

Il progetto operativo Salute, a seguito dell'efficienza del processo e dell'efficacia dei risultati raggiunti, è stato ulteriormente finanziato con risorse aggiuntive. Il progetto ha assunto successivamente la forma del Gemellaggio tra Regioni per la diffusione delle buone pratiche, nell'ambito di un apposito programma di scambi di esperienze e promozione di reti tematiche, a livello regionale, nazionale ed europeo.

I gemellaggi perseguono l'obiettivo di contribuire al miglioramento delle capacità delle Amministrazioni titolari di Programmi Operativi Regionali in relazione a specifici temi di interesse.

Nell'ambito del progetto operativo Salute i gemellaggi sono stati realizzati attraverso il trasferimento di modelli, procedure e sistemi di organizzazione di eccellenza, maturati nella esperienza dei fondi strutturali europei, al fine di garantire alle amministrazioni regionali del Mezzogiorno un supporto per la programmazione dello sviluppo economico e sociale. Sono stati attivati e conclusi cinque gemellaggi di seguito sinteticamente descritti:

Gemellaggio tra Università di Firenze - Dipartimento di Statistica e Regione Sardegna

Il Gemellaggio, ha avuto la finalità di trasferire le migliori pratiche in uso, a livello nazionale ed internazionale, nel reperimento di dati ambientali e sanitari, nella loro validazione, nella loro analisi e nell'evidenziare i livelli di rischio riconducibili a pressione ambientale.

Durante il periodo del gemellaggio, il personale tecnico delle amministrazioni coinvolte si è confrontato su problematiche di valutazione epidemiologica dell'impatto ambientale sulla salute.

Gemellaggio tra ASL Città di Milano - Unità di Epidemiologia e Regione Sardegna

Il Gemellaggio, in un anno e mezzo di attività, ha coinvolto gli operatori delle due amministrazioni nel con-

fronto sulle più aggiornate e innovative metodologie nella gestione dei dati, nella loro analisi, nella loro interpretazione e conseguente proposizione delle evidenze al decisore finale.

Il trasferimento di competenze ha avuto l'effetto di mettere a disposizione degli operatori regionali le migliori pratiche nella gestione, analisi ed interpretazione dei dati sanitari o ad implicazione sanitaria, nell'ottica dell'adeguato supporto informativo alle attività di programmazione.

Gemellaggio tra ASL RM E - Dipartimento di Epidemiologia, Università di Firenze - Dipartimento di Statistica e Regione Sicilia

Le attività progettuali sono state orientate al trasferimento di competenze e metodi per le analisi epidemiologiche (strumenti, misure ed indicatori) relativi alle tematiche specifiche necessarie per la Programmazione Sanitaria Regionale e per lo sviluppo di metodologie di valutazione di impatto sulla salute (Health Impact Assessment). È stato perseguito il rafforzamento della piattaforma informativa regionale attraverso la creazione e il miglioramento della qualità di alcuni flussi informativi necessari per il monitoraggio dello stato di salute e per la valutazione di attività ed efficacia delle prestazioni in sanità.

Gemellaggio tra ASL 5 Piemonte, Grugliasco - Servizio Sovrazonale di Epidemiologia e Regione Basilicata

L'obiettivo dei gemellaggi ha riguardato la diffusione e il trasferimento di buone pratiche nell'ambito della capacità di valutazione e monitoraggio dello stato di salute della popolazione, con particolare riguardo ai temi dell'equità per orientare lo sviluppo di politiche attive per la salute e di politiche di allocazione delle risorse assistenziali. Tale obiettivo è stato perseguito attraverso attività di supporto all'Osservatorio Epidemiologico Regionale della Regione Basilicata al fine di promuovere l'applicazione di procedure e metodologie per la valutazione di impatto sani-

tario legate all'Osservatorio Epidemiologico e delle strutture che con essa collaborano.

Gemellaggio tra Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia e Regione Campania

Le attività progettuali del gemellaggio sono state orientate alla diffusione della cultura della gestione del rischio in sanità; ad un utilizzo più diffuso e standardizzato di alcuni strumenti tipici; all'attivazione di un flusso informativo proveniente dalle Aziende Sanitarie, passante per la Regione Campania, che ha consentito a quest'ultima di conoscere meglio il fenomeno di interesse e partecipare al monitoraggio nazionale degli eventi sentinella.

L'esperienza 2000-2006 ha mostrato l'importanza delle attività di assistenza tecnica per le regioni del Mezzogiorno e la capacità delle Amministrazioni centrali di porre in essere con efficacia tale servizio. In questo ambito, inoltre, l'Amministrazione ha avuto la grande opportunità di approfondire meglio il mondo dei Fondi Strutturali, di comprenderne la filosofia e le regole che governano i processi di programmazione e attuazione delle politiche e di sperimentarsi in prima battuta su un approccio di gestione "integrata" degli interventi.

Il Quadro Strategico Nazionale 2007-2013 per il settore salute

Sulla base del contributo fornito dalle diverse Amministrazioni centrali e dalle Regioni e sulla base di un processo partenariale molto serrato tra le Amministrazioni e le parti economiche e sociali si è arrivati alla formulazione del Quadro Strategico Nazionale (QSN). Il QSN, previsto dall'articolo 27 del Regolamento CE 1083/2006, rappresenta il documento di programmazione con cui l'Italia persegue gli obiettivi previsti dalla politica di coesione comunitaria 2007-2013. Lo

Stato italiano, in particolare, ha individuato 4 obiettivi e 10 priorità specifiche per la programmazione 2007-2013.

La strategia complessiva è dotata di:

- risorse di fonte UE: i Fondi strutturali;

- risorse di fonte nazionale: il Fondo di co-finanziamento nazionale ai Fondi strutturali e il Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS).

Con riferimento specifico al settore salute, è innanzitutto importante sottolineare che non è possibile identificare all'interno della declinazione strategica del QSN obiettivi e priorità esplicitamente riconducibili al tema sanitario. La tematica è presente all'interno delle diverse priorità, ma appare trattata in modo "diffuso" e non sistematico.

Un altro riferimento importante è contenuto all'interno della parte relativa ai "Servizi essenziali e obiettivi misurabili": l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), infatti, è stata inserita tra gli obiettivi di servizio:

"(...) aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro (...)".

