



VIVILA SANITA'

ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità Anno XIII n.49 - DICEMBRE 2021



PNRR stanziati i primi 8 miliardi In Puglia arriveranno 650 milioni di euro

LA GIUNTA EMILIANO
DESIGNA I NUOVI
VERTICI DEL SSR

Pag. 26

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Domenico De Russis

Accelerare la crescita sfruttando il PNRR

Pag. 2

Vincenzo Defilippis

Essere medici cattolici in Europa oggi

Pag. 4

Ottavio Di Cillo

Garantire un'attuazione efficace ed equa del PNRR

Pag. 6

Benedetto Giovanni Pacifico

I conti sanitari: stanno tutti bene

Pag. 8

Francesco Albergo

L'importanza della Formazione professionalizzante in sanità

Pag.10

Paolo Stella

Assistenza protesica nella Regione Puglia: prospettive

Pag. 12

Forum Risk Management e Mediterraneo

Il cambiamento nasce dal basso

Pag. 14

Giuseppe Miragliotta

Storie curiose di vaccini: Salk versus Sabin

Pag. 20

Gianluca Budano e Cristiano Caltabiano

Viaggio della speranza

Pag. 22

Coordinamento Donne

Percorsi di donne imprenditrici

Pag. 24

Stanziati i primi 8 miliardi di cui 650 milioni destinati alla Puglia

Accelerare la crescita sfruttando il PNRR



di Domenico De Russis
 Direttore Responsabile

L'Italia in economia sta assumendo sempre più il ruolo da locomotiva, tra la sorpresa generale e soprattutto delle agenzie internazionali di rating.

L'OCSE, che, nell'ultimo rapporto, ha visto al ribasso (5,6%) le stime di crescita globali per il 2021, invece **corregge al rialzo quelle per l'Italia, che sta crescendo ad un ritmo più veloce rispetto agli altri Paesi avanzati: +6,3%** (la stima precedente era 5,9%) quest'anno e +4,6% nel 2022.

Anche se l'anno 2021 si sta chiudendo con una spinta positiva, la crisi pandemica ha prodotto effetti negativi sull'economia italiana, che nessuna organizzazione aveva previsto. Ma quali sono state le ricadute dovute alla riduzione di fatturati, per le piccole e medie imprese, durante i lockdown? Gli effetti della crisi economica e l'impatto sul Pil sono stati attentamente analizzati da due autorevoli agenzie, Cerved e SVIMEZ. I due istituti hanno offerto una lettura attenta e rigorosamente dettagliata sugli scenari economici post pandemia, con l'elaborazione di dati e proiezioni, sul trend che si svilupperà nel prossimo anno, nel sistema produttivo italiano. **Le piccole e medie imprese, durante la pandemia, hanno raddoppiato i debiti e aumentato il rischio fallimento e nonostante l'impatto negativo, hanno retto agli effetti economici derivanti dai lockdown, con prospettive di crescita oltre i livelli pre pandemia.** L'ultimo rapporto Cerved sulle Pmi, tra le principali agenzie di rating europee, che si occupa di elaborare informazioni utili a fotografare i rischi, apre ad una fiduciosa speranza per il prossimo anno, che è già alle porte: **"Gli effetti della crisi sono stati duri,**

il 2022 sarà l'anno del rilancio. Accelerare la crescita anche sfruttando il PNRR". Per i prossimi anni la leva di sviluppo sarà dunque il PNRR. La sofferenza maggiore l'hanno avvertita le piccole e medie imprese, comprese quelle della fornitura di beni e servizi nell'ambito sanitario, perchè sono diminuite le attività ospedaliere, collegate a patologie che non riguardavano il covid. L'analisi ha riguardato 160 mila società, con un organico compreso tra i 10 e i 250 addetti e ricavi tra 2 e 50 milioni di euro. Con i ricavi, che nel periodo 2019-2020 sono scesi dell'8,8%, con effetti più intensi per le piccole imprese. La redditività lorda è calata del 14%, con punte del 67% per quelle che hanno subito gli impatti più intensi del Covid. È più che raddoppiato il numero di imprese che ha chiuso l'esercizio in perdita, dal 16% del totale nel 2019, al 33% nel 2020. Nonostante questo shock, con cali dei ricavi che hanno

toccato punte del 60%, le Pmi hanno dimostrato una buona tenuta finanziaria. Sono stati decisivi i provvedimenti emergenziali, come i prestiti garantiti e le moratorie, e la fase di rafforzamento patrimoniale che ha preceduto il Covid. Le aziende hanno superato velocemente i problemi di liquidità, con la quota di fatture non pagate, che a giugno 2021 (26%), è risultata addirittura più bassa rispetto al periodo pre-Covid (28%).

