obesità e delle malattie non trasmissibili, insieme all'invecchiamento della popolazione, minaccia seriamente la sostenibilità dei sistemi sanitari



On. Roberto Pella



On. Stefano Benigni



e dobbiamo proseguire questo cammino di fattiva collaborazione - dichiara l'On. Roberto Pella, Presidente Intergruppo Parlamentare Obesità, diabete e malattie croniche non trasmissibili.»

A completare positivamente il quadro, troviamo la Legge di Bilancio 2025 che ha istituito, grazie ad un emendamento a prima firma dell'On. Stefano Benigni, un Fondo con una dotazione di 4,2 milioni di euro per il prossimo triennio, al fine di finanziare futuri interventi normativi in materia di prevenzione e cura dell'obesità. A questo proposito, l'On. Benigni ci dichiara che "L'istituzione di un Fondo dedicato rappresenta un passo fondamentale per rafforzare la prevenzione, la diagnosi e il trattamento dell'obesità. Ma il nostro impegno non si ferma: questo è solo l'inizio di un percorso per colmare i gap diagnostico-terapeutici e creare una rete integrata che migliori la qualità della vita dei pazienti e garantisca omogeneità di cure e assistenza su tutto il territorio nazionale. Sicuramente, un obiettivo che ci poniamo è inserire

l'obesità nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), riconoscendola come una vera e propria malattia. Con il movimento giovanile di Forza Italia abbiamo poi promosso una raccolta firme per l'istituzione di un Osservatorio sui disturbi alimentari e l'obesità, che ha lo scopo di monitorare la diffusione di queste malattie, valutando le azioni concrete messe in campo per la prevenzione e l'assistenza, sia sanitaria che psicologica. Questo è un tema molto sentito dalle nuove generazioni".

L'Italia, dunque, ha la possibilità di porsi come paese capofila, nel contrasto all'obesità, sulla scena mondiale ma per raggiungere questo obiettivo virtuoso si richiede un impegno costante, collettivo e coordinato. Le parole di Rocco Barazzoni ci ricordano che, per affrontare questa sfida, è essenziale lavorare insieme, unendo le forze delle istituzioni, dei professionisti della salute e della società civile. Solo così potremo sperare di invertire la rotta e promuovere una cultura della salute che valorizzi il benessere e la prevenzione.

Lotta alle dipendenze: l'impegno del CePID tra innovazione, formazione e ricerca



Gabriele Sani

Direttore della UOC di Psichiatria e d'Urgenza della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS

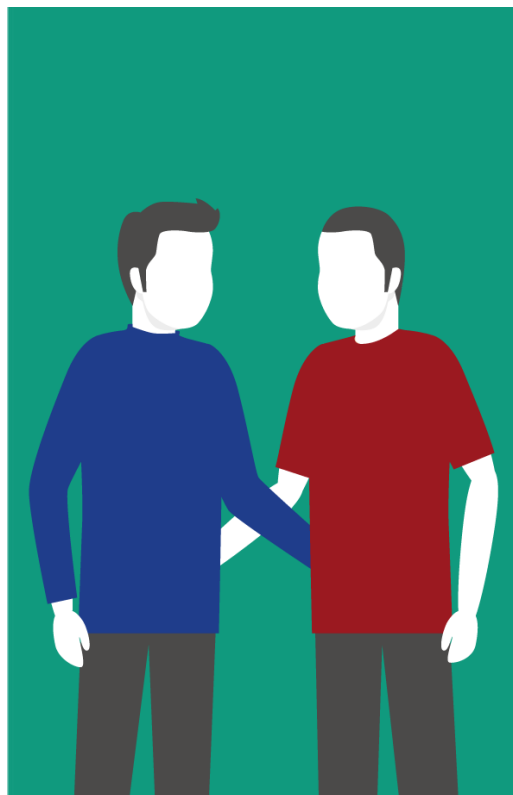
I disturbi legati alle dipendenze, siano essi legati all'utilizzo di sostanze o di tipo comportamentali, sono sempre più diffusi in Italia. Il Centro Psichiatrico Integrato di ricerca, prevenzione e cura delle Dipendenze, nato dalla collaborazione tra la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e la Fondazione Lottomatica, è diventato nei suoi primi due anni di attività un punto di riferimento nel trattamento di queste condizioni.



Il Centro Psichiatrico Integrato di ricerca, prevenzione e cura delle Dipendenze (CePID), inaugurato nel febbraio 2023 al Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, celebra il suo secondo anniversario con un bilancio che evidenzia l'efficacia di un approccio

innovativo nella cura delle dipendenze. Il centro, realizzato grazie alla collaborazione tra la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS e la Fondazione Lottomatica, ha accolto fin dalla sua nascita circa 400 pazienti, con una media di quasi 20 nuovi casi al mese, rispondendo ad un bisogno crescente nel panorama nazionale.

Il CePID è diventato così un punto di riferimento per il trattamento delle dipendenze, siano esse legate a sostanze o comportamentali, distinguendosi per un approccio integrato, mirato e diversificato che va ben oltre le tradizionali modalità terapeutiche. Il centro offre infatti un percorso terapeutico che combina psicoeducazione, riabilitazione di gruppo, psicofarmacoterapia e, come elemento distintivo, l'utilizzo di tecnologie all'avanguardia come la stimolazione magnetica transcranica profonda. Questa tecnica di neuromodulazione si integra perfettamente con i trattamenti psichiatrici



e psicoterapeutici che, insieme, consentono di affrontare le dipendenze che non sono mai fenomeni isolati ma che coinvolgono fattori psicopatologici e neurobiologici comuni.

Particolare attenzione è stata data alle "nuove dipendenze comportamentali", fenomeno in continua crescita che ha preso piede con l'evoluzione della società e delle tecnologie. Oggi le dipendenze non riguardano solo l'uso di sostanze, ma si estendono anche a comportamenti compulsivi, che includono l'uso eccessivo di internet, il workaholism, la dipendenza dal gioco, quella da esercizio fisico, la nomofobia (cioè la paura di rimanere senza cellulare) e la sex addiction (dipendenza da sesso). Si tratta di disturbi in continua espansione, che colpiscono sempre più persone, con età di esordio sempre più giovane, che si colloca ormai frequentemente nella classe degli adolescenti e giovani adulti.

I dati raccolti nei primi due anni di attività sono molto significativi: circa il 45% dei pazienti ha richiesto supporto per disturbi legati all'uso di sostanze, mentre il 41% ha presentato problematiche legate alla dipendenza da alcol. La restante parte dei pazienti ha richiesto aiuto per altre forme di dipendenza comportamentale, come il gioco compulsivo online o la dipendenza da sesso. Un dato interessante è che nel 25% dei casi è stato registrato un uso multiplo di sostanze, mentre il 46% dei pazienti ha mostrato comorbidità psichiatrica, un segno evidente della complessità delle problematiche trattate.

Attualmente, circa il 65% dei pazienti segue un trattamento di mantenimento, a testimonianza di quanto impegno viene profuso nel seguire i pazienti anche dopo la fase acuta del trattamento. L'obiettivo non è solo quello di curare, ma di garantire un benessere duraturo nel tempo, che continui anche dopo il termine della cura.

I risultati ottenuti non si limitano al trattamento clinico, ma si estendono anche al campo della ricerca. I dati e le esperienze raccolte vengono regolarmente condivisi e discussi in importanti convegni scientifici di carattere internazionale, come quelli organizzati dalla American Psychiatric Association (APA) e dalla European Association for the Study of Gambling. Un ulteriore impegno è rivolto alla formazione e sensibilizzazione sul tema delle dipendenze, con iniziative mirate a prevenire comporta-

menti a rischio e a promuovere un uso consapevole del gioco. In collaborazione con la Fondazione Lottomatica, è stato avviato il programma "Punto Gioco Intelligente", che prevede corsi di formazione rivolti agli operatori di sala, con l'obiettivo di fornire strumenti pratici per riconoscere i segnali di gioco problematico e intervenire in modo tempestivo. Il programma si concentra sulla creazione di ambienti di gioco più sicuri, responsabilizzando gli operatori nel ruolo di primo contatto con i giocatori e diffondendo una maggiore consapevolezza sulle dinamiche della dipendenza.

Inoltre, il centro ha contribuito alla realizzazione della campagna "Non Giocare SE", un'iniziativa di sensibilizzazione che punta a informare il pubblico sui segnali di allarme del gioco patologico e sui rischi connessi. La campagna prevede la distribuzione di materiale informativo nei punti vendita e nei luoghi di aggregazione, con messaggi chiari e accessibili per aiutare le persone a riconoscere e affrontare eventuali comportamenti problematici. In parallelo, il CePID ha promosso momenti di confronto con esperti del settore, coinvolgendo anche istituzioni e associazioni, per favorire un dibattito più ampio sulle strategie di prevenzione e supporto. L'obiettivo di queste iniziative non è solo quello di contrastare il gioco patologico, ma anche di promuovere una cultura della prevenzione più ampia, capace di integrare formazione, responsabilità sociale e sostegno alle persone più vulnerabili.

Mi piace descrivere il CePID utilizzando la metafora della quercia: un albero forte, magnifico, con salde radici nella tradizione della cura delle dipendenze, propria della Fondazione Policlinico Gemelli, e i rami lunghi e possenti gettati nel futuro, caratterizzato dall'utilizzo dei moderni approcci di terapia personalizzata e da un lavoro costante di ricerca volto a un continuo miglioramento diagnostico e terapeutico.

Questi due anni di attività hanno dimostrato come il CePID sia un riferimento non solo per il trattamento, ma anche nella promozione di una cultura della prevenzione e della ricerca nell'ambito delle dipendenze. Con una visione che unisce innovazione, ricerca e formazione, il centro è destinato a crescere ulteriormente, confermandosi come un modello di eccellenza nella cura delle dipendenze e un importante faro per la salute mentale in Italia e all'estero.

Salute orale, benessere generale: la necessità di una nuova consapevolezza



Stefano Giovannardi

Amministratore Delegato di Curasept

La salute orale è cruciale per il benessere generale, un fatto ancora poco noto, con il risultato che la cura orale viene ancora trascurata da molti. Curasept, azienda italiana leader di settore in farmacia, punta sull'innovazione per migliorare la qualità della vita, promuovendo un approccio centrato sul paziente e sul dialogo tra ricerca, professionisti e consumatori, con l'obiettivo di affrontare le sfide del settore.

Con oltre 3,5 miliardi di persone nel mondo affette da malattie orali, il nostro settore si trova di fronte a un'emergenza molto diffusa, ma silenziosa. Tra le patologie più comuni figurano carie non trattate e malattie parodontali, condizioni che, se trascurate, possono portare alla perdita dei denti e a gravi conseguenze per la salute generale. Un numero così importante si traduce in qualità di vita potenzialmente compromessa e in costi crescenti per i sistemi sanitari.

In Italia, oltre 23 milioni di persone soffrono di problematiche orali come carie, gengiviti o parodontiti, molte delle quali sfociano in condizioni croniche. Eppure, solo il 39,1% degli italiani dedica un'attenzione adeguata alla propria igiene orale. Questo dato ci pone di fronte a una realtà che richiede non solo una maggiore consapevolezza tra i cittadini, ma anche un impegno continuo da parte delle aziende leader del settore per sensibilizzare, informare e cercare soluzioni sempre nuove per migliorare la salute orale della popolazione.

Anche dal punto di vista economico, le patologie orali hanno un peso enorme. A livello globale, i costi diretti e indiretti legati alla salute del cavo orale superano i 545 miliardi di dollari, rendendola una delle principali voci di spesa sanitaria insieme a

diabete e malattie cardiovascolari. Nei Paesi ad alto reddito, si stima che il 5-10% della spesa sanitaria complessiva sia dedicato a questo ambito, una quota significativa che impone un ripensamento delle strategie di prevenzione e trattamento. Il mercato dell'Oral Care in Italia ha un valore complessivo di quasi 674 milioni di euro. Si tratta di un mercato estremamente affollato, dove l'innovazione, l'impegno nella ricerca e la capacità di comunicare in modo efficace con il consumatore fanno la differenza.

Come azienda di riferimento nel settore della salute orale, siamo consapevoli di avere una grande responsabilità. Non si tratta solo di offrire prodotti o servizi, ma di contribuire attivamente a migliorare la salute delle persone, promuovendo le buone abitudini e favorendo una cultura della prevenzione, piuttosto che focalizzandosi sull'approccio tradizionalmente curativo. L'attenzione alla prevenzione, unita ad una corretta informazione, è la chiave per condurre a nuovi stili di vita, una diversa attenzione alla cura orale oltre che ad interventi mirati e diagnosi precoci che possano ridurre significativamente l'incidenza delle malattie orali e i relativi costi sociali. In questo contesto, è doveroso aggiungere che l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha recentemente riconosciuto la salute orale come parte integrante del benessere generale della persona, assegnando alla prevenzione delle



malattie dentali un ruolo preminente nella Strategia Globale relativa alle malattie non trasmissibili. I fattori di rischio delle patologie orali, infatti, si sovrappongono a quelli delle malattie cardiovascolari, del diabete, del cancro e delle malattie polmonari croniche, rendendo così la salute orale un elemento fondamentale per la prevenzione di queste malattie. In tal senso, lavoriamo al fianco di società scientifiche e istituzioni per promuovere la ricerca: siamo partner di SIdP (Società Italiana di Parodontologia), SEPA (Società Spagnola di Parodontologia), EFP (European Federation of Periodontology) e WONCA (World Organization of Family Doctors), e sosteniamo una più stretta collaborazione fra odontoiatri e medici di base al fine di migliorare la qualità delle cure. Recentemente, peraltro, abbiamo avuto modo di supportare il progetto di SIdP "Gengive sane per il sorriso - la terapia delle parodontiti" che è stato presentato nella sala stampa della Camera dei Deputati.

Al lavoro di divulgazione medico-scientifica, affianchiamo il nostro core business: l'impegno a tradurre i progressi della ricerca scientifica in soluzioni concrete che accompagnino e supportino le persone in tutte le esigenze di prevenzione e benessere orale, in tutte le fasi della vita. Con questo approccio, è nostra intenzione continuare ad essere un partner di riferimento nel mercato della salute orale per i professionisti e per i consumatori, lavorando al fianco di Dentisti, Igienisti e Farmacisti per offrire una gamma di prodotti in grado di

coprire tutte le esigenze, in modo personalizzato. Il nostro è un impegno verso la qualità, per questo abbiamo scelto la distribuzione unicamente attraverso le farmacie, che possono indirizzare i pazienti verso la soluzione più adeguata. Alla base del nostro lavoro c'è l'idea di rafforzare i rapporti positivi tra le persone, riconoscendo il ruolo centrale della bocca come organo primario sia per importanti funzioni della bocca e dell'intero organismo, sia di estetica e benessere psicologico per una serena relazione con gli altri. Questo approccio riflette la volontà di porre sempre la persona al centro: a partire dai pazienti e consumatori fino alla cura del benessere dei collaboratori e dipendenti, cui ci preme assicurare stabilità, pari opportunità e occasioni di crescita in un ambiente accogliente ed inclusivo.

Ad oggi siamo presenti in 40 Paesi, ma l'obiettivo è di arrivare a 60 entro i prossimi 10 anni. Questo obiettivo ha per noi anche un significato più alto: portare nel mondo l'alta qualità delle nostre soluzioni, frutto di ricerca e produzione svolte interamente in Italia, e rappresentare un'eccellenza italiana in un ambito che è spesso dominato dalle multinazionali. Come PMI, sentiamo di rappresentare il tipico tessuto industriale italiano e sappiamo che ogni successo di un'azienda come la nostra rappresenta un motivo di orgoglio per il nostro sistema produttivo. In quest'ottica si inserisce anche la recente ammissione di Curasept in ELITE, l'ecosistema di società private lanciato da Borsa Italiana e ora del Gruppo Euronext.

Il dolore da cancro: dalla legge 38/2010 alla legge 219/2017

Un percorso normativo orientato alla dignità della persona



Franco Marinangeli

Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore dell'Università degli Studi dell'Aquila



Il dolore da cancro rappresenta un problema nel problema. Alla malattia di base, che incide profondamente sugli aspetti psicologici del paziente e della famiglia, si aggiunge il dolore cronico legato alla neoplasia, esso stesso considerato dalla comunità scientifica una

“malattia a sé stante”, che condiziona fortemente funzione e qualità di vita.

Il dolore oncologico rimane tuttora, nonostante la sempre maggiore consapevolezza da parte degli operatori sanitari e le normative vigenti, un problema diffuso.

In un caso su due è il dolore che indirizza verso la diagnosi di cancro e rimane uno sgradevole compagno di viaggio che si impone lungo tutto il percorso di malattia. In molti casi, continua ad essere presente anche quando la malattia viene completamente debellata o nei lungo sopravvissuti.

La prevalenza e le connotazioni cambiano, comunque, nelle diverse fasi. Mediamente viene vissuto dal 53% dei pazienti, e resta presente nel 47% dei

Il dolore da cancro rappresenta ancora oggi un importante problema per malati e famiglie, nonostante la disponibilità di farmaci e metodiche di trattamento particolarmente efficaci. Ciò malgrado un percorso normativo/legislativo che trova nella legge 38/2010 e nella legge 219/2017 i suoi capisaldi più importanti e l'impegno di importanti società scientifiche che hanno elaborato “buone pratiche” e “linee guida” sull'argomento.

lungo sopravvissuti (è legato anche agli esiti delle terapie chirurgiche e/o mediche).

Esso risente certamente della localizzazione del tumore, essendo più frequente e importante quando si verificano infiltrazioni di aree maggiormente innervate (es. testa-collo).

Il dolore impatta indiscutibilmente la qualità di vita dei pazienti oncologici (si pensi al sovvertimento del ritmo sonno veglia e all'impatto sulla nutrizione). Ma, e questa può rappresentare una criticità ancor maggiore, si pensi al fatto che esso può essere la causa dell'interruzione della vita lavorativa, cosa che è devastante per il malato, per la sua famiglia e per l'intera Comunità. I costi sociali, consistenti nell'insieme delle spese dirette a carico dei malati, del costo delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario Nazionale, della mancata produttività dei pazienti, dei servizi di assistenza di cui essi necessitano e del carico/mancata produttività delle famiglie, sono rilevanti. Una recente ricerca del CENSIS stima il costo del dolore moderato/severo (senza distinzione tra dolore da cancro e non da cancro) in Italia in € 6.304 all'anno per

paziente, cioè circa 61,9 miliardi di euro all'anno. Di questi, poco meno di 3 miliardi sono da riferirsi al dolore da cancro (il 4% della popolazione italiana è affetta da cancro, la prevalenza del dolore è circa il 53% ed esso è moderato-severo nel 37,3% dei casi). Sebbene, quindi, il dolore da cancro rappresenti solo una piccola quota parte della “malattia dolore cronico”, il suo impatto economico risulta incredibilmente alto. Se gestione ottimale del dolore significa, quindi, autonomia funzionale, supporto alle famiglie, capacità produttiva, tali aspetti, etici ed economici, giustificano un percorso normativo durato trent'anni e che ci permette, oggi, di definire l'Italia un Paese civile. È, infatti, del 1990 la prima norma che regola la prescrizione degli oppioidi a scopo terapeutico (DPR 309/1990). Ad essa è seguita la legge n. 12 dell'8 febbraio 1991, recante “Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore”. Quindi il DM 10 marzo 2006, con il quale si è autorizzata la prescrizione di preparazioni a base di oppioidi per 30 giorni. Nel 2010 la legge 38, recante “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, da alcuni definita la legge del diritto a non soffrire”, con una serie di indicazioni importanti che spaziano dagli aspetti terapeutici a quelli organizzativi e culturali.

Un cambio di passo che ci ha resi “Paese virtuoso” agli occhi della Comunità internazionale. Nel 2017 è seguita un'altra legge importante, la 219/2017, nota come legge sul “biotestamento” che, all'art. 2 sancisce che: “è sempre garantita un'appropriatezza terapia del dolore, con il coinvolgimento del Medico di Medicina Generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38”. Con la legge 38/2010 e 219/2017 da una parte e i farmaci analgesici e le tecniche antalgiche oggi a disposizione

dall'altra (le raccomandazioni sul trattamento del dolore oncologico emanate dall'Organizzazione Mondiale di Sanità datano 1986) vi sono tutti i presupposti per cui oggi in Italia il dolore, fisico e spirituale, possa essere sconfitto. La Sanità deve essere però supportata da un'adeguata organizzazione, motivo per cui il 27 luglio 2020 sono stati sanciti gli accordi Stato-Regioni riferiti “all'accreditamento delle reti di terapia del dolore e di cure palliative”. Si sono definiti, in sostanza, anche gli aspetti strutturali e organizzativi relativi alle unità di terapia del dolore e di cure palliative. Con Decreto del Ministero della Salute del 15 dicembre 2021 è stato poi

istituito un Comitato tecnico sanitario con una sezione dedicata all'attuazione dei principi contenuti nella legge 38/2010, che ha appena concluso i suoi lavori dopo un triennio di attività, e che ha lavorato per favorire la completa attuazione della legge, che ancora non trova piena attuazione. Oggi assistiamo con disappunto alla presenza di un importante differenziale tra le norme/leggi citate e la realtà sanitaria, specialmente in al-

cune regioni, soprattutto carenze organizzative e culturali. Il tema è, comunque, molto sentito dalla Comunità e dalle Associazioni del terzo settore, ciò che conforta rispetto alla possibilità di un progressivo miglioramento nell'applicazione delle norme esistenti e delle buone pratiche e linee guida elaborate da autorevoli società scientifiche, come SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) e AIOM (Associazione Italiana di Oncologia Medica).

La comunità scientifica resta concorde su un punto: “Il trattamento del dolore nel paziente oncologico deve essere un obiettivo prioritario già nelle fasi precoci di malattia e deve essere gestito indipendentemente dall'efficacia dei trattamenti oncologici”.



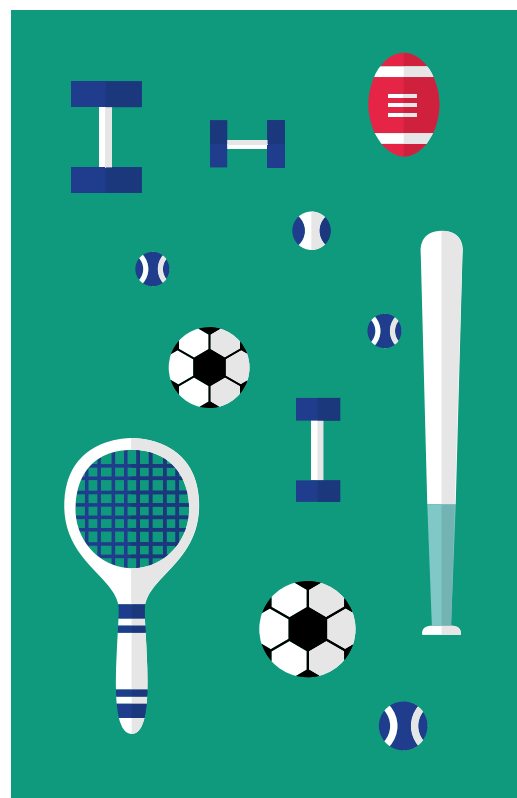
Lo sport è un farmaco: perché inserire l'esercizio fisico nel Sistema Sanitario Nazionale



Daniela Sbroliini

Vice Presidente 10^a Commissione
Affari Sociali Senato della Repubblica

L'attività fisica è un potente strumento di prevenzione e terapia, con un impatto diretto sulla salute pubblica. Lo sport riduce il rischio di malattie croniche, migliora la qualità della vita e contribuisce alla sostenibilità del SSN. Il DDL 287, ora accorpato al DDL 1231, punta a includere l'esercizio fisico nei Livelli Essenziali di Assistenza, equiparandolo ai trattamenti farmacologici per garantirne la prescrizione medica e un accesso equo per tutti.



L'attività fisica è ampiamente riconosciuta dalla comunità scientifica come essenziale per la salute e il benessere. Oltre a mantenere una buona forma fisica, lo sport previene numerose patologie e migliora la qualità della vita, con rilevanti implicazioni per la Sanità

Pubblica. Numerosi studi dimostrano che un'attività fisica regolare riduce il rischio di malattie croniche non trasmissibili, come diabete di tipo 2, patologie cardiovascolari, ipertensione e alcuni tipi di tumore. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda almeno 150 minuti di attività fisica moderata a settimana per gli adulti, evidenziando che anche piccole quantità di movimento apportano benefici tangibili. La sedentarietà rappresenta un grave fattore di rischio per molte patologie e una delle principali cause di morte prematura a livello globale. Promuovere lo sport sin dall'infanzia, attraverso politiche pubbliche mirate, riduce i costi sanitari e migliora la qualità della vita della popolazione.

Lo sport, inoltre, è sempre più riconosciuto come strumento terapeutico per diverse condizioni patologiche. L'esercizio fisico è spesso prescritto nel trattamento di pazienti con problemi cardiovasco-

lari, obesità, disturbi metabolici e malattie neurodegenerative come Alzheimer e Parkinson. Studi evidenziano il ruolo dello sport anche nella gestione della depressione e dell'ansia, con effetti paragonabili a quelli di alcune terapie farmacologiche. L'attività motoria stimola la produzione di endorfine, che favoriscono il buonumore e riducono la percezione del dolore.

L'impatto sulla Sanità Pubblica

L'integrazione dello sport nei programmi di Sanità Pubblica può ridurre la spesa sanitaria prevenendo malattie croniche e limitando l'uso di farmaci e ospedalizzazioni. Politiche efficaci includono la promozione di infrastrutture sportive, l'educazione fisica nelle scuole, incentivi alla pratica sportiva e campagne di sensibilizzazione.

Inoltre, programmi di sport-terapia vengono sempre più adottati nei sistemi sanitari per la riabilitazione di pazienti con patologie croniche o post-interventi chirurgici. La riabilitazione cardiologica, ad esempio, prevede esercizi personalizzati per migliorare la resistenza cardiovascolare e ridurre il rischio di recidive.

Il DDL 287 e l'introduzione dell'esercizio fisico nel SSN

Il DDL 287, depositato a mia firma nel novembre 2022, a inizio della XIX legislatura, riprende una precedente iniziativa presentata con il collega Faraone. Il disegno di legge, frutto di un dibattito con il Ministero della Salute, il Ministero dello Sport e la X Commissione del Senato, punta a integrare l'esercizio fisico nel Servizio Sanitario Nazionale come strumento di prevenzione, riabilitazione e cura. Il DDL prende spunto da studi internazionali che confermano i benefici dell'attività fisica. Le "Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008" hanno rivoluzionato la letteratura scientifica in materia, dimostrando l'efficacia dell'esercizio fisico in diverse condizioni cliniche. La meta-analisi di Garcia L (2023) ha evidenziato che anche soli 11 minuti di attività moderata al giorno riducono il rischio di malattie cardiovascolari, ictus e tumori.

