

d!

d!rigenza medica

7 **Elezioni ONAOSI 2021/2026**
Il bilancio Presidente
uscente Zucchelli

8 **Dalle donne in sanità**
Un progetto per il Next
Generation Eu

10 **Appello a Speranza**
Nel privato
medici low cost

Il mensile dell'Anaa Assomed

ANAAO ASSOCIAZIONE  **ASSOMED**
MEDICI DIRIGENTI

RECOVERY PLAN



L'ANAAO BOCCIA IL RECOVERY PLAN

La Sanità di nuovo Cenerentola

Per gli ospedali interventi insufficienti
Per il personale manca un piano

Pat Carra per l'Anaa Assomed



IL MENSILE DELL'ANAAO ASSOMED

**d!rigenza
medica**

Sede di Roma:
Via San Martino della Battaglia, 31
Tel. 06.4245741
Fax 06.48.90.35.23

Sede di Milano:
via D. Scarlatti, 27

dirigenza.medica@anaao.it
www.anaao.it

Direttore
Carlo Palermo

Direttore responsabile
Silvia Procaccini

Comitato di redazione:

Claudio Aurigemma
Giorgio Cavallero
Pierino Di Silverio
Fabio Florianello
Gabriele Gallone
Filippo Gianfelice
Domenico Iscaro
Elisabetta Lombardo
Cosimo Nocera
Anita Parmeggiani
Alberto Spanò
Anna Tomezzoli
Costantino Troise
Bruno Zuccarelli

Coordinamento redazionale

Ester Maragò

**Progetto grafico
e impaginazione**



Edizioni Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Editore

Edizioni Health Communication
Via Vittore Carpaccio 18
00147 Roma
Tel. 06.59.446.232

Stampa

STRpress, Pomezia (Rm)

Registrazione al Tribunale
di Milano n. 182/2002
del 25.3.2002.

Poste Italiane S.p.A.
Spedizione in Abbonamento
Postale - 70% - DCB Roma

Diritto alla riservatezza:
"Dirigenza Medica" garantisce
la massima riservatezza dei dati
forniti dagli abbonati nel rispetto
della legge 675/96

Costo a copia: euro 2,50

Finito di stampare
nel mese di aprile 2021

In tutto 20,2 miliardi
per ridisegnare
il modello di assistenza
e ammodernare il Ssn

LA SANITÀ NEL RECOVERY PLAN



Per il Governo «Si tratta di un intervento epocale, che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica e ambientale».

Migliorare l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse durante la pandemia. E per farlo si mira a: **rafforzare** la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali; **garantire** equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni; **ammodernare** la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche; **promuovere** la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario

Per la sanità (Missione n. 6 del Piano) la dote complessiva è di 20,2 miliardi, di cui 9 per la Componente 1 della Missione dedicata alle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 11,22 alla Componente 2 della Missione dedicata a innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio sanitario. La Missione 6 mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per migliorarne l'efficacia nel rispondere ai bisogni di cura delle persone, anche alla luce delle criticità emerse nel corso dell'emergenza pandemica.

In particolare la strategia intende:

- rafforzare la prevenzione e l'assistenza sul territorio e l'integrazione fra servizi sanitari e sociali;
- garantire equità di accesso alle cure e nell'erogazione delle prestazioni;
- ammodernare la dotazione delle strutture del SSN in termini di qualità del capitale umano e formazione, risorse digitali, strutturali, strumentali e tecnologiche;
- promuovere la ricerca scientifica in ambito biomedico e sanitario.

Questi in sintesi i diversi progetti delle due componenti:

COMPONENTE 1

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Riforma 1.1

Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l'assistenza sul territorio

L'attuazione della riforma intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale e organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di welfare comunitario.

Essa prevede due attività principali:

- La definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e l'identificazione delle strutture a essa deputate da adottarsi entro il 2021 con l'approvazione di uno spe-

cifico decreto ministeriale;
 ■ la definizione entro la metà del 2022, a seguito della presentazione di un disegno di legge alle Camere, di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l'approccio "One-Health".

Investimento 1.1

Case della Comunità e presa in carico della persona

L'emergenza pandemica ha evidenziato con chiarezza la necessità di rafforzare la capacità del SSN di fornire servizi adeguati sul territorio. Non solo il processo di invecchiamento della popolazione italiana prosegue, ma una quota significativa e crescente della stessa, pari circa al 40%, è afflitta da malattie croniche.

Il progetto di realizzare la Casa della Comunità consente di potenziare e riorganizzare i servizi offerti sul territorio migliorandone la qualità. La Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti, in particolare ai malati cronici. Nella Casa della Comunità sarà presente il punto unico di accesso alle prestazioni sanitarie.

La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici specialistici, infermieri di comunità, altri professionisti della salute e potrà ospitare anche assistenti sociali. La presenza degli assistenti sociali nelle Case della Comunità rafforzerà il ruolo dei servizi sociali territoriali nonché una loro maggiore integrazione con la componente sanitaria assistenziale.

La Casa della Comunità è finalizzata a costituire il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica, e ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi socio-sanitari) e i servizi che, secondo un approccio di medicina di genere, dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potran-

no inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziani e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

L'investimento prevede l'attivazione di 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, che potranno utilizzare sia strutture già esistenti sia nuove. Il costo complessivo dell'investimento è stimato in 2 miliardi di euro. Entro il primo trimestre del 2022 è prevista la definizione di uno strumento di programmazione negoziata che vedrà il Ministero della Salute, anche attraverso i suoi Enti vigilati come autorità responsabile per l'implementazione e il coinvolgimento delle amministrazioni regionali e di tutti gli altri enti interessati.

Investimento 1.2

Casa come primo luogo di cura, assistenza domiciliare e telemedicina

Per rispondere efficacemente alle tendenze evidenziate nel paragrafo precedente e in linea con le raccomandazioni della Commissione Europea del 2019, il potenziamento dei servizi domiciliari è un obiettivo fondamentale. L'investimento mira ad aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni (in linea con le migliori prassi europee). L'intervento si rivolge in particolare ai pazienti di età superiore ai 65 anni con una o più patologie croniche e/o non autosufficienti.

L'investimento mira a:

- **Identificare** un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- **Realizzare** presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- **Attivare** 602 Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.



“
Aumentare il volume delle prestazioni rese in assistenza domiciliare fino a prendere in carico, entro la metà del 2026, il 10 per cento della popolazione di età superiore ai 65 anni

■ **Utilizzare** la telemedicina per supportare i pazienti con malattie croniche. **Il fabbisogno di risorse per la realizzazione di questo investimento è stimato in 4 miliardi di euro, di cui 2,72 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,28 miliardi per l'istituzione delle COT e 1 miliardo per la telemedicina.** Per la realizzazione di tali interventi si utilizzeranno gli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

All'interno di questo intervento si inserisce anche l'investimento rivolto alla telemedicina. I servizi di telemedicina, contribuendo ad affrontare le principali sfide dei Sistemi Sanitari Nazionali, rappresentano un formidabile mezzo per: (i) contribuire a ridurre gli attuali divari geografici e territoriali in termini sanitari grazie all'armonizzazione degli standard di cura garantiti dalla tecnologia; (ii) garantire una migliore "esperienza di cura" per gli assistiti; (iii) migliorare i livelli di efficienza dei sistemi sanitari regionali tramite la promozione dell'assistenza domiciliare e di protocolli di monitoraggio da remoto. L'intervento si traduce nel finanziamento di progetti di telemedicina proposti dalle Regioni



“
Potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità

sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un'ampia gamma di funzionalità lungo l'intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulento, tele-monitoraggio e tele-refertazione. Per ottenere i finanziamenti, tuttavia, i progetti dovranno innanzitutto potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazione dei servizi sanitari. Saranno infatti privilegiati progetti che insistono su più Regioni, fanno leva su esperienze di successo esistenti, e ambiscono a costruire vere e proprie “piattaforme di telemedicina” facilmente scaricabili.

Investimento 1.3

Sviluppo delle cure intermedie

L'investimento mira al potenziamento dell'offerta dell'assistenza intermedia al livello territoriale attraverso l'attivazione dell'Ospedale di Comunità, ovvero una struttura sanitaria della rete territoriale a ricovero breve e destinata a pazienti che necessitano di inter-

venti sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata. Tale struttura, di norma dotata di 20 posti letto (fino ad un massimo di 40 posti letto) e a gestione prevalentemente infermieristica, contribuisce ad una maggiore appropriatezza delle cure determinando una riduzione di accessi impropri ai servizi sanitari come ad esempio quelli al pronto soccorso o ad altre strutture di ricovero ospedaliero o il ricorso ad altre prestazioni specialistiche. L'Ospedale di Comunità potrà anche facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti al proprio domicilio, consentendo alle famiglie di avere il tempo necessario per adeguare l'ambiente domestico e renderlo più adatto alle esigenze di cura dei pazienti.

L'investimento si concretizzerà nella realizzazione di 381 Ospedali di Comunità.

Anche in questo caso l'implementazione dell'intervento beneficerà di strumenti di coordinamento tra i livelli istituzionali coinvolti. Il costo complessivo stimato dell'investimento è di 1 miliardo, e l'orizzonte per il completamento della sua realizzazione è la metà del 2026. La relativa operatività in termini di risorse umane sarà garantita nell'ambito delle risorse vigenti per le quali è stato previsto un incremento strutturale delle dotazioni di personale.

COMPONENTE 2

Innovazione, ricerca e digitalizzazione del Servizio Sanitario nazionale

Riforma 1.1

Riorganizzare la rete degli IRCCS

L'azione di riforma incardinata nella Componente 2 riguarda la revisione e l'aggiornamento dell'assetto regolamentare e del regime giuridico degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e delle politiche di ricerca del Ministero della salute, con l'obiettivo di rafforzare il rapporto fra ricerca, innovazione e cure sanitarie. La riforma troverà attuazione con un decreto legislativo entro la fine del 2022. La revisione della governance degli IRCCS sarà conseguita attraverso un miglioramento della gestione strategica degli Istituti e una più efficace definizione delle loro aree di competenza. Si prevede inoltre di differenziare gli IRCCS a seconda delle loro attività, creare una rete integrata fra gli Istituti e facilitare lo scambio di competenze specialistiche fra gli IRCCS stessi e con

le altre strutture del SSN.