Ma l'istituto di rating ha dato una lettura dei dati incoraggiante, secondo cui, **entro il 2022 le Pmi torneranno ai livelli del 2019.** Bisognerà finanziare i processi di trasformazione digitale e sostenibile, per non restare indietro e puntare agli investimenti, con un nuovo posizionamento delle imprese. L'altro importante dato di analisi elabo-

**In Puglia
 arriveranno 650
 milioni e 800
 mila euro**

rato da SVIMEZ ci dice che **il PIL nel Mezzogiorno cresce, ma meno che al Nord**. Il rimbalzo, dunque, ci sarà per l'intero territorio italiano, ma con il Mezzogiorno che resta comunque, pur in un quadro generalizzato di ripresa economica, meno reattivo e pronto a rispondere agli stimoli, di una domanda legata soprattutto a due fattori: esportazioni e investimenti. Sicuramente, se i dati verranno confermati, la Puglia, come nel passato, risentirà meno di percentuali ridotte in termini del PIL e quindi di crescita. Nel 2020, anche a causa della pandemia, la povertà assoluta è aumentata sia per le famiglie sia per gli individui: sono oltre 2 milioni le famiglie italiane povere, per un totale di più di 5,6

re di domanda, interna ed estera. **Spendere bene i fondi che arriveranno dal PNRR, soprattutto per la sanità. Sarà decisivo per il futuro di Puglia e Basilicata. PNRR, investimenti per nuovi ospedali, ammodernamento e riqualificazione del servizio sanitario. Pioggia di milioni di euro destinati alla Puglia per investimenti e per ammodernare il parco tecnologico della rete ospedaliera.** E adesso che arriveranno ingenti risorse dal PNRR, dovremo accelerare per non farci trovare impreparati e investire al meglio le risorse del nuovo piano Marshall. Quale spesa, quali scelte effettuare, su quale tipologia di beni e servizi puntare? **Si chiama qualità della spesa ma anche appropriatezza della spesa,**

delle sue strutture, Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero, Verso un ospedale sicuro e sostenibile, Infrastruttura tecnologica del MdS, Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario, PNC "Verso un ospedale sicuro e sostenibile". In Puglia arriveranno 650 milioni e 800 mila euro che saranno destinati a potenziare il sistema sanitario regionale attraverso reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina. Oltre che a completare alcuni nuovi ospedali in costruzione. L'attenzione sulla qualità degli interventi e della spesa dovrà essere molto alta, affinché non venga vanificato lo sforzo che sia l'Europa

I fondi per la Puglia

Il Presidente della Commissione bilancio della Regione Puglia Fabiano Amati, conferma come avverrà la ripartizione dei fondi che arriveranno dal PNRR. Nel dettaglio, i fondi saranno così distribuiti:

- alle Case di comunità, 177milioni;
- alle Centrali operative territoriali, 7 milioni;
- per le risorse di interconnessione aziendale, 2milioni 800mila euro;
- per i device, 3milioni 800mila euro;
- intervento per 1 Ospedale di comunità, 79 milioni;
- per la digitalizzazione, 114 milioni;
- per le grandi apparecchiature, 94 milioni;
- per le opere antisismiche, 50 milioni;
- per Piano nazionale complementare (una linea di finanziamento finalizzata ad integrare con risorse nazionali gli interventi del Pnrr), 114 milioni;
- per l'aggiornamento dei flussi informativi, 2milioni 300mila euro;
- per i corsi di formazione, 6milioni 300mila euro.

milioni di persone, di cui oltre 775.000 nelle regioni meridionali, per circa 2,3 milioni di persone. Il rapporto rileva che nel Mezzogiorno che si conferma la ripartizione territoriale, in cui la povertà assoluta è più elevata con un'incidenza del 9,4% fra le famiglie (era l'8,6% nel 2019). Sarà possibile risalire posizioni in termini di PIL? L'effetto delle misure del PNRR e delle politiche di bilancio alla crescita sarà maggiore al Sud, evidenzia SVIMEZ, sottolineando come l'economia meridionale potrebbe avere una spinta decisiva se si spenderanno interamente e bene i fondi destinati al Mezzogiorno (40%) e se si riuscirà a trasformare la spesa per investimenti pubblici, in nuova capacità produttiva, in grado di intercettare una quota maggio-

con investimenti mirati e pianificati per una sanità migliore.