Lo studio "Italian Diabetes Exercise Study 2" (JAMA, 2019) ha dimostrato che un intervento di counselling sullo stile di vita, rispetto alle cure standard, aumenta in modo sostenibile l'attività fisica nei diabetici di tipo 2. Il SSN si basa sui principi di universalità, uguaglianza ed equità nella tutela della salute. Il DDL 287 mira a integrare l'esercizio

fisico come terapia all'interno del SSN, supportando i medici nella prescrizione di interventi basati sullo stile di vita e sull'attività fisica, oltre ai trattamenti farmacologici. Le malattie croniche legate alla sedentarietà generano un impatto economico significativo sul SSN. Il diabete di tipo 2, le patologie cardiovascolari, la depressione e le demenze rappresentano un costo rilevante: l'inattività fisica in Italia è stimata in 1,3 miliardi di euro nei prossimi 30 anni. Un'azione legislativa mirata è quindi fondamentale per promuovere l'attività fisica come strumento preventivo e terapeutico. L'inserimento dell'esercizio fisico nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) garantirebbe un accesso equo alla prescrizione medica dell'attività fisica, equiparandola agli interventi farmacologici. L'adozione della "ricetta rossa" permetterebbe il rimborso delle attività fisiche prescritte dal SSN, sottolineandone il valore clinico.

Un ulteriore incentivo economico potrebbe essere rappresentato dalla detrazione fiscale dei costi legati all'esercizio fisico prescritto. L'obiettivo è rendere lo sport accessibile a tutti, riducendo le disuguaglianze economiche e promuovendo uno stile di vita sano. Il DDL 287, oggi accorpato al DDL 1231 (Sen. Marcheschi) "Delega al Governo finalizzata alla prescrizione e alla somministrazione di programmi di esercizio fisico strutturato nel Servizio Sanitario Nazionale", si inserisce in un quadro più ampio legato alla cultura dello sport. La XIX legislatura ha inserito lo sport nell'articolo 33 della Costituzione, riconoscendone il ruolo fondamentale nella promozione della salute e del benessere.

Lo sport è un pilastro della diffusione di stili di vita sani. Tuttavia, la pratica sportiva diminuisce drasticamente con l'età. Secondo i dati 2021, tra gli 11 e i 14 anni il 46% pratica sport in modo continuativo, ma la percentuale scende al 42% tra i 15-17enni (47% tra i maschi, 37% tra le donne) e cala ulteriormente nella fascia 18-59 anni, con il 31% degli uomini attivi e solo il 23% delle donne. Per contrastare questa tendenza, servono programmi di sensibilizzazione che mettano in evidenza i rischi legati alla sedentarietà. Lo sport non è solo un passatempo, ma un elemento chiave per la salute pubblica. Il DDL 287 rappresenta un passo importante per garantire il riconoscimento dell'esercizio fisico come terapia rimborsabile dal SSN, incentivando stili di vita salutari e riducendo il carico delle malattie croniche sulla sanità pubblica.

Screening sanitari sul lavoro: la prevenzione per un Paese che ha voglia di futuro



Elena Bonetti

Membro V Commissione Bilancio
Camera dei Deputati

Le malattie cardiovascolari e oncologiche rappresentano una grave sfida per la salute pubblica in Italia, con il 35% dei decessi e oltre 390.000 nuove diagnosi ogni anno. La diagnosi precoce e la prevenzione sono fondamentali per ridurre mortalità e costi sanitari. Un emendamento alla Legge di Bilancio propone un fondo di 500.000 euro per incentivare screening nei luoghi di lavoro, campagne informative e diffusione di defibrillatori. La misura mira a trasformare la sicurezza sul lavoro in una priorità strategica, promuovendo un cambiamento culturale verso la salute come valore chiave per lo sviluppo economico.

Le malattie cardiovascolari e oncologiche costituiscono una delle principali sfide per la salute pubblica. Secondo i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, le patologie cardiovascolari rappresentano circa il 35% dei decessi in Italia, mentre i tumori sono la seconda causa di morte, con una stima di oltre 390.000 nuove diagnosi ogni anno. La diagnosi precoce e la prevenzione sono strumenti cruciali per ridurre l'impatto di queste malattie. Sia in termini di mortalità, e questo ci sta a cuore prima di tutto, perché ogni vita salvata è un successo straordinario di tutto il sistema Paese, sia in termini di pianificazione della spesa sanitaria. Restando sul piano economico, gli investimenti in prevenzione si traducono in una riduzione dei costi sanitari e previdenziali, grazie

alla diminuzione dei ricoveri ospedalieri e delle assenze per malattia. Inoltre, la promozione di ambienti di lavoro più sicuri e salubri è un contributo decisivo al miglioramento del benessere dei lavoratori e quindi anche della produttività, generando un circolo virtuoso tra salute e crescita economica.

È noto che la sanità è il primo punto del programma di Azione. È per questo che tra gli emendamenti alla Legge di Bilancio in campo sanitario abbiamo proposto l'introduzione di un fondo strutturale per le imprese, destinato alla prevenzione delle malattie cardiovascolari e oncologiche. L'approvazione di questo emendamento segna un passo avanti concreto nella tutela della salute dei lavoratori, trattandosi di un provvedimento che incide su un aspetto essenziale delle politiche del lavoro: la sicurezza non si esaurisce nella gestione dei rischi immediati, ma richiede un approccio sistemico che investa sulla prevenzione a lungo termine.

L'emendamento prevede l'istituzione, a partire dal 2026, di un fondo annuale di 500.000 euro, finalizzato a incentivare i programmi di screening e prevenzione promossi dai datori di lavoro. L'intervento si articola in tre direttrici fondamentali:

1. Screening e prevenzione delle malattie cardiovascolari e oncologiche: il supporto finanziario mira a rafforzare le iniziative che consentano di individuare precocemente patologie che rappresentano le principali cause di morbilità e mortalità nel nostro Paese. L'obiettivo è quello di facilitare l'accesso a con-

trolli medici periodici direttamente nei luoghi di lavoro, riducendo le barriere economiche e organizzative che spesso ostacolano la diagnosi precoce.

2. Campagne di formazione e informazione: il fondo consentirà di sviluppare iniziative mirate per diffondere conoscenze e buone pratiche sulla salute cardiovascolare e oncologica, con l'obiettivo di sensibilizzare i lavoratori e promuovere stili di vita sani.
3. Diffusione dei defibrillatori nelle imprese: la dotazione di dispositivi salvavita nei luoghi di lavoro è un elemento chiave per la gestione delle emergenze sanitarie. Il provvedimento permette alle aziende di accedere a risorse per l'acquisto di defibrillatori semiautomatici e automatici, strumenti essenziali per aumentare le possibilità di sopravvivenza in caso di arresto cardiaco improvviso.

Aver introdotto una misura di questo tipo segna la consapevolezza che la sicurezza sul lavoro non può più essere ridotta a un mero obbligo normativo.

Deve, al contrario, essere una priorità strategica per le istituzioni e le imprese e diventare una leva di sviluppo e di crescita. L'efficacia del provvedimento dipenderà ora dall'attuazione delle misure previste: il decreto ministeriale definirà i criteri di ripartizione delle risorse, garantendo che i fondi siano utilizzati in modo equo ed efficace. Sarà essenziale monitorare l'impatto delle iniziative finanziate, promuovendo un modello di prevenzione che possa essere progressivamente ampliato e potenziato.

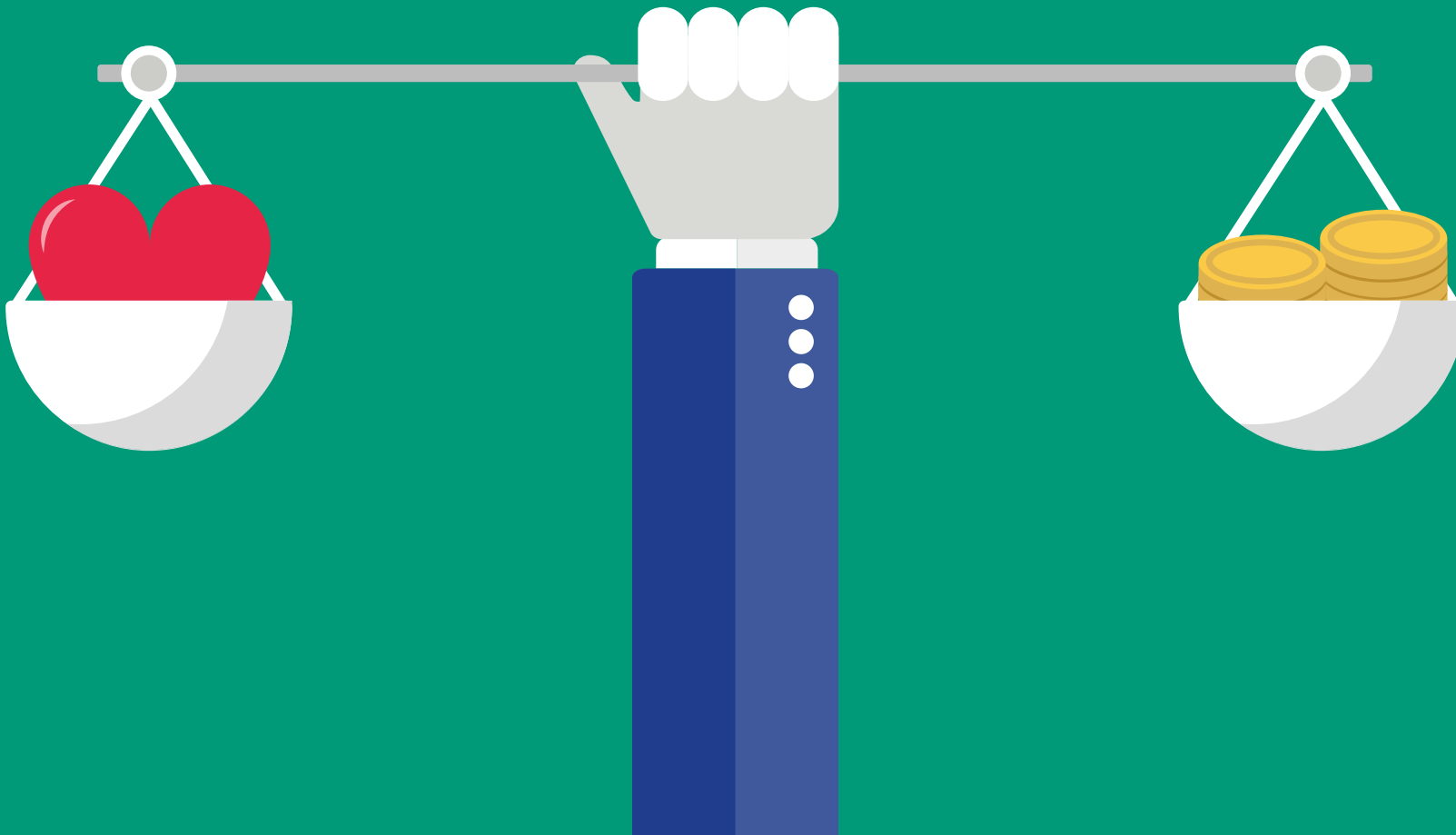
Con questo emendamento abbiamo posto un tassello più verso un cambiamento culturale nel mondo del lavoro, in cui la prevenzione diventi parte integrante della gestione aziendale e della tutela della dignità dei lavoratori. La sfida che abbiamo davanti, e che deve essere vinta, è chiara: costruire un sistema in cui la salute non sia solo protetta, ma attivamente promossa come valore strategico per l'impresa. È una responsabilità che dobbiamo assumere con determinazione, perché un Paese che investe nella salute e nella prevenzione è un Paese che investe nel proprio futuro. Un Paese che cresce perché ha voglia di futuro.



La sanità del futuro tra crisi demografica, spesa pubblica e innovazione tecnologica



Matteo Nevi
Direttore Generale Assosistema



La sanità del futuro deve affrontare invecchiamento, costi crescenti e qualità delle cure. Serve un cambiamento strutturale con modelli innovativi, tecnologia e gestione efficiente delle risorse. L'IA e i big data possono ottimizzare la spesa, ma serve anche una governance trasparente. Investire in qualità e valore delle cure è essenziale per garantire sostenibilità ed equità al SSN.

I

l sistema sanitario italiano si trova ad affrontare sfide sempre più complesse, tra l'invecchiamento della popolazione, la necessità di contenere la spesa pubblica e il bisogno di migliorare la qualità delle cure. La sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) dipenderà dalla capacità di innovare i modelli di gestione, ottimizzare le risorse e investire in tecnologie che garantiscano un'assistenza efficiente ed equa per tutti i cittadini. Negli ultimi dieci anni, la spesa sanitaria pubblica in Italia ha attraversato diverse fasi, influenzate da politiche di bilancio, crisi economiche e, più recentemente, dalla pandemia di COVID-19. Dal 2010 al 2019, il Servizio Sanitario Nazionale ha subito un definanziamento significativo, con una crescita della spesa inferiore all'inflazione.

La pandemia ha portato a un aumento delle risorse disponibili, infatti nel 2020, il finanziamento è cresciuto di circa 6 miliardi di euro rispetto all'anno precedente, raggiungendo il 7,3% del PIL, anche a causa della contrazione dell'attività economica. Questo incremento è stato strettamente legato alle esigenze emergenziali dettate dalla crisi sanitaria. Cosa succede invece a partire dal 2022? Nel 2022, il finanziamento del SSN è stato fissato a 126 miliardi di euro, con un incremento di 2 miliardi rispetto al 2021. Per il 2023, la Legge di Bilancio ha previsto un ulteriore aumento di 4 miliardi, portando il totale a 128 miliardi di euro. Di queste risorse aggiuntive, 1,4 miliardi sono stati destinati a coprire i maggiori costi energetici, mentre 200 milioni sono stati allocati per l'aumento degli stipendi degli operatori del pronto soccorso. Per il 2024, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) ha ricevuto un incremento di 2,3 miliardi di euro, portando il totale a circa 134 miliardi di euro, nel 2025, il FSN crescerà di ulteriori 2,5 miliardi di euro, raggiungendo 136,5 miliardi di euro. L'ultimo anno del triennio vedrà il più signifi-

cativo incremento, con 4,2 miliardi di euro aggiuntivi, portando il FSN a 140,6 miliardi di euro.

Sono sufficienti queste risorse per garantire la funzionalità dell'intero sistema sanitario del paese?

La risposta è No, ma è molto più complessa rispetto alla domanda. Questo ci offre l'opportunità di trattare nelle argomentazioni alcuni temi relativi alle transizioni che il paese Italia sta vivendo e che in qualche modo gravano anche sul SSN, come il problema demografico e della previdenza. In primis possiamo dire che il finanziamento non è sufficiente per il terzo paese più vecchio al mondo, ci sono 14 milioni di pensionati e 7 milioni di bambini, ma al tempo stesso dobbiamo anche dire che allo stato attuale e senza riforme strutturali non è possibile aumentare ancora di più la spesa per una sorta di insostenibilità demografica dell'Italia. In l'Italia per ogni lavoratore c'è una quantità tale di pensionati che fa sì che la previdenza di fatto assorba tutte le altre spese del welfare, per essere precisi per ogni pensionato abbiamo solo 1,6 lavoratori, questo fa sì che l'Inps riceveva, oltre a tutti i contributi previdenziali, 165 miliardi della fiscalità generale.

Oggi l'Italia spende per la Sanità il 6.3% del PIL,

mentre quelli che spendono meno in Europa sono gli Inglesi con 9,5% del Pil. Ho deciso in questo articolo di portare all'attenzione dei lettori su come il tema della spesa pubblica in sanità passi inevitabilmente anche per la gestione degli acquisti di servizi e forniture da parte delle Centrali di Committenza Regionali. Il Codice degli appalti e il suo correttivo, sebbene finalizzati a garantire trasparenza, spesso inducono a privilegiare il massimo ribasso, penalizzando la qualità dei servizi e delle forniture rese ai pazienti e cittadini. Questo approccio può compromettere la sicurezza dei pazienti, peggiorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e ridurre l'efficacia delle cure. La spesa pubblica nel Sistema sanitario va sostenuta da riforme strutturali dirette ed indirette, come ad esempio il codice appalti, che facciano leva anche sulla qualità delle cure e quindi sulla qualità dei servizi al SSN. Quello che si chiede quindi anche al Sistema Sanitario è di garantire una spesa il più efficiente possibile rispetto ai fabbisogni, che non significa in concreto spendere meno, ma spendere meglio i soldi utilizzando anche la digitalizzazione e le innovazioni tecnologiche per ottimizzare la spesa sanitaria. Negli ultimi anni, l'innovazione tecnologica ha aperto nuove prospettive per l'ottimizzazione della spesa sanitaria, grazie all'integrazione di intelligenza artificiale (IA), big data e sistemi di tracciabilità. Que-

sti strumenti consentono di monitorare i consumi in tempo reale, migliorando l'allocazione delle risorse e prevenendo sprechi.

Se tradizionalmente il controllo della spesa si è concentrato sulle prestazioni cliniche e farmaceutiche, oggi è sempre più evidente l'importanza di una gestione efficiente anche dei servizi essenziali di supporto, come la lavanderia industriale, la fornitura di materiali per sale operatorie, la sterilizzazione dello strumentario chirurgico e la ristorazione ospedaliera. Uno dei limiti storici della gestione sanitaria italiana è la disomogeneità della spesa tra le Regioni. L'adozione di sistemi di analisi predittiva basati su IA e big data consentirebbe di calibrare meglio le risorse tra i diversi territori, favorendo

una programmazione della spesa più equa ed efficiente, come ad esempio: migliore la pianificazione dei budget sanitari, con risorse allocate in base a dati reali; maggiore trasparenza e riduzione delle inefficienze, grazie alla tracciabilità dei processi e all'analisi dei costi effettivi; valutazione dell'impatto delle politiche sanitarie, utilizzando i dati per misurare l'efficacia delle scelte amministrative.

L'uso dell'intelligenza artificiale nella sanità non è solo una questione di efficienza economica, ma rappresenta un cambiamento culturale nella gestione del sistema sanitario. Chi si occupa di curare vite umane in ottemperanza ad un diritto supremo come quello alla salute e all'assistenza, non potrai mai chiudere un bilancio economico in pareggio.

“ Chi si occupa di curare vite umane in ottemperanza ad un diritto supremo come quello alla salute e all'assistenza, non potrai mai chiudere un bilancio economico in pareggio. ”



Un modello misto per il futuro del Servizio sanitario nazionale



Gabriele Pelissero
Presidente Nazionale AIOP

Il Servizio sanitario nazionale italiano adotta un modello a erogazione mista, in cui la componente pubblica e la componente privata concorrono alla produzione delle prestazioni. AIOP promuove una collaborazione strategica tra le due anime del Servizio sanitario per rispondere adeguatamente alla domanda di salute dei cittadini, ma è necessario affrontare le criticità che pesano sulla sostenibilità del sistema.

Il Servizio sanitario nazionale (SSN) rappresenta uno dei pilastri fondamentali del nostro Stato sociale. Nato con l'obiettivo di garantire – attraverso la fiscalità generale e quindi su base solidaristica – l'universalità dell'assistenza sanitaria, il sistema italiano, come molti sistemi europei, si basa su un modello a erogazione mista, in cui soggetti di diritto pubblico e di diritto privato concorrono alla produzione delle prestazioni per rispondere alle esigenze di salute della popolazione. Un modello positivo nel quale entrambe le componenti, ciascuna con le sue qualità e i suoi standard, si influenzano a vicenda, creando una sinergia virtuosa che contribuisce a migliorare il livello complessivo dei servizi di cura.

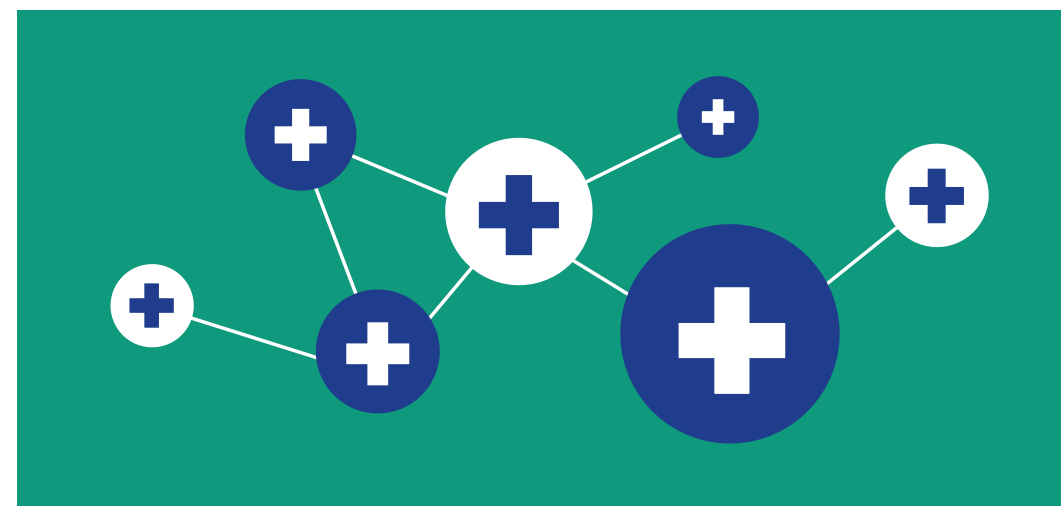
In questo contesto, AIOP vuole fare la differenza e, rappresentando oltre 500 strutture sanitarie e socio-sanitarie accreditate su tutto il territorio nazionale, promuove una collaborazione pubblico-privato volta ad assicurare una Sanità sempre più equa ed efficiente, orientata alla valorizzazione delle best practice e all'investimento continuo in ricerca, innovazione e formazione.

La partecipazione attiva e trasparente al dialogo istituzionale deve perciò tendere allo sviluppo di politiche sanitarie che non temano di ricorrere a tutti gli strumenti a disposizione ma, anzi, che attingano alle potenzialità ancora inesprese della componente privata accreditata, da porre in con-

dizioni operative paritarie a quelle del pubblico. Gli erogatori di diritto privato sono parte integrante del SSN e questo lo dimostra la stessa natura mista della rete ospedaliera. La distribuzione dei posti letto accreditati – 69% nella componente di diritto pubblico e 31% nella componente di diritto privato – e l'analoga articolazione delle giornate di degenza erogate ne sono la prova. A fronte, invece, di una spesa pubblica ospedaliera destinata per l'87% alle strutture pubbliche e solo per il 13% alle strutture private accreditate.

Se quindi sono i dati a testimoniare un servizio di certo non sussidiario per conto del SSN, d'altro canto si registrano ancora pregiudizi sul ruolo svolto dal privato accreditato e distinzioni in concreto tra le due componenti che, peraltro – vale la pena sottolinearlo – i cittadini non percepiscono né comprendono. Per coloro che si rivolgono a una struttura privata, la distinzione tra pubblico e privato è del tutto superflua, potendo accedere ai servizi con la semplice impegnativa del medico e la tessera sanitaria, proprio come avviene nelle strutture pubbliche. Ciò che conta per il paziente è la qualità e la tempestività delle prestazioni, non la natura giuridica della struttura che le eroga.

Questi sono i temi sui quali il dibattito pubblico deve incentrarsi, temi che inevitabilmente chiamano in causa la questione delle risorse. Negli ultimi dieci anni l'intero sistema sanitario ha affrontato una sfida da non sottovalutare: tra il 2009 e il 2019, sia gli erogatori pubblici che privati hanno visto una diminuzione annuale dello 0,1% del PIL, por-



tando a una perdita complessiva di 1 punto percentuale. Un calo significativo per l'ecosistema salute, nel quale i valori tariffari (ossia la remunerazione di una singola prestazione o gruppo di prestazioni) rappresentano attualmente la criticità principale, soprattutto per la componente di diritto privato. Le risorse messe a disposizione per produrre prestazioni sanitarie si sono ridotte progressivamente e, oggi, a valle della crisi inflazionistica ed energetica nota a tutti, non sono più sostenibili.

Le tariffe DRG, ossia gli strumenti di remunerazione delle prestazioni di ricovero, applicati a tutti gli erogatori del SSN, sono fermi dal 2012 e il loro adeguamento non è più rinviabile. Il rischio, infatti, è di precipitare in una situazione di diffusa e crescente sofferenza per le strutture che minerà in modo grave la capacità di tenuta complessiva del sistema. Allo stesso modo risultano già fortemente inadeguati – benché aggiornati con decreto ministeriale di novembre 2024 – i tariffari della specialistica ambulatoriale, rispetto ai quali molte tariffe sono addirittura ridotte, rispetto a valori fermi da dodici anni.

D'altronde, gli effetti di questi blocchi prolungati nel tempo si riverberano anche sui professionisti sanitari, poiché, come sempre, le dinamiche salariali seguono quelle delle tariffe. Medici, infermieri, operatori socio-sanitari, personale amministrativo e chiunque sia impiegato nelle aziende accreditate svolgono la stessa identica funzione dei colleghi del pubblico nell'esclusivo interesse del paziente e

pertanto il loro lavoro deve essere valorizzato in egual misura. È fondamentale, quindi, che le Istituzioni aprano un dialogo e un confronto approfonditi con gli attori del sistema sanitario accreditato nell'ambito del quale valutare anche la necessità di rinvenire una copertura degli oneri connessi ai rinnovi dei contratti di lavoro della sanità privata. Non dimentichiamoci poi che in questo confronto il ruolo delle Regioni e delle Province autonome è determinante. Il tema del rinnovo contrattuale, ad esempio, non può prescindere dalla definizione di meccanismi normativi che rendano effettivo l'utilizzo da parte delle Regioni e PA delle risorse messe a disposizione dallo Stato centrale. In un contesto di risorse limitate e di crescente domanda di servizi sanitari, dobbiamo ripartire da un nuovo approccio, aperto a potenziare il contributo di chi garantisce qualità ed efficienza, mettendo al bando le ideologie. Il superamento della contrapposizione pubblico-privato non deve essere visto come un vantaggio per la componente privata, che invece è motore di efficienza e innovazione, ma come una misura necessaria per assicurare la sostenibilità del sistema e per offrire ai cittadini un servizio sanitario all'altezza delle loro aspettative.

Il futuro della sanità italiana dipende proprio dalla capacità di integrare al meglio le competenze e le risorse di entrambe le componenti del sistema. In altri termini, la sfida che attende noi tutti è quella di cogliere le opportunità di un modello misto pubblico-privato a tutto vantaggio della sanità pubblica.

Soluzioni per un sistema sanitario in crisi



Valter Santilli

Già Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa presso "La Sapienza" Università di Roma

Mancanza di medici: realtà o percezione?

La carenza di medici in Italia è più un problema di distribuzione e retribuzione che di numeri assoluti. I dati Eurostat mostrano una situazione stabile rispetto al passato, con un numero di laureati in Medicina in linea con la media europea. Tuttavia, molti professionisti scelgono il settore privato o l'estero, attratti da stipendi più competitivi e minori pressioni medico-legali. Le limitazioni dell'intramoenia riducono le opportunità di guadagno nel pubblico, spingendo alcuni medici verso il regime extra moenia, con conseguenti disparità economiche tra chi rimane nel sistema sanitario nazionale e chi opera privatamente. Una possibile soluzione sarebbe consentire per tutti i medici l'attività privata fuori dall'orario di lavoro senza penalizzazioni economiche, incentivando più professionisti a restare nel settore pubblico.