Gli IRCCS accedono alle risorse attraverso sistemi basati su parametri relativi all'attività scientifica su riviste ad alto impact factor, alla capacità di attrarre risorse in finanziamenti competitivi nazionali e internazionali, allo sviluppo di trial clinici, in un ambito di collaborazione multi-centrica e di prodotti e soluzioni nell'ambito del trasferimento tecnologico e che tengano in considerazione l'impatto sul territorio di riferimento.

Sarà rafforzata la governance aziendale sempre più orientata alla ricerca, e si responsabilizzerà il Direttore Generale, insieme al Direttore scientifico e sui risultati da conseguire. Ciò al fine di sviluppare le potenzialità degli IRCCS e di incrementare la qualità della ricerca sanitaria in un'ottica traslazionale.

Investimento 1.1

Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero

Le infrastrutture tecnologiche e digitali ospedaliere presentano un significativo grado di obsolescenza e risultano carenti in molte strutture. Ciò rischia di compromettere la qualità delle prestazioni e l'efficienza del sistema, e può avere un effetto negativo sulla fiducia dei cittadini nel sistema sanitario.

L'investimento prevede l'ammodernamento digitale del parco tecnologico ospedaliero, tramite l'acquisto di 3.133 nuove grandi apparecchiature ad alto contenuto tecnologico (TAC, risonanze magnetiche, Acceleratori Lineari, Sistema Radiologico Fisso, Angiografi, Gamma Camera, Gamma Camera/TAC, Mammografi, Ecotomografi) caratterizzate da una vetustà maggiore di 5 anni, sia con interventi finalizzati al potenziamento del livello di digitalizzazione di 280 strutture sanitarie sede di Dipartimenti di emergenza e accettazione (DEA) di I e II livello.

Inoltre, l'intervento (attuativo dell'art. 2 del decreto legge n. 34/2020) prevede il rafforzamento strutturale degli ospedali del SSN, attraverso l'adozione di un piano specifico di potenziamento dell'offerta ospedaliera tale da garantire: (i) il potenziamento della dotazione di posti letto di terapia intensiva (+ 3.500 posti letto per garantire lo standard di 0,14 posti letto di terapia intensiva per 1.000 abitanti) e semi-intensiva (+ 4.225 posti letto); (ii) il consolidamento della separazione dei percorsi all'interno del pronto soccor-

Per gli ospedali
interventi insufficienti
Per il personale
manca un piano

so; (iii) l'incremento del numero di mezzi per i trasporti secondari.

La spesa complessiva per l'investimento è pari a 4,05 miliardi di euro. L'importo comprende anche la quota, già inclusa nel tendenziale (e pari a 1,41 miliardi di euro) relativa a progetti già avviati dal Ministero della Salute relativi al rafforzamento strutturale del SSN in ambito ospedaliero predisposti per fronteggiare l'emergenza Covid-19 di cui al citato art. 2 del decreto legge n. 34/2020.

Con riferimento ai costi si prevede nel dettaglio:

- Una spesa di 1,19 miliardi di euro per la sostituzione delle apparecchiature sanitarie. Tali spese riguardano circa 0,60 miliardi destinati alla sostituzione di 1.568 apparecchiature entro il terzo trimestre del 2023, e altri circa 0,60 miliardi per la sostituzione delle restanti 1.565 apparecchiature entro la fine del 2024, e a conclusione della procedura di gara e della stipula dei contratti con i fornitori, prevista per il terzo trimestre del 2022;
- Una spesa pari a 1,45 miliardi di euro per la digitalizzazione dei DEA di I e II livello (di cui 1,09 miliardi destinati alla digitalizzazione di 210 strutture entro il primo trimestre del 2024 e 0,36 miliardi per la digitalizzazione di altre 70 strutture entro la fine del 2025). Entro il terzo trimestre del 2022 si prevede la pubblicazione della procedura di gara e la stipula dei contratti con i fornitori;
- Una spesa complessiva pari a 1,41 miliardi di euro entro il secondo semestre del 2026 per il rinnovamento della dotazione esistente di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva, l'ammodernamento dei Pronto Soccorso e l'incremento del numero dei mezzi per i trasporti sanitari secondari (progetto già avviato).

Investimento 1.2

Verso un ospedale sicuro e sostenibile

L'investimento mira a delineare un percorso di miglioramento strutturale nel campo della sicurezza degli edifici ospedalieri, adeguandoli alle vigenti norme in materia di costruzioni in area sismica. L'esigenza nasce non solo dalla necessità di assicurare la conformità degli edifici all'Ordinanza del Presidente

La Sanità di nuovo Cenerentola

RECOVERY
PLAN /

LA BOCCIATURA
DELL'ANAAO

“Le criticità disvelate dalla pandemia, figlie della scure di ieri che ha minato la sanità nelle sue basi economiche e umane, richiedono consistenti investimenti non solo in edilizia, tecnologia, digitalizzazione ma anche nel personale.

Perché la questione decisiva sono i medici e i dirigenti sanitari, quel capitale umano senza il quale nessun ridisegno e potenziamento del SSN è immaginabile, anche ai fini della produttività dei servizi per l'abbattimento di liste di attesa semestrali”, scrive il segretario del sindacato Carlo Palermo.

“Di fatto, la Sanità è tornata a essere Cenerentola, sia per l'esiguità delle risorse che le sono state destinate, sia per il fatto che nessun partito della variegata maggioranza ha ritenuto di farne la propria bandiera dentro il PNRR. I 15 mld sono appena l'8% del fondo europeo, molto meno di quanto destinato al superbonus edilizio, e si giunge a 20 mld solo con la “terza gamba” del disavanzo nazionale. Saranno fischiate le orecchie al MES, vero invitato di pietra”, così oggi in una lunga nota il Segretario nazionale dell'Anaa Assomed Carlo Palermo stronca il Recovery Plan approvato dal Consiglio dei Ministri e in discussione proprio in queste ore in Parlamento.

Un piano, quello italiano, che, secondo Palermo, “smentisce la retorica versata a larghe mani sulla sanità pubblica durante 15 mesi di pandemia, a cominciare dalla sua assunzione come priorità della ricostruzione nazionale.”.

“Il piano – prosegue Palermo - vede le criticità della sanità territoriale, cui giustamente assegna un terzo delle risorse, ma non giudica bisognose di investimenti adeguati il sistema ospedaliero, che ha evitato il collasso sociale e sanitario durante la pandemia. I 5,6 mld destinati all'ammodernamento strutturale, tecnologico e digitale degli ospedali appaiono largamente insufficienti rispetto alle necessità, tanto che il Ministro Speranza prevedeva 34,4 mld per gli stessi fini. Eppure, siamo di fronte a stabilimenti ospedalieri vetusti, costruiti nel 45% dei casi prima del 1940, scarsamente flessibili, concettualmente superati, con impiantistica obsoleta, insicuri sotto il profilo sia sismico che dei sistemi antincendio. Con una dotazione attuale di posti letto, 3,1 per mille abitanti, tra le più basse in Europa, causa non marginale dell'incremento della mortalità generale osservato nel 2020”.

“Non basta, comunque, - avverte Palermo - l'adeguamento degli edifici per migliorare la cura dei pazienti così come la tecnologia e i posti letto non possono funzionare senza il personale necessario, nemmeno previsto. Manca ogni accenno, nemmeno in una prospettiva futura, al cambiamento della governance degli ospedali e del ruolo dei medici e dei dirigenti sanitari, oggi numeri chiamati a produrre altri numeri, o alla necessità di ridefinire la dotazione organica in senso espansivo, anche per affrontare, con costi a carico del FSN, la pandemia sommersa creata dalle decine di milioni di prestazioni negate e rinviate causa Covid-19. Si sceglie di spendere, però, in una formazione manageriale, peraltro già obbligatoria per l'accesso alle funzioni apicali, funzionale a una fallimentare cultura economicistica”.

“Scomparso il finanziamento per eliminare la mobilità sanitaria, che aumenta le diseguaglianze finanziando i sistemi sanitari regionali ricchi con i soldi di quelli poveri, nemmeno abbozzato un finanziamento aggiuntivo per la sanità del sud, lasciata nella sua arretratezza strutturale e organizzativa, scarsi investimenti nella ricerca e nessuna prospettiva per i ricercatori, un ddl collegato al DEF che rilancia l'autonomia differenziata, una ventilata riforma degli IRCCS di significato incerto. Un quadro che, per mancanza di coraggio, disegna una sanità se non proprio uguale a prima certo non abbastanza diversa. Unica luce l'incremento di 7.000 posti per la formazione medica post laurea”.

“Le criticità disvelate dalla pandemia, figlie della scure di ieri che ha minato la sanità nelle sue basi economiche e umane, richiedono consistenti investimenti non solo in edilizia, tecnologia, digitalizzazione ma anche nel personale. Perché la questione decisiva sono i medici e i dirigenti sanitari, quel capitale umano senza il quale nessun ridisegno e potenziamento del SSN è immaginabile, anche ai fini della produttività dei servizi per l'abbattimento di liste di attesa semestrali”.

“No, non è andato tutto bene in questa pandemia, conclude Palermo. E una crisi andrà sprecata se i professionisti, che sono la sanità pubblica perché le loro competenze segnano il confine tra la salute e la malattia, rimarranno delusi dalla mancanza del giusto riconoscimento per l'abnegazione e dedizione dimostrata, anche a costo della vita, per tutelare un diritto costituzionale di tutti i cittadini”.

del Consiglio dei Ministri n. 3274 del 20 marzo 2003 (“Primi elementi riguardanti criteri generali per la classificazione sismica del territorio nazionale e norme tecniche per la costruzione in aree sismiche”), che ha rivoluzionato il quadro normativo preesistente, ma, soprattutto, dalla consapevolezza che, tra gli edifici pubblici, gli ospedali rivestono un ruolo strategico in caso di disastro. Gli ospedali non solo svolgono una fondamentale funzione di soccorso della popolazione, garantendo l'efficace prosecuzione dei primi interventi medici di emergenza avviati sul campo, ma sono anche fra i più esposti e sensibili nel caso di eventi sismici in quanto ospitano un numero molto elevato di persone con capacità di reazione eterogenee.

Sulla base di una ricognizione puntuale condotta dal Ministero della Salute nel 2020, è stata individuata la necessità di realizzare 116 interventi per l'adeguamento alle normative antisismiche. Questi interventi rappresentano l'oggetto del presente investimento insieme alle precedenti azioni per il rinnovamento e l'ammmodernamento strutturale e tecnologico del patrimonio immobiliare sanitario. Il volume di investimento complessivo è pari a 1,64 miliardi (di cui 1,0 miliardi relativo a progetti in essere). Per l'attuazione di questo investimento si prevede di completare gli interventi entro il secondo trimestre del 2026. La distribuzione della spesa associata a questo investimento, che ammonta a 1,64 miliardi (di cui 1,0 relativo a progetti già in essere) risulta contenuta all'inizio del periodo, dedicato principalmente e all'espletamento delle procedure.