Intanto il PNRR comincia a diventare operativo, sia pure con la fase progettuale. Dal Ministero della Salute alle Regioni è stato trasmesso il testo finale del decreto, con la proposta di riparto dei fondi della missione 6, Salute del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che verranno destinati alle Regioni, responsabili dell'attuazione di specifiche linee progettuali. Le Regioni dovranno presentare i piani entro il 28 febbraio 2022.

Per la sanità italiana sono stati stanziati i primi 8 miliardi e si dovrà tenere conto dei seguenti interventi: Case della Comunità, Casa come primo luogo di cura e Telemedicina, Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e

che il Governo Draghi, stanno compiendo per ammodernare la rete ospedaliera e per raggiungere migliori performance, aumentando la qualità dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Ma un ruolo importante potranno averlo anche le piccole imprese di Puglia e Basilicata della sanità, che potranno investire in tecnologia al servizio della sanità. Nella speranza che tutti gli investimenti **non vengano decisi a Roma e non finiscano tutti nella**

rete delle multinazionali, con redditività destinata ai Paesi esteri, ma si offra al territorio, con le sue imprese, il suo tessuto produttivo, la possibilità di crescere, di aumentare i livelli occupazionali e soprattutto di dare una svolta al miglioramento delle prestazioni sanitarie erogate, a favore del cittadino pugliese e lucano.

Auguri del Presidente Giuseppe Marchitelli

Auguro un Natale di rinascita, che possa portare nelle nostre vite serenità ed armonia.

Promuovere e difendere la vita umana sempre e ovunque

Essere medici cattolici in Europa oggi

di Vincenzo Defilippis

Presidente
 della FEAMC

Essere medici cattolici oggi significa promuovere e difendere la vita umana sempre e ovunque, dal concepimento alla morte, combattere qualsiasi offesa alla dignità umana, assicurare cure ai malati e vicinanza ai poveri, testimoniare la fedeltà al Vangelo ogni giorno, con determinazione e a qualsiasi prezzo. È

sponde all'ideologia dell'efficienza e del profitto. La difesa della dimensione personale del malato è essenziale per l'umanizzazione della medicina, nel senso anche della ecologia umana".

I medici, e in particolar modo quanti credono nel Vangelo, sono chiamati, infatti, ad un supplemento di umanizzazione in questo tempo di efficientismo, aziendalismo e relativismo etico: infatti, anche il campo della medicina e della sanità non è stato risparmiato dall'avanzata

scienza e della medicina possono contribuire al miglioramento della vita umana nella misura in cui non si allontanano dalla radice etica di tali discipline. Per questa ragione, afferma il Papa, "voi medici cattolici vi impegnate a vivere la vostra professione come una missione umana e spirituale, come un vero e proprio apostolato laicale".