Dagli studi medici alle Case della Comunità: un modello difficile da attuare

Il medico di famiglia, figura centrale del SSN, ha visto il proprio ruolo trasformarsi, con un crescente

Il Sistema Sanitario Nazionale affronta da anni criticità strutturali che ne compromettono efficienza e sostenibilità. Molti problemi non dipendono solo dalla spesa pubblica, ma potrebbero essere affrontati con riforme organizzative mirate. Le disfunzioni accumulate nel tempo hanno aumentato i costi e generato un crescente malcontento tra utenti e operatori sanitari.

carico burocratico che ne limita l'operatività clinica. Le Case della Salute, poi diventate Case della Comunità con il Decreto Ministeriale 77/2022, miravano a concentrare in un'unica struttura i medici di base, garantendo anche servizi diagnostici di base e una continuità assistenziale 24 ore su 24. Tuttavia, problemi organizzativi e logistici hanno reso il modello poco efficace. Molti pazienti hanno trovato più difficile accedere ai servizi a causa della minore capillarità delle nuove sedi rispetto agli studi medici tradizionali. Inoltre, gli ospedali non hanno beneficiato di un reale alleggerimento e in molte regioni le Case della Salute non hanno garantito i servizi promessi.

Per migliorare l'efficienza del sistema, sarebbe utile ampliare le competenze diagnostiche dei medici di base, consentendo loro di eseguire esami come ECG ed ecografie di base, riducendo così il ricorso improprio agli ospedali. Questo richiederebbe un aggiornamento della formazione, con percorsi più approfonditi in ambito diagnostico.

DRG: un sistema da rivedere

I Diagnosis Related Groups (DRG) sono stati introdotti per ottimizzare la spesa sanitaria, rimborsando gli ospedali in base alle prestazioni erogate. Tuttavia, questo sistema ha incentivato alcune

strutture a privilegiare interventi più remunerativi, anche quando esistono alternative meno invasive e costose.

Per rendere il DRG più equo ed efficace, sarebbe necessario introdurre criteri più stringenti per le indicazioni terapeutiche, basati su evidenze cliniche. Un monitoraggio più attento delle prestazioni sanitarie aiuterebbe a individuare anomalie nei tassi di intervento tra le strutture, evitando che gli incentivi economici prevalgano sulla reale necessità clinica dei pazienti.

Pronto Soccorso in sofferenza

Il sovraffollamento del Pronto Soccorso è una delle maggiori criticità del SSN. L'elevato afflusso di pazienti con patologie di bassa gravità rallenta la gestione delle emergenze e compromette l'efficienza delle cure. Le cause principali includono gli accessi impropri per patologie minori, la carenza di personale specializzato e un sistema di trasporto in ambulanza poco efficiente, che spesso porta i pazienti all'ospedale più vicino anziché a quello più adatto alla loro condizione.

Un'esperienza positiva è stata avviata nella Regione Lazio con l'introduzione di ambulatori dedicati ai casi meno gravi, gestiti dai medici di famiglia all'interno degli ospedali. Questo modello ha contribuito a ridurre la pressione sul Pronto Soccorso, permettendo al personale d'emergenza di concentrarsi sui casi più critici. Estendere questa soluzione su scala nazionale potrebbe migliorare la gestione delle urgenze.

Un altro aspetto da riformare riguarda la retribuzione del personale. Attualmente, i medici di Pron-

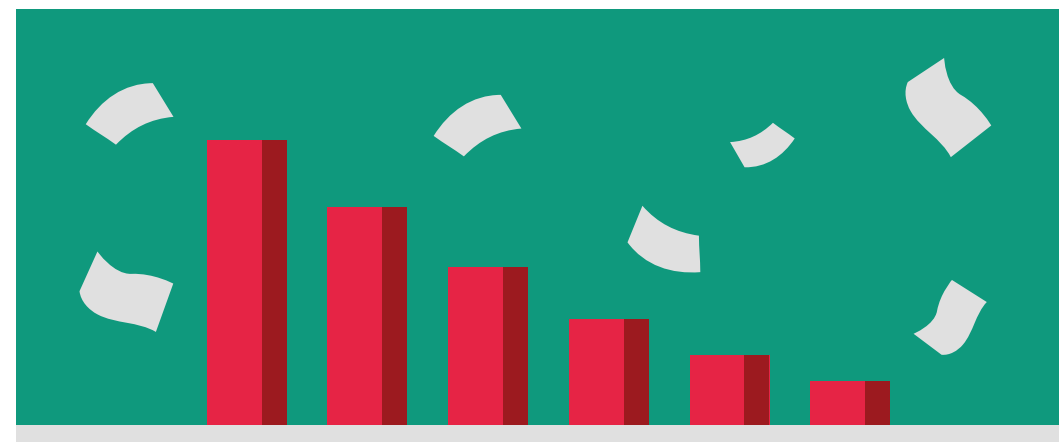
to Soccorso percepiscono stipendi simili a quelli di reparti meno stressanti, nonostante i turni massacranti e l'elevato rischio medico-legale. Una differenziazione salariale in base alla complessità del lavoro potrebbe rendere il settore più attrattivo, evitando la fuga di specialisti.

Anche il trasporto in ambulanza richiede un maggiore attenzione. In molti casi, i pazienti vengono trasportati all'ospedale più vicino, anche quando non dispone delle attrezzature necessarie per trattare patologie gravi come infarti, ictus o traumi spinali. Un sistema di smistamento avanzato, gestito da una centrale operativa con supervisione medica, garantirebbe interventi più tempestivi e appropriati, migliorando la qualità delle cure e riducendo le complicanze.

Formazione degli specializzandi: opportunità e criticità

La Legge Calabria ha permesso ai medici del terzo e quarto anno di specializzazione di partecipare ai concorsi ospedalieri per sopperire alla carenza di personale. Se da un lato questa misura ha facilitato l'accesso al mondo del lavoro, dall'altro ha sollevato dubbi sulla qualità della formazione.

Per evitare che gli specializzandi vengano impiegati come sostituti dei medici strutturati senza un'adeguata preparazione, sarebbe necessario definire chiaramente i loro ruoli e i limiti operativi. Inoltre, valorizzare il ruolo dei tutor e monitorare l'impatto della norma potrebbe garantire che l'ingresso anticipato nel sistema sanitario non comprometta il percorso formativo, assicurando medici ben preparati per il futuro.



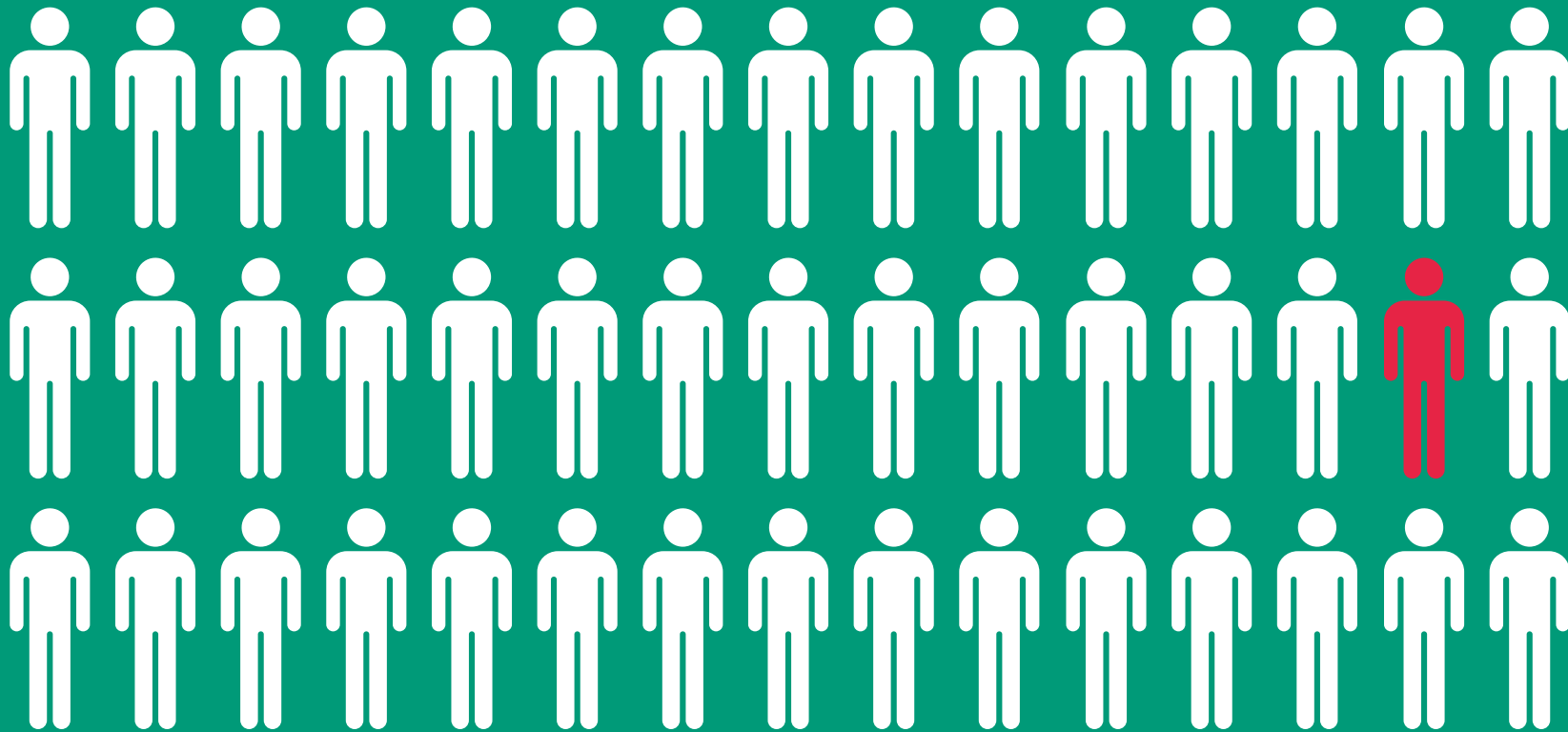
Malattie rare: dalle promesse ai fatti

La necessità di un impegno concreto



Orfeo Mazzella

Membro 10^a Commissione Affari sociali
Senato della Repubblica



In Italia, oltre 2 milioni di persone convivono con una malattia rara, affrontando sfide quotidiane legate a diagnosi tardive e difficoltà di accesso alle cure. Nonostante la Legge 175/2021 abbia segnato un passo avanti, l'assenza dei decreti attuativi ne limita l'efficacia. È urgente un impegno concreto del Governo per trasformare le parole in azioni e garantire reali tutele ai pazienti e alle loro famiglie.

Le malattie rare sono condizioni patologiche che colpiscono un numero limitato di persone: meno di 5 casi ogni 10.000 abitanti. Nonostante la loro rarità, si stima che in Italia ci siano circa 2 milioni di persone affette da queste patologie. Le sfide sono molteplici, non solo per i pazienti e le loro famiglie, ma anche per il sistema sanitario, che deve garantire diagnosi tempestive, accesso a trattamenti adeguati e un supporto continuativo.

Spiace constatare che la risposta dello Stato italiano sia arrivata in ritardo, se consideriamo che solo 4 anni è stato licenziato un provvedimento volto a tutelare i malati rari: la Legge 175/2021, nota anche come "Legge per la tutela delle persone con malattie rare", che reca proprio l'obiettivo di garantire a questi pazienti una migliore qualità della vita attraverso un accesso equo e tempestivo alle cure.

Tuttavia, nonostante i progressi significativi, rimangono numerose sfide da affrontare, dal momento che non sono stati ancora approvati tutti i decreti attuativi, rendendo questa Legge un mero elenco di (ottime) buone intenzioni. Pertanto, sin dall'inizio della legislatura, ho ritenuto fondamentale dedicare la mia attenzione e le mie azioni legislative ai malati rari, motivo per cui ho depositato diverse interrogazioni parlamentari e numerosi emendamenti, con l'obiettivo di garantire una migliore assistenza e un sostegno concreto a chi vive ogni giorno la difficoltà di una malattia rara.

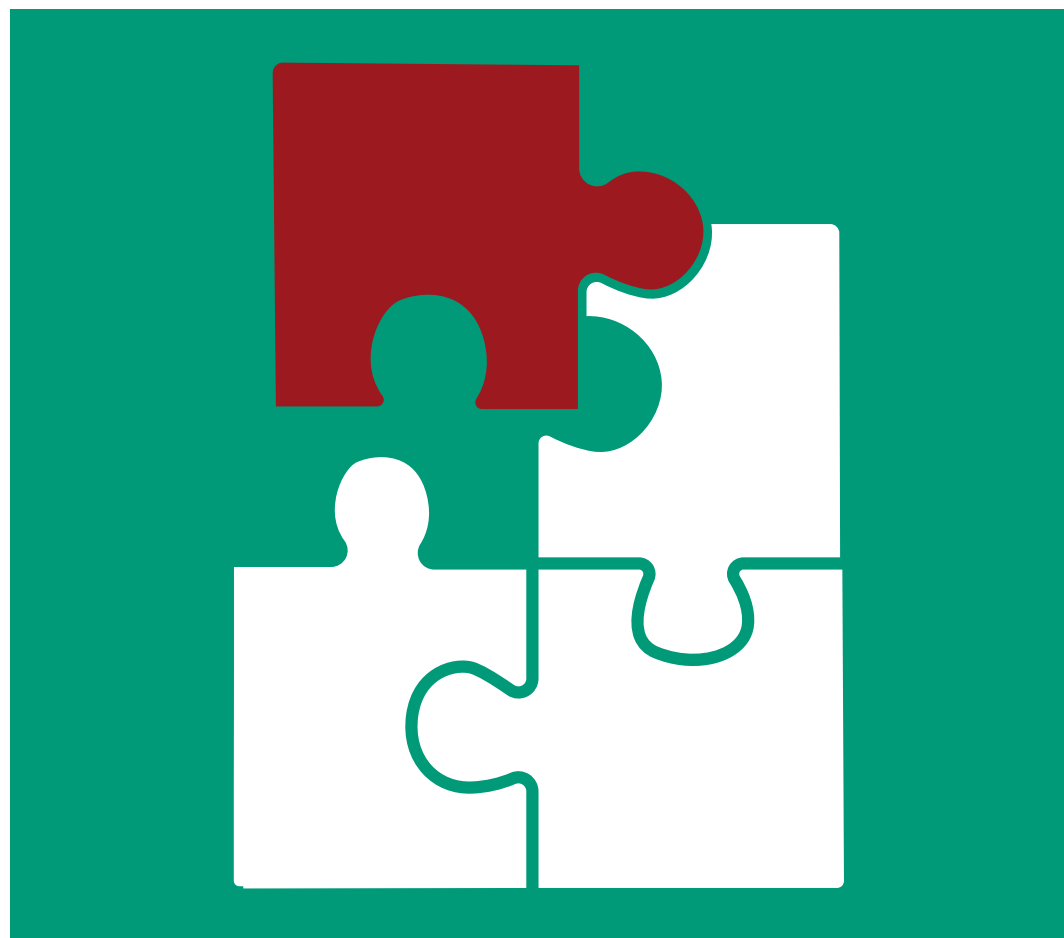
Sotto questo profilo, ricordo di avere sollecitato a più riprese proprio l'attuazione dei decreti attuativi della legge 175/2021, una normativa che rappresenta un passo significativo per il riconoscimento dei diritti dei malati rari. Tuttavia, è inaccettabile

che, troppo spesso, le leggi, pur essendo approvate, rimangono inattuatae per lungo tempo, lasciando i cittadini in una situazione di incertezza e vulnerabilità. Pertanto, la piena attuazione di questo provvedimento è essenziale per tradurre in realtà gli articolati, garantendo accesso a cure, diagnosi tempestive e supporto concreto per i pazienti e le loro famiglie.

In aggiunta, ho organizzato diversi dibattiti e conferenze al Senato, occasioni preziose per dare visibilità alle problematiche legate alle malattie rare e per chiedere un sostegno concreto da parte dell'Esecutivo. Questi eventi hanno visto la partecipazione di esperti del settore, associazioni di pazienti e rappresentanti delle istituzioni, creando uno spazio di dialogo e confronto fondamentale per sensi-

bilizzare l'opinione pubblica e i colleghi parlamentari su temi spesso trascurati, ma che colpiscono migliaia di famiglie in Italia. Inoltre, entrando nel merito di questo mese, dedicato alle malattie rare, ho avuto l'onore di depositare a una mozione, volta a tutelare i pazienti rari, di grande significato, sottoscritta da circa 60 parlamentari provenienti da tutte le forze politiche, un gesto che è tutt'altro che simbolico: rappresenta un forte impegno istituzionale per tutelare le persone affette da malattie rare e per rafforzare l'azione del Governo in questo ambito cruciale.

La quantità di firme apposte a questo testo dimostra che, al di là delle differenze politiche, esiste una volontà comune di affrontare una questione che tocca profondamente la vita di tante famiglie



italiane e sono onorato di essere stato il primo firmatario, al fianco del Presidente della Commissione X e dei rappresentanti di tutti gli schieramenti. In particolare, la nostra mozione si propone di far luce su queste problematiche, sottolineando l'urgenza di rispondere in modo adeguato e tempestivo a una situazione che non può più essere ignorata: l'approvazione rapida, come accennavo poc'anzi, dei decreti attuativi della legge n. 175/2021.

Nella nostra mozione, abbiamo chiesto al Governo di impegnarsi in maniera rapida e concreta per garantire che venga data piena attuazione al provvedimento, strumento vitale per garantire che i pazienti e le loro famiglie ricevano il supporto necessario. Ad esempio, il regolamento di attuazione del fondo di solidarietà, che deve essere adottato dai Ministri competenti, è fondamentale per definire le misure di aiuto a favore dei caregiver e delle famiglie: senza questo regolamento, molte persone si trovano ad affrontare difficoltà economiche insostenibili.

Inoltre, è imperativo stabilire i criteri e le modalità di attuazione dei crediti d'imposta per la ricerca sulle malattie rare: la mancanza di chiarezza in questo ambito frena l'innovazione e lo sviluppo di terapie essenziali. Dobbiamo incentivare la ricerca scientifica, promuovendo collaborazioni tra università, centri di ricerca e industrie farmaceutiche, solo così possiamo sperare di migliorare la diagnosi e il trattamento delle malattie rare.

La questione dell'accesso alle terapie è un altro tema cruciale: è fondamentale garantire che tutti i pazienti, indipendentemente dalla loro regione di residenza, possano accedere in modo tempestivo

e uniforme alle terapie necessarie. Questo richiede un impegno concreto per attuare procedure di acquisto centralizzate per i farmaci orfani, così da evitare che le differenze regionali compromettano la salute dei cittadini. Inoltre, non possiamo sottovalutare l'importanza di una comunicazione efficace tra i diversi attori coinvolti. Le misure di informazione e i flussi informativi tra i centri regionali di coordinamento e il centro nazionale per le malattie rare sono essenziali per garantire che le informazioni circolino in modo efficace.

È inaccettabile che la mancanza di comunicazione generi confusione e ritardi nel percorso di cura dei pazienti. La mozione che abbiamo presentato è, pertanto, un richiamo urgente al Governo per adottare misure che possano realmente fare la differenza nella vita di queste persone, garantendo che ogni cittadino affetto da malattia rara possa ricevere le cure e il supporto di cui ha bisogno. È un impegno che richiede la massima attenzione e dedizione da parte di tutti noi.

Dunque, è fondamentale che il Governo non si giri dall'altra parte, che dia seguito alla richiesta del Parlamento e che trasformi le nostre parole in azioni concrete, garantendo che nessuno venga lasciato indietro. Personalmente, ritengo che le malattie rare non debbano essere un campo dimenticato della medicina, al contrario meritano attenzione e investimenti. Dunque, il mio impegno non si fermerà qui: continuerò a battermi affinché il governo ascolti le istanze di chi vive ogni giorno la sfida delle malattie rare, così che la dignità e il diritto alla salute di ogni cittadino siano realmente essere al centro dell'agenda politica della Repubblica italiana.

“È fondamentale che il Governo non si giri dall'altra parte, che dia seguito alla richiesta del Parlamento e che trasformi le nostre parole in azioni concrete, garantendo che nessuno venga lasciato indietro.”

Le malattie rare tra normativa europea e nazionale



Roberta Venturi

Responsabile delle relazioni istituzionali per l'Osservatorio Malattie Rare - OMaR

Le malattie rare rappresentano un vasto ed eterogeneo gruppo di patologie, caratterizzate da una bassa frequenza nella popolazione. In Europa la soglia è meno di 5 persone su 10.000, secondo quanto riportato nei considerando della Decisione n. 1295/1999/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 29 aprile 1999, successivamente ripresa anche dal Regolamento (CE) n. 141/2000 sui medicinali orfani. Il numero di malattie rare attualmente conosciute si aggira tra le 6.000-7.000 e solo per il 5% di queste esiste un trattamento farmacologico.

Nonostante l'accezione di rarità, il fenomeno delle malattie rare è piuttosto diffuso: in Italia le persone con una malattia rara sono più di 2 milioni, e circa 300 milioni nel mondo.

L'articolo 168, paragrafo 7, del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea, attribuisce espressamente una competenza in tema di sanità pubblica alla Comunità, incoraggiando la collaborazione tra gli Stati membri e promuovendo il coordinamento delle politiche, l'educazione e l'informazione sanitaria.

La sanità non costituisce un settore di competenza esclusiva, per questa ragione l'Unione Europea, nel rispetto delle responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sani-

Le malattie rare colpiscono milioni di persone, ma solo una piccola parte ha accesso a trattamenti farmacologici. In Europa, la cooperazione tra Stati membri è essenziale per migliorare la conoscenza e l'accesso alla diagnosi. La legislazione europea e nazionale supporta la ricerca e l'innovazione, ma resta necessaria una continua evoluzione normativa per rispondere ai bisogni delle persone con malattie rare e delle loro famiglie.

taria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica, è intervenuta soltanto nella misura di un c.d. metodo di coordinamento aperto con l'obiettivo di supportare, coordinare e avvicinare le varie politiche nazionali degli Stati membri. Un esempio virtuoso di collaborazione a livello europeo e senza dubbio rappresentata dalle European Reference Networks for rare diseases (ERN): reti virtuali il cui compito è favorire la discussione sulle malattie rare o complesse che richiedono cure altamente specializzate e conoscenze e risorse concentrate.

In tema di malattie rare, l'obiettivo prioritario, sia in ambito europeo che in ambito nazionale, è quello di migliorare l'accesso dei pazienti alla diagnosi, alle informazioni e ai trattamenti farmacologici e di favorire la ricerca su queste patologie, anche attraverso la determinazione di una serie di incentivi fiscali rivolti alle aziende impegnate nella ricerca e sviluppo a beneficio del settore.

Tali incentivi, in ambito europeo sono previsti dal Regolamento (CE) n. 141/2000 sui medicinali orfani, espressione utilizzata per identificare i farmaci utilizzati per la prevenzione e il trattamento delle malattie rare.

Al fine di promuovere l'innovazione e lo sviluppo dei medicinali in grado di rispondere alle esigenze mediche insoddisfatte, la precedente legislatura europea ha avviato un processo di riforma per in-



novare la legislazione farmaceutica, con particolare riferimento ai farmaci per malattie rare e per uso pediatrico. Il pacchetto legislativo adottato dal precedente Parlamento Europeo, che include una direttiva e un regolamento, mira ad introdurre un periodo normativo minimo di protezione dei dati con la possibilità di beneficiare di ulteriori periodi di protezione dei dati se il medicinale risponde, tra gli altri, a un'esigenza medica non soddisfatta. I farmaci orfani potrebbero beneficiare di un massimo di 11 anni di esclusività di mercato, se dovessero rispondere a un "elevato bisogno medico non soddisfatto". I prossimi passaggi della riforma saranno seguiti dal nuovo Parlamento.

In ambito nazionale, negli ultimi due decenni l'attenzione alle malattie rare è significativamente cresciuta. Lo dimostrano le numerose proposte e disegni di legge presentati - nel corso delle Legislature XVI, XVII e XVIII - sul tema, che hanno trovato poi la loro sintesi nell'approvazione della Legge n. 175 del 2021, meglio conosciuta come Testo Unico sulle malattie rare. La legge, approvata all'unanimità prima dalla Camera dei Deputati e poi dal Senato della Repubblica (dalla XII Commissione permanente "Igiene e sanità in sede deliberante"), mira ad uniformare sul territorio nazionale la presa in carico delle persone con malattia rara.

Al fine di dare concreta attuazione ad alcune delle disposizioni in essa contenute, la Legge attribuisce la competenza ad alcuni Ministeri, in misura pre-

dominante al Ministero della salute, per emanare alcuni dei decreti attuati in essa previsti. Ulteriore conferma dell'attenzione rivolta al tema, arriva nel maggio 2023, a distanza di sette anni dal precedente, con l'approvazione, da parte della Conferenza Stato-Regioni, del nuovo Piano Nazionale Malattie Rare 2023-2026: uno strumento fondamentale per la pianificazione nazionale in ambito malattie rare, che ne definisce la programmazione.

Nonostante l'impegno maturato sino ad oggi, sono ancora tante le sfide riguardanti il mondo delle malattie rare che richiedono un intervento tempestivo e risolutivo da parte delle competenti Istituzioni. Lo sviluppo della scienza e della tecnologia necessitano, infatti, di un quadro normativo e regolatorio in grado di "stare al passo" con i progressi significativi registrati negli ultimi anni in ambito terapeutico, con lo sviluppo delle terapie avanzate che offrono alle persone con malattie rare approcci di cura innovativi, in grado di cambiare la storia naturale di alcune patologie.

L'auspicio è che il tema delle malattie rare e dei molteplici bisogni non soddisfatti ad esse legati continuino ad essere affrontati come fatto finora, in maniera trasversale e bipartisan da parte di tutte le forze politiche, dando concretezza ad un concetto di "buona politica" che veda come unico e prioritario obiettivo il miglioramento della qualità di vita delle persone con malattie rare e delle loro famiglie.

La salute mentale in Italia: tra frammentazione e l'esigenza di un approccio integrato



Giuseppe Nicolò

Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Salute Mentale Asl Roma 5

Il mondo della salute mentale in Italia è frammentato tra approcci ideologici e medicalizzazione eccessiva, generando disorientamento tra cittadini e legislatori. L'intergruppo parlamentare One Mental Health e il Piano d'Azione per la Salute Mentale (PANSM) puntano a un sistema più integrato e scientificamente fondato. Tuttavia, persistono criticità legate al finanziamento, alla carenza di risorse e alla necessità di garantire diagnosi e cure tempestive.

Il mondo della salute mentale è estremamente variegato e in alcuni casi anche molto disperso, purtroppo influenze legate alla scarsa conoscenza della letteratura scientifica, all'evoluzione della stessa vengono trascurate scegliendo invece approcci dal sapore ideologico che però tendono a negare il concetto stesso di malattia.