Investimento 1.3

Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione

L'investimento mira ad imprimere un profondo cambio di passo nell'infrastruttura tecnologica. Si prevedono due azioni distinte relative a:

- **Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE):** Obiettivo è il potenziamento del FSE al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari. Il FSE svolgerà tre funzioni chiave: (i) punto di accesso per le persone e pazienti per la fruizione di servizi essenziali forniti dal SSN; (ii) base dati per i professionisti sanitari contenente informazioni clini-

che omogenee che includeranno l'intera storia clinica del paziente; (iii) strumento per le ASL che potranno utilizzare le informazioni cliniche del FSE per effettuare analisi di dati clinici e migliorare la prestazione dei servizi sanitari. Il progetto prevede: (i) la piena integrazione di tutti i documenti sanitari e tipologie di dati, la creazione e implementazione di un archivio centrale, l'interoperabilità e piattaforma di servizi, la progettazione di un'interfaccia utente standardizzata e la definizione dei servizi che il FSE dovrà fornire; (ii) l'integrazione dei documenti da parte delle Regioni all'interno del FSE, il supporto finanziario per i fornitori di servizi sanitari per l'aggiornamento della loro infrastruttura tecnologica e compatibilità dei dati, il supporto finanziario alle Regioni che adotteranno la piattaforma FSE, il supporto in termini di capitale umano e competenze per realizzare i cambiamenti infrastrutturali e di dati necessari per l'adozione del FSE.

Il progetto include iniziative già avviate per la realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica, la progettazione dell'infrastruttura per l'interoperabilità e la gestione del FSE come parte degli interventi per la digitalizzazione delle amministrazioni pubbliche.

Il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e il Ministero dell'Innovazione Tecnologica e della Transizione Digitale saranno congiuntamente responsabili della gestione complessiva del progetto.

Le risorse complessive assorbite dal progetto sono pari a 1,38 miliardi di euro, di cui 0,57 miliardi relativi al progetto già in essere di realizzazione del Sistema di Tessera sanitaria elettronica. Per l'attuazione dell'iniziativa si prevede un piano di azione a livello centrale e uno a livello locale.

■ **Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria.** Lo scopo del progetto è il rafforzamento del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), ovvero dell'infrastruttura e degli strumenti di analisi del Ministero della Salute per il monitoraggio dei LEA e la programmazione di servizi di assistenza sanitaria alla popolazione che siano in linea con i bisogni, l'evoluzione della struttura demografica della popolazione, i trend e il quadro epidemiologico. Un più attento e completo monitoraggio dei bisogni sanitari può infatti trasformarsi in un utile strumento per la quantificazione

e qualificazione dell'offerta sanitaria.

Il progetto prevede: i) il potenziamento dell'infrastruttura tecnologica e applicativa del Ministero della Salute; ii) il miglioramento della raccolta, del processo e della produzione di dati NSIS a livello locale; iii) lo sviluppo di strumenti di analisi avanzata per studiare fenomeni complessi e scenari predittivi al fine di migliorare la capacità di programmare i servizi sanitari e rilevare malattie emergenti; iv) la creazione di una piattaforma nazionale dove domanda ed offerta di servizi di telemedicina forniti da soggetti accreditati possa incontrarsi.

Il progetto assorbe risorse per un totale di 0,29 miliardi di euro. In particolare, per il potenziamento dell'infrastruttura centrale si prevede una spesa di 0,09 miliardi destinata - dopo l'espletamento di apposita procedura di gara entro la metà del 2022 - al completamento e potenziamento della piattaforma open data, alla creazione di strumenti di analisi e report per il monitoraggio, alla vigilanza e al controllo dell'attività sanitaria a livello nazionale, nonché al sostenimento dei costi di manutenzione evolutiva.

Per la reingegnerizzazione del NSIS a livello locale si prevede un costo pari a 0,10 miliardi, mentre si prevede che la costruzione di uno strumento complesso di simulazione e predizione di scenari a medio lungo termine del SSN, da avviare successivamente alla pubblicazione della relativa procedura di gara entro il primo trimestre del 2023, riguardi una spesa di 0,08 miliardi. Il costo stimato per la piattaforma per la telemedicina è di 0,02 miliardi.

Formazione, ricerca scientifica e trasferimento tecnologico

Investimento 2.1

Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN

L'investimento ha l'obiettivo di potenziare il sistema della ricerca biomedica in Italia, rafforzando la capacità di risposta dei centri di eccellenza presenti in Italia nel settore delle patologie rare e favorendo il trasferimento tecnologico tra ricerca e imprese.

Per il perseguimento di questi obiettivi si prevedono tre tipi di intervento: (i) il finanziamento di progetti Proof of Concept (PoC) volti a ridurre il gap fra i risultati del settore della ricerca scientifica e quello dell'applicazione per scopi industriali, attraverso la predisposizione di prototipi per la commercializzazione e la mitigazione dei rischi potenziali - derivanti da eventuali brevetti, licenze o barriere all'entrata - che potrebbero scoraggiare gli investitori di mercato; (ii) il finanziamento di programmi di ricerca o progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari; (iii) il finanziamento per programmi di ricerca su malattie altamente invalidanti. La realizzazione dei progetti PoC prevede bandi di gara del valore complessivo di 0,1 miliardi, da assegnare entro la fine del 2023 e la fine del 2025. Le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara formalizzata tramite decreto ministeriale.

Per i programmi di ricerca e i progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari sono previsti due finanziamenti del valore di 0,05 miliardi ciascuno da erogare rispettivamente entro la fine del 2023 e la fine del 2025. Anche in questo caso le assegnazioni saranno precedute da una fase istruttoria per la preparazione delle procedure di gara.

Infine, con riferimento alla ricerca su malattie altamente invalidanti si prevedono due finanziamenti del valore di 0,16 miliardi ciascuno, anche in questo caso da assegnare entro il 2023 e il 2025, sempre successivamente alla fase di preparazione e pubblicazione della gara.

Investimento 2.2

Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario

Il progresso scientifico e l'innovazione tecnologica richiedono che gli operatori sanitari siano regolarmente aggiornati e formati per garantire l'efficacia, l'adeguatezza, la sicurezza e l'efficienza dell'assistenza fornita dal SSN. Tale necessità, è apparsa evidente anche in coincidenza della crisi pandemica.

In questo contesto, l'investimento mira a rafforzare la formazione in medicina

“
Per i programmi di ricerca e i progetti nel campo delle malattie rare e dei tumori rari sono previsti due finanziamenti del valore di 0,05 miliardi ciascuno da erogare rispettivamente entro la fine del 2023 e la fine del 2025

di base, introdurre un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere e garantire un rafforzamento delle competenze manageriali e digitali del personale sanitario.

L'investimento prevede:

- l'incremento delle borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali;
- l'avvio di un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere a tutto il personale sanitario e non sanitario degli ospedali;
- l'attivazione di un percorso di acquisizione di competenze di management per professionisti sanitari del SSN, al fine di prepararli a fronteggiare le sfide attuali e future in una prospettiva integrata, sostenibile, innovativa, flessibile, sempre orientata al risultato..
- l'incremento dei contratti di formazione specialistica per affrontare il cosiddetto “imbuto formativo”, vale a dire la differenza tra il numero di laureati in medicina e il numero di posti di specializzazione post-lauream previsto e garantire così un adeguato turn-over dei medici specialisti del SSN.

Il potenziamento delle competenze tecniche, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario avverrà attraverso un programma di assegnazione di borse di studio e erogazione di corsi di formazione specifici da realizzare entro l'orizzonte del PNRR (metà 2026). Il costo complessivo di questi interventi è stimato in 0,74 miliardi.

In particolare, saranno finanziate:

- borse di studio di medicina generale: ogni anno del triennio 2021-2023 sarà pubblicato un decreto governativo di assegnazione delle risorse economiche alle Regioni per finanziare 900 borse di studio aggiuntive all'anno per corsi specifici di medicina generale di durata triennale (per un totale di 2.700 borse aggiuntive). Questa distribuzione temporale assicura il completamento degli ultimi corsi entro metà 2026;
- un piano straordinario di formazione sulle infezioni ospedaliere (con circa 150.000 partecipanti entro la fine del 2024 e circa 140.000 entro metà 2026);
- progetti formativi per lo sviluppo di percorsi di acquisizione di competenze di management per i professionisti del SSN: si prevede la formazione di 2.000 persone entro la metà del 2024 e altre 24.500 persone entro il Q2 2026;
- 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi, per un ciclo completo di studi (5 anni) a partire dal 2020.

Creare professionisti qualificati e cittadini responsabili

Nel 2019 la Fondazione ha avviato la procedura per il riconoscimento della qualifica di "Collegio Universitario di Merito" della propria struttura in Perugia chiamata "La Sapienza Vecchia". È stato nominato un Comitato Scientifico di illustri docenti, anche di Università straniere, con il compito di costruire un programma extra curriculare offerto agli studenti del Collegio per la loro formazione professionale e culturale



Le elezioni per il Comitato di Indirizzo (CdI) ONAOSI per il quinquennio 2021/2026 si terranno nei mesi di maggio e giugno prossimi.

È doveroso che il Presidente ed il Consiglio di Amministrazione (CdA) attuali, in modo esplicito e forse noioso, riferiscano ai propri iscritti il modo in cui, negli anni 2016/2021 hanno amministrato il patrimonio per raggiungere il fine statutario di tutela della famiglia dei Sanitari.

Nel 2017 abbiamo operato in Parlamento per modificare una proposta di legge che prevedeva la soppressione dell'Ente con trasferimento delle funzioni all'INPS. È stato possibile suggellare il ruolo e le competenze dell'ONAOSI. Abbiamo difeso la Fondazione e il nostro patrimonio.

Sempre nel 2017 è stato approvato il nuovo Statuto che prevede l'estensione ad un decennio per la scelta dei neo laureati di aderire alla Fondazione.

Sono stati progettati nuovi servizi ai figli dei contribuenti anche in caso di decesso del genitore non Sanitario.