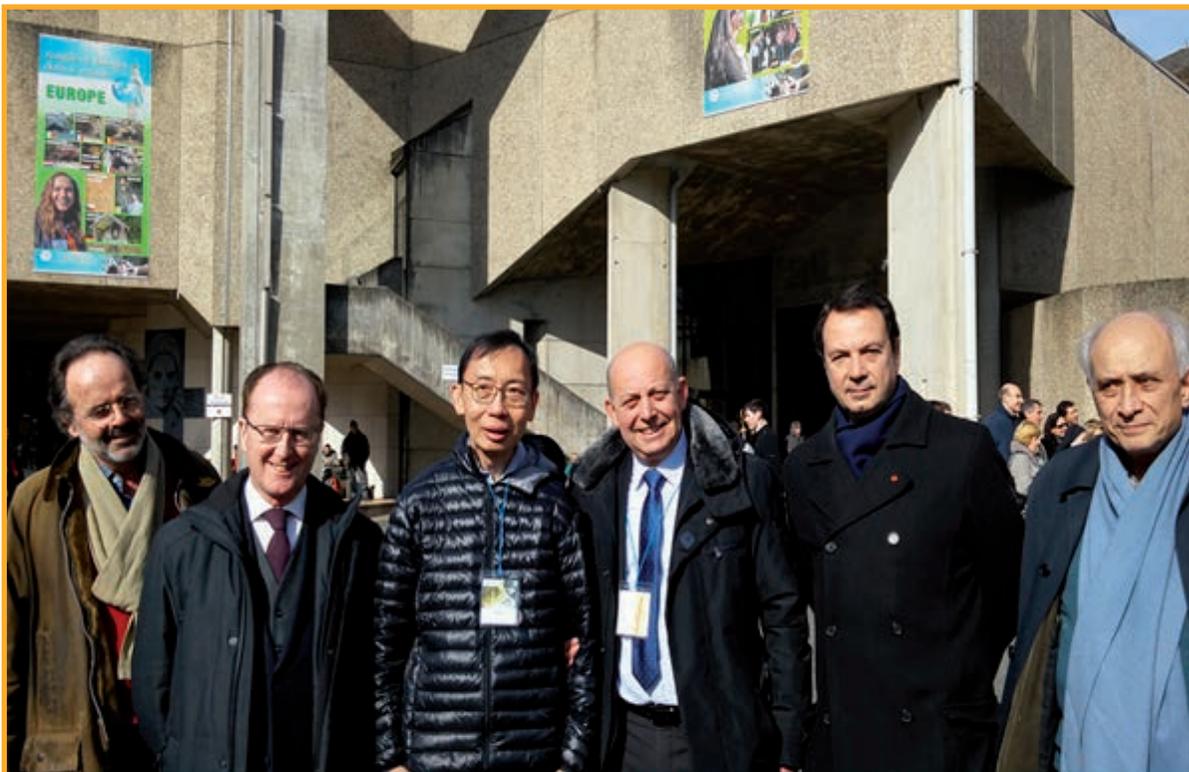
In ciò la motivazione a impegnarci nei rispettivi Paesi e in Europa, intervenendo in ambienti specialistici, ma anche nelle discussioni che riguardano le legislazioni su temi etici sensibili, come ad esempio l'accesso alle cure per tutti, la presa in carico dei soggetti fragili di ogni età, la tutela della vita nascente, il fine-vita e la medicina genetica.

"Non manchi - ha raccomandato il Papa - la vostra sollecitudine anche a difesa della libertà di coscienza, dei medici e di tutti gli operatori sanitari. Non è accettabile che il vostro ruolo venga ridotto a quello di semplice esecutore della volontà del malato o delle esigenze del sistema sanitario in cui lavorate".

In questa ermeneutica le 21 associazioni nazionali dei medici cattolici

(tra cui l'italiana AMCI), presenti nella FEAMC, sono attive in Europa, riunendo medici e anche operatori sanitari in genere, formando e testimoniando un'adesione convinta e attuale ai principi evangelici di condivisione, compassione, prossimità, competenza professionale e scientifica.

Penso agli ambulatori medici per i poveri e i migranti presenti ovunque nelle nostre Diocesi e in ogni Nazione europea, agli eventi formativi sulle nuove questioni e sfide etiche (come il metaverso, la



Lourdes, 11 febbraio 2017 con il Presidente della FIAMC
 John Lee e i Presidenti delle Associazioni Mediche cattoliche di Francia, Belgio e Spagna

questa l'essenza del ruolo della Federazione Europea delle Associazioni Mediche Cattoliche (FEAMC).

Papa Francesco ha definito la missione del medico come una "forma peculiare di solidarietà umana" al servizio della "centralità del malato come persona" e della "sua dignità con i suoi inalienabili diritti, in primis il diritto alla vita". "Va contrastata la tendenza a svilire l'uomo malato a macchina da riparare, senza rispetto per principi morali, e a sfruttare i più deboli, scartando quanto non corri-

del paradigma culturale tecnocratico, dall'adorazione del potere umano senza limiti e da un relativismo pratico, in cui tutto diventa irrilevante se non serve ai propri interessi.

Non c'è dubbio che, ai nostri giorni, a motivo dei progressi scientifici e tecnici, sono notevolmente aumentate le possibilità di guarigione fisica; e tuttavia, per alcuni aspetti sembra diminuire la capacità di "prendersi cura" della persona, soprattutto quando è sofferente, fragile e indifesa. In effetti, le conquiste della

intelligenza artificiale, il doctor google, il trans-umanesimo, le nuove dipendenze, ecc), alle concrete testimonianze di prossimità alla sofferenza e di accompagnamento, ma anche ai momenti di vita spirituale. Scorrendo i titoli degli ultimi