D'altra parte è innegabile che anche un approccio che tende a medicalizzare tutti i problemi della nostra salute mentale è anche esso non corrispondente alla realtà. Questi aspetti di divisione culturale che hanno radici storiche nel nostro paese producono però disorientamento sia nel legislatore sia nel cittadino che deve poter scegliere, secondo un principio chiamato empowerment, quale sia il miglior professionista a cui rivolgersi e quali sia i trattamenti più efficaci che potrebbero avere maggiore probabilità di successo nella soluzione di una problematica.

Capita molto spesso di leggere sui giornali affermazioni circa i disturbi mentali che sono non solo contrastanti ma addirittura opposte, e purtroppo nella gran parte dei casi non tengono conto delle evidenze della letteratura.

L'intergruppo parlamentare One Mental health promosso dal senatore Zullo ha come aspirazione quello di integrare, includere armonizzare gli interventi in salute mentale e noi operatori non possiamo che essere felici di un approccio che non escluda nessuno, ma che premi la scientificità e le evidenze attualmente disponibili. Le informazioni che i cittadini devono avere e che oggi è possibile diagnosticare in modo molto accurato eventuali disturbi mentali, che la gran parte dei disturbi mentali si manifesta entro 25 anni e che l'età evolutiva è il momento cardine in cui intervenire. Per fare questo, ci vuole un approccio olistico che coinvolga contemporaneamente gli esperti i familiari, gli utenti, il terzo settore e il mondo politico sia per condividere l'approccio sia per supportare finanziariamente gli interventi necessari per assicurare ai cittadini una salute mentale di primo livello. In questo solco si inserisce il lavoro del tavolo tecnico della salute mentale presso il ministero della salute istituito dal ministro Schillaci che ha realizzato il nuovo piano di azione per la salute mentale (PANSM), attualmente sottoposto al vaglio delle regioni, ma che dovrebbe dare un'impronta moderna al concetto di cure in salute mentale.

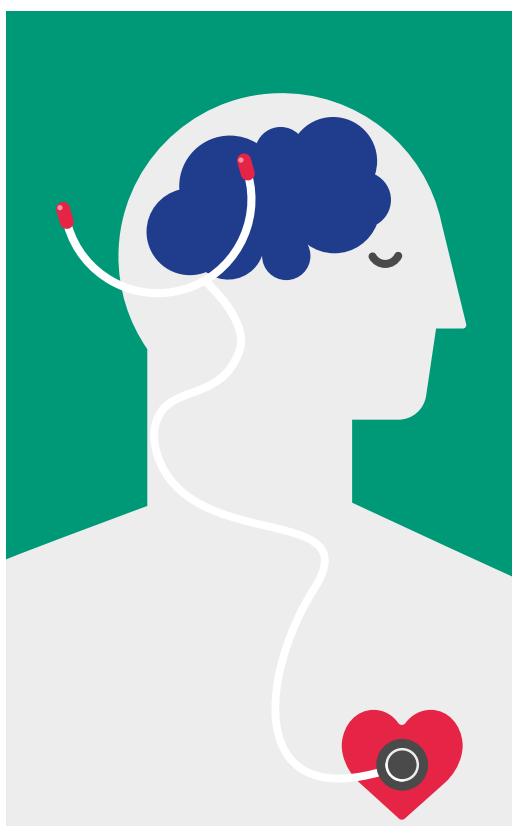
In questo momento, i problemi del mondo della salute mentale sono quelli legati alla carenza di risorse, con una distribuzione a macchia di leopardo nella nostra penisola di professionisti, la presenza di modelli organizzativi molto diversificati che rendono sia l'approccio sia gli esiti molto diversi da una regione all'altra e a volte da un ambulatorio a un altro della stessa città. Altro problema di rilievo è il finanziamento della salute mentale, dovendo ammettere che erogare cure in salute mentale richiede spese finanziamenti e alta formazione nonché una elevatissima integrazione con tutto il mondo del terzo settore.

In ultimo la sfida che sta schiacciando i vari servizi di salute mentale e quella relativa agli autori di reato, purtroppo in questo momento con un numero di minorenni autori di reato in costante aumento, ma soprattutto con l'immissione all'interno del mondo della salute mentale della presa in carico delle persone che hanno commesso reati a causa del loro disturbo. Dopo la legge 81/14 che la corte costituzionale ritiene assolutamente inadeguata, la spesa dei dipartimenti Salute Mentale è aumentata del 30% solo per l'assistenza alle persone autori di reato, ma questo incremento non è conseguito un

incremento di finanziamento pertanto le risorse a vantaggio dei pazienti si sono conseguentemente ridotte. In tale ambito rientra anche il discorso del disturbo, da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), per anni scotomizzato nel nostro paese, con enormi difficoltà da parte di famiglie e utenti a trovare risposte, e a ricevere diagnosi corrette. Il disturbo da deficit di attenzione/iperattività è il disturbo del neurosviluppo più frequentemente diagnosticato in età evolutiva, caratterizzato da disattenzione ed impulsività inappropriate. La prima diagnosi del disturbo risale al 1775, ha una prevalenza tra il 5 e il 7% nella popolazione generale in età scolare, e del 2,5% della popolazione generale (considerando anche gli adulti). Purtroppo la diagnosi e di conseguenza il trattamento hanno un ritardo medio di 10 anni dalla manifestazione della malattia, con conseguenze catastrofiche sulla fine-stra evolutiva del bambino/a.

Immaginiamo un bambino che nel periodo dell'apprendimento scolastico, non riesca (non per colpa sua) della massima a stare seduto o a prestare attenzione per un periodo congruo, questo bambino non potrà apprendere in ambito scolastico quanto necessario nella sua finestra evolutiva, e avrà una idea di se stesso come incapace e stupido; sarà vittima di un ostracismo sociale perché difficilmente sarà facile coinvolgerlo in giochi, feste e far rispettare delle minime regole.

Queste manifestazioni se intercettate per tempo sono curabilissime. Nonostante i dati di prevalenza nella popolazione generale, la persistenza del disturbo, l'impatto sulla salute e sul funzionamento globale della persona, in età adulta l'ADHD è sottodiagnosticato ed anche quando riconosciuto viene sottotrattato o non trattato. Ancora oggi i farmaci disponibili per il trattamento in Italia sono pochi e fino a pochi mesi fa alcuni erano a carico delle famiglie. Ottenere il trattamento è complicato, se vengono utilizzati farmaci diversi, il paziente deve rivolgersi sia alla farmacia della ASL e sia alla rete delle farmacie. Sono farmaci ovviamente delicati e che devono essere monitorati dallo specialista, ma è necessario che alcuni prodotti disponibili nell'unione europea siano fruibili nel nostro paese. Va inoltre implementata l'offerta di trattamenti non farmacologici come la neuromodulazione, la mindfulness, il parent training, la psicoterapia cognitivo comportamentale, la Psicoeducazione, il Coaching.



le → Speciale → Speciale → S
→ Speciale → Speciale → Spec

→ Il punto
di vista
dei Territori

DIALOGHI

IL PUNTO DI VISTA DEI TERRITORI

Sanità nel Lazio: la rivoluzione necessaria, tra liste d'attesa e nuovi ospedali

Intervista a Francesco Rocca
Presidente Regione Lazio



Giuseppe De Lucia
Presidente Italian Politics

Presidente Rocca, lei ha deciso di tenere la delega della sanità che è sicuramente la più spinosa, oltre che la più pesante in termini di budget regionale. Perché questa scelta?

Per due ragioni. Perché credo sia giusto farsi giudicare dai cittadini, soprattutto sulla tematica più importante e più pesante tra le funzioni regionali. E perché ritengo che le mie esperienze professionali precedenti – dalla direzione dell'Ospedale Sant'Andrea, ai 10 anni alla guida della Croce Rossa Italiana, ai 7 come Presidente della Federazione internazionale delle società di Croce Rossa e Mezzaluna Rossa – mi abbiano aiutato molto a comprendere quel mondo. Con la sanità ho sempre avuto a che fare, non mi sarei tenuto una delega in una materia di cui non conosco le problematiche.

A proposito di problematiche, in questi primi 2 anni di governo cosa l'ha colpito di più?

La mancanza di visione e di programmazione degli ultimi decenni, un malcostume che pian piano

stiamo rivoluzionando, attraverso un metodo che ha come parole chiave l'ascolto, il dialogo e la programmazione meticolosa, posso dire che stiamo operando un vero e proprio cambio di paradigma, una sorta di rivoluzione nella gestione del servizio sanitario regionale.

Ci faccia qualche esempio di questa rivoluzione.

Abbiamo programmato tutta la spesa per l'edilizia sanitaria: 1,2 miliardi di euro. Chi ci ha preceduto doveva ancora pianificare la spesa per oltre 500 milioni, dopo 10 anni di governo ininterrotti. Noi l'abbiamo fatto in 4 mesi, grazie a un'attenta pianificazione. Per ogni singola struttura abbiamo stanziato tutti i fondi disponibili, in base alle reali esigenze, a partire dall'antisismica e dall'antincendio (l'episodio dell'Ospedale di Tivoli poco dopo ha fatto capire quanto fosse importante non perdere più tempo su questi fronti). Un'altra rivoluzione è quella del Recup (numero unico per le prenotazioni). Finalmente anche le strutture private accreditate rientrano nel sistema, per cui abbiamo un controllo centralizzato delle agende di tutte le strutture – pubbliche e private convenzionate – come era giusto che fosse. Ma come non si era mai fatto.

Quali sono le priorità che avete deciso di "aggredire" fin da subito?

Liste d'attesa, pronto soccorso, ambulanze ferme. Sono tematiche collegate tra loro e posso dire che dopo meno di due anni i risultati sono evidenti. Quanto alle liste di attesa specialistiche ambulatoriali, siamo passati, in media, da 31 giorni di attesa a 9 giorni, riducendo di oltre il 30% i tempi delle prestazioni fuori norma. Oggi solo il 4% delle prestazioni non rispetta i tempi previsti, a fronte di un netto incremento complessivo delle prestazioni. Anche le attese nei pronto soccorso prima della presa in carico del paziente si sono ridotte, a fronte di un incremento del 10% degli accessi. Allo stesso modo, abbiamo ridotto di oltre il 40% il tempo delle ambulanze ferme. Tutte queste priorità sono, oggi, monitorate in tempo reale da un cruscotto digitale a disposizione della Regione e delle direzioni delle aziende sanitarie. Ci tengo a dire che questo non è il punto di arrivo. È solo una tappa intermedia. Il punto di arrivo sarà raggiunto quando il 100% delle prestazioni avrà i tempi previsti dalla normativa nazionale.

Per far ciò avete anche avviato un piano di assunzioni.

Sì, il più grande piano di sempre: 14 mila nuovi assunti nel comparto sanità, anche in questo caso dopo aver valutato il fabbisogno struttura per struttura e funzione per funzione. Entro quest'anno prenderanno servizio tutti e avremo un organico complessivo in grado di offrire un servizio sanitario migliore.

C'è un altro tema che ha acquisito centralità nel dibattito pubblico nazionale, ossia quello della riforma dei medici di base. Lei ha preso posizioni decise in merito.

Sia chiaro, non ho nulla contro i medici di medicina generale, che ringrazio per il lavoro che svolgono e che sono un pilastro del nostro servizio sanitario. Tuttavia, senza la riforma il sistema non può reggere. Si è deciso – peraltro l'hanno fatto i governi precedenti al governo Meloni – di puntare sulle Case di Comunità, al fine di decongestionare i pronto soccorso degli ospedali e di offrire un primo livello di assistenza sul territorio che sia all'altezza della sfida. I medici di base saranno il pilastro di questo sistema e sarebbe importante per le Regioni poter

stabilire – come facciamo con tutti gli altri medici del SSR – quali sono i fabbisogni sul territorio e come intervenire per risolverli. Col regime attuale è impossibile. Per cui abbiamo aree del tutto scoperte, private di un servizio che è essenziale. E la Regione non può far nulla. Lei capisce che non ha senso che l'ente che governa e che paga per quel servizio non abbia voce in capitolo in questi casi.

I medici di base temono una perdita di libertà, se la sono presa anche per l'attacco sulle prescrizioni inappropriate. Come risponde?

Rispondo che nessuno mai toglierà loro la libertà di prescrivere in base alle loro valutazioni. Io mi limito a fare presente che se il Lazio spende 200 milioni di euro in più rispetto all'Emilia Romagna, qualcosa non torna. Non mi risulta che i cittadini del Lazio abbiano qualche malattia specifica che li contraddistingua rispetto a quelli dell'Emilia Romagna e che giustifichi quella differenza di spesa. Evidentemente, c'è un problema di eccesso di prescrizioni, che peraltro ricade negativamente anche su tutto il sistema delle liste d'attesa, intasandolo oltre modo e penalizzando migliaia di persone che avrebbero un bisogno più urgente di prestazioni. È un sistema complesso: basta una variabile che sfugge di mano e le externalità negative generano un effetto domino che si ripercuote su tutte le altre. Non possiamo vanificare tutti i nostri sforzi per via di una sola tessera del mosaico fuori posto.

Ci sono anche nuovi ospedali in programma.

Sì, sono 5 più il nuovo Policlinico Umberto I. Ci vorrà tempo, ma sono già finanziati, questa è la notizia più importante.



SPECIALE

IL PUNTO DI VISTA DEI TERRITORI

Salute mentale e prevenzione: il piano di Regione Lombardia per la sanità



Guido Bertolaso

Assessore al Welfare Regione Lombardia



La Regione Lombardia affronta le sfide della sanità con attenzione particolare su prevenzione e salute mentale, consapevole che l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche renderanno il sistema sempre più sotto pressione. Oltre alla necessità di riorganizzare l'emergenza-urgenza, ridurre le liste d'attesa e potenziare la telemedicina, emerge una priorità assoluta: il contrasto al disagio giovanile.

Le prospettive per il nostro Sistema Sanitario sono chiare: la popolazione invecchia e dovremo fare sempre più i conti con la cronicità. L'analisi statistica dei dati ci permette di vedere esattamente quale sarà il futuro: quanti anziani ci sono attualmente, quanti ce ne saranno fra 5 anni, quanti fra 10 anni, quanti di questi avranno malattie e quali saranno queste patologie. Sappiamo quindi che i costi per gestire il sistema sanitario non potranno che aumentare e, se non interveniamo ora, diventare insostenibili. Dobbiamo quindi agire immediatamente e fortemente sul tema della prevenzione: promuovendo corretti stili di vita per consentire alle persone di vivere il più a lungo possibile, nelle condizioni migliori di salute, con un vantaggio non solo per la persona stessa ma per tutta la comunità. Il ragionamento sulla prevenzione si deve anche ampliare a tutto campo includendo controlli, screening contro i tumori e patologie in generale che, se individuate precocemente, possono essere curate o evitate.

Naturalmente, oltre a questa partita che vedrà risultati solo con il passare del tempo, ci troviamo quotidianamente a fronteggiare sfide altrettanto cogenti in campo sanitario: le liste d'attesa, la carenza di personale, la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza, l'integrazione tra ospedali e territorio, il riordino delle reti di cura tempo-dipendenti, lo sviluppo della tecnologia, della telemedicina e della ricerca. Ognuno di questi temi richiede oggi un grande impegno di tempo, risorse e, per usare un'espressione a me cara, di "passare dalle parole ai fatti".

C'è un ambito però su cui vorrei focalizzare l'attenzione che credo meriti ogni sforzo possibile da parte degli amministratori pubblici: la salute mentale,



in particolare quella che riguarda i nostri ragazzi e giovani. Il contrasto al disagio giovanile deve avere la priorità assoluta su tutto perché salvaguardare i giovani è l'unico modo per permettere alla nostra società di avere un futuro.

In Lombardia le Unità Operative di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (UONPIA), dedicate a bambini e adolescenti (0-17+anni) con disturbi del neurosviluppo (neurologici, psichiatrici, neuropsicologici) e alle loro famiglie, svolgono quotidianamente attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, in stretto raccordo con i contesti di vita (familiare, educativo e sociale) e gli altri servizi sanitari e sociosanitari.

I servizi di NPIA, ad accesso diretto, sono organizzati in 217 strutture tra poli territoriali e ospedaliari, day hospital, degenze e strutture terapeutiche residenziali e semiresidenziali. Nonostante siano presenti 112 posti letto di ricovero ordinario di NPIA sui 403 nazionali, 6 posti per 100.000 abitanti fino ai 17 anni, ed esso sia il numero il più alto a livello italiano, si tratta comunque solo di meno di un decimo di quello di Belgio e Germania. Negli ultimi 5 anni, si è assistito a un progressivo aumento dei casi di disturbi psichici negli adolescenti e nei giovani adulti, così come della gravità dei casi. Anche le Unità Operative di Psichiatria sono molto attive sulla fascia d'età giovanile, con progettualità specifiche: nel 2024 i Programmi di Psichiatria con tematica strategica specifica sull'intervento precoce/area giovani hanno intercettato circa 5000 giovani nella fascia d'età 14-25. Purtroppo, anche i Servizi

per le Dipendenze vedono allargare progressivamente il numero di giovani che necessitano di assistenza. Come ci stiamo muovendo per rispondere a questo bisogno crescente di interventi nell'ambito della salute mentale dei giovani?

Abbiamo incrementato i posti di centro diurno NPIA e puntiamo ad aumentarli ancora di più nei prossimi mesi, sono state potenziate la rete d'offerta dei servizi dedicati alla riabilitazione dell'età evolutiva e dei poli territoriali di NPIA e la rete dei servizi dedicati alla cura dei disturbi alimentari (con anche l'attuazione dei Piani per il contrasto ai disturbi dell'alimentazione e lo sviluppo della presenza di équipe multidisciplinari dedicate).

Per i Disturbi Specifici dell'apprendimento (DSA) abbiamo sviluppato protocolli con la scuola finalizzati all'intercettazione precoce e istituito Nuclei funzionali DSA in ogni UONPIA.

Nell'ambito delle dipendenze abbiamo attivato una sperimentazione che vede la creazione di équipe specializzate ospedaliere per le dipendenze (ESOD) con particolare attenzione alle nuove sostanze e alla fascia giovanile e, per il gioco d'azzardo, abbiamo sviluppato piani d'azione di contrasto che prevedono azioni di prevenzione e intercettazione precoce in contesti non connotati, quali gli sportelli ospedalieri e nelle case di comunità.

Per i pazienti con disturbi comportamentali e uso di sostanze provenienti dal circuito della giustizia minorile sono state avviate le comunità socio-educative ad alta integrazione sanitaria (CSGM) per

minori e giovani adulti. Infine, l'istituzione del servizio dello psicologo delle cure primarie, quando sarà entrato a pieno regime, ci permetterà di aumentare la possibilità di intercettazione precoce del disagio psichico, anche nei più giovani.

L'impegno però non si esaurisce qui, le progettualità che intendiamo mettere in campo a partire da quest'anno prevedono l'aumento dei posti letto di NPIA, la creazione di una rete regionale di tutti i reparti di neuropsichiatria, l'organizzazione della formazione continua del personale, lo sviluppo di Centri dedicati alla psicopatologia dell'adolescenza, con il potenziamento di luoghi dedicati all'intercettazione precoce e alla cura delle problematiche della fascia giovanile, l'implementazione di un modello di struttura residenziale dedicato ai DNA (Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione), la revisione della rete d'offerta dei servizi ambulatoriali e residenziali in ambito dipendenze, l'avvio del progetto regionale "RISE" - Recovery, Inclusione, Supporto, Empowerment" per i giovani con disturbo di personalità grave, in particolare il disturbo borderline.

In sintesi, occorre superare la discontinuità nei percorsi di cura che può avvenire nel passaggio dai servizi di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a quelli dedicati all'età adulta, così come tra i servizi di salute mentale e quelli dedicati alle dipendenze ma anche migliorare la filiera degli interventi per il contrasto al disagio dei minori. Nessuno deve essere lasciato indietro. Ritorno però alla parola fondamentale con cui ho iniziato questa

riflessione: prevenzione. Anche nell'ambito della salute mentale, oltre al sistema di cura vero e proprio, esistono infatti diverse possibilità di interventi preventivi e di presa in carico precoce.

Attraverso i consultori, con équipe dedicate e strumenti per l'intercettazione precoce, è possibile effettuare la valutazione di rischio per le forme di disagio giovanile e comportamenti disadattativi. Devono essere previsti percorsi di consultazione e presa in carico psicoeducativa e psicoterapeutica per i casi di disagio di entità lieve e moderata e di invio alla rete dei servizi (Pediatri di Libera Scelta, NPI, CPS, SerT, Psicologia clinica), per i casi più complessi. Anche gli interventi di riconoscimento precoce delle forme di depressione post-partum, per il quale è in corso una formazione rivolta alle ostetriche dei consultori ("Pensare Positivo"), rappresenta una forma di prevenzione primaria di notevole impatto.

Gli spazi rivolti agli adolescenti all'interno dei Consultori devono essere un luogo facilmente identificabile e accessibile sul territorio, sia da parte dei ragazzi che dai genitori e dalla comunità educante. L'integrazione con le Case di comunità e la collaborazione con gli psicologi delle cure primarie faciliterà la presa in carico e l'eventuale connessione con i servizi sociali laddove necessaria.

In conclusione, solo il benessere psichico dei nostri giovani potrà essere garanzia di una società futura sana, in grado di occuparsi delle categorie più fragili.

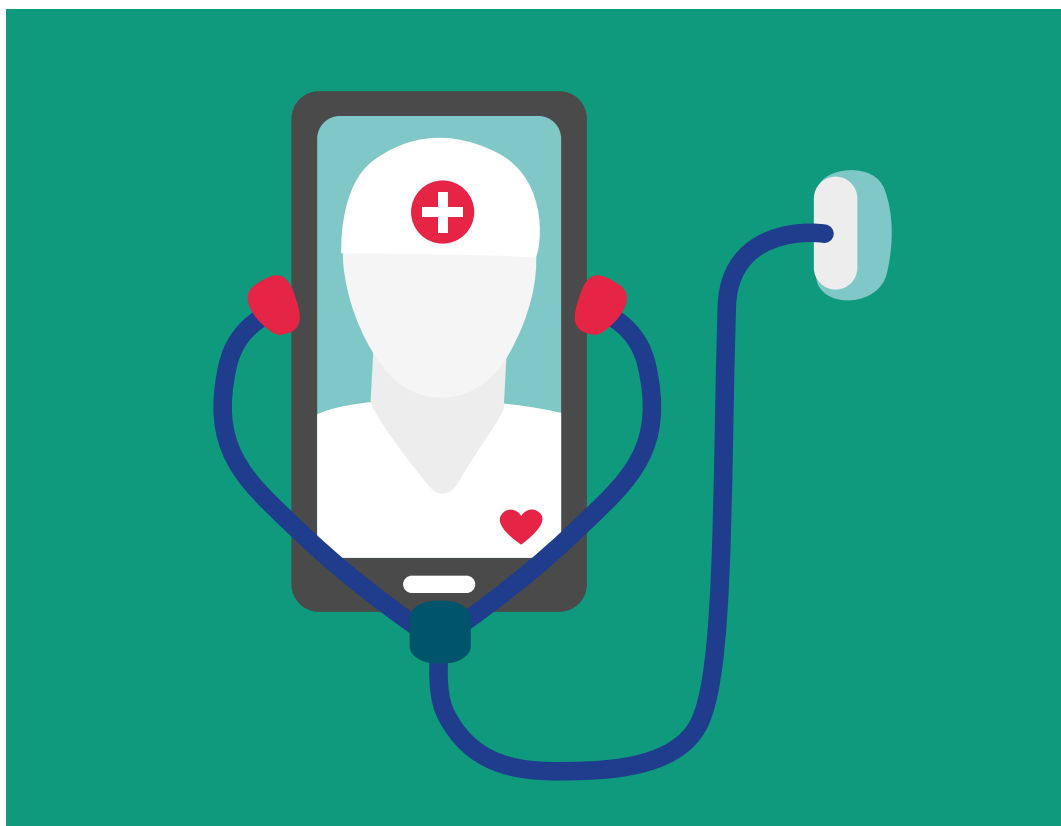
oli → **Articoli** → Articoli → A
→ Articoli → Articoli → Arti

Intelligenza Artificiale: un alleato prezioso per il futuro della salute



Giuseppe Razzano
Segretario Generale Italian Politics

L'Intelligenza Artificiale sta rivoluzionando la sanità, migliorando assistenza e accessibilità. Dall'analisi dei dati clinici al supporto ai medici, fino alla gestione delle malattie croniche, l'IA potenzia il sistema senza sostituire l'uomo. Sfide etiche e regolatorie richiedono un approccio centrato sulla persona, per un'innovazione che renda la sanità più efficiente e umana.



Nel panorama sanitario contemporaneo, caratterizzato da sfide sempre più complesse, l'Intelligenza Artificiale emerge come un partner strategico capace di trasformare profondamente il modo in cui concepiamo e forniamo assistenza. Non si tratta semplicemente di una rivoluzione tecnologica, ma di un'opportunità per ripensare il rapporto tra operatori sanitari, pazienti e tecnologia.

Il settore socio-sanitario si trova oggi ad affrontare una tempesta perfetta: l'invecchiamento della popolazione aumenta costantemente la domanda di servizi, mentre la carenza di personale qualificato diventa sempre più critica. In questo contesto, le soluzioni basate sull'Intelligenza Artificiale offrono una prospettiva concreta per alleggerire il carico di lavoro degli operatori e migliorare l'esperienza di cura dei pazienti.

Pensiamo ai medici che, sommersi da montagne di cartelle cliniche e dati diagnostici, devono prendere decisioni rapide e precise. Gli strumenti di IA permettono loro di navigare questo mare di informazioni con maggiore sicurezza, identificando collegamenti e pattern che potrebbero sfuggire anche all'occhio più esperto. Non si tratta di sostituire il giudizio clinico, ma di potenziarlo, offrendo un supporto che consente ai professionisti di concentrarsi sugli aspetti più umani della cura.

Le applicazioni pratiche sono già tra noi. Nei corridoi di molti ospedali hanno fatto la loro comparsa totem informativi che, grazie all'IA, non si limitano a fornire indicazioni, ma interagiscono con i pazienti, raccogliendo feedback preziosi e personalizzando le informazioni in base alle esigenze individuali. Questi dispositivi hanno dimostrato di ridurre significativamente le code agli sportelli e di migliorare l'orientamento all'interno delle strutture, aspetti che hanno un impatto diretto sulla qualità percepita del servizio.

Parallelamente, gli assistenti virtuali stanno trasformando il primo contatto tra cittadini e sistema sanitario. Quando una persona ha un dubbio su un sintomo o una procedura, può ricevere risposte immediate e affidabili, senza dover necessariamente recarsi in una struttura sanitaria o attendere in linea per parlare con un operatore. Questo

non solo migliora l'accessibilità dei servizi, ma consente anche un utilizzo più razionale delle risorse. Particolarmente promettente è l'impatto dell'IA nella gestione delle malattie croniche, una delle sfide più pressanti per i sistemi sanitari moderni. Dispositivi di monitoraggio connessi, abbinati ad algoritmi predittivi, permettono di seguire a distanza l'evoluzione delle condizioni dei pazienti, intervenendo tempestivamente in caso di segnali di allarme. Questo approccio proattivo non solo migliora la qualità della vita dei pazienti, ma riduce anche la necessità di ospedalizzazioni, con evidenti benefici sia in termini umani che economici.