Il raggiungimento di standard adeguati nell'ambito dei servizi di cura per la popolazione anziana rappresenta uno dei parametri con cui sarà giudicata anche l'efficacia delle politiche di coesione, trattandosi di un servizio essenziale per la qualità della vita che contribuisce a connotare un'area come più o meno sviluppata. Il QSN, in particolare, definisce gli obiettivi finali delle politiche di sviluppo attraverso precisi indicatori e fissa per le Regioni del Mezzogiorno target vincolanti al 2013. Con riferimento specifico all'ADI, l'indicatore riguarda il numero di anziani assistiti in assistenza domiciliare integrata (ADI) rispetto al totale della popolazione anziana (superiore a 64 anni).

Il tema della salute ha trovato, inol-

tre, esplicita declinazione all'interno dei Programmi Operativi (PO) delle Regioni del Mezzogiorno per il periodo 2007-2013: il settore salute rappresenta, infatti, un'area chiave di intervento dei PO anche se le strategie di intervento prevedono però modalità attuative diverse sulla base della specificità e delle finalità proprie dei singoli Fondi. In particolare, si evidenzia una particolare attenzione a progetti legati allo sviluppo dell'e-health, al potenziamento infrastrutturale e dei servizi socio-sanitari pubblici e alla promozione di progetti di riqualificazione in ambito urbano e rurale.

Il processo programmatico

Il progetto Speciale Salute

Nello spirito della programmazione 2007-2013 è stato siglato il 17 aprile 2007 il Memorandum per un Protocollo d'Intesa - Quadro Strategico per la Salute, Sviluppo e Sicurezza nel Mezzogiorno - Indirizzi e Obiettivi operativi di convergenza strutturale dei servizi sanitari regionali del Mezzogiorno dal Ministro della Salute, dal Ministro dello Sviluppo Economico e dai Presidenti delle otto Regioni meridionali e insulari - Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia, Sardegna e Sicilia.

Il Memorandum vede concordi le Regioni del Mezzogiorno e le Amministrazioni centrali sottoscrivere sull'importanza di avviare un processo di riqualificazione del servizio sanitario del Mezzogiorno volto a creare un sistema interregionale di eccellenza ed in grado di accelerare processi di crescita e di sviluppo.

Allo stato attuale un'informativa sul Memorandum e quindi sul Progetto Salute, Sicurezza e Sviluppo del Mezzogiorno, i cui contenuti sono stati recepiti nella delibera Cipe n.166/2007 attuativa del QSN, è stata trasmessa al Comitato Intermini-

steriale per la Programmazione Economica. L'informativa è stata recepita dal CIPE il 1 agosto 2008.

Progetto Operativo Nazionale Governance e Assistenza tecnica 2007-2013

Sulla base dell'esperienza relativa al PON ATAS 2000-2006, il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali il 30 novembre 2007 ha presentato la propria scheda di candidatura per il servizio di assistenza 2007-2013 alle Regioni del Mezzogiorno.

In particolare, l'analisi attenta dei fabbisogni regionali ha portato all'individuazione di specifiche linee di intervento che possono essere ricondotte a quattro macro-aree di attività:

- a) il sostegno alla programmazione;
- b) le azioni di portata generale;
- c) l'informazione;
- d) l'accompagnamento e il training on the job.

Per l'attuazione delle macro-aree di attività il Ministero svolgerà un'azione di regia complessiva e di costante coordinamento nei confronti delle Regioni del Mezzogiorno.

Il Ministero del lavoro, salute e politiche sociali - settore salute - in particolare intende fornire per le quattro macro-aree sopra individuate un servizio di assistenza tecnica che opererà in modo trasversale e continuo per l'insieme delle Regioni convergenza (assistenza tecnica trasversale) ed un servizio più specialistico mirato alle singole richieste ed esigenze territoriali (assistenza tecnica mirata).

Il Ministero, rispetto alla programmazione passata, intende mettere in piedi una struttura operativa responsabile dell'attuazione dell'intero progetto di Assistenza Tecnica dotata di risorse proprie interne: per garantire un'efficace azione di gestione e di coordinamento del progetto operativo, gestirà in modo diretto le attività ed affiancherà alla struttura interna professionalità specialistiche, riferite alle azioni specifiche previste nei sin-

goli progetti di supporto alle Regioni.

La grande sfida che il Ministero oggi si pone è quella di far crescere e migliorare, attraverso l'esperienza dei Fondi strutturali dell'Unione Europea, le professionalità interne dell'Amministrazione attraverso:

- la diffusione delle regole europee;
- il coinvolgimento di tutto il personale preposto alla definizione delle strategie di indirizzo;
- il sostegno delle pratiche di condivisione e di scambio all'interno della struttura del Ministero e all'esterno verso i diversi livelli istituzionali coinvolti.

Il Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio

Al fine di sostenere il comune impegno di accelerazione per il conseguimento degli obiettivi di servizio, è stato concordato con il Ministero dello Sviluppo Economico e le Amministrazioni centrali interessate (Ministero del lavoro, salute e politiche sociali – settore salute -, Ministero della Solidarietà Sociale, il Dipartimento delle politiche per la famiglia presso la Presidenza del Consiglio e il Ministero dell'Ambiente), tenuto conto anche di quanto osservato dalle Regioni del Mezzogiorno, il contenuto del “Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio”, articolato in linee settoriali in riferimento a ciascun obiettivo.

Per quanto riguarda il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali il settore salute ha elaborato,

congiuntamente con il settore politiche sociali e con il Dipartimento delle politiche per la famiglia presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, la linea settoriale “Azioni di sistema e assistenza tecnica per il conseguimento dei target relativi ai servizi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) per la popolazione anziana”. Nell'ambito della proposta è previsto un fabbisogno finanziario di assistenza tecnica di 1.000.000,00 di euro a valere sulle risorse FAS per ciascuna delle tre Amministrazioni

In particolare, il “Progetto azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio” si riferisce al sostegno che il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – settore Salute potrà dare alle Regioni del Mezzogiorno in vista del raggiungimento del target ADI definito nell'ambito dei livelli di servizio contenuti nel QSN di “aumentare i servizi di cura alla persona, alleggerendo i carichi familiari per innalzare la partecipazione delle donne al mercato del lavoro”.