Dal primo agosto 2020 i Ministeri Vigilanti hanno approvato la delibera di un lieve incremento dei contributi dei Sanitari, che rimano ancora inferiore a quello del 2003 e che ci permette bilanci corretti.

Negli ultimi dieci anni si è favorito il pre-pensionamento dei dipendenti passati da più di 260 nell'anno 2010 agli attuali 196.

Dal 2017 è stato effettuato un completo restyling grafico-editoriale del sito dell'ONAOSI e dal 2019 l'Ente si è dotato di un piano di comunicazione delle attività ed ha iniziato a comunicare la propria mission utilizzando i canali social. È stata riattivata la pagina Facebook e sono stati creati i profili Twit-



SERAFINO ZUCHELLI
Presidente
ONAOSI

ter e Instagram. Biennialmente è stato pubblicato il Bilancio Sociale.

L'ONAOSI è intervenuta a favore dei Sanitari coinvolti nel terremoto dell'Italia centrale del 2016, dell'Isola di Ischia nel 2017 e dell'acqua alta di Venezia nel 2019.

Il CdA ha sempre perseguito l'obiettivo di rendere più sicure le proprie strutture in senso anti sismico e funzionale. Sono stati effettuati lavori importanti al Collegio di Merito di Perugia, nel Centro Formativo di Messina, e nella sede del Convitto e nella palestra del Collegio Unico di Perugia. Si sta firmando una Convenzione per il Centro Formativo di Milano che potrà contenere fino a 130 ospiti e si è scelta una nuova, moderna e più centrale sede di quello di Napoli.

Moltissimo impegno è stato dedicato al Collegio Unico di Perugia, unica sede di Convitto ed efficiente infermeria. Funzionante dal 1969 esige un potenziamento delle strutture anti sismiche e della efficienza delle sue funzioni.

Una Commissione mista CdA-CdI, maggioranza e opposizione, ha definito con un consenso unanime i modi della ristrutturazione e lo strumento contrattuale con cui effettuarle. Un primo avviso pubblico non ha portato a proposte efficaci. L'imminenza delle elezioni ha consigliato di trasferire le decisioni finali alla nuova consiliatura.

Nel 2020 la pandemia causata dal Covid-19 ha indotto l'Ente a reagire alle varie emergenze mettendo in sicurezza i propri luoghi e i propri dipendenti per garantire l'ospitalità, all'interno delle proprie strutture ricettive, agli studenti ospiti ed ha rivolto lo sguardo anche verso tutti i Sanitari che hanno perso la vita in queste terribili vicende. Utilizzando poi il contributo generoso del-

l'AMMI, l'Ente si è occupata anche dei figli orfani dei Sanitari non contribuenti.

Massima attenzione poi in questi anni è stata dedicata al potenziamento dell'attività formativa dei nostri assistiti e figli dei contribuenti. Riteniamo che questo sia il cuore profondo del nostro impegno: affiancare le famiglie nel compito arduo di creare professionisti il più possibile qualificati e cittadini responsabili di un'Italia e di un'Europa civili. Dal 2017 esiste una Convenzione con l'Università per Stranieri di Perugia per la realizzazione di un Master in "International Business and Intercultural Context" per 15 posti riservati alla Fondazione. Molto positivi sono stati i risultati: crescita delle competenze e creazione di posti di lavoro.

È stata confermata per il quarto anno la Convenzione con l'Università di York per 5 posti annuali di Master nelle varie Facoltà.

È stato potenziato l'insegnamento delle lingue straniere in Italia e all'estero: inglese, cinese, arabo.

Si è stabilito un rapporto stabile con l'Università Sant'Anna di Pisa che prevede per i nostri studenti migliori la partecipazione alle loro settimane specialistiche in molteplici settori.

Si sta studiando la possibilità per gli studenti migliori nelle materie di Fisica e Medicina di frequentare l'Università di Berna (Svizzera) e Yale (USA).

Stiamo deliberando di costruire con l'Università di Perugia, nei nostri Collegi della città, una struttura di preparazione per gli assistiti e i figli di contribuenti per l'esame di ammissione alle Facoltà con numero chiuso: Medicina e altre Facoltà sanitarie.

Nel 2019 la Fondazione ha avviato la procedura per il riconoscimento della qualifica di "Collegio Universitario di Merito" della propria struttura in Perugia chiamata "La Sapienza Vecchia". È stato nominato un Comitato Scientifico di illustri docenti, anche di Università straniere, con il compito di costruire un programma extra curriculare offerto agli studenti del Collegio per la loro formazione professionale e culturale. Dopo un primo fruttuoso anno accademico, si sta svolgendo il secondo anno, con un numero crescente di ospiti. Stiamo aspettando il riconoscimento formale del Ministro dell'Università.

Riteniamo che questa ultima iniziativa sia di grande valore e costituisca per i giovani volontari uno strumento straordinario di promozione: ampia preparazione e futuro garantito.

Più del 97% degli studenti, dopo un anno, è occupato in posizioni stabili e di notevole rilievo.



Area Formazione Femminile Anaa Assomed

Dalle donne in sanità un progetto per il **Next Generation Eu**

La sanità che vogliamo **Le cure orientate dalle donne** è un progetto inviato al Programma Next Generation EU. Un elenco di priorità declinate al femminile che mirano a suggerire cambiamenti strutturali in sanità nel rispetto di chi lavora sul campo, analizzando criticamente le carenze e prospettando percorsi realistici per sostenere le nuove generazioni. Un libro, edito da Moretti&Vitali, destinato a quante/i vogliono condividere e fare proprie le riflessioni e proposte per sperimentare nuovi modelli improntati al femminile

Artefici di questo progetto sono le mediche e dirigenti sanitarie dell'Anaa Assomed che insieme a professioniste di altri contesti, architette, psicologhe, economiste, filosofe, giornaliste hanno inquadrato in 3D l'ospedale, la città, il quartiere, i trasporti, il verde, le difficoltà di comunicazione fra i territori (Medicina Generale, Consultori, RSA): cioè il *governo* con cui si dovrebbe ri-costruire la salute del futuro.

“Dopo la prima fase di lockdown, come professioniste in Medicina – **commenta Sandra Morano, Coordinatrice dell'Area Formazione Femminile dell'Associazione e curatrice del libro** - abbiamo discusso le nostre esperienze, analizzato le criticità dei presidi e delle organizzazioni nelle singole realtà, alzato infine lo sguardo sulla necessità di cambiare il modello di governo della salute nella sua interezza, e non a compartimenti stagni.

Per questo abbiamo lavorato a livello interdisciplinare con professioniste che si occupano di trasformare anche altri contesti: architette, psicologhe, economiste, filosofe, giornaliste”. La pandemia - prosegue Morano - ha mostrato



tutti i limiti di un sistema che ha mortificato il SSN e lasciato ai margini l'approccio femminile alla cura. Oltre ai danni arrecati da anni di Sanità bancomat, l'inefficacia delle direzioni, l'inutilità delle piramidi dirigenziali, l'assenza di uno sguardo lungo da parte della politica. E le immagini da scenari bellici, le bare scortate dall'esercito, le case di riposo usate come reparti post intensivi, il balletto penoso dello scricabarile, la ricerca di scudi penali nelle retrovie, le susseguenti fasi di annunci/fumo negli occhi, hanno fatto misurare in chilometri e in anni la distanza della realtà dai decisori politici e amministrativi”.

“Noi lavoratrici del SSN, non ci fidiamo più.

Nell'illusorio abbraccio col liberismo imperante, senza creatività né etica, a una classe dirigente caratterizzata dall'assenza di uno sguardo femminile è mancato, e manca tuttora, il coraggio di una visione olistica della cura. E nonostante l'infaticabile impegno del Ministro Speranza, ancora non appaiono in agenda le premesse per un necessario cambio di rotta nel settore da cui più dipende la vita del Paese.

Quello che la pandemia ha evidenziato, assieme ai limiti di un intero sistema, è, in ultimo – conclude Morano - la necessità di avviare una radicale trasformazione, di ripartire nell'unico modo possibile, e cioè tornando alle competenze, ma arricchite dall'apporto della differenza”.



Le proposte delle donne per una sanità a misura di tutti

A partire dai numeri appare evidente che il lavoro delle donne, in particolare di cura, può essere sinonimo di crescita e di benessere per tutto il Paese



Edito da Moretti&Vitali
Collana "Pensiero e pratiche di trasformazione"

È possibile acquistare il volume su
www.lasanitachevogliamo.it

Valore Prezzo Benessere della cura: dall'Area Formazione Femminile Anaao Assomed provengono esperienze e proposte su una differente organizzazione del lavoro: contratto, conciliazione, congedi-maternità, malattia, differenze nella retribuzione e nella progressione di carriera. Perché presto sarà l'attuale massa di donne a transitare tutti, curanti e curati, verso una Sanità che, così come è organizzata, non è sinonimo di benessere per le donne, e nemmeno per gli uomini.

Fare i conti con la differenza. Donne/Uomini /Maternità: il coronavirus ha fatto emergere, insieme alla superiorità numerica delle donne, il nodo irrisolto del loro essere *differenti*, prima che pari. La maternità non è più un destino, ma porta con sé una differente relazione con una società che non la comprende e non la valorizza. E allora, invece che piegarsi o adattarsi, bisogna ribaltare le priorità, ristabilire il valore (e non il costo) della dimensione procreativa e del prendersi cura. Un talento che non è da tutti, e che in questi terribili mesi ha tenuto insieme il Paese.

Ridisegnare i luoghi di cura. È ormai urgente potenziare il territorio, inteso come fonte di servizi e relazioni, prendendo in considerazione, a partire dal dialogo e dall'ascolto di chi lo abita, l'insieme del percorso di vita delle persone. Una svolta consiste nel progettare strutture innovative, a partire da quelle per la nascita, costruite in relazione circolare, e non gerarchica, con l'attività dei presidi territoriali esistenti e con la specializzazione degli ospedali, coinvolgendo il domicilio e facendo fronte alle esigenze della comunità di riferimento.

Ripensare il territorio: Medicina di base, Comunità per anziani, Consulenti Familiari. Toccherà dunque alle donne ricostruire la continuità tra sa-

lute e malattia, tra cura e benessere, tra territorio e ospedale, tra vita e morte. Dobbiamo smettere di standardizzare l'arte medica, tornando a privilegiare le nostre unità di misura come la relazione tra curante e curato, l'etica professionale, la felicità. Semplificare, avvicinare, e rendere più concrete le soluzioni ai problemi.