Nel campo della salute mentale, tradizionalmente caratterizzato da lunghe liste d'attesa e difficoltà di accesso, le piattaforme potenziate dall'IA stanno creando nuovi punti di contatto. Algoritmi sofisticati aiutano ad abbinare pazienti e terapeuti in base a compatibilità e bisogni specifici, mentre sistemi di analisi del linguaggio possono identificare segnali precoci di disagio, aprendo la strada a interventi tempestivi.

La formazione degli operatori sanitari sta vivendo una trasformazione altrettanto significativa. Le simulazioni in realtà virtuale, guidate dall'IA, consentono di esercitarsi in scenari complessi senza rischi per i pazienti reali. Un chirurgo può perfezionare una tecnica innovativa, un infermiere può allenarsi nella gestione di situazioni di emergenza, tutto in un ambiente controllato che fornisce feedback immediato e personalizzato.

Guardando al futuro, l'integrazione dell'IA nel settore sanitario promette di portarci verso un modello di assistenza sempre più personalizzato, preventivo e partecipativo. Non si tratta di un futuro distopico in cui le macchine sostituiscono il calore umano, ma di un'evoluzione in cui la tecnologia amplifica le capacità degli operatori e restituisce tempo prezioso per la relazione di cura.

La vera sfida consiste nel guidare questa trasformazione con un approccio centrato sulla persona. L'Intelligenza Artificiale deve essere progettata e implementata come uno strumento al servizio dei bisogni umani, non come un fine in sé.

Solo così potremo realizzare pienamente la promessa di un'assistenza sanitaria più accessibile, efficace e umana per tutti.

Intelligenza emotiva e benessere giovanile: il ruolo della comunità nella crescita individuale



Francesco Marchionni

Consigliere di Presidenza del Consiglio Nazionale dei Giovani

Dentro e fuori. Così inizia il viaggio della nostra mente, avvolta in un vortice emotivo che influenza simultaneamente il nostro stato d'animo e le nostre azioni. Spesso, ci troviamo incapaci di dare un nome a una sensazione fisica: possiamo sudare senza che faccia caldo o tremare senza provare paura. È qui che entriamo nel complesso percorso della conoscenza di sé e delle proprie emozioni. Più semplicemente, è qui che la nostra intelligenza emotiva viene messa alla prova.

Con intelligenza emotiva mi riferisco a quanto affermato da Daniel Goleman nel suo omonimo libro, dove sottolinea come le competenze emotive, empatiche e relazionali siano essenziali per il benessere personale. Saper gestire le emozioni è una sfida cruciale nella crescita di un giovane, soprattutto in adolescenza e nella transizione all'età adulta.

Per questo motivo, con il Consiglio Nazionale dei Giovani - CNG - lavoriamo da tre anni alla creazione di uno "spazio sicuro", l'Osservatorio WELL-FARE: un punto di riferimento per chi desidera sviluppare abilità emotive, fondamentali per la promozione delle emozioni positive e del benessere psicologico.

Comprendere e gestire le emozioni è una sfida cruciale per i giovani, ma spesso manca un supporto adeguato. L'Osservatorio WELL-FARE lavora per colmare questa lacuna, promuovendo benessere emotivo e relazionale. Serve una rete di comunità più solida, capace di prevenire il disagio e favorire l'accettazione di sé, per contrastare l'isolamento e i rischi per la salute fisica e mentale.

Sebbene il 54,2% dei giovani dichiara di avere una "buona" o "ottima" capacità di gestione emotiva, quasi uno su cinque (19,4%) ammette di avere notevoli difficoltà. Le ragazze sembrano incontrare più ostacoli: il 23,1% riporta una gestione "cattiva" o "pessima", rispetto al 15,4% dei ragazzi. Anche l'età incide: le difficoltà sono maggiori tra i 15-24enni e diminuiscono con la maturità. Il contesto geografico è un ulteriore fattore: al Sud solo il 50,7% dei giovani valuta positivamente la propria capacità di gestione delle emozioni, contro il 57,1% del Nord.

Questi dati dimostrano l'importanza di supporti educativi ed emotivi per favorire un benessere psicologico diffuso. Ma siamo sulla strada giusta puntando sullo Psicologo di Assistenza Primaria (o Psicologo di Base)? Io credo di sì, ma ritengo essenziale affiancare a questa figura un network emotivo di comunità, oggi carente.

Negli anni, questa rete è stata sostenuta dalle Comunità Educanti, che ora faticano a essere un punto di riferimento per i giovani in cerca di equilibrio tra benessere individuale e relazionale. Il primo riguarda la salute fisica e mentale, la capacità di gestire lo stress e mantenere uno stile di vita sano. Il secondo si riferisce alla qualità delle relazioni, alla comunicazione efficace e alla reciprocità emotiva. Quando questi due elementi sono in disallineamento, si sviluppa un disturbo emotivo-affettivo

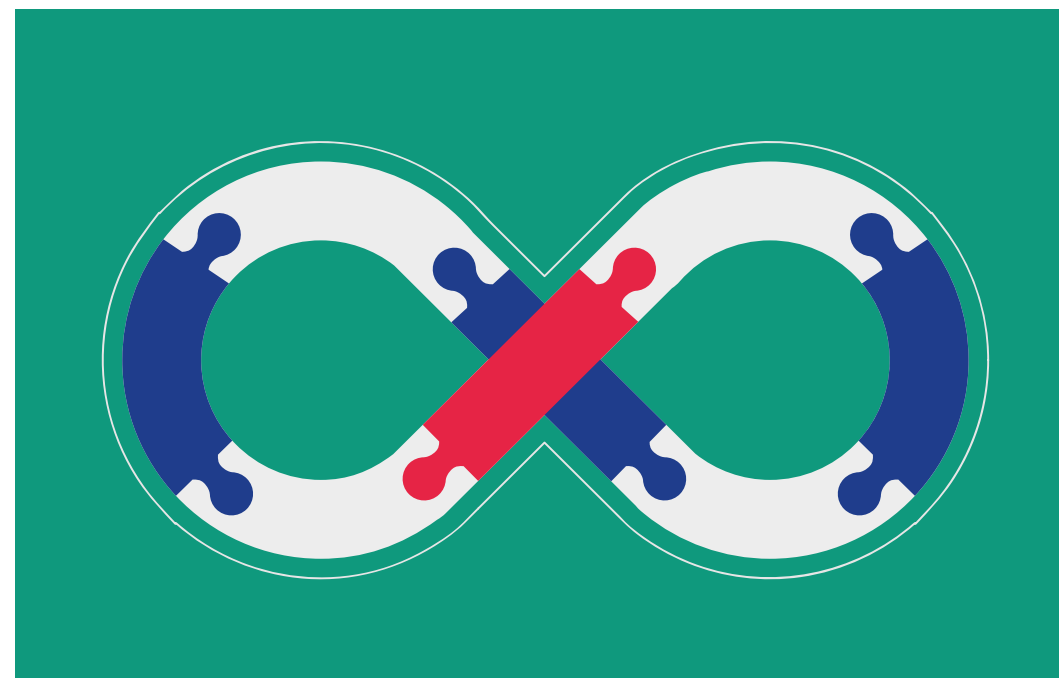
noto come ruminazione, che si verifica quando si percepisce un divario tra lo stato attuale e gli obiettivi desiderati (Watkins e Nolen-Hoeksema, 2014). In questi contesti, si alimentano pensieri negativi, sensazioni di intrappolamento e mancanza di ottimismo (Teismann e Forkmann, 2017). Se non gestite, queste emozioni possono portare a gesti estremi o all'incapacità di accettarsi, anche nelle relazioni con gli altri.

Per questo motivo, è urgente lavorare a un riallineamento tra benessere individuale e relazionale, favorendo una maggiore accettazione di sé e dell'altro. La crescente perdita di consapevolezza del proprio benessere e l'aumento delle "relazioni distratte" ci espongono a un rischio: considerare le nostre emozioni e affettività come poco importanti. Questo porta a una progressiva alienazione dell'io e alla difficoltà di riconoscere segnali d'allarme, sia psicologici che sanitari.

Ed è qui che emergono dati allarmanti. Secondo la sorveglianza ISS, le infezioni sessualmente trasmesse sono in crescita, soprattutto tra i giovani under 25. La prevalenza della clamidia tra le ragazze di questa fascia d'età è del 7%, contro appena l'1% sopra i 40 anni.

Oltre alle motivazioni sanitarie (aumento della promiscuità sessuale e non uso dei sistemi di protezione), numerosi studi e indagini empiriche condotte in Italia sulla condizione giovanile - confermati dai dati del nostro Osservatorio - evidenziano il progressivo allontanamento dei giovani dalla "comunità" tradizionalmente intesa, ovvero da un sistema di valori e una visione del mondo in cui stentano a riconoscersi, percorrendo invece percorsi meno tracciati e caratterizzati da una più spiccata individualità. Questa individualità relazionale, associata ad una disattenzione verso il proprio benessere individuale, seppur possa sembrare paradossale, spinge le giovani generazioni verso percorsi che aumentano i rischi per la propria salute fisica oltre che emotiva.

Queste riflessioni devono far sì che il dibattito sul benessere giovanile non si riduca alle riflessioni su una comunità non in grado di rispondere alle sfide dell'oggi, senza valori o peggio, individualista e tendente all'isolamento. È necessario che ci impegniamo a riattivare un sistema di relazioni e un percorso di conoscenza di sé, affinché i giovani possano avere gli strumenti per prevenire non solo il suicidio fisico, ma anche quello sociale. Si tratta di un sogno, ma non esiste un sogno se non si realizza!



La clownterapia verrà regolamentata: legge sul sorriso negli ospedali



Maria Fiorenza Di Gosta
Redattore Parlamento Magazine



Non possiamo promettere di guarire le persone, ma possiamo promettere di prenderci cura di loro". Con questo motto il medico e attivista statunitense Hunter Doherty "Patch" Adams porta avanti, dal 1981, l'ambizioso progetto di inserire risate, amore, gioia e fantasia nelle terapie mediche.

L'ottimismo ha quindi risvolti importanti sulla salute fisica, anche perché chi affronta le difficoltà della vita senza lasciarsi scoraggiare tende ad avere più cura per sé stesso e a praticare un regolare esercizio fisico.

Gli interventi di questo tipo sono oggi accettati anche dalla medicina ufficiale, soprattutto grazie ai risultati di numerosi studi che ne hanno dimostrato utilità ed efficacia, nonché spiegato i meccanismi fisiologici sottostanti. Quando ridiamo e siamo di buonumore, il nostro cervello è in grado di produrre endorfine, che riducono la sofferenza, favorendo una risposta ottimale di tutto l'organismo alla malattia e alle cure.

I clowns terapeutici sono professionisti che lavorano in vari contesti, come ospedali, case di cura, istituti per anziani, centri di riabilitazione e strutture per bambini con bisogni speciali.

La clownterapia, promossa da Patch Adams, integra umorismo e cure mediche per migliorare il benessere dei pazienti. Ridere stimola endorfine, riduce stress e favorisce la socializzazione. In Italia, diverse associazioni operano nel settore, mentre proposte di legge mirano a regolamentarla, garantendo personale qualificato e progetti di supporto. La risata diventa così uno strumento terapeutico prezioso.

Essi si impegnano a creare un ambiente rilassante e gioioso, utilizzando il loro senso dell'umorismo e la loro creatività per connettersi con i pazienti: muniti di naso rosso di plastica, camice bianco «personalizzato», abiti sgargianti, giochi di magia e attrezzatura da giocoleria, hanno invaso i reparti ospedalieri in ogni parte del mondo.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce il concetto di salute come: "stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non come semplice assenza di malattia": da ciò possiamo dedurre che il benessere fisico è strettamente connesso al benessere mentale e sociale.

La terapia del sorriso (descritta come "un intervento che promuove la salute

e il benessere attraverso la scoperta di una stimolazione ludica) riduce lo stress e l'ansia: i clowns terapeutici cercano di creare un ambiente rilassante e distensivo, fornendo momenti di svago e allegria ai pazienti; promuove il benessere emotivo: attraverso l'umorismo e la comicità, i clowns ospedalieri cercano di sollevare l'umore dei pazienti; favorisce la comunicazione e la socializzazione: i terapeuti si impegnano a stabilire un'interazione positiva con i pazienti, incoraggiando la comunicazione e la socializzazione, specialmente nelle situazioni in cui queste attività possono risultare difficili; migliora la qualità della vita delle persone affette da malattie, disabilità o in situazioni di disagio, offrendo momenti di gioia, leggerezza e connessione umana.

In Italia operano in quest'ambito alcune realtà associative, tra le quali si ricordano la Federazione nazionale clowndottori, fondata nel 2005, che riunisce 13 organizzazioni no profit che da anni operano in strutture sociosanitarie e ospedaliere su tutto il territorio italiano, e l'Associazione internazionale ridere per vivere, fondata nel 1995, con la finalità di applicare gli studi e le buone prassi della gelotologia (o Scienza del Sorriso), nuova disciplina al confine tra scienza ed arte che studia ed applica le potenzialità del ridere e delle buone emozioni in funzione di prevenzione (primaria e secondaria), riabilitazione, terapia, formazione.

L'esigenza di predisporre una «cornice» legislativa nazionale sulla clownterapia si riconnette all'obiettivo di evitare l'eccessiva discrezionalità, da parte dei direttori delle strutture, nel prevedere tale terapia: ciò genera inevitabilmente una situazione di disparità di trattamento tra coloro che ne possono usufruire e coloro che, invece, sono esclusi.

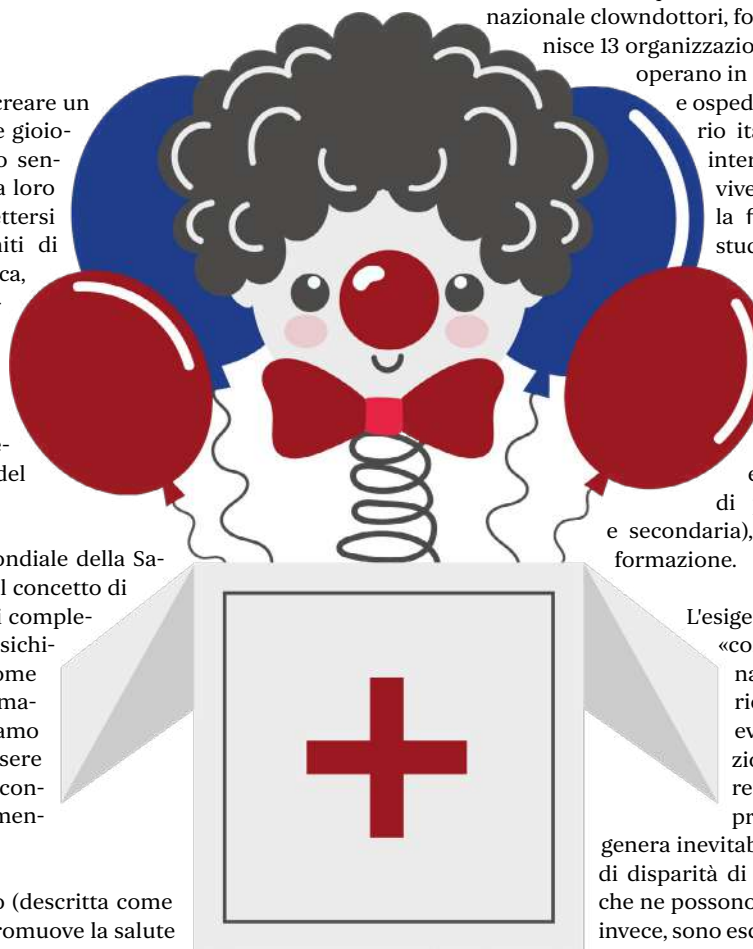
A tale scopo, sono in discussione alla Camera dei deputati, presso la XII Commissione Affari sociali in sede referente, alcune proposte di legge bipartisan (a firma Maiorano, Quartini e Girelli) che recano misure finalizzate al riconoscimento e alla promozione della clownterapia o "terapia del sorriso" nel percorso di trattamento dei malati, capace di dare sollievo ai degenti ospedalieri e di offrire sostegno a coloro che attraversano momenti di disagio e sofferenza causati dallo stato di infermità in cui versano: un trattamento in ambito sanitario a supporto, integrazione e completamento delle cure cliniche e terapeutiche.

Tra le varie disposizioni, gli interventi normativi suddetti forniscono le definizioni di «clownterapia» e «clown di corsia», delineando gli intenti e le finalità di riconoscimento e promozione della terapia stessa; prevedono, da parte delle regioni la garanzia della presenza del personale competente in ogni unità organizzativa di pediatria di ogni azienda ospedaliera o struttura sanitaria, nonché la promozione della formazione professionale del personale delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie e socio-assistenziali, unitamente a quello degli enti del Terzo settore, mediante appositi corsi di formazione teorico-pratici; stabiliscono l'emanazione di un bando annuale del Ministero della salute, avente la finalità di favorire progetti di clownterapia; istituiscono in ciascuna regione e provincia autonoma di un registro regionale dei soggetti che svolgono tale attività.

La Clown Therapy trasforma gli ambienti ospedalieri, all'apparenza freddi e cupi, in luoghi quasi "magici" dove è possibile far dimenticare, anche per un po', la quotidianità della vita ospedaliera, utilizzando la risata come potente antidolorifico. L'importanza di questa figura non è rivolta solo al paziente, ma anche a tutta la sua famiglia, proprio perché i miglioramenti del malato vengono vissuti e condivisi anche da coloro che lo circondano con amore e affetto.

Attraverso il sorriso viene comunicato un mondo di emozioni: un vero e proprio linguaggio che crea uno straordinario circolo virtuoso di emozioni positive.

Come giustamente affermava Jean Houston, "Al culmine della risata, l'universo si trasforma in un caleidoscopio di nuove opportunità".



Telemedicina e protezione dei dati: un passo avanti nella sanità digitale



Andrea Bisciglia

Cardiologo e responsabile osservatorio sanità digitale Fondazione Aidr

Il recente parere del Garante per la protezione dei dati personali sullo schema di decreto riguardante la disciplina dei trattamenti di dati personali nell'ambito della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT) segna un momento cruciale per l'evoluzione della sanità digitale in Italia. La telemedicina, un elemento chiave del PNRR, rappresenta un'opportunità senza precedenti per migliorare l'assistenza ai pazienti, in particolare a quelli con patologie croniche. Tuttavia, l'implementazione di tali tecnologie richiede un attento bilanciamento tra innovazione e tutela della privacy.

Il Garante ha evidenziato l'importanza di garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dal Regolamento (UE) 2016/679 e dal Codice della privacy. In questo contesto, la valutazione d'impatto sui trattamenti di dati, un elemento cruciale che era inizialmente mancante, è stata finalmente integrata nel processo. Questo rappresenta un passo avanti significativo per garantire che i diritti degli utenti siano salvaguardati e che le informazioni sensibili siano trattate con la massima cautela.

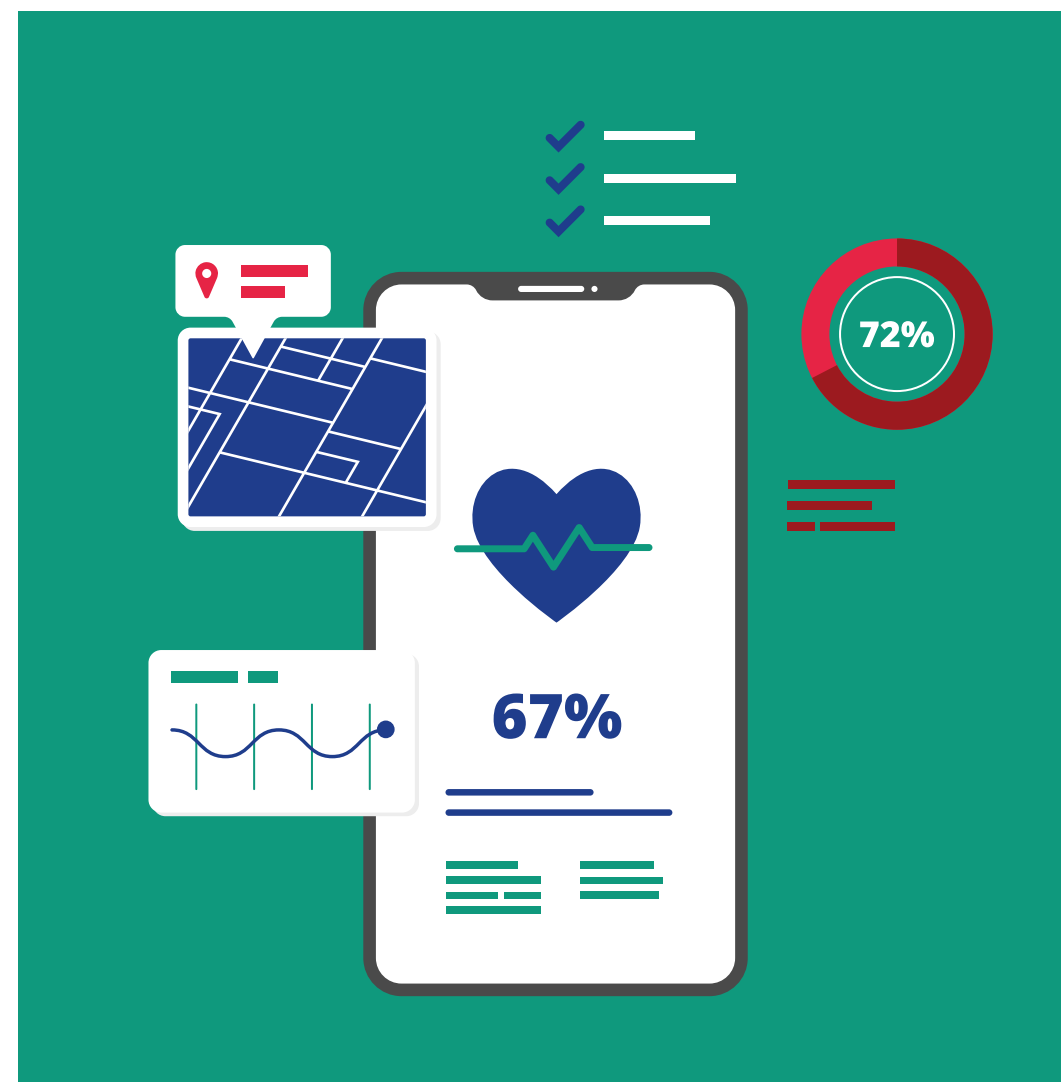
Il parere del Garante sottolinea l'equilibrio tra innovazione e tutela della privacy nella Piattaforma Nazionale di Telemedicina. Il decreto integra la valutazione d'impatto sui dati, aggiorna le linee guida per il Fascicolo Sanitario Elettronico e introduce misure di sicurezza avanzate per una sanità digitale trasparente.

Lo schema di decreto, composto da 19 articoli, offre una panoramica dettagliata della PNT e delle sue articolazioni, inclusa l'Infrastruttura Nazionale di Telemedicina (INT) e le Infrastrutture Regionali di Telemedicina (IRT). Tali infrastrutture sono progettate per fornire servizi di telemedicina che possano integrare le prestazioni sanitarie tradizionali, assicurando al contempo la protezione dei dati personali. È fondamentale che queste strutture possano operare in modo interoperabile, garantendo che i dati raccolti siano utilizzati solo per finalità di cura e assistenza, come previsto dalle nuove disposizioni. Un aspetto cruciale affrontato nel parere riguarda la modifica delle "Linee guida per i servizi di telemedicina", che devono ora considerare la nuova disciplina del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dell'Ecosistema Dati Sanitari (EDS). La necessità di aggiornare queste linee guida era stata sottolineata in precedenti comunicazioni, e lo schema di decreto sembra rispondere a questa esigenza, stabilendo regole chiare per il trattamento dei dati sanitari.

Un ulteriore punto saliente è l'attenzione dedicata alla trasparenza e alla comunicazione con gli utenti. Le informazioni sui trattamenti devono essere chiare e facilmente accessibili, consentendo agli

utenti di esercitare i propri diritti in maniera informata. È fondamentale che i pazienti comprendano come i loro dati saranno utilizzati e quali misure di sicurezza sono state implementate per proteggerli. Le misure di sicurezza, infatti, rivestono un ruolo centrale nello schema di decreto. È essenziale che le IRT e l'INT adottino protocolli rigorosi per garantire la sicurezza dei dati, prevenendo accessi non autorizzati e violazioni della privacy. L'implementazione di tecnologie avanzate, come la cifratura dei dati e sistemi di monitoraggio per la gestione degli incidenti, è fondamentale per proteggere le informazioni sensibili.

In conclusione, il parere del Garante rappresenta un passo avanti verso una sanità digitale più sicura e trasparente. La Piattaforma Nazionale di Telemedicina ha il potenziale di trasformare radicalmente il modo in cui forniamo assistenza sanitaria, ma è cruciale che tale trasformazione avvenga nel rispetto della privacy e della sicurezza dei dati. Solo così potremo garantire un futuro in cui l'innovazione tecnologica e la tutela dei diritti dei pazienti possano coesistere in armonia. La strada è tracciata, ora spetta a tutti noi percorrerla con responsabilità e attenzione.

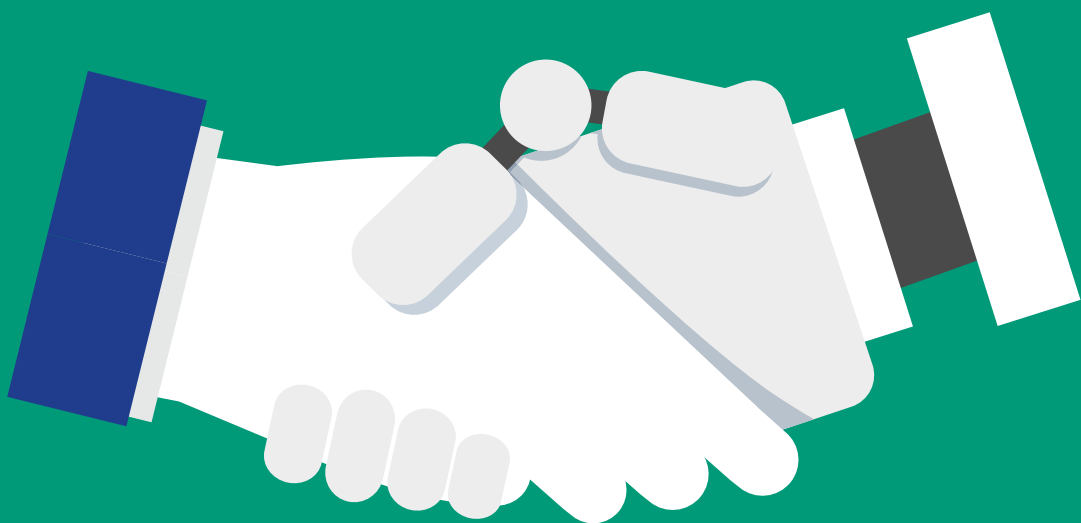


L'Intelligenza Artificiale per salvare il servizio sanitario nazionale



SIIAM

Società Italiana Intelligenza Artificiale in Medicina



MARZO 2025

ARTICOLI

Il SSN, pur contando su ingenti investimenti, fatica a soddisfare i bisogni sanitari, aggravati dall'invecchiamento e dalle patologie croniche. L'articolo analizza come l'adozione dell'intelligenza artificiale, inserita in un quadro normativo armonizzato, possa ottimizzare la gestione e rendere il sistema più efficiente e sostenibile.