Bibliografia essenziale

- Ministero dello Sviluppo Economico. Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e Coesione.
- Ministero dello Sviluppo Economico. Progetto “Azioni di sistema e assistenza tecnica per gli obiettivi di servizio” 2007-2013.
- Ministero dello Sviluppo Economico. Programma Operativo Nazionale “Assistenza tecnica e azioni di sistema” per le regioni obiettivo 1 2000-2006 - Complemento di programmazione.
- Ministero dello Sviluppo Economico. Quadro strategico nazionale per la politica regionale di sviluppo 2007-2013.

La ricerca sanitaria: realtà e prospettive

Gli sviluppi della ricerca sanitaria

La ricerca sanitaria, elemento fondamentale per garantire una sanità in linea con il progresso scientifico e tecnologico, rappresenta un vero e proprio investimento per determinare il progressivo aumento delle risorse a disposizione e attuare il passaggio dalla sanità alla salute.

La promozione della ricerca scientifica e dell'innovazione tecnologica in campo sanitario rappresenta un tema sul quale è necessario investire. Si tratta di favorire e sviluppare l'interazione tra imprese, ricerca pubblica e capitali di rischio, finalizzandola allo sviluppo di prodotti, processi e servizi ad alto valore aggiunto e di rilevante interesse scientifico, economico e sociale.

È importante individuare linee di ricerca sulla base delle necessità del nostro paese e delle priorità evidenziate a livello comunitario ed internazionale e reperire finanziamenti nazionali e comunitari mettendo a disposizione fondi per l'attuazione dei progetti.

Per raggiungere gli obiettivi del PSN è necessario poter attivare e disporre di una ricerca scientifica di alto profilo. A tal fine, si tratta di aggregare e valorizzare in una visione unitaria forze e risorse già presenti nel SSN e nel mondo accademico e scientifico, evitando duplicazioni e sovrapposizioni che possano incidere negativamente sul cammino della stessa ricerca.

L'attività di ricerca del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, divenuta con la modifi-

ca del titolo V della Costituzione materia concorrente tra Stato e Regioni, pur nella sua autonomia gestionale, è infatti allargata a tutto il sistema della ricerca nazionale, perchè in un bilancio di domanda ed offerta, tutte le istituzioni che fanno ricerca in campo sanitario sono chiamate a dare il loro contributo.

Il rilancio della ricerca è quindi obiettivo primario del Piano: si tratta di coordinare e valorizzare iniziative e professionalità già presenti nel SSN in una visione unitaria che consenta di impostare una vera e propria politica di Ricerca e Sviluppo del Ministero. Gli strumenti di tale politica si concretizzano nel Programma di Ricerca Sanitaria (PRS) (ex art.12 bis, comma 3, D. Lgs n.229/1999) che definisce su base triennale le corrispondenti strategie di ricerca e l'allocazione delle risorse a ciò dedicate e assicura le indispensabili sinergie fra ricerca pubblica e ricerca privata, nonché tra ricerca nazionale e ricerca europea ed extra-europea.

Quale strumento strategico per la politica sanitaria, la ricerca finanziata dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali presenta aspetti del tutto peculiari. La ricerca sanitaria, infatti, si caratterizza per il fatto che il titolare della formulazione della domanda è il Ministero, in quanto responsabile dell'individuazione degli obiettivi specifici della politica sanitaria.

Il programma di ricerca sanitaria si articola in ricerca corrente e in ricerca finalizzata ed è volto ad individuare

gli obiettivi prioritari per il miglioramento della salute della popolazione, a favorire la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione ed organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche, a migliorare l'integrazione multiprofessionale, la continuità assistenziale e la comunicazione con i cittadini, per quanto previsto dagli artt. 12 e 12 bis del D. Lgs. 502/92.

La ricerca finalizzata è svolta dai Destinatari Istituzionali (Regioni, Istituto Superiore di Sanità, Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza sul Lavoro, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici e privati e Istituti Zooprofilattici Sperimentali) nell'ambito delle specifiche materie di competenza.

L'attività di ricerca finalizzata è svolta dai Destinatari Istituzionali attraverso l'elaborazione di progetti obiettivo. Questi Enti, per la realizzazione dei progetti possono avvalersi della collaborazione di altri enti di ricerca pubblici e privati, delle Università e anche di imprese pubbliche o private, sulla base di accordi, convenzioni o contratti.

I finanziamenti accordati negli ultimi anni hanno infatti lo scopo di aumentare la massa critica della ricerca per affrontare problematiche a grande impatto sociale come, nel caso specifico, le patologie tumorali, senza trascurare l'innovazione per il governo clinico e per l'ottimizzazione della dimensione organizzativa dei servizi sanitari.

Ma è soprattutto necessario che questa ricerca sia traslazionale, una ricerca cioè in cui si realizzino sinergie tra ricerca di base e ricerca clinica, in quanto non solo le conoscenze ottenute tramite la ricerca di base possono essere convogliate alla fase di applicazione, ma anche le applicazioni cliniche stesse possono svolgere un importante stimolo alla ricerca fundamenta-

le. Le esigenze poste dalla tutela della salute al settore della ricerca traslazionale, previa interiorizzazione e sperimentazione degli avanzamenti sviluppati dalla ricerca mondiale, impongono di trasferire le più avanzate innovazioni al SSN.

In tal senso è d'obbligo sottolineare che la ricerca biomedica (genomica, neuroscienze, oncologia molecolare, ecc.) e l'innovazione tecnologica (diagnostica medica, biotecnologie, informatica sanitaria, ecc.) stanno caratterizzando e trasformando profondamente i processi di cura e i servizi sanitari.

L'applicazione nel nostro Paese di una nuova strategia integrata di promozione e supporto della R&S, la cui adozione è fortemente appoggiata dal ruolo attribuito dalle forze sociali e produttive del paese al settore della R&S e a quello della formazione, rappresenta per i motivi sopra accennati, un punto qualificante ed essenziale.

Un altro campo dove l'innovazione tecnologica può portare cospicui vantaggi è quello della formazione e dell'aggiornamento professionale. In questo campo affiancare agli strumenti tradizionali gli strumenti di ICT consente di realizzare progetti di formazione permanente, finalizzati a garantire prestazioni ad elevato livello innovativo.

In tale contesto è necessario che la società civile sia coinvolta nel dibattito e nei processi decisionali relativi alla ricerca. In passato la collettività poteva ignorare la scienza perché i suoi riverberi si relegavano nei contesti socio-tecnici della produzione, lambendo solo la quotidianità delle relazioni di vita.