eventi europei della FEAMC si coglie bene come l'impegno sia concreto e incisivo: "Medici, Chiesa ed Europa oggi" (Congresso di Porto 28 settembre - 1 ottobre 2016); "25 anni di testimonianza dei medici cattolici in Croazia" con

les); Fondazione Associazione medica cattolica d'Albania (29 gennaio 2020, Tirana); "In the time of the coronavirus" (17 Marzo 2020, online Bureau); "L'Enciclica Fratelli tutti" (19 dicembre 2020, online Bureau); "The homeless first" (10 febbraio 2021, online Bureau); "Being Catholic Healthcare Professionals in the Time of Pandemic" (Incontro con Mons. Vincenzo Paglia, 26 marzo 2021, online Bureau); "The doctor must, first of all, treat and tell the truth" (Roma, 24 - 25 settembre 2021). Intensi sono, poi, anche i rapporti con le istituzioni nazionali ed europee sia civili che ecclesiali sulle questioni bioetiche più rilevanti, a supporto di elaborazione di proposte normative o di documenti e pronunciamenti. Il lavoro da svolgere è tanto e difficile per ostacoli non indifferenti: in Europa i sistemi sanitari nazionali sono molto diversi, la formazione universitaria non è omogenea, le normative incidenti sulle questioni



Intervento presso la Presidenza del Parlamento croato il 16 ottobre 2016



Incontro a Lviv con il Patriarca greco cattolico S.E. Mons. Mieczysław Mokrzycki, 21 ottobre 2018

riflessioni sull'obiezione di coscienza (Zagabria, Parlamento, 16 ottobre 2016); "Bioetica e bio-diritto in Europa" (Roma, 26-27 luglio 2017); "La santità della vita e la professione medica dall'Humanae vitae alla Laudato si" (Zagabria, 31 maggio - 3 giugno 2018); "Ecumenismo e dialogo inter-religioso" (Lviv, 18 - 21 ottobre 2018); "La formazione universitaria e le questioni etiche in medicina" (Lubiana, 14 - 16 marzo 2019); "Migrazioni e povertà in Europa oggi" (Parigi, 7 - 10 ottobre 2019); "The Belgian Medical Association St. Luke appeals the Belgian parliament to bring issues in bioethics in a public discussion" (19 novembre 2019, Bruxel-

etiche più rilevanti sono molto difforni, gli Organismi Comunitari hanno visioni fortemente economicistiche ed individualistiche, la presenza dei cattolici e dei cristiani è articolata e con visioni esperienziali e storiche talora lontane. Ma il cammino comune sta procedendo con buoni risultati: si sono ricostituite o sono sorte nuove associazioni nazionali, il Magistero di Papa Francesco trova ascolto e nuovo entusiasmo, le istituzioni ecclesiali sono molto più vicine (Pontificia Accademia per la Vita, Consiglio delle Conferenze Episcopali di Europa, COMECE, Dicasteri vaticani), l'attuale presidenza del Parlamento europeo è molto più aperta al dialogo e all'ascolto.

Non resta, quindi, a noi medici cattolici che perseverare nel nostro impegno, avendo coscienza che "se il giuramento di Ippocrate ci impegna ad essere sempre servitori della vita, il Vangelo ci spinge oltre: ad amarla sempre e comunque, soprattutto quando necessita di particolari attenzioni e cure" (Papa Francesco).

L'utilizzo della tecnologia digitale porterà radicali cambiamenti nel complesso mondo del SSN

Missione salute e Mezzogiorno: garantire un'attuazione efficace ed equa del PNRR

di Ottavio Di Cillo

Professore di "DIRITTO ECONOMIA E MANAGEMENT DELLE FORME DI WELFARE INTEGRATIVO" Corso di Laurea in "Economia e Organizzazione Aziendale" (Lum Jean Monnet University)

Presidente Associazione Italiana Sanità Digitale e Telemedicina AISDET
Direttore Area E-Health Aress Puglia



Prof. Ottavio Di Cillo
PHASE Project Scientific Responsible

L'analisi delle opportunità e delle criticità del regionalismo differenziato riguarda la considerazione delle asimmetrie territoriali, nel complessivo assetto costituzionale del regionalismo italiano, anche sotto il profilo degli eventuali effetti sulla coesione territoriale.

In realtà confermano l'antica intuizione espressa da Carl Joachim Friedrich, invero con riferimento ai processi federali, secondo cui il federalismo è dinamico o non è.