Nonostante i 130 miliardi di finanziamento pubblico alla spesa sanitaria nel 2024 (7° Rapporto Gimbe), il sistema sanitario nazionale (SSN) non sembra riuscire ad esaudire i bisogni di salute della popolazione. La percezione diffusa è che per chi non ha soldi diventi sempre più difficile curarsi, come mostrato dalla crescita della spesa privata che sfiora i 46 Milioni nel 2023. Inoltre, l'andamento demografico della popolazione italiana, in particolare l'aumento di over 65, pone preoccupazioni circa le patologie croniche, le più diffuse e costose e, al contempo, le meno adatte ad essere gestite nel contesto ospedaliero. La sostenibilità del SSN vacilla e sembra necessitare di una riorganizzazione per fronteggiare l'evolversi della transizione demografica ed epidemiologica del nostro paese. Come spesso succede, i momenti di maggior criticità aprono a nuove opportunità di innovazione: tra queste, quella che appare più promettente è senza dubbio l'intelligenza artificiale (IA).

Infatti, l'IA promette di poter automatizzare ed ottimizzare a diversi livelli molte delle attività svolte nell'ambito del SSN, e non si tratta solo di applicazioni in aree cliniche più delicate da un punto di vista regolatorio ed etico quali la diagnosi, la prognosi, le scelte terapeutiche, e la gestione delle cronicità, ma anche di applicazioni nella programmazione sanitaria e nella gestione amministrativo-burocratica, dove l'IA può rappresentare uno strumento di efficientamento fondamentale. Auspicabilmente, le risorse economiche per investire in questa tecnologia saranno messe a disposizione dal programma InvestAI, che promette di stanziare oltre 200 Miliardi a livello europeo; tuttavia, queste, per quanto necessarie, non saranno sufficienti in assenza di una visione chiara e condivisa per creare le condizioni adeguate all'integrazione dell'IA

nel nostro SSN, in termini di cultura, digitalizzazione, interoperabilità e sviluppo di competenze trasversali.

Per discutere di introduzione e pieno sfruttamento dell'IA, è necessario considerare il quadro regolatorio applicabile, che soprattutto in sanità vede intrecciarsi numerose normative settoriali, nazionali e sovranazionali. In tale ambito, infatti, occorrerà rispettare il nuovo Regolamento 2024/1689 (AI Act), in particolare dal 2026/2027 i requisiti di prodotto ivi previsti per l'IA "ad alto rischio", il Regolamento 2017/745 (MDR) quando la stessa sia anche dispositivo medico, nonché, infine, la disciplina in materia di cybersicurezza. Inoltre, come prodotto connesso, ai sensi del Regolamento 2023/2854 (Data Act) l'IA dovrà essere realizzata "in modo tale che i dati (...) siano, per impostazione predefinita, accessibili all'utente", requisito che può richiedere un importante ripensamento dell'architettura del sistema, nonché bilanciamento con la tutela di segreti commerciali, ma che rappresenta un'opportunità per le strutture sanitarie, che da utilizzatori potranno avvalersi (a determinate condizioni) dei dati generali dall'uso dell'IA nella pratica clinica. In questo contesto normativo risulterà fondamentale fornire supporto agli operatori di settore nell'applicazione delle norme e ricercare un approccio quanto più armonizzato a livello europeo, e auspicabilmente internazionale.

Al tempo stesso, la ricerca e lo sviluppo nel campo dell'IA, per scongiurare il proliferare anche nel SSN di sistemi inaffidabili, richiedono ingenti investimenti da parte di privati esperti in sanità che tuttavia rischiano di essere dissuasi o persino bloccati da meccanismi di politica sanitaria eccessivamente restrittivi come quello del "Payback". In questo senso, è auspicabile dunque un'inversione di rotta normativa che restituisca fiducia nel settore, sostenga l'innovazione tecnologica e garantisca la miglior qualità possibile di assistenza sanitaria.

D'altra parte, fondamentale bussola valutativa per orientare la scelta di sistemi di IA da implementare nel SSN sarà lo sviluppo di adeguate procedure di Health Technology Assessment, che considerino non soltanto le prestazioni dell'IA, anche in termini di efficacia clinica, la sua sicurezza e affidabilità, ma anche la sua capacità di ridurre (spesso drasticamente) i costi della prestazione delle cure e, conseguentemente, migliorare il sistema sanitario nel

suo complesso e la qualità di vita del malato. Inoltre, l'ecosistema dell'intelligenza artificiale applicata al contesto sanitario si basa su un presupposto fondamentale e ineludibile: la disponibilità di dati strutturati, rappresentativi e di elevata qualità (e quantità). La carenza di tali risorse informative costituisce un impedimento intrinseco allo sviluppo di soluzioni predittive efficaci, rendendo imperativa una riconsiderazione profonda dell'attuale quadro normativo-regolatorio relativo alla circolazione delle informazioni sanitarie. Una maggiore attenzione allo scambio informativo, con particolare riferimento all'utilizzo secondario dei dati clinici (con finalità di ricerca), rappresenta una priorità strategica per garantire l'evoluzione di sistemi di supporto decisionale basati su evidenze.

Tale processo deve necessariamente contemplare l'implementazione di piattaforme digitali interoperabili e standard aperti che facilitino la condivisione transfrontaliera delle informazioni e favoriscano lo sviluppo di modelli predittivi più affidabili, superando le attuali frammentazioni (anche interne ai singoli Stati) che compromettono la continuità assistenziale e l'uniformità dei percorsi terapeutici.

In tale direzione si muove la strategia digitale dell'UE. Infatti, l'elaborazione di linee guida europee per la trasparenza algoritmica costituisce un elemento imprescindibile per garantire l'inter-

pretabilità dei processi computazionali e per prevenire bias discriminatori nei percorsi diagnostico-terapeutici. La verificabilità delle metodologie implementate rappresenta un prerequisito essenziale per l'accettabilità sociale dell'innovazione tecnologica in ambito sanitario.

Il consolidamento della fiducia dei cittadini nell'utilizzo finalizzato dei propri dati sanitari presuppone infatti lo sviluppo di un paradigma comunicativo incentrato sulla comprensibilità dei benefici tangibili derivanti dalla condivisione informativa.

E non solo; un percorso di alfabetizzazione che coinvolga l'intera comunità, dal medico al paziente, è quanto mai necessario. Infatti, considerato che l'IA modifica radicalmente il rapporto medico-paziente, basato su un dialogo umano caratterizzato da empatia, soprattutto quando utilizzata per suggerire piani terapeutici senza che i medici siano completamente in grado di comprendere come l'IA sia giunta alle sue conclusioni (o, ancora di più, nel caso di modelli black box, i cui processi interni rimangono nascosti, diventa cruciale che i medici siano adeguatamente formati per essere in grado di spiegare chiaramente ai pazienti il suo impatto sulle diagnosi e sui trattamenti. Includere competenze AI all'interno dei corsi universitari per l'accesso alle professioni sanitarie è, dunque, un elemento chiave. Inoltre, questi sviluppi obbligano a un potenziamento della AI literacy non solo

tra i professionisti sanitari, ma anche tra i cittadini. Un'opportunità concreta in questo senso è rappresentata dallo sviluppo di piattaforme di telemedicina basate sull'IA, che permettano un'assistenza remota più efficiente e personalizzata e che integrino strumenti per promuovere l'AI literacy insieme all'health literacy. Infatti, l'utilizzo dell'IA porta con sé un enorme potenziale anche per supportare i pazienti nel comprendere meglio la propria condizione e come gestire il proprio percorso di cura, potendo tradurre concetti medici complessi in un linguaggio semplice, e inserire elementi di gamification per incoraggiare il monitoraggio di parametri o l'aderenza ai piani terapeutici. Questi strumenti, inoltre, potrebbero ridurre le disparità territoriali e garantire un monitoraggio costante dei pazienti, facilitando l'accesso alle cure senza la necessità di spostamenti frequenti.

La sostenibilità del SSN richiede, infine, sinergie strutturate tra società scientifiche, enti di ricerca, industria e terzo settore. Le società mediche, come la Società Italiana di Intelligenza Artificiale in Medicina, svolgono un ruolo centrale nel ridefinire la struttura del SSN e il modo in cui le sue parti interagiscono tra loro. Università e ospedali di ricerca stanno creando percorsi formativi che integrano data science e pratica clinica come il programma MedTech dell'Università Cattolica di Roma, disegnando hub interdisciplinari dove medici collaborano con ingegneri per sviluppare strumenti IA allineati alle esigenze reali dei pazienti, come in centri di eccellenza come Humanitas. Le partnership pubblico-privato devono superare i tradizionali squilibri di competenze, combinando risorse tecnologiche industriali con l'expertise clinica del settore pubblico. Piattaforme cloud avanzate, sviluppate con centri di ricerca, permettono di estrarre valore dai dati sanitari delle Regioni, attraverso una governance che garantisca un controllo centralizzato.

Ambienti simulati e sicuri (sandbox) permettono di testare soluzioni innovative in contesti controllati, accelerando l'implementazione di strumenti come i gemelli digitali per la pianificazione ospedaliera, già sperimentati con successo in Lombardia.

Infine, il terzo settore gioca un ruolo cruciale, tramite programmi di patient advocacy per incorporare le preferenze dei cittadini nella progettazione algoritmica, mentre iniziative co-sviluppate con

pazienti cronici migliorano l'aderenza terapeutica. Per trasformare queste collaborazioni in un ecosistema permanente, servono dunque piattaforme dati interoperabili tra regioni, modelli di co-investimento che condividano rischi/benefici, nonché osservatori indipendenti per monitorare l'impatto delle nuove tecnologie. Solo attraverso questa integrazione multilivello l'IA potrà diventare colonna portante di un SSN resiliente, equo e centrato sul paziente.

Articolo di:

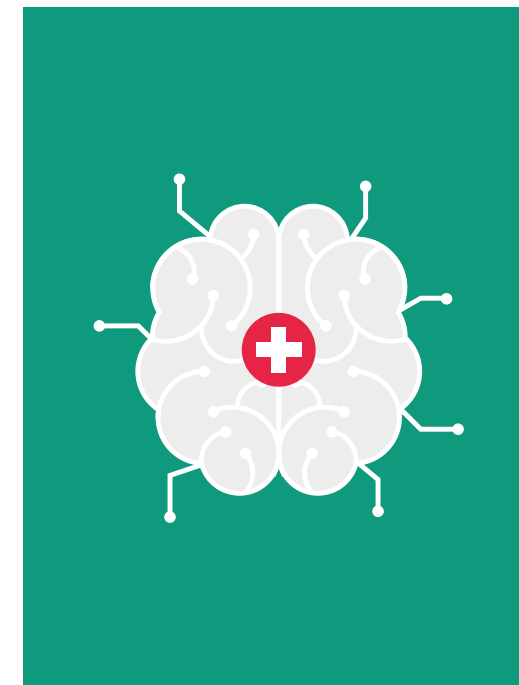
Luigi De Angelis
Presidente SIIAM

Francesco Andrea Causio
Vicepresidente SIIAM

Francesca Aurora Sacchi
Consiglio direttivo SIIAM

Noemi Conditì
socio SIIAM

Pierpaolo Di Maio
socio SIIAM



Sanità digitale e Intelligenza Artificiale: rivoluzione in atto



Mariangela Rulli

Alumni Scuola Politica vivere nella Comunità

La digitalizzazione e l'IA stanno trasformando la sanità, rendendola più efficiente e integrata. In Italia, la spesa per la sanità digitale ha raggiunto 2,2 miliardi di euro nel 2023, con una crescita del 22%. Il trend è in crescita, ma restano sfide cruciali come privacy, governance e collaborazione pubblico-privato, fondamentali per un'evoluzione sostenibile del settore.

La spinta verso l'innovazione tecnologica in Sanità ha trovato nella regolamentazione europea un ruolo chiave. Tra le iniziative più incisive, lo European Health Data Space (EHDS), un progetto strategico, che mira a costruire un ambiente sicuro e interoperabile per lo scambio dei dati sanitari tra i vari Stati membri: un vero e proprio sistema di collaborazione transnazionale, che si propone di superare le barriere esistenti nella condivisione dei dati, contribuendo ad elevare gli standard qualitativi dell'assistenza sanitaria.

Il progetto si inserisce in un contesto normativo più ampio nel quale rientra l'AI Act, il primo regolamento al mondo sull'intelligenza artificiale, che costituisce un significativo passo avanti nella disciplina della protezione dei dati sanitari. Sulla scia dell'implementazione normativa europea, l'Italia si è mossa velocemente e il DDL sull'IA approvato dal Consiglio dei Ministri lo scorso aprile, rappresenta la prima proposta legislativa che va ad adottare le disposizioni del regolamento europeo: al centro delle previsioni, anche l'integrazione dell'IA nel sistema sanitario, con un'attenzione particola-

re sia alle esigenze delle persone con disabilità, che ai temi inerenti l'ambito della ricerca.

Nonostante una rapida risposta, però, il disegno di legge italiano fatica a prendere forma, rimanendo in una fase di stallo e creando di fatto un divario tra la rapidità dell'evoluzione tecnologica e il lento aggiornamento del quadro normativo. Un'ambivalenza che trova al momento risposte nell'ambito di una serie di progetti nazionali nati proprio per spingere al massimo la digitalizzazione di settore.

Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha allocato infatti oltre 15 miliardi di euro alla Missione Salute, con una parte rilevante destinata alla digitalizzazione dei processi sanitari, al potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e all'innovazione dei modelli di assistenza. In questo contesto è nato il progetto della Piattaforma Nazionale di Telemedicina (PNT), che mira a garantire standard comuni ai servizi di telemedicina sviluppati dalle Regioni, oltre all'interoperabilità con il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE) e con l'Ecosistema dei Dati Sanitari (EDS). Uno scenario, composito e ancora tutto in evoluzione, finalizzato al raggiungimento di un unico obiettivo: creare un sistema sanitario sostenibile, in grado di rispondere tempestivamente alle esigenze dei cittadini e guidare il Paese verso una nuova era dell'assistenza sanitaria.

Per ottenere tale risultato, però, non basta disporre di infrastrutture solide e interoperabili, ma è fondamentale anche adottare una visione integrata che favorisca la sinergia tra pubblico e privato. E se è vero che nel pubblico sono già diversi gli esempi di applicazione efficace della tecnologia (si pensi ad esempio all'IRCCS Sant'Orsola, primo ospedale

pubblico in Europa a disporre di una tecnologia di AI nelle attività di diagnosi precoce di noduli ai polmoni, o al progetto #Reg4IA della Regione Liguria, capofila sul fronte dell'applicazione dell'IA per lo smaltimento delle liste d'attesa), è sul fronte dei player privati di settore che la tecnologia sta facendo passi da gigante. Sistemi di monitoraggio da remoto, strumenti per supportare il processo decisionale clinico e soluzioni di automazione volte a semplificare le procedure burocratiche quotidiane, sono oggi alleati fondamentali in ambito sanitario. Entrambi gli approcci, pur partendo da obiettivi differenti – il pubblico che punta su standardizzazione e accessibilità, il privato che guida l'innovazione centrata sul paziente – si completano a vicenda, offrendo un modello di sviluppo complementare. Tuttavia, la frammentazione del mercato e l'assenza di standard condivisi, rappresentano ancora un freno alla piena integrazione delle tecnologie, impedendo la nascita di un ecosistema sanitario omogeneo, sul quale sarà necessario un reale lavoro di costruzione di un partenariato solido.

Oltre a questo, sono diverse le sfide sulle quali sarà importante ragionare nel futuro prossimo, a partire dagli impatti etici che tali tecnologie avranno. Sviluppare sistemi verificabili in grado di mitigare bias e garantire equità e non discriminazione e definire in modo chiaro il ruolo dei sistemi automatizzati rispetto al giudizio clinico umano in caso di errore, sono solo alcuni degli aspetti fondamentali sui quali il legislatore sarà chiamato ad intervenire.

Un tema fondamentale sarà quello della protezione dei dati sanitari, in un'ottica di garanzia di un sistema sicuro, in grado di bilanciare l'interoperabilità dei sistemi, con la protezione delle informazioni più sensibili, così come quello di avere regolamentazioni flessibili e aggiornabili, capaci di proteggere i diritti dei cittadini senza ostacolare il progresso tecnologico. In questo senso, la rivoluzione in atto e dunque la possibilità di sfruttare appieno il potenziale delle tecnologie digitali nel prossimo futuro, troverà pieno compimento solo nella definizione di risposte univoche a questi temi.



Comunicare la sanità: tra innovazione e responsabilità



Chiara Gnocchi
Gruppo Scienza della
Vita FERPI



Alex Dell'Era
Gruppo Scienza della
Vita FERPI

In un'epoca di trasformazioni digitali e scientifiche, la comunicazione in sanità deve essere più che mai legata al concetto di Umanità. Nell'era dell'Umanesimo Digitale esploriamo come una comunicazione aperta, etica e accessibile sia essenziale per migliorare il rapporto con il paziente, per supportare l'innovazione e garantire decisioni consapevoli. Dalla lotta alla disinformazione alla centralità del paziente, un viaggio tra sfide e opportunità.

La sanità non è solo tecnologia, percorsi di cura e protocolli. È, prima di tutto, speranza di un futuro migliore in cui la scienza e la medicina possano migliorare e prolungare la vita delle persone. Tutto questo reso possibile attraverso un ecosistema di professionisti e individui, dove la fiducia rimane un valore cardine, fondamentale per garantire l'efficacia e il valore dello stesso sistema.

In questo contesto, la comunicazione può fare la differenza: trasformando la resistenza al cambiamento in apertura all'innovazione, la disinformazione in engagement e la diffidenza in affidabilità. Viviamo sicuramente in un'era di sovraccarico informativo; ogni giorno siamo esposti a migliaia di notizie, a volte contrastanti, con il rischio di chiara confusione.

La ricerca di informazioni sanitarie online è di fatto ormai una prassi diffusa, ma la qualità delle fonti non è sempre verificata.

Se da un lato questo fenomeno sottolinea l'urgenza di una comunicazione efficace e autorevole, dall'altro mostra come l'informazione non corretta possa mettere a rischio la salute pubblica.

In un contesto in cui il paziente è più esposto all'informazione non sempre mediata da uno specialista, comprendere il proprio percorso diagnostico-terapeutico può rappresentare un percorso tra molte informazioni, a volte frammentate, e magari in contrasto tra loro.

Sicuramente è da ricordare il ruolo fondamentale che gli specialisti in ambito sanitario devono mantenere come primo punto di riferimento dei pazienti.

Ma i professionisti della comunicazione nelle Scienze della Vita possono giocare un ruolo cruciale. Soprattutto nella costruzione di quella fiducia tra medico e pazienti.

Non si tratta solo di "diffondere informazioni", ma di costruire un dialogo che renda la scienza comprensibile, inclusiva e orientata al bene comune e coadiuvare un sistema di fiducia nei confronti della scienza e degli interlocutori che la trattano e la gestiscono.

La comunicazione ha oggi la responsabilità di comunicare in modo chiaro e affidabile, con un linguaggio che sia scientificamente rigoroso ma anche accessibile. Il paziente e l'eticità devono essere al centro, non solo delle cure, ma anche della narrazione sanitaria. Un esempio virtuoso è quello delle campagne di sensibilizzazione della preven-

zione, dove un approccio basato su dati scientifici e storytelling ha contribuito ad un aumento significativo delle percentuali di adesione ai programmi di screening e quindi delle diagnosi precoci. Il punto di partenza è sicuramente comprendere i bisogni e le preoccupazioni dei pazienti, capire quali sono i gaps informativi per poi rendere le informazioni comprensibili e personalizzate, costruendo un dialogo. Ma un approccio bidirezionale potrebbe non essere sufficiente.

A fronte della complessità dell'ecosistema sanitario è necessario essere inclusivi, (coinvolgendo gli stessi rappresentanti dei pazienti, il terzo settore, aziende, istituzioni e società scientifiche) per una comunicazione corale ed etica dei professionisti della comunicazione nelle Scienze della Vita.

La digital health sta ridefinendo il modo in cui la sanità verrà raccontata e percepita. Tuttavia, l'adozione tecnologica senza una strategia comunicativa rischia di creare barriere invece di abbatterle. Al e realtà virtuale, ad esempio, stanno rivoluzionando la formazione medica e il dialogo con i pazienti, agevolando percorsi di cura personalizzati. Ma affinché la tecnologia rappresenti un potenziamento del valore del rapporto tra medico e paziente, occorre uno sforzo comune di conoscenza, di abilitazione tecnica ma anche una narrazione chiara e contestualizzata, a favore di un futuro migliore. La comunicazione sanitaria non può essere solo uno strumento di informazione: deve essere un atto di cura, deve costruire fiducia e abbattere le barriere. Deve creare il giusto terreno per abilitare un rapporto ancestrale tra medico e paziente.

Il futuro della sanità non sarà fatto solo di nuove scoperte, ma anche di nuove modalità di raccontarle.

“La sanità non è solo tecnologia, percorsi di cura e protocolli. È, prima di tutto, speranza di un futuro migliore in cui la scienza e la medicina possano migliorare e prolungare la vita delle persone.”

ne → Rubriche → Ru

→ Rubriche → Rubric



RUBRICHE

DENTRO LE ISTITUZIONI

Staff parlamentare per la qualità della democrazia



José De Falco

Presidente dell'Associazione Italiana dei Collaboratori Parlamentari - AICP

Se il personale politico tende ad operare sotto i riflettori, com'è normale che sia in una democrazia rappresentativa improntata a logiche di accountability, molto più discreta è l'azione del personale di staff, chiamato ad operare alle dirette dipendenze dell'organo politico, con molteplici funzioni: dalla consulenza tecnica alla predisposizione degli atti, dalla mera segreteria alla comunicazione politica ed istituzionale.

Il personale di diretta collaborazione, chiamato a svolgere funzioni di staff e cioè finalizzate a consentire al titolare della carica politica di adempiere alle proprie attività istituzionali, si differenzia nettamente non solo dal personale delle pubbliche amministrazioni che si occupa del procedimento amministrativo propriamente inteso o dell'erogazione di servizi rivolti ai cittadini - le cosiddette funzioni di line - ma anche dallo stesso organo politico con il quale interagisce: non è eletto ed è quindi svincolato dal circuito della rappresentanza e della conseguente responsabilità politica che discende dalla carica rappresentativa, ma svolge comunque un ruolo cruciale nell'elaborazione delle linee di intervento e dell'attività istituzionale.

Il personale di staff opera in tutti i livelli di gover-

Ciascun parlamentare è chiamato, nello svolgimento del suo mandato, a concorrere alla attività del parlamento attraverso la funzione legislativa, quella d'indirizzo politico e di controllo dell'attività del governo. Per farlo in modo autonomo e competente è indispensabile avvalersi di collaboratori di fiducia specializzati, persone poco note al grande pubblico, ma essenziali alla qualità e efficacia della istituzione parlamentare.

no - europeo, nazionale, regionale e locale - e per tutte le cariche politiche intese nel significato più estensivo del termine: dalle assemblee rappresentative agli organi di governo. Si pensi, in particolare, al governo centrale, in relazione al quale la legge prevede che ministri, viceministri e sottosegretari possano avvalersi, nell'esercizio delle rispettive funzioni di natura politico-amministrativa, di uffici di diretta collaborazione composti da personale scelto direttamente - e su base fiduciaria - dai titolari della carica: si tratta delle segreterie particolari, dell'ufficio di gabinetto, dell'ufficio legislativo, dell'ufficio stampa e comunicazione e così via.

Presso le assemblee legislative il fenomeno assume dimensioni ancora più ampie: tutta la struttura amministrativa delle Camere risponde alle logiche del personale di staff, ma solo una piccola parte di coloro che operano alle dirette dipendenze dei componenti di Camera e Senato viene designata direttamente, per nomina diretta, dai titolari della carica (componenti delle segreterie particolari, uffici studi, uffici stampa, uffici legislativi).

L'importanza del personale di staff, al di là del ruolo volta per volta assunto, è aumentata considerevolmente negli ultimi anni ed è destinata ad aumentare ancora nel prossimo futuro anche in ragione della notevole complessità di temi e problemi con i quali la politica è chiamata a confrontarsi. Dai



temi economici a quelli istituzionali, dai temi etici a quelli climatici o ambientali, dalla politica estera alla sfera sanitaria: nessuno è onnisciente e l'attività di consulenza diviene indispensabile per consentire al titolare di una carica istituzionale di operare con il dovuto discernimento.

Si pensi, a titolo d'esempio, alle sfide con le quali saremo chiamati a confrontarsi nei prossimi anni in relazione al tema climatico: la riduzione progressiva della dipendenza dai combustibili fossili richiede misure incisive che toccano l'industria, l'agricoltura, il trasporto privato, ma anche la sfera urbanistica con l'esigenza di efficientamento degli edifici: tutte sfide che richiedono competenze elevate e trasversali e che impongono alla classe politica di farsi affiancare dai migliori consulenti di cui il nostro Paese dispone.

La recente riforma costituzionale, modificando gli articoli 56 e 57 della Costituzione ha determinato la riduzione del numero dei parlamentari passando da 630 a 400 deputati e da 315 a 200 senatori, impone un ripensamento generale dell'articolazione degli staff di supporto del singolo parlamentare al fine di rafforzarne e garantirne l'effettivo e pieno esercizio delle prerogative parlamentari.

Prerogative che, è bene ricordarlo, non si esauriscono nella sola funzione legislativa ma interessano tutti gli atti di indirizzo e di controllo dell'attivi-

tà del governo. In considerazione di tale processo, anche al fine di investire sulla qualità della nostra democrazia e sulle competenze umane e professionali dei lavoratori, spesso giovani ed altamente qualificati, l'introduzione di una regolamentazione sul modello del parlamento europeo, tra tutti quello più strutturato in materia, non è più rinviabile.

L'Associazione Italiana Collaboratori Parlamentari (AICP) è nata con l'obiettivo di favorire l'introduzione di una regolamentazione chiara e trasparente della figura professionale del collaboratore parlamentare, al pari di quanto avviene nelle principali Assemblee europee e nel parlamento europeo. Questo obiettivo, oltre alla dimensione di tutela dei lavoratori interessati, si inquadra in un contesto più ampio e nobile che interessa direttamente la qualità della nostra democrazia.

S'inaugura con questo numero, uno spazio a cura di AICP che, con spigolature e riflessioni maturate sul campo da membri dell'associazione, colleghi e esperti che operano nel circuito istituzionale governo-parlamento, intende offrire ai lettori di Parlamento Magazine uno spaccato dell'istituzione parlamentare in divenire dando conto delle sfide, punti di forza, limiti e prospettive di riforma che il parlamento, cuore pulsante - in perenne fibrillazione - della democrazia è destinato ad affrontare per non smarrire sé stesso.