Oggi la pervasività della scienza in tutto lo spazio sociale obbliga ciascuno a misurarsi con la portata e l'accettabilità dei suoi contenuti e del suo impatto, consentendo ad ogni individuo e ad ogni soggetto sociale di trovarsi coinvolto come attore consape-

vole delle scelte e non come spettatore passivo di eventi governati dai pochi addetti ai lavori.

In definitiva, i maggiori investimenti nella ricerca saranno accettati e sostenuti dall'opinione pubblica solo se la ricerca sarà in grado di coglierne il significato e i potenziali ritorni in termini di nuove opportunità di sviluppo sociale e produttivo.

È importante costruire un "senso comune" della scienza, che consenta alla popolazione di appropriarsi di temi che hanno implicazioni rilevanti nella vita quotidiana e che, per ciò stesso, richiedono un'ampia verifica ed accettazione a livello sociale.

Concludendo, la strada percorribile è quella di un patto nuovo in Italia, dove Stato, Regioni, Università e Imprese lavorino insieme per potenziare le condizioni necessarie alla crescita degli investimenti in R&S.

Potremmo definirlo come un "gioco cooperativo" finalizzato alla realizzazione di:

- uno snellimento delle procedure burocratiche;
- coordinamento degli interventi e concentrazione degli investimenti;
- superamento degli steccati fra ricerca pubblica e privata e valorizzazione dei ricercatori;
- un premium price significativo per l'innovazione;
- una cultura positiva nei confronti della ricerca;
- una politica che dia incentivi fiscali e finanziari all'innovazione tecnologica applicata alla ricerca biomedica.

Strategie del ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali

La strategia del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è stata quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS, con le

Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

Negli anni 2007 e 2008 ha promosso le reti strutturali, affidando ad esse progetti coordinati con le diverse istituzioni (ISS, IRCCS, IZS, ISPELS, Regioni, Università) e ciò anche al fine di facilitare l'accesso ai fondi europei del VI e VII Programma Quadro, ai fondi del PNR 2006-2008 e ai fondi per i progetti di ricerca industriale ex Legge 297/99.

Altro obiettivo è stato quello di far crescere la consapevolezza che la ricerca è finalizzata al miglioramento delle prestazioni fornite al cittadino che potranno essere verificate sia sotto forma di un nuovo farmaco più efficace, sia di un nuovo modello organizzativo con riduzione dei tempi di attesa.

Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali ha finanziato progetti per sperimentare modelli di cura per le malattie rare, per quelle a maggior impatto sociale (oncologia, cardiologia, diabetologia, terapia del dolore) e progetti per i soggetti più fragili come gli anziani. Per far ciò ha coinvolto le organizzazioni del volontariato.

Nel 2007 e nel 2008, in conformità anche ai Programmi Europei ed alle priorità di ricerca in questi segnalati, i fondi per la ricerca finalizzata sono ripartiti come illustrato nelle Figure 1 e 2.

Realtà e prospettive della ricerca

Terapie, sempre più mirate attraverso l'identificazione dell'espressione genica del paziente, alla precisa classificazione della malattia (non solo anatomopatologica), alla possibilità di individuare alterazioni anatomico-funzionali modeste con apparecchiature sempre più sofisticate, alle possibilità della medicina rigenerativa (cellule staminali) all'utilizzazione delle grandi apparecchiature per cambiare la storia

Figura 1 – Ricerca Finalizzata 2007. Ripartizione Finanziamenti

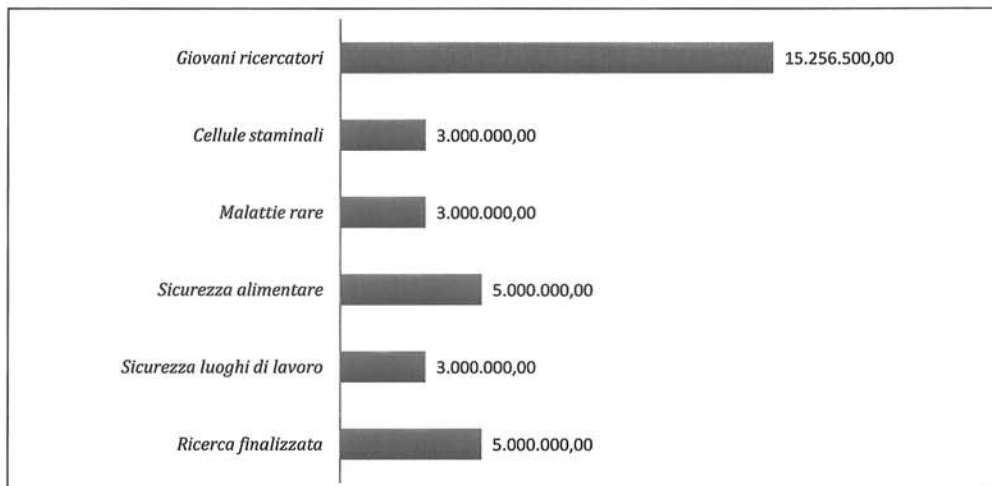
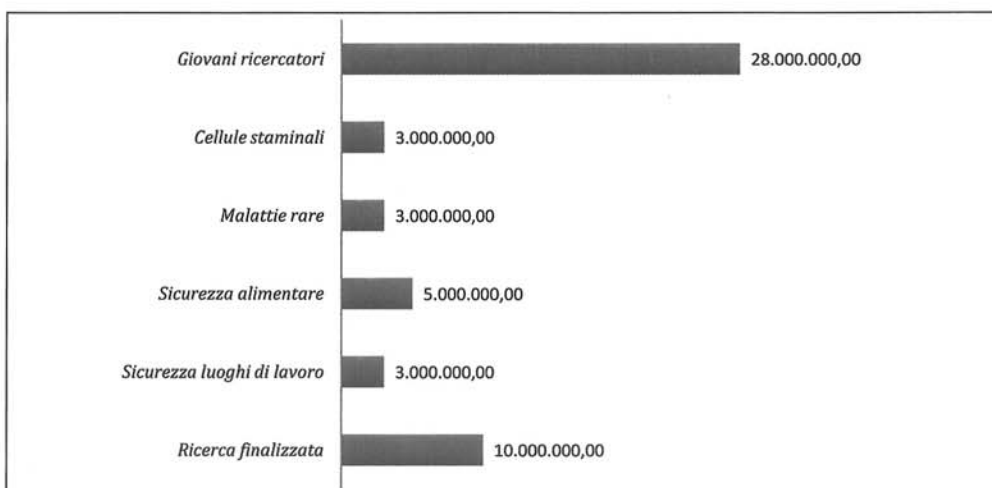


Figura 2 – Ricerca Finalizzata 2008. Ripartizione Finanziamenti



naturale della patologia (Tomoterapia, Adroterapia).