La riforma del titolo V pone quale cornice di limite al nuovo assetto regionale disegnato nel 2001, in primis i livelli essenziali delle prestazioni da garantire doverosamente su tutto il territorio nazionale, e la tentata attuazione del regionalismo differenziato, laddove abbia avuto come obiettivo quello di trattenere sul territorio regionale quote maggiori di gettito fiscale a danno della coesione del Paese.

In realtà, peraltro, la competizione dovrebbe presupporre un qualche parità di armi dei "concorrenti".

La questione meridionale e di tutte le aree territoriali depresse resta un tema costituzionale

e di chiaro rilievo nazionale, anche nella formulazione dell'articolo 119, conseguente alla riforma del titolo V.

I modelli federali o regionali garantiscono, per definizione, una differenziazione sia nella produzione normativa, sia nell'allocatione delle risorse. Diversità ed eguaglianza hanno una natura dinamica e il mantenimento di un loro equilibrio richiede strumenti correttivi e redistributivi.

L'attuale fase progettuale del regionalismo italiano, con la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (cd. Leps) viene considerata oggi una delle sfide principali dell'attuazione dell'art. 116, 3 comma della Costituzione. Spetta allo Stato definire i Leps (art. 117, 2 comma, lettera m, della Costituzione) che quindi non possono che essere ugualmente garantiti su tutto il territorio nazionale. Tuttavia, poiché spetta alle Regioni organizzare ed erogare le relative prestazioni appare evidente che il rispetto del dettato costituzionale è condizionato dalla capacità di risorse finanziarie delle singole Regioni.

Il decentramento organizzativo, seppure in presenza di livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati su tutto il territorio nazionale, ha tuttavia evidenziato, ed in parte prodotto, una talvolta sensibile differenziazione nella tutela della salute nei diversi territori, con il determinarsi di una mobilità interna, a carico del sistema regionale di partenza del paziente, che non agevola la riduzione di queste disuguaglianze.

L'utilizzo della tecnologia digitale porterà radicali cambiamenti nel complesso mondo del Servizio Sanitario Nazionale. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina avrà bisogno di infrastrutture di accesso ad Internet che oggi caratterizzano un Paese ancora fortemente diseguale sotto questo aspetto strategico, e della necessità di inviare flussi in database regionali e nazionali. Il tutto, è bene ricordarlo, all'interno del nuovo scenario dei LEA. Da questo punto di vista, occorre rilanciare l'utilizzo dello strumento FSE in maniera uniforme e interoperabile sull'intero territorio nazionale ed avviare una revisione organica dei processi sanitari in ottica di una

sanità integrata e personalizzata composta da: a) digitalizzazione e accesso da remoto b) televisita c) raccolta dati di monitoring da remoto d) condivisione dati anonimizzati /pseudonimizzati ai fini statistici e di ricerca.

La tutela della salute è un diritto al quale va garantita l'uguaglianza formale e quindi l'assenza di discriminazioni non giustificate nell'accesso alle prestazioni, con la conseguenza che l'accesso alle cure va garantito senza distinzioni di genere, etnia, religione, opinioni politiche, condizioni economiche e sociali, in un approccio olistico "health in one".

Il PNRR destina alla sanità quasi 20 miliardi di euro per l'assistenza di prossimità e telemedicina e per innovazione, ricerca e digitalizzazione dell'assistenza. Ma sono molti gli interrogativi sulle scelte, il calcolo del fabbisogno, le priorità. L'assistenza di prossimità e telemedicina dovrà comportare un potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete territoriale, la formalizzazione normativa del Sistema Nazionale Prevenzione Salute-Ambiente-Clima ed un'approccio economico-aziendale alla sanità elettronica, sottolineata dalla necessità di coniugare tra loro in modo coerente le nuove tecnologie, i processi clinici e quelli amministrativi, le capacità e la cultura delle persone che operano nel sistema.

Potremo far tesoro delle risorse che arriveranno dal PNRR ma è assolutamente prioritario portare a termine i progetti del PON GOV 2017-2023 (sostenere la sfida della cronicità con lo sviluppo dell'ICT), ridisegnando il modello di sanità territoriale. Anche in questo caso la necessità di un approccio di sistema rispetto al tema, richiamando in particolare il legame con la Missione 1, relativa alla digitalizzazione, con gli interventi di coesione territoriale della Missione 5, rispetto alla strategia nazionale per le aree interne, in sinergia con gli interventi della Missione 6.