RUBRICHE

L'EUROPA

L'Unione e la sfida della salute: mai più gli errori dell'emergenza Covid



Aldo Patriciello
Europarlamentare, Membro
Commissione per la sanità
pubblica (SANT)

Nel corso della mia lunga esperienza come parlamentare europeo ho imparato indubbiamente molte cose, ma su tutte una: far tesoro degli errori e imparare a non ripeterli. Ecco perché ho ritenuto un atto di buonsenso e di lungimiranza politica la volontà del Parlamento europeo di istituire per la prima volta una Commissione che si occupasse esclusivamente di salute e dei temi ad essa collegati.

Per quanto possa sembrare strano, infatti, finora il tema salute era marginalmente trattato all'interno della Commissione Ambiente e nel corso dell'ultima legislatura attraverso la creazione di una sottocommissione specifica della Commissione Ambiente. Gli effetti più visibili e dannosi di questa scelta li abbiamo toccati con mano, purtroppo, nel corso della drammatica emergenza Covid. A farne le spese è stata la nostra capacità di coordinamento e risposta; di uniformare le decisioni e le scelte degli Stati membri e, in definitiva, di far fronte comune davanti ad una delle crisi sanitarie più gravi da quando esiste l'Unione Europea.

Aver creato una Commissione ad hoc - di cui mi onoro di far parte - rappresenta quindi un segna-

L'Unione Europea ha imparato dagli errori della pandemia Covid, istituendo una Commissione dedicata alla salute per garantire coordinamento e risposte efficaci. Il Programma di Salute dell'UE promuove la prevenzione e l'innovazione, ma servono maggiori investimenti. La salute mentale, la formazione sanitaria e la ricerca sono priorità, mentre la cooperazione internazionale è essenziale per affrontare le sfide future.

le tangibile di come il tema della salute rivesta un ruolo sempre più centrale nelle politiche europee. E menomale, verrebbe da dire.

Perché la salute è un diritto fondamentale, nonché un elemento cruciale per la qualità della vita di tutti noi. In un'Unione Europea che si propone di essere un faro di diritti e opportunità, è essenziale che le politiche sanitarie siano al centro delle nostre azioni.

Negli ultimi anni, abbiamo assistito a sfide senza precedenti nel settore della salute: oltre alla già citata pandemia di COVID-19, penso alle crescenti minacce legate alle malattie croniche e alle disuguaglianze sanitarie. In risposta a queste sfide, l'Unione Europea ha il merito di avere adottato un approccio integrato e coordinato, con un unico obiettivo, cioè quello di garantire che tutti i cittadini europei abbiano accesso a cure sanitarie di alta qualità.

Uno dei principali strumenti a nostra disposizione è il Programma di Salute dell'Unione Europea, che promuove la cooperazione tra gli Stati membri e sostiene iniziative volte a migliorare la salute pubblica. Attraverso questo programma, abbiamo

potuto affrontare questioni cruciali come la prevenzione delle malattie, la promozione della salute mentale e la lotta contro le epidemie. Eppure tutto ciò non basta. Serve molto di più.

Sarà fondamentale nei prossimi anni, infatti, continuare a investire in questi ambiti, affinché possiamo costruire un'Europa più sana e resiliente.

Inoltre, la Commissione Europea ha lanciato l'Unione europea della Salute, un'iniziativa che punta a rafforzare la preparazione e la risposta alle crisi sanitarie. Questo progetto non solo ci aiuta a rispondere meglio a situazioni di emergenza, ma promuove anche la ricerca e l'innovazione nel settore sanitario. Il futuro arriva quando impareremo a pensarlo e programmarlo.

È essenziale, quindi, continuare a sostenere la ricerca scientifica e a garantire che i risultati siano accessibili a tutti, affinché ogni cittadino possa beneficiare dei progressi della medicina.

Salute, innovazione e ricerca, dicevamo. Questi tre elementi sono interconnessi in maniera indissolubile e rappresentano non solo una sfida, ma anche un'opportunità straordinaria per il nostro continente e per il mondo intero.

Negli ultimi anni, abbiamo assistito a rapidi progressi scientifici e tecnologici che hanno trasformato il panorama della salute. Tuttavia, le sfide rimangono significative. Le malattie croniche, le pandemie e l'invecchiamento della popolazione sono solo alcune delle questioni che richiedono la nostra attenzione.

In questo contesto, l'innovazione gioca un ruolo chiave. Dobbiamo investire in ricerca e sviluppo per promuovere nuove tecnologie e trattamenti senza però commettere l'errore di pensare che le biotecnologie, la telemedicina e l'intelligenza artificiale siano le sole aree in cui possiamo fare progressi significativi.

Dobbiamo avere il coraggio di guardare oltre. Di assecondare i nostri migliori talenti per fare in modo che ogni innovazione, in tema salute, sia in grado non solo di migliorare la qualità della vita dei nostri cittadini, ma anche di contribuire a ridurre i costi sanitari a lungo termine. Una sfida, questa, a cui nessun Governo può e deve sottrarsi. Tuttavia è chiaro a tutti che l'innovazione non possa avvenire in un vuoto. È essenziale che creiamo un ambien-

te favorevole alla ricerca. Ciò significa sostenere le collaborazioni tra università, istituti di ricerca e settore privato. Dobbiamo promuovere la condivisione delle conoscenze e delle risorse, affinché le idee migliori possano emergere e tradursi in soluzioni pratiche.

Senza dimenticare un aspetto tanto importante quanto sottovalutato: la formazione.

Il sapere è ciò che da sempre ha mosso il mondo, così come lo conosciamo oggi. Occorre investire senza se e senza ma nella formazione dei professionisti della salute, affinché siano pronti ad affrontare le sfide del futuro.

La formazione continua e l'aggiornamento delle competenze sono essenziali per garantire che il nostro personale sanitario sia equipaggiato per utilizzare le nuove tecnologie e affrontare le malattie emergenti.

Inoltre, non possiamo dimenticare l'importanza della salute mentale. La pandemia ha messo in evidenza quanto sia fondamentale prestare attenzione al benessere psicologico dei nostri cittadini. Dobbiamo integrare la salute mentale nei nostri sistemi sanitari e garantire che le risorse siano disponibili per chi ne ha bisogno.

Infine, ma non ultimo per importanza, mi piace sottolineare l'importanza della cooperazione internazionale. Le sfide sanitarie non conoscono confini e richiedono una risposta globale. Dobbiamo lavorare insieme con i nostri partner internazionali per affrontare le pandemie, condividere le migliori pratiche e garantire che le innovazioni siano accessibili a tutti. Solo così sapremo vincere le sfide del futuro.

In conclusione, il quinquennio 2024-2029 rappresenta un'opportunità unica per affrontare le sfide della salute attraverso l'innovazione e la ricerca. Insieme, possiamo costruire un futuro in cui ogni cittadino europeo possa godere di una vita sana e produttiva. Non c'è un'altra strada: è nostro dovere lavorare instancabilmente per realizzare questa visione.

Un lavoro che sia il frutto dell'essenza della nostra Unione, che fonda sulla condivisione e la solidarietà la sua stessa ragion d'essere. Solo così potremo costruire un'Europa più forte, coesa e solidale.

RUBRICHE

L'EUROPA

Verso una nuova era nella gestione dei farmaci critici: lezioni da una pandemia e prospettive future



Michele Picaro
Europarlamentare, Membro
Commissione per la sanità
pubblica (SANT)

L'articolo esplora le recenti revisioni del Regolamento Sanitario Internazionale (IHR) e il loro impatto sulle politiche dell'Unione Europea riguardo i medicinali critici, con uno sguardo approfondito alle sfide poste dalle normative ambientali e alla necessità di una produzione più autonoma e sostenibile.

Il Regolamento Sanitario Internazionale, adottato nel 2005 sotto l'egida dell'OMS, è sempre stato più di un semplice accordo; è un baluardo contro le minacce alla salute globale. Tuttavia, la pandemia di Covid-19 ha messo in luce le sue lacune, spingendo a una revisione profonda, basata su una visione solidale e attenta alle nuove sfide sanitarie mondiali.

Nel marzo del 2022, l'Unione Europea, attraverso la Commissione, ha ricevuto il mandato dal Consiglio di partecipare attivamente alla riformulazione degli IHR. L'anno successivo, le modifiche proposte sono state accolte con approvazione universale durante l'assemblea dell'OMS. Tra le novità più rilevanti, vi è l'introduzione di una definizione più incisiva di "emergenza pandemica", oltre alla creazione di strutture di coordinamento finanziario e di un comitato esecutivo, volti a cementare i principi di uguaglianza e cooperazione tra gli stati.

Un fulcro di questa revisione è stato il rinnovato focus sulla resilienza delle catene di approvvigio-

namiento per i prodotti sanitari essenziali. La crisi scatenata dal virus ha drammaticamente evidenziato quanto siano fragili queste catene, dipendenti com'è l'Europa da materie prime e componenti manifatturiere esterne. I casi delle mascherine, prive di materiali come il TNT e gli elastici, sono emblematici: nonostante gli investimenti per la riconversione industriale, la mancanza di accesso a risorse fondamentali ha reso vani gli sforzi.

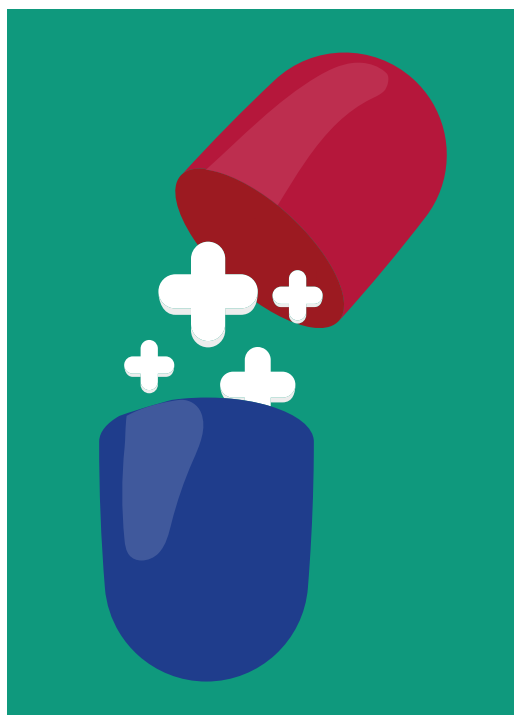
Questo problema si estende al campo dei farmaci critici, di cui il 90% è costituito da generici, con una produzione su suolo europeo spesso svantaggiata economicamente. Le recenti normative ambientali, come quelle sul trattamento delle acque reflue, hanno ulteriormente aggravato il quadro, incrementando i costi produttivi fino all'80%, e mettendo a dura prova la competitività delle nostre industrie farmaceutiche.

È imperativo, quindi, che le politiche europee non si limitino a incrementare il finanziamento dell'industria farmaceutica, ma che promuovano un sistema integrato di produzione autonoma di

principi attivi e di gestione delle emergenze. Questo approccio non solo potrebbe mitigare la nostra dipendenza da fornitori non europei, ma anche stimolare l'innovazione all'interno del nostro continente.

Con il Critical Medicines Act si è tentato di affrontare queste sfide, ma sorge il timore che possa duplicare regolamenti esistenti senza colpire al cuore il problema strutturale delle forniture. La strada verso la soluzione è complessa e richiede una strategia ben orchestrata, che tenga conto delle lezioni apprese e guardi con audacia verso il futuro.

Per questo, la revisione degli IHR e le nuove politiche dell'Unione Europea devono essere viste non solo come una risposta alle crisi passate, ma come un impegno proattivo per una salute globale più sicura e una maggiore indipendenza europea nell'ambito sanitario. Solo attraverso un dialogo continuo e una collaborazione efficace tra gli stati membri e le istituzioni internazionali, potremo aspirare a un futuro in cui ogni crisi possa essere gestita con rapidità e equità.



RUBRICHE

AMERICA

Il diritto alla salute fra Italia e Stati Uniti: ripensare la spesa sanitaria come un investimento



Francesca Aurora Sacchi
Science Policy and Global Corporate
Public Policy Coordinator Sanofi

L'Italia, con un sistema sanitario universalistico, garantisce il diritto alla salute, ma le lunghe liste d'attesa e le risorse limitate rendono difficile l'accesso alle cure. Negli Stati Uniti, nonostante la leadership nell'innovazione, l'accesso alle cure è disuguale a causa della mancanza di copertura universale e dei costi elevati. L'Italia potrebbe trarre vantaggio dall'approccio americano alla ricerca, pur mantenendo il sistema pubblico, poiché investire in sanità favorisce anche crescita economica e occupazione.

Efpia). Oggi, gli USA conducono il 46% della ricerca e sviluppo globale nel life sciences, essendo ormai i leader nella ricerca medica. Quindi, i cittadini statunitensi che possono permettersi le cure hanno spesso accesso a trattamenti innovativi e di prima

L'articolo 32 della Costituzione italiana stabilisce chiaramente che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Sulla base di questo principio, l'Italia ha costruito un sistema sanitario universalistico, accessibile a tutti. Tuttavia, oggi il diritto alla salute dei cittadini è sempre più sotto pressione: infatti, circa il 7,6% degli italiani nel 2023 ha dovuto rinunciare a cure mediche, un dato in crescita rispetto all'anno precedente. Il principale ostacolo? Le lunghe liste d'attesa, che rendono la sanità pubblica teoricamente accessibile, ma spesso difficile da fruire nella pratica.

Negli Stati Uniti, la situazione potrebbe sembrare molto diversa. Infatti, il sistema sanitario statunitense si distingue sicuramente nel campo dell'innovazione, grazie a politiche che hanno sempre favorito la ricerca e sviluppo (R&S). Per esempio, basti pensare che tra il 1990 e il 2019 gli investimenti in R&S sono aumentati quasi cinque volte in Europa e quasi dieci volte negli Stati Uniti (dati

qualità, all'interno di un ecosistema orientato alla scoperta di nuove terapie. Nel confronto tra i due sistemi, però, sono alcuni dati a colpire di più: l'Italia ambisce a garantire cure a tutti ma fatica a sostenere il sistema, seppur con una spesa sanitaria tra le più basse d'Europa, pari all'8,9% del PIL. Gli Stati Uniti, al contrario, spendono in sanità circa il 17,1% del PIL. Tuttavia, nonostante questa maggiore spesa, gli USA non riescono a ottenere risultati superiori: l'aspettativa di vita è di 76,4 anni, sette anni in meno rispetto all'Italia.

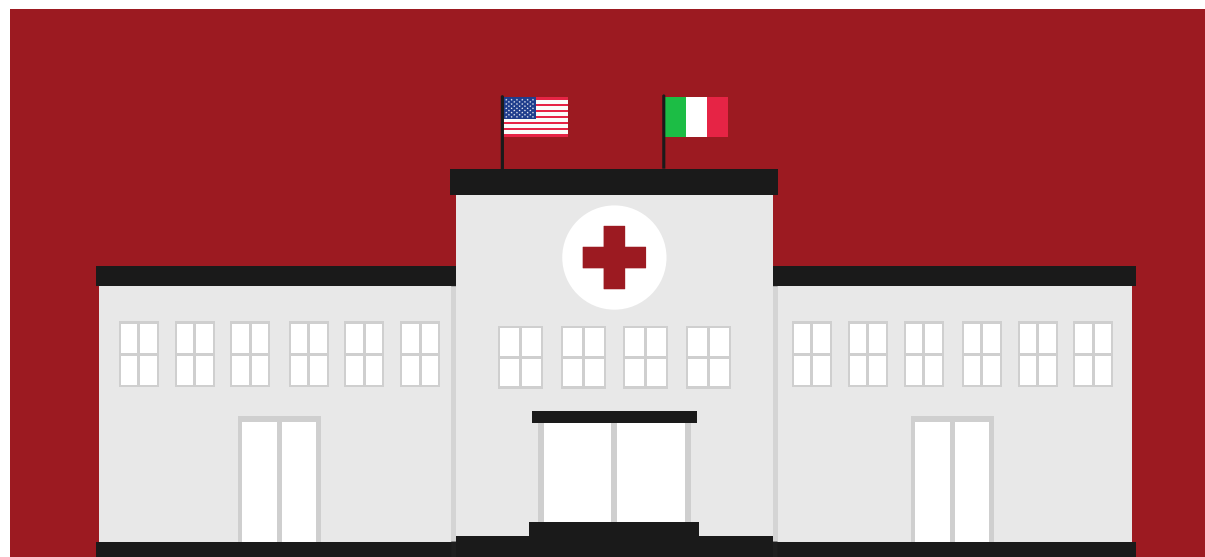
La situazione USA può essere brevemente analizzata. Serve innanzitutto ricordare che negli USA il diritto alla salute non è sancito dalla Costituzione (mentre il diritto alle armi sì). Infatti, gli USA sono ancora l'unico Paese sviluppato a non garantire una copertura sanitaria universale, e ciò comporta che chi non ha un'assicurazione privata, che è spesso anche molto costosa, rischia di non potersi curare. Inoltre, proprio l'intero sistema sanitario statunitense, guidato fondamentalmente da logiche di mercato e con una fortissima prevalenza di operatori privati, ha comportato un aumento dei prezzi di ogni servizio medico, rendendola, di fatto, la sanità più costosa del mondo. Nel 2023, ben 26 milioni di americani, circa l'8% della popolazione, sono rimasti senza copertura sanitaria, e c'è chi potrebbe comunque considerarlo un successo, visto che si tratta di uno dei valori più bassi registrati nella storia. E, sebbene esistano i programmi fede-

rali Medicare e Medicaid per aiutare gli anziani e le fasce di reddito più basse, la realtà americana è che l'accesso alle cure resta limitato, con molti americani che ritardano l'acquisto dei farmaci o evitano di rivolgersi al medico perché non assicurati o assicurati per un livello insufficiente a coprire tutte le spese. Ci sono quindi alcune conclusioni che possono essere tratte guardando all'altra sponda dell'oceano. In primis, l'Italia potrebbe sicuramente prendere spunto dal sistema statunitense soprattutto nell'ambito dell'innovazione e della ricerca scientifica. Il modello americano dimostra infatti come investimenti consistenti permettano di accelerare la creazione di nuove tecnologie e farmaci, favorendo lo sviluppo di trattamenti medici innovativi e di terapie avanzate che possono poi essere messi a disposizione dei cittadini.

Tuttavia, un'ulteriore importantissima lezione che arriva dagli Stati Uniti è che non dobbiamo mai dare per scontato il diritto alla salute e l'importanza di salvaguardare l'accesso universale alle cure, poiché, quando queste diventano un privilegio anziché un diritto fondamentale, il costo viene pagato dall'intera società. In ogni caso, qualunque sia il modello adottato, è importante anche ripensare interamente il concetto di spesa sanitaria, che non dovrebbe essere visto come un peso da tagliare, ma come un investimento da efficientare, esattamente come già avviene per la ricerca e sviluppo. Infatti, la spesa sanitaria pubblica in un modello efficiente genera un impatto positivo nell'intera infrastruttura socioeconomica della nazione, grazie ai suoi effetti positivi sull'economia, l'occupazione, l'innovazione, la ricerca e la coesione sociale. Difatti, gli studi suggeriscono che ogni euro speso per l'assistenza sanitaria preventiva genera un ritorno di 14 euro per l'economia sanitaria e sociale, mentre l'immunizzazione e la vaccinazione degli adulti restituisce alla società 19 volte l'investimento iniziale.

Investire in sanità, dunque, non significa solo garantire un diritto fondamentale ai cittadini. Significa anche aumentarne l'aspettativa e qualità della vita, generare occupazione e mettere i cittadini in condizione di lavorare, promuovere l'innovazione e l'economia, ed evitare, infine, ben più ingenti spese future.

Le opinioni espresse si riferiscono esclusivamente all'autrice e non sono riferibili all'organizzazione di appartenenza.



La lobby del bene, recensione del saggio “Il follemente corretto”



Lorenzo Della Corte
Giornalista



La recente elezione alla Casa Bianca di Donald Trump ha riaperto le discussioni in merito alle ragioni e alle derive della cultura woke. In Italia sul tema vi è una florida letteratura e, in questo concerto di analisi e confronti, si inserisce il saggio del sociologo Luca Ricolfi “Il follemente corretto. L’inclusione che esclude e l’ascesa della nuova élite”, edito da La Nave di Teseo. Riconoscendo la virtù del principio e stigmatizzando le derive degli eccessi, Ricolfi ha voluto sistematizzare il fenomeno prima attraverso una classificazione di esempi empirici, per poi andare a delineare – non tanto per quel che è, ma per quel che fa – la nuova categoria sociale che egli ha definito del «follemente corretto».

La comunicazione e la mediazione tra gli interessi di soggetti distinti sono le fondamenta sulle quali poggia il vivere comune. Nel corso del Novecento, il compito di mediazione tra le plurime istanze della società civile è stato svolto, quantomeno in Italia, maggiormente dai grandi partiti di massa i quali, attraverso un’opera di sintesi degli umori della società, cercavano di bilanciare le molteplici istanze della cittadinanza.

Venendo meno il ruolo dei partiti politici, ormai da qualche decennio, la mediazione tra società civile e

politica è assolta da nuovi corpi intermedi che, grazie a questa erosione di potere, hanno avuto l’opportunità non solo di rappresentare direttamente i propri interessi al decisore politico al quale, in una democrazia pluralista, è dato l’onere e l’onore di dover ponderare le diverse istanze in favore dell’interesse nazionale, ma anche di essere essi stessi gli alfieri di nuove iniziative politiche e sociali.

In questo nuovo contesto sociopolitico, dove l’attenzione sui temi di impatto sociale ed ambientale è molto alta, non è più sufficiente per i gruppi di interesse strutturare un solido rapporto relazionale unicamente con il decisore politico, ma è necessario allargare il consenso intorno ai propri obiettivi. Questo cambio di paradigma è sorto da un nuovo modello di partecipazione alla decisione politica che non coinvolge più unicamente i classici attori istituzionali, ovvero: decisori pubblici, autorità locali, associazioni di categoria, sindacati, gruppi di interesse o di pressione, ma che è condizionato da nuovi “movimenti connettivi”, ovvero realtà interattive che si strutturano estemporaneamente su alcuni temi predeterminati e che non richiedono alcuna responsabilità o identificazione prolungata, in quanto agiscono su obiettivi peculiari e circoscritti nel tempo.

Uno dei principali movimenti di opinione che più sono riusciti a penetrare e condizionare il discorso pubblico è, da qualche decennio a questa parte – soprattutto nel mondo anglosassone –, la “cultura





woke”, ossia, un movimento che, nato con i migliori propositi di giustizia sociale ed inclusività negli anni '70, nel corso del tempo ha visto l'emersione di alcune derive inaspettatamente intransigenti.

L'ideologia woke è l'evoluzione del fenomeno del “politicamente corretto”, ovvero quella che è stata definita da Luca Ricolfi come una «politica degli eufemismi», sviluppatasi con l'intento di edulcorare il linguaggio comune, cercando di avvalorare le rivendicazioni sociali del movimento per i diritti civili.

Quel che nasceva come elemento di inclusione, sensibilizzazione e tutela nei confronti dei soggetti più deboli però, nel corso degli anni, si è trasformato in un movimento che, in nome di una pretesa superiorità morale, si è arrogato il diritto di definire il giusto e l'errato, aprendo a derive pericolose tanto sul piano sociale quanto su quello intellettuale. Sulle ragioni e sulle derive della cultura woke vi è una florida letteratura, soprattutto tra gli intellettuali anglosassoni e francesi. In Italia il tema è molto dibattuto sulle pagine dei quotidiani nazionali e, in questo concerto di analisi e confronti, si inserisce il saggio del sociologo Luca Ricolfi Il follemente corretto. L'inclusione che esclude e l'ascesa della nuova élite, edito da La Nave di Teseo.

Nel suo saggio Ricolfi, riconoscendo la virtù del principio e stigmatizzando le derive degli eccessi, ha voluto sistematizzare il fenomeno prima attraverso una classificazione di esempi empirici, per poi andare a delineare – non tanto per quel che è, ma per quel che fa – la nuova categoria sociale che egli ha definito del «follemente corretto».

Nell'analisi della metamorfosi del politicamente corretto in follemente corretto, Ricolfi ha riconosciuto al fenomeno una proteiformità che non permette una definizione statica e, pertanto, muovendo dalla necessità di classificare il movimento, si è cimentato a rispondere non tanto all'interrogativo su che cos'è il follemente corretto, bensì sul come funziona e quali sono le ragioni del suo successo, oltre a rintracciare le cause delle sue degenerazioni.

Per assolvere a questo intento, il sociologo si è prodigato attraverso una certissima fenomenologia dei principali e più emblematici casi di follemente corretto: dalle assurde censure delle «vestali della Neolingua» in ambiti scientifici (l'avversione della cultura woke per le “nanotecnologie”), alla celebrazione della giustizia sociale anche a danno della ricerca accademica, fino ad una completa e grottesca sterilizzazione del linguaggio che si trasforma, impropriamente, altresì nell'utilizzo inadeguato

del suffisso greco -fobia tradotto in odio in vece di paura. Secondo Ricolfi, l'espansione dell'ideologia woke all'interno delle università, delle istituzioni culturali, nei media e nelle aziende è stata, ed è, foriera di un «drammatico impoverimento della lingua» e di una «severa censura in ogni campo dell'arte», oltre ad aver comportato viepiù un'evidente penalizzazione del merito.

Terminata la classificazione empirica, il sociologo torinese si è prodigato nell'analisi delle cause che hanno permesso una così florida e variegata diffusione dell'ideologia woke. Per Ricolfi, prendendo in prestito la celebre formula di McLuhan «il medium è il messaggio», il successo del follemente corretto è dovuto, principalmente, ai modi di funzionamento dei nuovi media. Difatti, in seguito alla rivoluzione tecnologica che ha visto una prima importante diffusione dei social media, si è sviluppato un nuovo universo mediale nel quale chiunque può essere l'incipit di un processo mediatico che può condurre, se non correttamente perimetrato e gestito, anche a forme di “gogna mediatica”.

Questa era, caratterizzata da quel che Ricolfi ha definito «iperlancilottismo», diviene il paradiso degli attivisti che «possono – senza alcuna delega o legittimazione alle spalle – far decollare campagne

di ogni tipo, contro qualsiasi bersaglio o a favore di qualsiasi cosa». La pretesa universalità dei propositi sostenuti dalle cosiddette «lobby del Bene» diviene, dunque, uno degli aspetti più perniciosi della metamorfosi del politicamente corretto in follemente corretto poiché, seguendo inclinazioni totalitarie, le lobby del Bene hanno, sempre in base agli studi promossi da Ricolfi, l'ardire di «autopercepirsi e autorappresentarsi non come gruppi di pressione che agiscono a tutela dei legittimi ma circoscritti interessi di determinate categorie, bensì come paladini di cause di valore universale, che chiunque avrebbe il dovere morale di sottoscrivere». Questa pretesa universalità, figlia di una primauté culturale, genera nuove fratture sociali, allontanando la nuova élite dalle necessità dei ceti popolari.