- Innovazioni nella proteomica: diagnosi precoce delle patologie;
- Innovazioni nel Biomolecolare - diagnostica: individuazione dei pazienti che hanno minori probabilità di effetti indesiderati dal farmaco e maggiore probabilità di risposta (Farmacogenetica); classificazione della malattia con un dettaglio inimmaginabile fino a qualche anno fa con la possibilità di associare alla patologia il farmaco sicuramente più attivo (Farmacogenomica);
- Innovazioni nella Terapia: nuovi farmaci basati sul meccanismo della malattia (Selettività e scarsa tossicità - Farmaci Molecolari);
- Innovazioni nella Diagnostica per Immagini: Alterazioni anatomico-funzionali identificabili nell'organismo in fase precocissima della malattia (TC spirale, endoscopia virtuale, ecc.);
- Innovazioni della medicina rigenerativa: utilizzo dalle malattie metaboliche (diabete) a quelle neurologiche (Parkinson), ecc.;
- Innovazioni tecnologiche, grandi apparecchiature: l'utilizzazione di apparecchiature e grandi tecnologie per aggredire selettivamente la

malattia. La Tomoterapia, irradiazione della lesione tumorale con guida metabolica (PET) e tomografia integrata. L'Adroterapia, utilizzazione degli ioni carbonio per colpire la lesione cancerosa.

Quali risposte possibili?

Alle sfide è necessario prepararsi attraverso un riposizionamento delle modalità di svolgimento della ricerca nel SSN; questo è ottenibile attraverso:

- l'integrazione delle risorse : è necessario prevedere RETI collaborative che sappiano affrontare i problemi sperimentando le possibili soluzioni; per questo debbono essere cooptate le migliori strutture nazionali e invitarle alla collaborazione integrando risorse materiali ed umane al fine di sfruttare economie di scala sia scientifiche che economiche; potrebbero essere previsti sistemi di autofinanziamento anche attraverso modifiche normative (defiscalizzazione delle donazioni fino ad un massimo prefissato);
- dare certezza sulla trasparenza e sulla serietà delle scelte effettuate e nella allocazione delle risorse: i progetti finanziati elaborati a rete debbono essere selezionati partendo dal valore scientifico del progetto e dalla capacità delle strutture di portarlo a termine. Per questo nel 2009 verrà bandito un unico bando di ricerca per 102 milioni di € con referee tutti internazionali (in particolare dell'NIH); sono state attivate collaborazioni con altri paesi europei al fine di formare nuclei di valutazione extranazionali;
- coordinare gli investimenti in tecnologia: è necessario coordinare gli investimenti in tecnologia al fine di evitare sprechi e duplicazioni (centri interregionali);
- valutare gli investimenti: è necessario valutare il risultato pratico degli investimenti in ricerca al fine di determinarne la bontà sia in termini di aumento della conoscenza che di applicazioni pratiche. Avere il coraggio di tagliare gli investimenti improduttivi;
- valutare la traslationalità degli investimenti al SSN; dunque valutare l'impatto delle risorse investite per cambiare la storia di una malattia o la riorganizzazione di procedure diagnostiche o terapeutiche;
- internazionalizzazione: favorirla al fine di ottenere sinergie in particolare nelle piattaforme tecnologiche previste dalla UE.

Gli interventi

L'Integrazione delle risorse: sono state istituite le due grandi reti collaborative alleanza contro il cancro e la rete delle neuroscienze.

La prima rete costruita è l'associazione denominata Alleanza Contro il Cancro (ACC), fondata presso il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali e con sede legale presso la Direzione Generale della Ricerca Scientifica e Tecnologica, che, con un budget di 5 milioni di euro/anno per il triennio 2002-2004, ha iniziato ad operare una razionalizzazione sia nella gestione che nell'attività di ricerca.

Questo lavoro si è concretizzato in una serie di progetti comuni, come quello sulla tele-patologia. La condivisione del razionale del progetto e l'acquisizione contemporanea da parte dei sette IRCCS dell'apparecchiatura necessaria per la trasmissione delle immagini dei preparati istologici ha determinato una economia di 30 mila euro per IRCCS e concretizzato la possibilità di utilizzare all'interno dei diversi Istituti le distinte competenze specialistiche, rendendole disponibili a tutti gli associati.

La necessità di operare come gruppo e non come singolo Istituto ha

obbligatoriamente innescato, in considerazione della dislocazione nazionale degli IRCCS oncologici, l'immediato confronto con le nuove tecnologie.

Molti progetti sono di fatto applicazioni e-Health ed hanno aperto contraddittori molto interessanti e con ampie prospettive di sviluppo con le più importanti case produttrici, a livello nazionale, di software ed hardware.

Questo dinamismo, dovuto semplicemente a nuove modalità di collaborazione, apre nuove prospettive anche a livello dell'Unione Europea che, come noto, finanzia, nel VI° programma quadro, semplicemente i network di ricerca, con la possibilità di attirare finanziamenti e ricercatori di valore.

Per il 2006 ACC ha ricevuto un finanziamento, nell'ambito del programma straordinario per l'oncologia, di 30 milioni di euro destinati alle collaborazioni internazionali ed alla comunicazione in oncologia.

In considerazione dei successi ottenuti sono in preparazione nuove reti collaborative ed in particolare quella delle Neuroscienze.

Nei paesi industrializzati l'ictus rappresenta, per le sue dimensioni epidemiologiche e per il suo impatto socio-economico, una delle più importanti problematiche sanitarie. Esso costituisce infatti la prima causa di invalidità permanente e la seconda causa di demenza. In Italia l'ictus costituisce la terza (e si avvia a divenire la seconda) causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e le neoplasie, causando il 10-12% di tutti i decessi per anno.