Scuola e Salute al tempo della pandemia. Scuola e Salute devono lavorare insieme nel circolo virtuoso alla base della Sanità che vogliamo. Le soluzioni prospettate dalle donne partono dal presupposto che si tratta di diritti non contrapposti, ma complementari.

L'Università, le Mediche, l'Accademia. Anche alla base della piramide universitaria ci sono soprattutto donne: a loro il compito di ri-formare l'Educazione seguendo canoni di insegnamento al femminile. Non si tratterà di una mera sostituzione di sessi, ma della costruzione di insegnamenti, ricerca e assistenza in Medicina orientate verso l'abbattimento di iniquità, sessismo, colonialismo curriculare.

Le donne possono governare la sanità rimanendo fedeli a se stesse. Si può immaginare un'alternativa all'attuale governance di stampo liberista? Guardando alla presenza femminile, se pure la percentuale di donne direttrici di Struttura Complessa o di Azienda Sanitaria fosse superiore all'attuale 16% la trasformazione non sarebbe automatica. Anche il cosiddetto aspetto "manageriale" ha bisogno di una formazione ad hoc per poter indicare orientamenti al femminile. Il governo delle donne in sanità passa attraverso specifici processi trasformativi. È questa l'unica via per l'autorevolezza. È questa la vera scommessa del futuro per noi.

Nel privato

MEDICI LOW

Anaao si appella a Speranza



CARLO PALERMO
Segretario
Nazionale
Anaao Assomed

Un medico nelle case di cura Aiop, con il vecchio contratto ancora in vigore, guadagna quasi il 40% in meno di un medico del Ssn.

Va un po' meglio nelle case di cura religiose che hanno rinnovato il contratto ma c'è sempre un gap tra il 13 e il 18%. Se una prestazione è remunerata dal Ssn nello stesso modo al sistema pubblico e a quello privato non si può pensare di retribuire chi esegue la stessa prestazione in termini estremamente diversi dal punto di vista del valore economico. Si configurerebbe infatti una vera e propria retribuzione low-cost



FABIO FLORIANELLO
Coordinatore
Commissione
Sanità Privata
Accreditata
Anaao Assomed

La legge 30 dicembre 2020 n. 178, legge di bilancio 2021, ha voluto porre attenzione ai requisiti di accreditamento di alcune attività di cure diventate ormai sempre più importanti, ossia le cure domiciliari erogate da strutture pubbliche e private, andando a modificare alcuni articoli del D. Lgs. 502/1992 e prendendo in considerazione strutture, requisiti di qualificazione, funzionalità, personale, verifica dei risultati e remunerazione.

Appare pertanto chiara la direzione presa dal Ministero verso il perseguimento di un'ulteriore implementazione del percorso di accreditamento nell'ambito del Ssn riguardante requisiti strutturali, prestazioni e personale. E dando per scontati i requisiti strutturali è utile fare il punto sull'accREDITAMENTO di tutte le prestazioni ed in particolare quelle effettuate dal personale dipendente dalle strutture private accreditate. Personale senza il quale - è bene sottolinearlo - nessuna prestazione può essere eseguita in queste strutture.

L'AccREDITAMENTO istituzionale garantisce che le prestazioni sanitarie eseguite in nome e per conto del Ssn dalle strutture pubbliche e private siano garantite sotto il profilo di:

1. Qualità
2. Appropriatelyzza
3. Sicurezza
4. Remunerazione
5. Dotazione quantitativa e qualitativa del personale impiegato
6. Gestione delle risorse umane

Qualità e Appropriatelyzza: sono molteplici i riferimenti normativi a queste tematiche parti integranti del Ssn, dal D.Lgs. 502/92 al Programma Nazionale Esiti dedicato fra l'altro al miglioramento continuo dell'efficacia e dell'appropriatelyzza delle cure.

Sicurezza: i problemi relativi alla sicurezza sono affrontati, oltre al D.Lgs. 81/2008 in modo articolato, con l'Osservatorio Nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza in sanità, con il Sistema Nazionale delle Linee Guida, con la Commissione tecnica sul rischio clinico, col Gruppo di lavoro per il rischio clinico, col Gruppo di lavoro per la sicurezza dei pazienti e con la Legge 8 marzo, 2017, n.24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

Remunerazione: le prestazioni erogate in ambito Ssn, sia pubbliche che private, fanno riferimento al Fondo Sanitario Nazionale e vengono remunerate con tariffa prefissata secondo il sistema DRG per i ricoveri/acuti, a giornata di degenza per i post acuti e in base a Nomenclatore Tariffario per le prestazioni ambulatoriali.

Dotazione quantitativa e qualitativa del personale impiegato: l'accREDITAMENTO istituzionale rilasciato dalle Regioni alle strutture pubbliche e private assicura che le prestazioni sanitarie si svolgano con personale posto in adeguate condizioni organizzative, di qualificazione e dotazione quantitativa. In altre parole organizzazione, consistenza e requisiti delle risorse umane sono garantite dal Ssn.

Gestione delle risorse umane: i requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private sono indicati dal DPR 14 gennaio 1997 che indica i "REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI GENERALI" tra cui viene compresa la "gestione delle risorse umane".

LOW COST

Voci stipendiali fondamentali o di base CCNL pubblici e privati in vigore con trattamenti economici min./max (tempo pieno) relativi ai diversi livelli di responsabilità

Retribuzione fondamentale o di base	CCNL AIOP 2005 + accordo ponte 2010 Medici	CCNL ARIS 2020-2023 Medici	CCNL ARIS/AIOP 2016-2018 Comparto (*)	CCNL ARIS 2020-2022 Dirigenti Sanitari	CCNL pubblico 2016/2018 Dirigenti Medici e Sanitari
Tabellare					
Indennità di Specificità Medica					
Indennità Professionale					
Indennità Medica Struttura Sanitaria					
Posizione fissa					
Ind. Med. e Medica Responsabile					
Indennità di Esclusività					
Min	39.273	48.243	31.332	40.474	54.407
Max	65.910	77.935	46.207	75.153	92.198

(*) I Laureati non medici sono inquadrati nel Comparto in categoria "E" con posizione E - E1 - E2

“
L’Anaa
Assomed ha
inviato una
lettera al
Ministro
della Salute
Roberto
Speranza
dove sono
evidenziate
le presenti
riflessioni

Occorre tuttavia puntualizzare cosa si intende per “gestione delle risorse umane” in ambito aziendale, che non si riferisce alla semplice direzione del personale, essendo una funzione riguardante la gestione del Personale nel suo più vasto significato. Comprendente una serie di attività quali reclutamento, selezione, addestramento, formazione, sviluppo, valutazione delle performance, relazioni e retribuzione.

In particolare la “retribuzione” o “piano retributivo” è considerato una delle leve più importanti e di relazione con i propri dipendenti e si propone di perseguire finalità di equità interna e di competitività con il mercato del lavoro.

L’equità interna è la valutazione oggettiva delle differenze che vi sono tra i vari ruoli e posizioni organizzative, focalizzando su ciò che si richiede alle persone che devono ricoprire tali ruoli in termini di graduazione di impegno e responsabilità.

La competitività si riferisce al mercato esterno del lavoro e riguarda il confronto tra quello che viene corrisposto

ad un dipendente che ricopre un determinato ruolo e quanto percepisce un lavoratore di un’altra azienda dello stesso settore.

In altre parole gli elementi che influenzano sulla retribuzione oltre ai trend reddituali dell’azienda sono le responsabilità relative al ruolo, ai contenuti delle attività, ai livelli retributivi del settore.

In buona sostanza la gestione del Personale, parte integrante dei requisiti minimi organizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie nell’ambito del SSN, comprende a pieno titolo la retribuzione del personale, notevolmente diversificata tra pubblico e privato. Diversificazione che rientra peraltro legittimamente nelle condizioni di autonomia contrattuale dei due sistemi.

Tuttavia non può essere ignorato il fatto che essendo compreso tra i requisiti minimi di accreditamento il trattamento retributivo di chi opera in nome e per conto del SSN deve trovare un riferimento comune.

Se una prestazione è remunerata dal

SSN nello stesso modo al sistema pubblico e a quello privato non si può pensare di retribuire chi esegue la stessa prestazione in termini estremamente diversi dal punto di vista del valore economico.

Si configurerebbe infatti una retribuzione low-cost che per le responsabilità presenti in campo sanitario si porrebbe a maggior ragione in contrasto con l’art. 36 della Costituzione: La retribuzione costituisce il corrispettivo della prestazione fornita dal lavoratore che ha diritto ad un compenso proporzionato alla quantità e qualità del suo lavoro.

E considerando che nella composizione dei trattamenti retributivi in vigore, sia pubblici che privati, è prevista una parte fondamentale o di base ed una accessoria, ed essendo la parte accessoria strettamente inerente alla struttura, è la parte fondamentale a dover essere individuata tra i requisiti minimi previsti dalle norme di accreditamento, indicando un comune riferimento nei contratti pubblici e privati.

D’altra parte se ogni prestazione è garantita dal SSN in virtù delle norme di accreditamento, non si può immaginare che coloro i quali eseguono tali prestazioni, oltre ad offrire le garanzie previste dalla normativa non trovino nelle stesse norme la garanzia per un trattamento retributivo minimo almeno nella parte stipendiale fondamentale. In carenza del quale verrebbe meno uno dei requisiti di accreditamento delle prestazioni.

Nella tabella le differenze in vigore tra le retribuzioni di base vigenti nei Contratti delle strutture che erogano prestazioni per il SSN (v.tab.) in contrasto, per quanto sopra richiamato, con il rispetto delle norme di accreditamento delle prestazioni riguardanti i requisiti minimi, configurando una situazione non più tollerabile da un Personale che oltretutto tanto ha contribuito e sta contribuendo alla tutela della salute dei cittadini nella recente emergenza. Senza, ovviamente, mettere in discussione la legittimità dei trattamenti retributivi complessivi.

Sulla base di tutte queste considerazioni l’Anaa Assomed ha inviato una lettera al Ministro della Salute **Roberto Speranza** dove sono evidenziate le presenti riflessioni.



Basta che ci diate la “zeta”

“La difficile transizione tecnologica ai tempi del recovery plan”

Arrivano i soldi! 17 miliardi no 21 no ne arrivano 36! Sembra la visione dell'oasi nel deserto. Si perché il SSN negli ultimi 10 anni ha viaggiato nel deserto. Deserto di personale, deserto contratto, deserto di finanziamento, deserto di idee. La prima luce la abbiamo vista con la firma del contratto. Poi è arrivato il COVID e....