In definitiva, il saggio di Ricolfi offre una prospettiva interpretativa critica di un fenomeno pervasivo e tentacolare, dando nuovi spunti di riflessione ai molti che, come per esempio Quagliariello e Ruini nel loro saggio Un'altra libertà. Contro i profeti del paradiso in terra, si interrogano sul valore della libertà e del vivere sociale: «ma davvero la libertà dell'uomo consiste nel trasformare ogni desiderio in diritto esigibile per andare oltre sé stesso?»

RUBRICHE

ARTE

La “Lezione di anatomia del dottor Tulp”



Brigida Mascitti
Storica e critica d'arte

Il dipinto, realizzato nel 1632 da Rembrandt - il più grande artista del “periodo d'oro” della storia dell'arte olandese - è certamente tra i più noti del pittore. Gli fu commissionato dalla Gilda dei Medici di Amsterdam e rappresenta il professor Nicolaes Tulp, presidente della medesima corporazione di chirurghi e titolare della locale cattedra di anatomia, mentre esegue la dissezione pubblica del corpo di un giustiziato del quale, grazie ai documenti dell'epoca, conosciamo l'identità: si tratta di Adrian Adriaenszoon detto “Het Kindt”, rapinatore catturato e portato nella prigione di Utrecht dove, nel tentativo di fuggire, ferì gravemente la guardia carceraria e fu condannato per questo all'impiccagione nel gennaio del 1632.

Assieme a loro conosciamo gli altri sette medici presenti, i cui nomi sono scritti su un libro tenuto in mano da un assistente; sono colti dall'artista in tutto il loro stupore, ribrezzo e curiosità nella visione dell'autopsia, così come sottolineato magnificamente dall'illuminazione della scena, che conferisce al dipinto un'atmosfera assolutamente unica. Nello specifico, il dottor Tulp è ritratto nel momento in cui espone agli astanti il funzionamento dei tendini del braccio sinistro del cadavere; per

maggiore comprensione, li afferra con delle grosse pinze, e, con la mano sinistra, mima il movimento delle dita, reso possibile dai tendini stessi. Con il distacco caratteristico dello scienziato, del medico “moderno”, illustra il sistema nervoso e muscolare dell'uomo. Il nostro pittore ne sottolinea l'alta posizione sociale raffigurandolo con un cappello poiché, all'epoca, avere il privilegio di indossare un cappello al chiuso, era segno di appartenenza all'alta società. Un'interessante peculiarità dell'opera è inoltre il principio del taglio autoptico effettuato a partire dall'avambraccio e non già - secondo i canoni medievali delle dissezioni pubbliche che duravano alcuni giorni - dall'addome, per poi proseguire attraverso torace e cranio, e, soltanto alla fine, interessare gli arti. Tale dissezione dell'avambraccio può dunque essere collegata con la teoria di Andreas Vesalius, che rivoluzionò l'anatomia umana, descrivendo l'avambraccio e la mano come il “principale strumento medico”, teoria che, un secolo dopo, Tulp acquisì con la finalità di essere considerato il Vesalio del suo tempo. Nei secoli XVI e XVII infatti, quando venivano condotte pubbliche autopsie, il presidente della Gilda dei chirurghi aveva il compito di spiegare che lo studio dell'anatomia era la via per conoscere Dio, considerando la mano come testimonianza più prossima della presenza dello stesso “Creatore” nell'uomo e Tulp, con buona probabilità, fece sue queste nozioni. Ciò

spiegherebbe anche una certa allusione religiosa del quadro, ossia il credere che, come il Signore aveva guidato il popolo, nel senso di aver fatto eseguire al popolo la sua volontà, così i tendini della mano fossero capaci di guidare le dita.

Il committente dunque, con buona probabilità, decise di far adottare al pittore l'idea convenzionale per la quale la scienza del suo tempo doveva dimostrare il potere di Dio sull'uomo, nonostante, proprio nel XVII secolo, si ebbe in Europa una notevole svolta nell'attività curativa - tra nuovo spirito di osservazione e farmacologia sperimentale - dal momento che, a spese del popolo, sorsero i primi moderni ospedali che andarono a sostituire le vecchie strutture ospedaliere medievali e che molto avevano perso in fatto di terapie e strumentazioni rispetto a quelle strutture mediche e curative che avevano caratterizzato la classicità. Nonostante in quest'opera giovanile - non scevra di alcuni errori

nella descrizione dell'anatomia umana che fanno pensare al fatto che l'artista non fosse stato realmente presente al momento dell'autopsia - Rembrandt mostri ancora un approccio scientifico, in cui l'elemento dominante è la piena comprensione del dato naturale disinvoltamente utilizzato per descrivere la scena, l'artista presta al contempo un'attenzione particolare agli effetti chiaroscurali della luce, analizzando sorprendentemente le differenti reazioni psicologiche degli spettatori e realizzando così un capolavoro del genere del ritratto collettivo. Inusuale nell'opera è infine la scelta di mostrare completamente il cadavere senza coprire testa e occhi, ma ponendo questi ultimi appena in ombra per mezzo del vestito di uno dei testimoni all'autopsia: ciò sembrò all'epoca quasi una provocazione, dal momento che Rembrandt giocava sul contrasto tra luce ed oscurità, quasi a voler mostrare l'ombra stessa della morte.



Rembrandt, Lezione di anatomia del dottor Tulp, olio su tela, 1632, Museo Mauritshuis, Aia

→ → → **Firme**

Le firme di Parlamento Magazine

Gianluca Ansalone

Head of Public Affairs & Sustainability di Novartis Italia

Head of Public Affairs & Sustainability di Novartis Italia. In passato ha svolto numerosi incarichi istituzionali presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Senato della Repubblica e la Presidenza della Repubblica. E' autore di numerosi volumi e articoli sui temi della geopolitica, della sicurezza e delle relazioni internazionali.

Matteo Bassetti

Direttore della Clinica Malattie Infettive del Policlinico San Martino di Genova e Professore Ordinario di Malattie Infettive presso l'Università di Genova

Direttore della Clinica malattie infettive dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova, professore ordinario di malattie infettive all'università di Genova. Direttore del Dipartimento regionale integrato di malattie infettive e della Scuola di Specializzazione in malattie infettive e tropicali. Presidente della Società Italiana di Terapia Antiinfettiva e portavoce dell'Italian Scientists Association, coordina il Consiglio Superiore della sanità ligure dal 2024. Commendatore al Merito della Repubblica Italiana. Autore di oltre 1000 articoli pubblicati su riviste internazionali con più di 50000 citazioni e un hindex di 112, il più alto in Italia per le malattie infettive.

Marzia Bilotta

Vice Presidente Associazione Italian Politics

Commercialista, laureata in Economia e Commercio con specializzazioni in Economia Aziendale e Marketing. Fin da piccola appassionata di politica, ha curato numerose campagne elettorali, nazionali e amministrative, come campaign manager. Significativa l'esperienza nel Consiglio Regionale della Campania dove ha lavorato nello staff del Presidente per due legislature. Trasferita a Roma nel 2013 ha proseguito il suo percorso professionale e sviluppato un forte interesse per le relazioni istituzionali. In ANCI comunicare dal 2016 si occupa di marketing istituzionale, associativo, eventi e pubbliche relazioni. Presidente del Think Tank Il Salotto di cui è fondatrice. La sua grande passione è l'equitazione, che le ha insegnato il valore della responsabilità e del sacrificio.

Andrea Bisciglia

Cardiologo e responsabile osservatorio sanità digitale Fondazione Aidr

Ha conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Roma "La Sapienza" nel luglio 2003. In seguito, ha proseguito il percorso formativo specializzandosi in Cardiologia, completando la specializzazione con lode nel novembre 2008 sempre presso "La Sapienza". Parallelamente, nel 2007 ha ampliato le mie competenze conseguendo un Master di 2° livello in Imaging Cardiologico. Dal 2011, ricopre il ruolo di Dirigente Medico presso la U.O.C. di Emodinamica dell'Azienda Complesso Ospedaliero San Filippo Neri di Roma.

José De Falco

Presidente dell'Associazione Italiana dei Collaboratori Parlamentari - AICP

Avvocato esperto di diritto d'Assemblea, dottore di ricerca in diritto costituzionale, ha maturato una specifica esperienza nel settore legislativo-parlamentare sia presso l'Ufficio legislativo del Ministero dell'Ambiente (settore atti parlamentari e sindacato ispettivo), sia come funzionario addetto agli affari istituzionali e legislativi per europarlamentari, deputati, senatori e consiglieri regionali. Dal 2018 è Presidente dell'Associazione Italiana dei Collaboratori Parlamentari - AICP.

Giuseppe De Lucia

Presidente Associazione Italian Politics

Presidente di Italian Politics, si occupa di relazioni pubbliche da più di venti anni e lavora presso un importante gruppo del settore delle telecomunicazioni in Italia. Appassionato di politica fin da giovane, ha avuto, durante questo percorso, la possibilità di curare diverse campagne elettorali e ricoprire il ruolo di assistente parlamentare presso il Parlamento Europeo. Dal 2013 è socio della FERPI (Federazione Relazioni Pubbliche Italiane) e dopo aver ricoperto il ruolo di delegato regionale del Lazio per due mandati (2016 e 2019) è attualmente consigliere nazionale con delega alla regolamentazione della rappresentanza degli interessi.

Lorenzo Della Corte

Giornalista

Laureato in Scienze della Politica alla Sapienza e diplomando al Master di II livello in Comunicazione e Marketing politico ed istituzionale alla Luiss School of Government, è Corporate Communication & Pr Manager di Zotec Solar ed è stato, dal 2021 al 2023, Responsabile della Segreteria di Presidenza di Data Stampa. Giornalista pubblicista, appassionato di politica, marketing politico, geopolitica ed energia, collabora con TPI, La Ragione, BeeMagazine.

Alex Dell'Era e Chiara Gnocchi

Gruppo Scienza della Vita FERPI

Inseriti da Forbes tra i "100 volti della Comunicazione" e co-fondatori del gruppo "Scienze della Vita" di FERPI, sono esperti di comunicazione sanitaria e strategia nel settore Life Science. Sviluppano progetti di divulgazione scientifica, corporate communication e innovazione tecnologica con un approccio etico e centrato sul paziente, promuovendo un dialogo aperto ed inclusivo tra industria, istituzioni, terzo settore e professionisti della salute per un progresso votato al bene comune.

Le firme di Parlamento Magazine

Maria Fiorenza Di Gosta

Esperta in diritto parlamentare e coordinatore Public Affairs Consenso Europa

Esperta in diritto parlamentare. Dalla XIV alla XVIII Legislatura, ricopre il ruolo di funzionario Responsabile commissioni area istituzionale. Da marzo 2023 è Coordinatore Public Affairs presso Consenso Europa. Cultrice di istituzioni di diritto romano, dal 2003 al 2010, presso la facoltà di Giurisprudenza della Sapienza. Nella sua formazione si segnalano corsi di tecnica legislativa e monitoraggio normativo, gestione dell'attività parlamentare, comunicazione e consulenza politica, coaching e public speaking. Ha collaborato alla redazione del Codice delle leggi elettorali, oltre ad aver scritto per alcuni anni sul Corriere di Roma.

Stefano Giovannardi

Amministratore Delegato di Curasept

CEO di Curasept S.p.A, azienda leader dell'Oral Care in farmacia, presente in 40 paesi nel mondo. Laureato in Chimica e Tecnologie Farmaceutiche, dopo una breve esperienza in farmacia entra come Direttore Commerciale in un'azienda di prodotti per l'igiene orale, contribuendo all'introduzione nel mercato italiano della clorexidina. Nel 1989 entra in Parke-Davies come Direttore Vendite e Marketing dell'Oral Care, per poi unirsi a Warner Wellcome per occuparsi del lancio di famosi brand quali Actifed, Actigrip e Mylicon. Dopo esperienze in Warner Lambert e Pfizer, fonda con altri imprenditori nel 2001 la Curaden Healthcare, oggi Curasept S.p.A.

Dario Guido

Vice President Health & Medical Equipment di Samsung Electronics Italia

Vice President Health & Medical Equipment di Samsung Electronics Italia. Dopo importanti esperienze professionali in aziende come Toshiba Medical Systems, Hewlett & Packard Medical Division e Philips Medical Systems, nel 2013 approda in Samsung come Head of Health & Medical Equipment Division. Dario Guido ha seguito diversi percorsi formativi e di specializzazione: presso la Thomas Jefferson University, la SDA Bocconi e la Harvard Business School.

Imane Jelמוש

Membro della Redazione Parlamento Magazine

Laureata in Scienze Politiche e Relazioni Internazionali presso L.U.I.S.S. Guido Carli. Diplomata in Project management presso la Business school del Sole24ore e in procinto di conseguire il diploma di Master di II livello in Geopolitica e Sicurezza Globale presso ateneo Sapienza. Impegnata, da oltre dieci anni in progetti in materia di pari opportunità, immigrazione e diritto di asilo di Ministero dell'Interno, U.N.H.C.R. e Commissioni territoriali, in ambito Public Affairs e project management. Oggi ricopre il ruolo di specialista Affari Istituzionali per Open Fiber in qualità di coordinatrice.

Nicoletta Luppi

Presidente e Amministratrice Delegata di MSD Italia

Dopo una laurea cum laude all'Università La Sapienza e l'MBA presso la LUISS di Roma, nel 1993 inizia la sua carriera in MSD, coprendo negli anni diversi ruoli con crescenti responsabilità fino a diventare, nel 2015, Presidente e AD di MSD Italia, prima donna in assoluto a ricoprire il ruolo all'interno dell'affiliata italiana della Multinazionale Farmaceutica Merck & Co. Tra i premi ricevuti: "Premio Minerva-Donna D'Eccellenza" (2017), Fortune "Pharma Businessperson of the Year (2019)", è tra i 100 Top Manager di Forbes e nella Top10 Fortune Businessperson of the Year (2021), tra le "FORBES 100 Winning Women" (2022), "Regenerative Leader" dal Marketing Institute del Dr. Philip Kotler (2024). Dal 2020 è nel Board di Vaccines Europe, dal 2021 nel Board di Aspen Italia e dal 2023 è nel Comitato Esecutivo di JA Italia. Dal 2022 al 2024 è Vice Presidente di Farindustria e Presidente del Gruppo delle Aziende Farmaceutiche Americane. Dal 2017 è testimonial di AMREF e dal 2024 è "Ambassador in Pink" per la Susan G. Komen Association.

Vincenzo Manfredi

Direttore Responsabile Parlamento Magazine

Direttore Responsabile di Parlamento Magazine. Relatore pubblico e comunicatore, esperto di public affairs, lobby e corporate social responsibility. Ha iniziato la sua carriera nel settore finanziario dove ha guidato attività di corporate identity, stakeholder engagement, advocacy e sostenibilità in primari gruppi bancari italiani. Public Policy e Advocacy Director di As-soholding e Public Affairs Director della società di consulenza strategica G2R Consulting. È Adjunct Professor al Master in Comunicazione e Marketing Politico e Istituzionale, della Luiss School of Government, responsabile del modulo Public Affairs e Advocacy. So-cio professionista della Federazione Relazioni Pubbliche Italiana, è il Direttore Scientifico di FerpiLab, think tank della FERPI.

Le firme di Parlamento Magazine

Francesco Marchionni

Consigliere di Presidenza del Consiglio Nazionale dei Giovani

Board Member del Consiglio Nazionale dei Giovani con delega a Salute e Benessere. Fondatore del progetto WELL-FARE (2022), è anche Board Member del Club Project Management del Politecnico di Milano. Project Manager ed Esperto in Progetti Europei per KoS srls, di cui è socio, ha curato il progetto di Parma Capitale Europea dei Giovani 2027. Co-fondatore e PM di EuLabTEC, incubatore di Valori Sociali Europei, lavora su strategie di sostenibilità, innovazione e politiche giovanili a livello europeo.

Franco Marinangeli

Direttore della Scuola di Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore dell'Università degli Studi dell'Aquila

Professore Ordinario di Anestesia e Rianimazione e Direttore della Scuola di Specializzazione di Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore dell'Università degli Studi dell'Aquila. Direttore della UOC di Anestesia, Rianimazione, Terapia del Dolore e Cure Palliative, Ospedale San Salvatore, L'Aquila. Direttore del Dipartimento di Emergenza e Accettazione della ASL 1 Abruzzo. Già membro della commissione tecnica del Ministero della Salute per l'applicazione della legge 38/2010.

Brigida Mascitti

Storica e critica d'arte

Storica e critica d'arte, specializzata in scultura del Novecento storico. Autore di numerosi volumi, saggi ed articoli scientifici, esercita la libera professione in qualità di curatore, organizzatore ed ufficio stampa di mostre ed eventi d'arte. E' altresì valutatore esperto di opere d'arte contemporanea ed archivistica per privati ed istituzioni.

Jessica Nardin

Government Affairs & Policy Director Incyte Italia

Ha lavorato per oltre 4 anni presso le istituzioni europee e dal 2015 ricopre ruoli di crescente responsabilità all'interno delle funzioni di Public Affairs e relazioni istituzionali di aziende multinazionali che operano in settori altamente regolamentati. Oggi guida il dipartimento di Government Affairs & Policy nell'affiliata italiana di Incyte, dove è responsabile della definizione e dell'implementazione di strategie di Public Affairs finalizzate alla creazione di partnership con i decisori pubblici. È consigliere del Direttivo dell'associazione Biopharma Network. Una laurea in Lingue per il Commercio estero e una specializzazione in Relazioni internazionali, ha perfezionato la propria formazione presso la London School of Economics & Political Science dove ha conseguito executive master in Public Policy e un Essential MBA.

Matteo Nevi

Direttore Generale Assosistema

Direttore Generale dal 2018 di Assosistema Confindustria, associazione di rappresentanza del sistema Confindustriale per le imprese manifatturiere e dei servizi che operano nel settore Sanitario, Turistico e della Sicurezza sul lavoro. Specializzato in Relazioni Industriali, Appalti Pubblici e Green Procurement è membro del CDA della Fondazione Scuola Nazionale dei Servizi, organo di formazione anche per la PA, e rappresenta le imprese a livello istituzionale in Italia ed in Europa attraverso due associazioni, ETSA ed ESF

Giuseppe Nicolò

Medico Psichiatra Psicoterapeuta, Direttore Dipartimento Salute Mentale Asl Roma 5

Medico psichiatra. Inizia a lavorare nel SSN nel 1993 e si occupa di psichiatria territoriale, di assistenza ai pazienti complessi e del trattamento dei gravi disturbi di personalità. Dal 2007 è Direttore di Struttura Complessa e Direttore di Dipartimento presso l'Asl Roma 5. Ha aperto i primi centri ADHD per adulti del Lazio. Da circa un anno e mezzo è stato nominato coordinatore Vicario del tavolo tecnico nazionale Salute Mentale e autore di numerosi manuali e articoli scientifici su riviste internazionali. Docente a contratto all'Università Lumsa e alla Sapienza di Roma, dove insegna psichiatria forense e psicoterapia.

Le firme di Parlamento Magazine

Monsignor S.E. Vincenzo Paglia

Presidente della Pontificia Accademia per la Vita

È nato a Boville Ernica, il 21 aprile 1945. Si è laureato in teologia presso l'Università Lateranense; È stato ordinato sacerdote il 15 marzo 1970 a Roma. Il 2 aprile del 2000 è stato ordinato Vescovo di Terni. Dagli anni '70 è Assistente Ecclesiastico Generale della Comunità di Sant'Egidio. Il 26 giugno 2012 Papa Benedetto XVI lo ha elevato alla dignità di Arcivescovo e lo ha nominato presidente del Pontificio Consiglio per la Famiglia. Il 15 agosto 2016 papa Francesco lo ha nominato Presidente della Pontificia Accademia per la Vita e dal 2024 è presidente della Fondazione Età Grande.

Gabriele Pelissero

Presidente Nazionale AIOP

Laureato in Medicina e Chirurgia nell'anno 1974 presso l'Università degli Studi di Pavia. Specialista in Igiene e Medicina Preventiva e Specialista in Medicina del Lavoro presso l'Università degli Studi di Pavia. Dall'Anno Accademico 1991-1992 Professore Associato e poi Professore Ordinario di Igiene e Organizzazione Sanitaria presso l'Università degli Studi di Pavia. È attualmente Professore Emerito di Igiene e ha incarichi direttivi a livello nazionale nelle seguenti Istituzioni: Presidente del Cluster Lombardo di Scienze della Vita; Member of the board of directors dell'European Union of Private Hospitals (UEHP); Vice Presidente Nazionale della Associazione Nazionale Medici di Direzione Ospedaliera (ANMDO); Presidente Fondazione Sanità Futura.

Andrea Piccioli

Direttore Generale Istituto Superiore di Sanità

Chirurgo ortopedico, è Direttore Generale dell'Istituto Superiore di Sanità dal 2019, dal 2021 membro del Consiglio Superiore di Sanità. Già Direttore dell'Ufficio III della Programmazione del Ministero della salute. Esperto riconosciuto nell'ambito dell'oncologia del sistema muscolo-scheletrico, con lunga frequenza presso il Memorial Sloan-Kettering di New York. Segretario Nazionale della Società Italiana di Ortopedia e Traumatologia per oltre 12 anni. Ufficiale medico di complemento della Marina Militare ha partecipato all'operazione K-Force nel 1999 in Kosovo. Insignito nel 1999 della Croce commemorativa per la missione militare di pace nell'ambito della risoluzione ONU 1244/99 a favore della pacificazione nella ex-Jugoslavia. Insignito nel 2016 della Medaglia d'Argento al Merito di Marina. È stato Presidente del Nucleo di valutazione e verifica degli investimenti pubblici del Ministero della Salute. Nel 2023 a Washington viene insignito del U.N.I.C.O. National Special Achievement Award: "For succeeding in the highest level of his profession while demonstrating leadership honour and the commitment to excellence" insieme ad Anthony Fauci. Nel 2023 insignito dal Presidente della Repubblica della Medaglia d'oro ai Benemeriti della Salute pubblica.

Giuseppe Razzano

Segretario Generale Italian Politics

Laureo in Tecniche Sanitarie di Laboratorio Biomedico alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Master in E-Government e E-Management nella Pubblica Amministrazione, in Diritto e Contrattualistica d'Impresa e in Principi e metodi Storico-Filosofici del Diritto. Giornalista pubblicista. Si occupa di Comunicazione e Sviluppo di Servizi Digitali per Smart City. È nel CdA del Consorzio ASI di Caserta. Già Senatore Accademico, Presidente del Consiglio degli Studenti, Responsabile Nazionale della Comunicazione dei Giovani del Partito Democratico, Capo Segreteria di Europarlamentare, Consigliere Comunale e candidato alle elezioni regionali in Campania.

Mariangela Rulli

Alumni Scuola Politica vivere nella Comunità

Capo delle Relazioni Istituzionali di Docplanner (in Italia MioDottore), il primo Gruppo di HealthTech della Sanità Privata in Europa e America Latina. Laureata in Giurisprudenza e specializzata in Lobbying e drafting legislativo, inizia il percorso professionale nell'ufficio Relazioni Istituzionali di Roche Italia, approdando successivamente in Comin & Partners, primaria società di consulenza di settore. Dal giugno 2020 e nei tre anni e mezzo successivi è stata a capo dell'Area Public Affairs di EGUALIA, l'associazione nazionale di categoria che rappresenta il comparto dell'industria dei farmaci generici equivalenti, biosimilari e Value Added.

Francesca Aurora Sacchi

Science Policy and Global Corporate Public Policy Coordinator Sanofi

Basata a Boston (USA), è specializzata nell'analisi delle questioni di public policy che influenzano la ricerca e lo sviluppo biofarmaceutico, e si occupa di advocacy e di sviluppo di posizioni aziendali sui key policy issues. In passato, è stata consulente per le attività di Public Affairs per sei delle dieci compagnie farmaceutiche più grandi al mondo, ed è stata legal advisor per il Presidente dell'Intergruppo parlamentare sull'Intelligenza Artificiale e per vari parlamentari. È presidente e cofondatrice di Generazione Itaca, associazione giovanile no profit di sviluppo policy. Ricopre attualmente il ruolo di Science Policy and Global Corporate Public Policy Coordinator in Sanofi.

Le firme di Parlamento Magazine

Gabriele Sani

Direttore della UOC di Psichiatria e d'Urgenza della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS

Professore Ordinario di Psichiatria dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma e Direttore della UOC di Psichiatria e d'Urgenza della Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS. Laureato e specializzato alla Sapienza, dove è diventato Professore Associato, ha lavorato come psichiatra presso l'Ospedale Sant'Andrea di Roma fino al 2019. Partecipa attivamente alla principali Società scientifiche psichiatriche, è Presidente della Sezione Lazio della Società Italiana di Psichiatria.

Valter Santilli

Già Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa presso "La Sapienza" Università di Roma

È stato Professore Ordinario di Medicina Fisica e Riabilitativa presso "La Sapienza" Università di Roma, Direttore dell'UOC di Medicina Fisica e Riabilitativa al Policlinico Umberto I e della Scuola di Specializzazione in Medicina Fisica e Riabilitazione. Ha ricoperto ruoli di rilievo come membro del Consiglio Superiore di Sanità e primario presso IRCCS Santa Lucia e CTO di Roma. Autore di circa 200 pubblicazioni, ha all'attivo oltre 500 congressi e ha coordinato progetti nazionali, contribuendo in maniera significativa alla ricerca scientifica in ambito medico.

Roberta Venturi

Responsabile delle relazioni istituzionali per l'Osservatorio Malattie Rare - OMaR

Avvocato esperto in diritto sanitario e farmaceutico. Attualmente è Responsabile delle relazioni istituzionali per l'Osservatorio Malattie Rare - OMaR. Il suo interesse per le malattie rare nasce già durante il percorso accademico, culminando in una tesi sulle cure compassionevoli. Nel corso degli anni ha consolidato la sua esperienza attraverso ruoli di consulenza legale, drafting legislativo e public affairs. Appassionata di ricerca e divulgazione, ha approfondito la normativa di settore con master e corsi di specializzazione.

Michele Vitiello

Direttore Editoriale Parlamento Magazine

Segretario Generale del World Energy Council Italia. Direttore della Fondazione Ottimisti&Razionali. Fondatore con Claudio Velardi di Reframe, società di consulenza per le relazioni istituzionali e la comunicazione strategica. Già Responsabile delle relazioni istituzionali di associazioni nazionali di imprese attive nel campo energetico, e Consulente per le relazioni esterne del Consiglio Nazionale Giovani, ente consultivo del Governo in tema di politiche giovanili. Ha lavorato per un gruppo politico al Senato, per l'Ufficio di Presidenza della Camera dei deputati e per la comunicazione di Ministri e presidenti di regione.

FLIXBUS

Viaggia sostenibile



flixbus.it

Inventiamo da sempre per un solo grande scopo: la Vita.

Da oltre 65 anni in Italia e da 132 nel mondo,
abbiamo rivoluzionato i paradigmi terapeutici
per decine di patologie.

La nostra missione è scoprire, sviluppare,
rendere disponibili prodotti e servizi innovativi
che salvino e migliorino le Vite delle Persone
in tutto il mondo.



IT - NON - 08651 - J - 03 - 2025