L'incidenza attesa in Italia, in base ai principali studi epidemiologici disponibili, è di 2,15/2,54 nuovi casi per mille abitanti l'anno.

Ogni anno si verificano in Italia (dati sulla popolazione del 1999) circa 186.000 ictus, di cui l'80% sono nuovi episodi (148.800) e il 20% recidive che colpiscono soggetti già precedentemente affetti (37.200).

Dare certezza sulla trasparenza e

sulla serietà delle scelte effettuate e nella allocazione delle risorse: Il bando giovani ricercatori 2008 è affidato a revisori tutti stranieri che pre-valutano i progetti; il giudizio definitivo è affidato al Comitato di valutazione di esperti per due terzi stranieri.

Coordinare gli investimenti in tecnologia: è terminata la costruzione del primo centro di adroterapia italiano (completamente finanziato dall'ex Ministero della Salute); in Europa saranno attivi solo due centri: quello italiano e quello tedesco.

Valutare gli investimenti e la loro traslationalità al SSN: si sta ipotizzando l'uso di verifiche ex post effettuate con strumenti terzi (sono in fase di sviluppo uno strumento dell'Università Tor Vergata di Roma e quello del CIVR); valutare l'impatto delle risorse investite per cambiare la storia di una malattia o la riorganizzazione di procedure diagnostiche o terapeutiche.

Internazionalizzazione: maggiore partecipazione sia alle infrastrutture europee (Eatris ecc), sia con la partecipazione a progetti comuni (Eranet Joint call ecc).

La Ricerca del Ministero nel campo della Sicurezza Alimentare, della Sanità Animale e del Benessere

Il Dipartimento per la Sanità Pubblica Veterinaria, la Nutrizione e la Sicurezza degli Alimenti (DSPVNA), attraverso l'operato dell'Ufficio II, svolge il suo ruolo centrale di raccordo e coordinamento delle attività di ricerca dei dieci Istituti Zooprofilattici Sperimentali (IIZZSS) definendone, mediante l'indispensabile lavoro della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria, le linee prioritarie di ricerca.

Questi Istituti, con le circa novanta sedi territoriali, costituiscono una peculiare rete di eccellenza nel campo della ricerca sanitaria: essi, attraverso

l'attuazione di progetti di ricerca corrente e finalizzata finanziati dall'ex Ministero della Salute, sono dei grossi produttori di conoscenza scientifica, rispondendo sempre nel migliore dei modi alle necessità di una ricerca d'avanguardia sia in campo nazionale che internazionale. Infatti la ricerca sanitaria prevede due diversi livelli di programmazione. Il primo livello, legato alle esigenze del Servizio Sanitario Nazionale, corrisponde al Piano Sanitario Nazionale di cui sviluppa gli obiettivi in relazione ai settori principali di ricerca. In pratica, l'ex Ministero della Salute, sulla base dei lavori della Commissione Nazionale per la Ricerca Sanitaria, elabora il Programma di Ricerca Sanitaria, che corrisponde al secondo livello di programmazione e propone le iniziative e le aree tematiche nuove da inserire e sviluppare nei programmi di ricerca sia nazionale che internazionale. Questo in funzione del fatto che è assolutamente prioritario che la Ricerca Sanitaria risponda al fabbisogno conoscitivo ed operativo del Servizio Sanitario Nazionale e ai suoi obiettivi di salute, che in definitiva è quella di tutti i cittadini, articolandosi poi in Ricerca Corrente e Finalizzata.

È in questo contesto che si inserisce l'attività di ricerca degli IZZSS: essa riveste un ruolo fondamentale per lo studio e lo sviluppo di nuove strategie diagnostiche, per il continuo perfezionamento e l'implementazione di quelle già sviluppate, per la standardizzazione e la validazione di nuovi protocolli operativi sia nel campo della sicurezza alimentare che della salute animale e del benessere, soddisfacendo la richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie di elevati livelli di qualità e che siano assolutamente in grado di garantire dei livelli uniformi di intervento su tutto il territorio nazionale. Questi Istituti sono chiamati di continuo a fornire soluzioni in merito a proble-

matiche sanitarie attuali ed urgenti, come le emergenze infettive che continuano a costituire un rischio rilevante per la sanità animale ma anche per la salute pubblica nel momento in cui si tratta di zoonosi, oltre a costituire un notevole costo per il SSN soprattutto quando si tratta di malattie altamente diffusibili. In questa ottica l'impegno è focalizzato nelle ricerche sulle zoonosi come l'Influenza Aviaria, la BSE, la West Nile Disease o la Brucellosi, solo per citarne qualcuna, ma anche sulle altre malattie diffuse che flagellano l'intero patrimonio zootecnico e l'intera popolazione animale, con particolare riferimento a quelle contemplate dall'Organizzazione Internazionale per le Epizootie. Altro settore di particolare impegno per i suoi risvolti nel campo della sicurezza alimentare è quello costituito dal contenuto del libro Bianco e dei nuovi Regolamenti Comunitari in questo ambito, che fissano un quadro giuridico sull'intera produzione alimentare, che vedono nella tracciabilità e nel concetto di filiera la propria centralità, facendo proprio il motto "dall'aratro alla tavola". Le linee di ricerca affrontate in questo settore sono mirate al miglioramento ed al potenziamento del controllo ufficiale oltrechè alla prevenzione in tutta la filiera, al miglioramento del sistema di sorveglianza fino all'analisi e alla comunicazione del rischio al consumatore, permettendoci di farci trovare pronti o comunque di rispondere con prontezza e celerità alle diverse emergenze che si sono succedute in questi ultimi anni quali, solo per citarne alcune, l'emergenza diossina o quella melamina. Ulteriore moderno obiettivo della Sanità Pubblica Veterinaria è la definizione di indicatori di benessere degli animali di interesse zootecnico e di affezione oltrechè di quelli destinati alla sperimentazione animale e la produzione delle relative linee guida.

La ricerca europea in sanità animale: partecipazione dell'Italia attraverso il DSPVNSA e gli II.ZZ.SS.