Dopo anni di cinghia stretta finalmente ci si è resi conto che la sanità è una spesa che genera ricchezza. Se “manca la salute” anche l'economia si blocca. Ci voleva il COVID per far capire una nozione lapalissiana. Oltre a garantire la salute i soldi spesi in sanità generano PIL, la sanità è ancora un ambito dove a lavorare sono le persone, non le macchine. Sono soldi che rimangono per lo più in Italia essendo difficile “delocalizzare” la produzione in paesi con minore tassazione... La tecnologia seppure sempre più presente, non abbatta la necessità di personale e di stipendi con busta paga, gli unici che generano IRPEF senza possibilità di evasione fiscale. Ancora oggi nei bilanci della ASL la voce personale la fa da padrone e questo non va visto come un male ma come un valore aggiunto. Gente che lavora e che non si attacca all'assistenza (reddito di cittadinanza, reddito di in-



FRANCESCO MEDICI
Consigliere Nazionale
Anaa Assomed

digenza ecc.) “acquisisce dignità” come ci ricorda Papa Francesco. La sanità infine genera indotto. Farmaceutica, ditte di pulizia, ristorazione, manutenzione.

Il Covid ci ha fatto rendere conto che appaltare all'estero la fabbricazione di presidi sanitari o la possibilità di produrre farmaci e vaccini è un errore strategico per lo Stato. Certe catene di produzione vanno tenute in Italia o al massimo in Europa anche se costano poco di più che acquistarle all'estero. Evviva. Ci voleva Draghi. Certo mai come in questo periodo medici, infermieri, farmacisti, amministrativi e tutti gli operatori del SSN sono stati massacrati dall'emergenza COVID, ma al contempo per la prima volta, si vede un riconoscimento anche di ruolo e di strategicità.

In sintesi l'Italia e la politica hanno finalmente capito che investire in sanità conviene soprattutto allo Stato. È paradossale che il SSN abbia cominciato a respirare sotto pandemia Covid. Non appena si sono anche di poco allargati i cordoni della Borsa, cordoni che fino a ieri ha asfissiato operatori, strutture e pazienti, la sanità ha cominciato a respirare: le assunzioni sono state possibili, acquisire attrezzature e ristrutturare spazi anche. Erano 10 anni che, almeno nel Lazio, non si vedevano tanti concorsi. Si sono ristrutturate ed aperte terapie intensive e sub intensive. Certo, indetti i concorsi ci si è accorti che i medici specialisti sono insufficienti, come denunciato da Anaao da 10 anni, ci si è reso conto che aver appaltato al privato strutture sanitarie non è sempre una scelta intelligente. E' apparso evidente che il modello Lombardo ideato da Formigoni, oltre ad aver generato corruzione, non ha retto alla domanda e all'emergenza del territorio.

Mi chiedo perché lo Stato condanni il popolo Lombardo a questa strage continua di cittadini inermi, perché non commissari la sanità lombarda facendola gestire da un commissario preso tra i governatori (o loro tecnici) più capaci. Per esempio Bonaccini, Zaia o Zingaretti (o il suo assessore alla sanità d'Amato). Loro e tanti altri, seppure con “casacche” politiche diverse, sono stati veramente bravi. Non è stata fortuna né improvvisazione. L'assessore del Lazio ogni giorno incontra tutti i DG del Lazio e li coordina. Ha creato “pressione” sulle strutture e ha ottenuto i risultati in una Regione che pure ha tanti

problemi e carenze, una regione uscita massacrata da 10 anni di tagli. Eppure Zingaretti e D'Amato ci sono riusciti. Mi chiedo: se i dati di mortalità e l'incapacità organizzativa della Lombardia (sono riusciti a sbagliare anche il sistema delle prenotazioni, oltre ad avere una inchiesta sull'acquisto dei camici) fossero avvenute in Sicilia o in Sardegna, non si sarebbe subito chiesto il commissariamento?

E veniamo al punto. Quando arriveranno i Miliardi dalla UE come saranno gestiti?

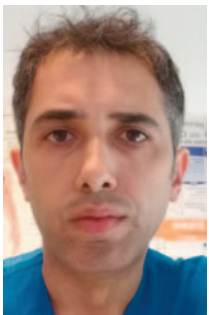
Le Regioni hanno la capacità e la competenza per poterlo fare? Gli uffici regionali riusciranno a spendere e a spendere bene senza sperperare oppure i soldi rimarranno bloccati da inadempienze burocratiche? Le mafie come verranno tenute lontane? Credo che questa opportunità unica per l'Italia e per il suo SSN non debba andare sprecata. È il momento per avere per esempio una “Fascicolo Sanitario Elettronico” unico per tutta Italia, una cartella clinica informatizzata unica, sistemi diagnostici moderni ma soprattutto strutture territoriali e ospedaliere che permettano una medicina moderna. Strutture che siano facilmente riconvertibili nei casi di catastrofi. È l'occasione per rivedere le forme contrattuali ed il modo migliore di utilizzare medici ed infermieri in una sanità integrata e non fatta a compartimenti stagni.

È il momento di portare gli stipendi dei sanitari tutti ai livelli europei. Perché non ipotizzare una base contrattuale CEE per esempio? In altre parole serve lo Stato centrale che coordini e controlli, come fa ogni giorno l'assessore della Sanità del Lazio su mandato di Zingaretti. Serve e serve subito, anche per modernizzare i nostri ospedali. Senza investimenti e governance dei processi non si ottiene il cambiamento.

La scorsa settimana ho incontrato un collega chirurgo e abbiamo intrapreso una conversazione sulla utilità di aprire la cartella clinica già in ambulatorio. Argomentavo che il lavoro va impostato lì, proseguivo in preospedalizzazione e terminato solo alla fine in reparto. Se si inizia a lavorare subito e bene la cartella clinica al momento del ricovero in reparto è già completa, bisogna aggiungere solo la diaria e la lettera di dimissione. Mi ha guardato perplesso e mi ha risposto: “Si va bene, ma fino a quando non mi dai la zeta io mi rifiuto.” “la zeta?” ho risposto. “Si esigo una tastiera del computer con tutti i tasti! Quella che abbiamo in ambulatorio non ha il tasto zeta... dobbiamo premere con una penna per creare il contatto per vedere comparire sul monitor la lettera zeta!” Come dargli torto. A volte il cambiamento si ferma alla lettera zeta!

La Solitudine del Medico “vaccinatore”

La pandemia da Covid-19 ha portato via con sé molte delle nostre abitudini, certezze, consuetudini, lasciando le persone sole costrette ad adattarsi ad un equilibrio che sembra non arrivare mai. Così si sta muovendo anche la campagna vaccinale, unico strumento di lotta alla pandemia, funestato da continue polemiche, dubbi ed incertezze ma anche da cattiva informazione



VINCENZO COSENTINI
Responsabile
AG Veneto



ALDO ROCCA
Responsabile
AG Molise

Le vittime di questo clima di inquietudine sono certamente i cittadini, che trovano il loro unico confronto in chi è sempre stato protagonista del sollievo nei momenti di difficoltà, il medico.

I medici sia in formazione che ospedalieri che in pensione, anche nella somministrazione dei vaccini si sono mostrati reattivi e pronti a lasciare i propri panni di specialisti, padri, madri, figli per diventare nel tempo libero “vaccinatori”. Nessuno di noi avrebbe, però, immaginato la solitudine di questo ruolo, che ci ha trovati impreparati nel gestire la paura dell’ignoto, privati delle armi con cui siamo soliti combattere, ovvero le raccomandazioni e indicazioni basate sulle evidenze, unico vero baluardo contro le fake news e le interpretazioni made in google.

Fermandoci a ragionare, scorrendo il film degli ultimi tre mesi, la comunità scientifica europea e l’ente regolatorio Nazionale “AIFA” ci hanno fatto interpretare il più vorticoso e repentino cambio di indicazione terapeutica della vita di chiunque. Abbiamo diligentemente interpretato un’indicazione terapeutica per popolazione under 55 anni, poi dopo poco, con sicurezza estesa agli over 65; con la stessa sicurezza abbia-

mo sostenuto il vaccino per tutte le fasce di popolazione, salvo una sera scoprire che la nostra giornata sarebbe stata vuota perché quel vaccino era potenzialmente pericoloso per tutti e non somministrabile.

Ma il vortice non si è fermato a quanto sopra detto; gli enti regolatori hanno subito riaperto le indicazioni a tutta la popolazione, salvo poi “consigliare” a una certa fascia di popolazione di utilizzare un vaccino piuttosto che un altro. Ovviamente mesi in cui si sono rincorse notizie vere, false, mai verificate, improvvisati talk show con opinionisti più disparati a dare sentenze su ciò che per molti di noi rappresenta una sfida con il futuro.

Unico risultato, l’ennesima picconata al rapporto di fiducia tra medici e pazienti, lasciati nudi di fronte al gelo del sospetto e della polemica ad ogni costo, medici che agli occhi dei più, cambiavano idea a ogni soffio di vento, dimenticando la tutela della salute, quando stavano sacrificando ancora una volta le proprie vite per un bene più grande.

Chiediamo dunque al governo, per continuare nell’interesse della tutela della salute di tutti, medici e pazienti,

di promuovere scelte condivise e dure nel tempo. È evidente in fondo che varie note AIFA non hanno mai smentito l’efficacia e la sicurezza del vaccino, avrebbero quindi solo evitato la sfiducia dei cittadini verso i medici e verso la scienza.

Chiediamo, inoltre, un coordinamento centrale per la prenotazione dei pazienti che devono giungere ai centri vaccinali con un’indicazione unica ad un unico tipo di vaccino, che il medico in loco si occuperà solo di somministrare in sicurezza, senza opzioni di scelta. Sarebbe inoltre opportuno creare campagne di sensibilizzazione e informazione da contrapporre all’odio mediatico, vigilando nei limiti della libertà di stampa, che sia sempre garantito un contraddittorio in grado di tutelare la correttezza dell’informazione.

Nel frattempo noi, in silenzio, continueremo la nostra battaglia per la salute in tutti i campi in cui sarà necessario, a casa, in ospedale, nei centri vaccinali e dovunque sarà richiesto. Oggi, rispetto al 2020, non abbiamo più solo la speranza di una cura contro il Covid-19 ma un’arma efficace, il vaccino, frutto di un tour de force mondiale che ha permesso, bruciando a tempi di record le tappe, di averne disponibilità; adesso ci vuole il cambio di marcia ed un altrettanto tour de force per garantirne i benefici ai popoli.