Le malattie animali in Europa hanno gravi ripercussioni a livello sociale, economico e ambientale. Minacce esotiche ed emergenti ci sono sempre state, mentre le conseguenze delle malattie endemiche sull'ambiente sono spesso trascurate. I rischi provocati all'industria zootecnica dalle malattie animali sono simili in tutta Europa, sono cresciuti negli ultimi decenni con l'estendersi del processo di globalizzazione e con lo sviluppo di patogeni e il cambiamento climatico. La risposta alle malattie animali si affida soprattutto alla scienza, la ricerca gioca un ruolo chiave nello sviluppo di politiche di controllo delle malattie e nel recepimento di impulsi che possano incrementare l'efficacia della difesa per la sanità animale e salute pubblica. Esiste quindi un forte impulso alla ricerca sulle malattie infettive degli animali domestici, per l'individuazione di elementi utili a sviluppare tecnologie che proteggano l'industria zootecnica e i consumatori dalle malattie animali, comprese le minacce provocate dalle malattie emergenti e il controllo/eradicazione delle incursioni di malattie laddove si verificano. La legislazione su cui si basano le politiche di controllo delle malattie incluse nella normativa (zoonosi esotiche ed endemiche) è determinata a livello europeo, mentre l'attività di ricerca che sostiene lo sviluppo delle politiche e la loro implementazione è effettuata soprattutto a livello nazionale.

La ricerca sulle principali malattie infettive animali emergenti, compresa la pesca, in Europa, è volta a fornire una maggiore comprensione della biologia e delle dinamiche nel verificarsi delle malattie, nonché a sviluppare metodi per il loro rilevamento e controllo. I risultati di tale ricerca vengono utilizzati per sostenere l'istituzione

di strategie/opzioni per la gestione del rischio e sviluppare tecnologie in grado di controllare le malattie, in modo che possano essere integrate dai servizi diagnostici e dall'industria farmaceutica veterinaria. L'identificazione dei requisiti per il finanziamento della ricerca (sulle principali malattie infettive emergenti degli animali, compresa la pesca) e sulle condizioni che rappresentano una minaccia per la salute umana, è al momento frammentata; coinvolge gli stati membri, quelli associati e la commissione a titolo diverso. La presente struttura opera attraverso programmi nazionali distinti, fondati su priorità di ampiezza diversa. Il finanziamento della ricerca avviene talvolta attraverso programmi nazionali generali, talaltra attraverso programmi scarsamente visibili. Anche all'interno degli stati membri, o associati, il finanziamento per la ricerca è spesso ulteriormente frammentato; sono coinvolti elementi appartenenti a diversi settori del governo e di consigli per la ricerca, include talvolta il cofinanziamento della ricerca da parte di industrie zootecniche, della sanità e dell'alimentazione animale.

Oltre a questi propositi che restano per il momento non armonizzati, la ricerca in questo campo è stata finanziata con successo da alcuni programmi europei (e.g. programmi quadro 5 e 6), tanto che nel triennio 2004-2007 hanno presentato ben 64 progetti in ambito europeo.

Questi ultimi sono stati istituiti per provare a migliorare la collaborazione tra ricercatori, per consolidare le attività di ricerca e fare uso di stabilimenti dal costo elevato, in modo da migliorare la competitività della base di ricerca europea e sostenere, quindi, la creazione di un'area coerente. Diverse iniziative, come l'EPIZONE, Med-Vet-Net, l'Azione coordinata per l'Afta epizootica e la Global FMD Research Alliance, sostengono la creazione di reti tra ricercatori. I programmi UE di Ricerca e Sviluppo hanno

mostrato la volontà dei ricercatori europei di collaborare in questo campo, e dimostrano con chiarezza il valore aggiunto della Ricerca e Sviluppo transnazionale nel campo della sanità animale.

Gli strumenti per il coordinamento delle attività di ricerca a livello europeo

Il budget totale annuale destinato alla ricerca in sanità animale degli Stati Membri e Associati dell'UE si aggira intorno a € 500 milioni. Migliorare il coordinamento e la collaborazione di questa attività di ricerca è quindi di fondamentale importanza per garantire un sostegno efficace all'UE e alle politiche nazionali, per rafforzare la zootecnia europea, le industrie di sanità animale e le capacità scientifiche nel campo della sanità animale.

Il coordinamento degli sforzi nella sanità animale è necessario per assicurare competitività all'Europa rispetto alle attività di ricerca dell'America e, soprattutto, dell'Australia. I Centri di Ricerca Cooperativa Australiani (CRC), un'iniziativa finanziata dal governo australiano che sta dando impulso alla ricerca e allo sviluppo rivolta al commercio a beneficio delle aziende australiane, ne forniscono un modello interessante. Se alla luce delle attività di ricerca presenti potrebbe apparire ingiustificata l'istituzione di una simile struttura a livello dei singoli stati europei, potrebbe tuttavia essere presa in considerazione per i diversi settori della zootecnia a livello europeo o regionale, per meglio riflettere la diversa geografia di problemi particolari di cui sono affette le aziende zootecniche.

La mancanza di coordinamento tra finanziatori potrebbe portare a una duplicazione degli sforzi in alcune aree e alla noncuranza di altre. Il recente pericolo generato da alcune

malattie, come l'Influenza Aviaria H5N1 o la Blue Tongue, ha evidenziato dei buchi nello sviluppo delle politiche di controllo efficaci e ha manifestato il bisogno di rapidi sforzi tesi a istituire una ricerca coordinata che fornisca le informazioni necessarie. Nel 2006 circa 27,5 milioni di Euro sono stati stanziati per la ricerca sull'Influenza Aviaria in sette Stati Membri. L'insorgere della Blue Tongue in Nord Europa nel 2006 ha portato alla promozione di nuova ricerca in vari Stati Membri senza però un formale coordinamento delle attività. Per rispondere alle minacce provocate da malattie emergenti, con la loro rilevanza globale, è necessario un coordinamento rapido della ricerca che coinvolga non solo gli SM e gli SMA, ma impieghi anche la collaborazione con altri finanziatori a livello mondiale.

Quanto sopra riportato evidenzia che molti strumenti sono stati sviluppati in UE per migliorare il coordinamento tra programmi di ricerca/finanziatori nel campo della sanità animale e quindi anche il loro impatto sulla salute.