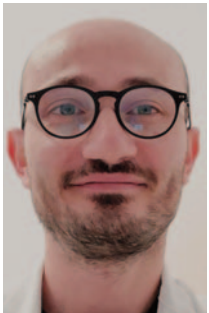


**l'Italia rinasce
con un fiore
vaccinazione
anti-Covid 19**

La next generation sequencing nella diagnostica della leucemia mieloide acuta

Punti chiave:

“Il sequenziamento di nuova generazione (NGS) è un metodo sensibile, specifico e accurato che fornisce dati diretti e benefici clinici per la gestione dei pazienti con leucemia mieloide acuta. Il profilo mutazionale ottenibile da metodi NGS può dare informazioni dirette sulla diagnosi, sulla prognosi e sulla scelta della terapia mirata”.



GIOVANNI IAQUINA
Dirigente Biologo,
UOC Laboratorio di Genetica Medica
Università La Sapienza - A.O.
San Camillo-Forlanini

La Leucemia Mieloide Acuta (LMA) è una neoplasia ematologica caratterizzata dalla proliferazione e accumulo di precursori mieloidi immaturi nel midollo osseo che portano a una compromissione dell'emopoiesi normale e insufficienza midollare. È la leucemia acuta più comune negli adulti con un'incidenza annuale di 17 nuovi casi ogni 100.000 abitanti e colpisce prevalentemente individui di età superiore ai 65 anni. È una malattia clonale causata da mutazioni genetiche a carico del progenitore ematopoietico mieloide normale, che porta ad un alterato turnover, differenziazione e proliferazione cellulare.

Nell'ultimo decennio, si è assistito a un importante incremento delle conoscenze riguardanti il panorama mutazionale delle neoplasie oncoematologiche in gran parte dovuto ai progressi nelle tecniche di sequenziamento di nuova generazione (NGS).

Tutto ciò ha portato a cambiamenti nella classificazione, nella stratificazione prognostica, nel trattamento e nella valutazione della risposta post-trattamento dell'LMA.

La diagnostica delle neoplasie mieloidi oggi si avvale di settori quali la citofluorimetria, la citogenetica e la genetica molecolare ed è solo mediante l'integrazione di tali indagini, che è possibile soddisfare i criteri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e dell'European Leukemia Network (ELN) per giungere a una diagnosi precisa e ad una corretta valutazione prognostica necessaria per la stratificazione del rischio che possa guidare il clinico nella gestione del paziente leucemico.

Nel 2016 la revisione della classificazione dell'OMS ha aggiunto, in via definitiva, nel gruppo delle LAM con alterazioni citogenetiche ricorrenti, ovvero le traslocazioni: t(8;21); inv(16);

t(15;17); t(9;11); t(6;9); inv(3); t(1;22), anche mutazioni a carico di alcuni geni, in particolare le LAM con mutazioni della nucleofosmina (NPM1) e mutazioni bialleliche di CEBPA, entrambe associate a prognosi favorevole; inoltre sono state aggiunte, in via provvisoria, le LAM con mutazioni di RUNX1 spesso associate a forme morfologicamente immature e/o a LAM secondarie a prognosi sfavorevole.

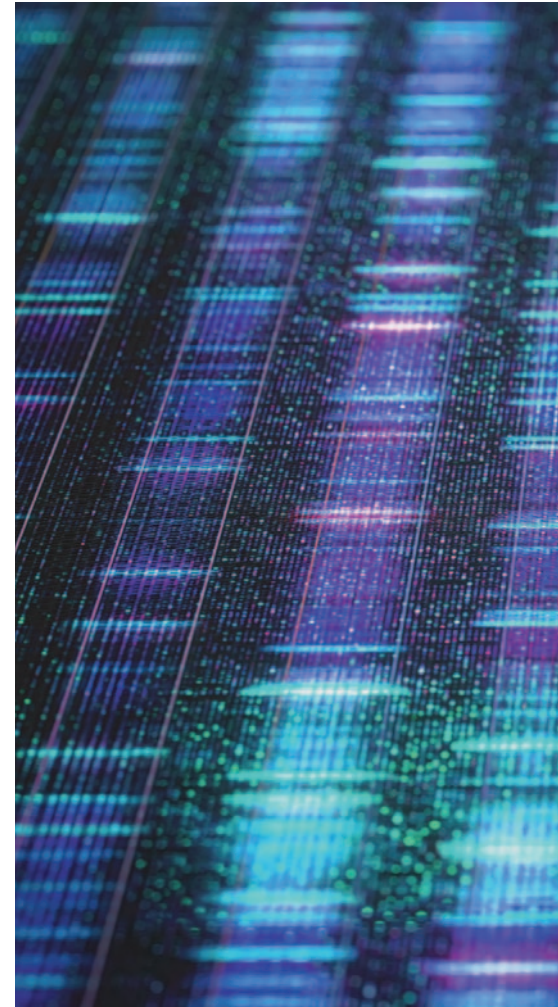
Le anomalie citogenetiche rappresentano il più importante fattore prognostico nelle LAM in termini di remissione completa e sopravvivenza generale, tuttavia è stato ampiamente dimostrato che, mentre con le tecniche standard esse si riscontrano solo nel 50-60% dei pazienti alla diagnosi, applicando metodiche NGS oltre il 90% dei pazienti con LAM mostra almeno una mutazione genetica.

Negli ultimi anni, numerosi e ampi studi di cancer *gene discovery* basati su approcci di tipo *genome-wide* hanno rivelato una notevole eterogeneità genetica delle neoplasie oncoematologiche fornendo preziose informazioni circa la patogenesi delle stesse.

Con lo scopo di contribuire alla comprensione della patogenesi delle LAM al fine di chiarire la connessione tra pattern di mutazioni e fenotipo epigenetico, nel 2013 lo studio pionieristico della rete *Cancer Genome Atlas* (TCGA) ha riportato la frequenza di mutazioni di 200 campioni di LAM rispetto alla controparte *wild type* (fibroblasti cutanei) analizzando l'intero genoma (WGS) o l'intero esoma (WES).

Lo studio ha evidenziato una media di mutazioni per paziente pari a 13 e 23 geni sono stati segnalati come più frequentemente mutati nelle LAM. Tali geni sono stati suddivisi in nove categorie funzionali quali: fattori di trascrizione (18%), mutazioni del gene NPM1 (27%), geni oncosoppressori (16%), regolatori epigenetici (44%), geni implicati nella trasduzione del segnale (59%), geni che modificano la cromatina (30%), fattori di trascrizione di geni impiegati nella maturazione della linea mieloide (22%), geni del complesso della coesina (13%) e geni del complesso dello spliceosoma (14%).

Molte delle mutazioni identificate han-



no dimostrato un valore prognostico per la previsione della recidiva della malattia post trattamento, diventando di fatto markers imprescindibili che i laboratori di genetica oncoematologica possono fornire.

Inoltre, mediante analisi della frequenza allelica (VAF) delle mutazioni rilevate è stato possibile ricostruire la struttura clonale delle AML; dimostrando che circa il 50% dei pazienti analizzati presentava almeno un subclone oltre al clone leucemico fondatore. Queste osservazioni hanno portato a un nuovo e recente concetto di sviluppo delle AML come risultato di un processo evolutivo clonale a più fasi; nelle prime fasi del decorso della malattia si osservano mutazioni a bassa frequenza allelica (VAF), le cosiddette “lesioni passanger” che non sono sufficienti a causare l'AML. Queste mutazioni possono essere ritrovate anche in una percentuale sostanziale di individui sani (10-20%), generalmente anziani, in questo caso si parla di “emopoiesi clonale di potenziale indeterminato” (CHIP). Gli individui con CHIP presentano un rischio maggiore di sviluppo di neoplasia mieloide (1% anno), ma anche un rischio raddoppiato di sviluppo di danno coronarico. Con il ter-



mine di “emopoiesi clonale di potenziale oncogenico sostanziale” (CHOP), si definiscono invece quelle condizioni in cui si presentano “lesioni driver” in geni come BCR-ABL, JAK2, Runx, FLT3, KRAS, HRAS a % VAF più alta, che determinano un rischio più elevato di progressione in LAM, anche in assenza di altri criteri diagnostici della malattia. I progressi nella comprensione biologica della patogenesi della LMA hanno portato all’approvazione di otto nuovi farmaci nell’aprile 2017, cinque di questi sono stati sviluppati su mutazioni specifiche; (i) midostaurina, inibitore di FLT3 mutato, (ii) gilteritinib inibitore di FLT3 e AXL, (iii) enasidenib, inibitore dell’isocitrato deidrogenasi 2, (iv) ivosidenib, un inibitore di IDH1, (v) venetoclax, un inibitore di BCL-2. Questo ha portato a un notevole cambiamento nella terapia dei pazienti affetti da AML, da un regime chemioterapico definito standard per tutti i pazienti si è passati ad approcci terapeutici sempre più personalizzati. Riguardo alla valutazione della malattia minima residua (MRD), il prerequisito fondamentale deve essere l’elevata sensibilità del metodo analitico (10 a 10), che è attualmente soddisfatto da metodiche gold-standard quali la cito-

“
I vantaggi più evidenti nell’utilizzo di metodi NGS rispetto ai precedenti includono un utilizzo più efficiente del campione tumorale, una valutazione completa delle mutazioni clinicamente rilevanti, una maggior sensibilità analitica rispetto alla maggior parte degli altri metodi molecolari”

fluorimetria e tecniche di PCR quali la Real-Time PCR quantitativa (RT-qPCR) o la droplet digital PCR (ddPCR). Tuttavia solo circa il 40% dei pazienti con LAM presenta una mutazione rilevabile e quantificabile con tecniche mirate all’analisi di un singolo gene. Pertanto la valutazione della MRD con tecniche NGS sta diventando un approccio interessante proprio per la capacità di valutare simultaneamente geni multipli, espandendo così l’applicabilità del monitoraggio della MRD ad una frazione molto più alta di pazienti (90-97%). Pannelli NGS di ultima generazione sono stati ottimizzati per migliorare la sensibilità della tecnica NGS mediante l’utilizzo di barcode molecolari unici (UMI) in grado di ridurre gli errori che si generano durante un sequenziamento massivo parallelo dimostrando in questo modo una sensibilità pari a quella delle tecniche di CFM. È necessario tener conto che alcune mutazioni associate a CHIP, ad esempio i regolatori epigenetici (TET2, DNMT3A, o ASXL1), persistono anche dopo chemioterapia e la rilevanza prognostica di queste mutazioni è ancora controversa, per cui sono richiesti ampi studi di corte per valutare se molte delle mutazioni rilevate in NGS possono o meno essere considerate biomarcatori di MRD. Sebbe-



ne numerosi studi abbiano dimostrato il valore clinico della valutazione della MRD basata su metodiche NGS, per una standardizzazione del metodo è necessaria una più ampia casistica che possa portare ad un valutazione uniforme dei risultati.

Attualmente le linee guida dell’ELN e del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) raccomandano la caratterizzazione citogenetica molecolare di tutte le LAM di nuova diagnosi, includendo l’indagine del cariotipo (citogenetica convenzionale) e lo screening di un minimo di 9 mutazioni geniche che comprendano i geni NPM1, CEBPA, RUNX1, FLT3, TP53, ASXL1, IDH1-2, c-KIT e screening delle traslocazioni ricorrenti. Entrambi i Network definiscono questo pannello di mutazioni come “minimo imprescindibile” per la corretta pratica clinica nella stra-

tificazione del rischio genomico e per un eventuale approccio terapeutico personalizzato.

Ad oggi, secondo l’ELN e NCCN, un approccio NGS con pannelli target può essere applicato al fine di ottenere ulteriori informazioni sulla prognosi, sul trattamento e l’eventuale idoneità del paziente per la partecipazione a sperimentazioni cliniche mentre non esiste un consenso riguardo al numero o i geni da includere in un pannello mieloidale NG³.

Sebbene alcune delle mutazioni clinicamente rilevanti vengono valutate con metodiche di laboratorio consolidate e definite «a singolo gene» come il sequenziamento Sanger, Real time PCR (RT-PCR), analisi dei frammenti di PCR mediante elettroforesi capillare, PCR di geni di fusione, ecc; la recente disponibilità di metodiche NGS, ha permesso a molti laboratori di effettuare una transizione delle metodiche appena citate verso un approccio multi genico mediante sequenziamento massivo in parallelo. I vantaggi più evidenti nell’utilizzo di metodi NGS rispetto ai precedenti includono un utilizzo più efficiente del campione tumorale, una valutazione completa delle mutazioni clinicamente rilevanti, una maggior sensibilità analitica rispetto alla maggior parte degli altri metodi molecolari, una razionalizzazione del flusso di lavoro tecnico e, in relazione al numero di geni analizzati, un abbattimento notevole dei costi. D’altra parte gli eventuali limiti dell’NGS sono legati ai costi elevati delle strumentazioni e dei reagenti che possono essere ammortizzati solo centralizzando un numero elevato di casi, la complessità tecnica per la preparazione delle librerie, la necessità di avere personale altamente qualificato con competenze in bioinformatica necessarie per contenere i tempi di interpretazione e di refertazione la cui rapidità costituisce un parametro essenziale per il processo decisionale terapeutico. L’applicazione dell’NGS in oncematologia è oggi l’approccio migliore per identificare le mutazioni presenti alla diagnosi, che possono avere importanti implicazioni sia sulla stratificazione prognostica che sulle decisioni terapeutiche e alla recidiva per identificare eventuali nuovi cloni neoplastici selezionati o non eradicati dal trattamento. Un pannello NGS per uso clinico deve quindi coprire le mutazioni che sono di tipo diagnostico, prognostico e predittivo ovvero che siano in grado di prevedere la risposta al trattamento di un eventuale terapia mirata.

A Parma la mostra di Pat Carra con il patrocinio Anaao dal 14 maggio al 20 giugno 2021

Anticorpi a fumetti

La mostra *Anticorpi a fumetti*, ospitata nel chiostro della Casa della Musica dal 14 maggio al 20 giugno, riporta Pat Carra, che vive a Milano, nella sua città d'origine

L'idea della mostra, sostenuta dall'assessorato alle Politiche della Sanità del Comune di Parma, guidato dall'assessora Nicoletta Paci, si fa strada durante la seconda ondata di pandemia da Covid-19, con l'intento di interpretare in chiave umoristica e satirica quello che ci sta capitando.

Il lampo di una, due, tante vignette illumina le sfaccettature del nostro trauma collettivo e lo riporta per un attimo a una misura umana, accettabile e comprensibile. Con il tocco leggero del suo tratto e del colore, Pat affronta la crisi della sanità, le paure e la confusione, la crisi sociale ed economica e quella della politica.

Mentre ci specchiamo nei disegni, ritroviamo nelle espressioni e nelle battute una ventata di ossigeno che ci fa respirare a pieni polmoni, nonostante le mascherine. Ridere e sorridere rafforza il sistema immunitario, e non dipende dai tempi e dagli interessi di Bigpharma. Camminando di fumetto in fumetto, assistiamo a dialoghi tra amiche, medici e pazienti, bombe, margherite, maghe, gatte, vermi, larve... anche il Covid ha un volto per parlargli meglio e non ridurlo a un fantasma scientifico. Il chiostro si trasforma così in un pianeta semplice e vicino, dove molteplici creature, umane e non, giocano al gioco della verità e della fantasia, svelando che il re è nudo o immaginando che il virus sia un maestro di vita e non solo di morte.

La scelta di un allestimento all'aperto, ispirata dai vincoli della pandemia, invita a passeggiare e riflettere in un luogo raccolto, sicuro e nello stesso tempo libero. Decine di vignette e strisce sono impresse su 28 pannelli di grandi dimensioni; sagome e volti occhieggiano da 12 formelle che giocano con lo stile rinascimentale del luogo, al di sopra delle colonne. L'essenzialità del tratto e della battuta rende le vignette comprensibili a persone di ogni età e sensibilità.

L'arte del fumetto appartiene all'aria, come la musica: quale casa migliore per questa mostra?



Pat Carra, fumettista, umorista, giornalista, è nata a Parma nel 1954 e vive da molto tempo a Milano. A partire dagli anni Settanta, le sue vignette sono pubblicate dalla Libreria delle donne di Milano e dai gruppi femministi. È tra le fondatrici di Aspirina rivista acetsatirica e di Erbacce. Forme di vita resistenti ai diserbanti. Raccoglie i suoi lavori in libri e mostre, declinando il fumetto

su carta, web e su tessuto con ago e filo. Ha collaborato e collabora con giornali e riviste in Italia e all'estero, tra cui inGenere.it, Dirigenza medica, Donna moderna, il manifesto, Noi donne, Cuore, Corriere della sera, Terre di mezzo. Fra i suoi committenti, il Teatro la Fenice di Venezia e il sindacato del settore sanitario Anaao. Con il Comune di Parma e Arca onlus ha

realizzato nel 2020 la campagna Hiv... parliamone! Nel 2006 ha ricevuto il Premio Satira politica di Forte dei Marmi, nel 2017 l'Annual Award Oro per il fumetto dall'Associazione Autori d'Immagine. www.patcarra.it www.anticorpiafumetti.it

La mostra è promossa da Comune di Parma - Parma 2020 Assessora Nicoletta Paci

Progetto di allestimento: Hypereden Milano Grafica: Sandro Stefanelli Trailer: Anna Ciammitti Realizzazione: Servizioevole Produzione: Smart Catalogo: manufatto della Casa editrice Libera e Senza Impegni

Con il patrocinio di Università di Parma, Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna Ausl Parma e Azienda Ospedaliera, Anaao Assomed, Ordine dei medici della Provincia di Parma



ELEZIONI ONAOSI 2021-2026

vota

LISTA

ONAOSI FUTURA

IL PUNTI DEL NOSTRO PROGRAMMA

L'ONAOSI È NATA
PER ASSICURARE IL FUTURO,
ASSICURIAMO FUTURO
ALL'ONAOSI.

- ▶ **Favorire** un moderno Welfare multicategoriale di prossimità
- ▶ **Allargare** la platea dei contribuenti
- ▶ **Progettare** interventi in favore delle condizioni di disagio e fragilità
- ▶ **Facilitare** l'accesso ai servizi
- ▶ **Potenziare** la comunicazione delle attività
- ▶ **Costruire** sinergie con le Casse Previdenziali
- ▶ **Ultimare** i programmi di valorizzazione e ristrutturazione edilizia dei Collegi di Perugia
- ▶ **Garantire** un'amministrazione trasparente, efficace ed efficiente
- ▶ **Ottimizzare** la resa del patrimonio mobiliare e immobiliare
- ▶ **Estendere** i programmi di formazione, nazionali e internazionali

COME SI VOTA

1
Barrare riquadro
Lista n. 1
Onaosi Futura



2
Inserire la
scheda nella
busta anonima



3
Inserire il tutto
nella busta pre-
affrancata



4
Spedire



Non esprimere preferenze nominali

LA BUSTA CON IL VOTO DOVRÀ PERVENIRE
ALLA FONDAZIONE ENTRO E NON OLTRE
LE ORE 20.00 DEL **21 GIUGNO 2021**

CAMPAGNA

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

A TUTTI I MEDICI
SPECIALIZZANDI

STOP
COVID-19

Proteggi il tuo futuro.
Tutelati con la nostra
polizza e mettiti
al sicuro.

A soli **€100**

**COMPRESA QUOTA
ASSOCIATIVA ANAAO**

PROMOZIONE VALIDA FINO AL 30.06.2021

La polizza comprende:

Polizza colpa grave

- RC COLPA GRAVE (OBBLIGATORIA in base alla Legge n. 24/2017)
- Inclusiva di Deeming Clause (inclusa la possibilità di aprire il sinistro già all'atto della Comunicazione formale da parte della Struttura ex art. 13 Legge 24/2017)
- Retroattività di 2 anni dalla prima sottoscrizione;
- Garanzia Postuma 10 anni GRATUITA;
- Massimale per Colpa Grave di 1.500.000€
- Nessuna franchigia;

Polizza tutela legale

AMBITI DI COPERTURA:

- PENALE
- CIVILE
- VERTENZE DI LAVORO CONTRATTUALE

PECULIARITA':

- AVVOCATO DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
 - CONSULENTE DI PARTE DI LIBERA SCELTA senza alcuna limitazione territoriale
- MASSIMALE GRATUITO: Senza alcun onere e compreso nella quota associativa Sindacale:
€ 50.000,00 per sinistro, per Assicurato e per Anno Assicurativo.

MEDICAL
INSURANCE BROKERS

www.medicalbrokers.it

T. 0341 287278 info@medicalbrokers.it

ANAAO ASSOMED
ASSOCIAZIONE MEDICI DIRIGENTI

www.anaao.it