Gli ERA-NET esistono in vari campi, inclusa la sanità vegetale (Euphresco, con la partecipazione del Ministero dell'Agricoltura italiano), la sicurezza alimentare (SAFE-FOOD-ERA, con la partecipazione italiana dell'ISS) e la sanità animale (EMIDA, con la partecipazione del DSPVNSA, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali italiano). Il rilevamento del paesaggio dei vari SM e SMA da parte degli ERA-NET e l'esperienza accumulata nel campo delle procedure per la prioritizzazione e l'assegnazione della ricerca sono fondamentali. Alcune di queste informazioni, in particolare relative all'identificazione dei requisiti di ricerca, la committenza e la gestione dei programmi di ricerca, saranno probabilmente simili per i vari argomenti coperti dalle singole organizzazioni finanziatrici.

È stato istituito un “Gruppo di lavoro in collaborazione”, patrocinato dal Comitato permanente UE per la ricerca in campo agricolo, con l’obiettivo di fornire un luogo di dibattito per migliorare la collaborazione rispetto alla prioritizzazione e all’assegnazione della ricerca, creando le dinamiche e la concentrazione necessarie a fornire gli elementi di ricerca in sanità animale di cui hanno bisogno sia la dirigenza politica che l’industria zootecnica europea. Questo gruppo informale, istituito alla fine del 2005, coinvolge quattordici SM e tre SMA, inclusa l’Italia, rappresentata dal nostro dipartimento e dall’IZS, che impiegano le proprie risorse per integrare e condividere informazioni sulle attività di ricerca correnti e pianificate. L’obiettivo del “Gruppo di lavoro in collaborazione” è di sviluppare una rete specifica e durevole di finanziatori della ricerca nazionale negli Stati membri e in quelli associati dell’UE, al fine di condividere informazioni,

coordinare attività e progredire verso un’agenda di ricerca comune e attività di finanziamento della ricerca reciproche: tutto ciò nel campo della sanità e del benessere animale, includendo la sanità e il benessere della pesca e lo studio di quelle condizioni che potrebbero minacciare la salute umana.

La “Piattaforma tecnologica europea per la sanità animale globale” (ETPGAH), insieme alle piattaforme nazionali (anche italiana), con la sua agenda di ricerca strategica e il suo piano d’azione, forniscono una prospettiva di filiera per l’individuazione di obiettivi rivolti al finanziamento della ricerca.

Questi strumenti, agendo in sinergia sono in grado di identificare le necessità/bisogni della ricerca e le attività necessarie a fornire elementi utili allo sviluppo dei metodi di controllo delle malattie animali che abbiano rilevanza mondiale e di quelle che rappresentino una minaccia per l’industria zootecnica.

12

Scenario internazionale**12.1 I riflessi nel Servizio Sanitario Nazionale delle politiche comunitarie in tema di mobilità dei cittadini europei ed extra UE****12.1.1 Assistenza sanitaria UE**

La mobilità sanitaria nell'Unione Europea si colloca nel più ampio conte-

sto di sistema della libera circolazione dei cittadini e dei pazienti a livello mondiale e risponde da un lato alla mobilità volontaria dei cittadini che si

Tabella 1 – Incassi 2007

Paesi CEE debitori	importi incassati €
Austria	1.163.875,31
Belgio	12.519.108,83
Estonia	27.639,80
Finlandia	627.598,34
Francia	8.511.831,07
Germania	6.022.781,55
Grecia	253.246,49
Islanda	67.133,48
Lettonia	69.782,82
Liechtenstein	22.823,19
Lituania	101.012,25
Malta	52.849,13
Paesi Bassi	30.206,79
Polonia	1.546.702,04
Portogallo	828.973,04
Repubblica Ceca	19.162,96
Repubblica slovacca	284.281,74
Slovenia	168.134,90
Spagna	1.400.847,84
Svezia	538.874,10
Svizzera	5.493.644,07
Totale incassi 2007	39.750.509,74

FONTE: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale dei Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali.

Tabella 2 – Pagamenti 2007

Paese creditore	Importi pagati €
Belgio	2.128.387,99
Austria	19.186.710,80
Belgio	9.858.571,63
Francia	24.818.365,15
Germania	208.030,90
Islanda	46.768,12
Lussemburgo	39.805,08
Malta	90.383,89
Norvegia	112.620,82
Olanda	1.645.721,47
Portogallo	165.483,24
Regno Unito	328.608,90
Slovenia	850.326,43
Spagna	9.958.112,41
Svezia	1.375.539,25
Svizzera	23.130.458,54
Totale pagato nel 2007	93.943.894,62

FONTI: Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali – Direzione Generale dei Rapporti con l'Unione Europea e Rapporti Internazionali.

recano all'estero per svariati motivi quali lavoro, studio, turismo etc., dall'altro, alla necessità di ricevere cure all'estero per carenze strutturali sanitarie dei propri Paesi.

La base giuridica del diritto a ricevere e prestare cure sanitarie in un altro Stato membro dell'UE, nei paesi dello Spazio Economico Europeo (SEE) e in Svizzera discende dai vigenti Regolamenti comunitari 1408/71 e 574/72.

Si tratta di un fenomeno nel quale, previa esibizione di idoneo attestato, sono ricomprese prestazioni sanitarie erogate a vario titolo ai predetti assistiti, ovvero "assicurati" ai sensi della normativa comunitaria: urgenza (tessera europea di assicurazione malattia), cure programmate (formulario E 112), altro titolo (es. formulari E 106, E 121, E109, rilasciati ai lavoratori distaccati all'estero, ai pensionati che risiedono all'estero, ai loro familiari).

Conseguenza e corollario di dette prestazioni sanitarie è il sorgere per l'Italia di crediti e debiti verso gli altri 30 Stati che applicano la richiamata normativa, che annualmente originano un bilancio dare/avere di oltre 150 milioni di Euro.

Di seguito, con riferimento al biennio 2007-2008, si allegano alcune tabelle contenenti i dati relativi ad incassi e pagamenti (Tabelle 1-4). Nel 2007 sono stati effettuati rimborsi per prestazioni sanitarie fornite ad assistiti italiani per € 93.943.894,62 e, viceversa, sono stati incassati € 39.750.509,74 per prestazioni sanitarie fornite dall'Italia a cittadini dell'UE; nel 2008 sono stati pagati € 138.351.386,38 mentre sono stati incassati € 66.029.582,53. Come si evince dai grafici allegati i dati si riferiscono, per la maggior parte, ad annualità precedenti e non sono ancora stabilizzati in quanto c'è uno slitta-