La pandemia da Covid ha purtroppo reso evidente che i danni dalla salute si ripercuotono su altre cruciali dimensioni della vita sociale, con la messa in crisi del lavoro, delle attività economiche, produttive, educative.

Il PNRR, nella missione cinque (M5), prevede a questo proposito una triplice gamma di interventi, che rispondono alle raccomandazioni

della Commissione Europea fornite nel 2019 e nel 2020: politiche per il lavoro; infrastrutture sociali, famiglie, comunità e Terzo settore; interventi speciali per la coesione territoriale. La scelta del Piano è di sostenere non soltanto le politiche attive per l'occupazione, ma anche di indirizzare importanti risorse alle infrastrutture sociali funzionali alla realizzazione di politiche a sostegno delle famiglie, dei minori, delle persone con gravi disabilità e degli anziani non autosufficienti.

Sono previsti interventi pensati per favorire la socializzazione, sostenere percorsi di vita indipendente, anche con la ristrutturazione di alloggi che sfruttino le tecnologie innovative per superare le barriere fisiche, sensoriali e cognitive.

Nel PNRR vengono inoltre promossi punti di prossimità per l'accoglienza e l'erogazione di servizi di assistenza primaria di natura sanitaria, socio-sanitaria e sociale per i cittadini denominati "Case della comunità", attraverso l'integrazione di équipe multiprofessionali e interdisciplinari.

Una seconda linea di intervento è finalizzata alla promozione e al rafforzamento dell'assistenza domiciliare su tutto il territorio nazionale attraverso la riorganizzazione della gestione dei servizi di cure domiciliari integrate e lo sviluppo e implementazione locale di un modello digitale dell'ADI, con soluzioni e strumenti di telemedicina e connected care, fondamentali per la presa in carico al domicilio, il monitoraggio e la diagnosi a distanza dei pazienti. Il nuovo modello di ADI dovrebbe essere operativo entro il 2026, con 575 Centrali di coordinamento attivate su tutto il territorio nazionale.

Il terzo intervento è rivolto allo sviluppo delle cure intermedie, attraverso la realizzazione di presidi sanitari a degenza breve (Ospedali di Comunità) con circa 753 ospedali entro il 2026.

Oggi le strutture intermedie sul territorio soffrono di una duplice criticità: a) l'offerta presenta un grado di elevatissima eterogeneità tra i contesti regionali b) le vocazioni delle diverse tipologie di strutture (Ospedali di comunità, riabilitazione, lungodegenza, RSA, hospice, etc.) spesso non possiedono confini definiti, ma anzi rischiano di sovrapporsi.

Manca una reale integrazione con gli altri setting assistenziali e un sistema di incentivi efficiente che spinga specialisti e MMG a collaborare con queste strutture.

Le strutture intermedie risultano efficaci se ben interpretano il loro ruolo di "ponte" tra il domicilio e l'ospedale, pertanto devono essere poste in rete con gli altri setting assistenziali,

affinché l'integrazione nella filiera dei servizi di assistenza sia effettiva.

Ma l'eterogeneità degli standard per gli interventi ipotizzati dal Piano indica chiaramente la mancanza di una strategia nazionale sulla sanità digitale. Manca una visione d'insieme e di un approccio che, riconoscendo le propeudeicità degli interventi necessari, definisca un percorso logico e ordinato di sviluppo della sanità digitale. I fondi stanziati non sono poi sufficienti a colmare il gap che il progetto dichiara di voler colmare.

Si vuole investire nella digitalizzazione degli ospedali sedi di DEA ma non si affronta il problema dei sistemi informativi territoriali e di quelli delle cure primarie. Risulta fondamentale dotare queste strutture delle adeguate strumentazioni in ambito digitale, stabilendo inoltre la disponibilità di teleconsulto e telemonitoraggio come criterio di accreditamento, in modo da incentivarne la presenza e l'utilizzo.

Compare in più punti del PNRR l'idea, solo abbozzata, di un superamento in chiave e-Welfare dei 'grandi silos' del welfare nazionale e della loro verticalizzazione, che spesso confina con alti livelli di burocratizzazione.

Per tutto quanto sin qui esposto risulta evidente che con Health in One, e-Welfare e Welfare di Comunità è possibile la transizione: una cultura 'One Health', la 'salute unica', sostenuta ufficialmente dalla Commissione Europea.

Con 'One Health' la concezione della salute cambia. Essa diventa innanzitutto interconnessa in rete, sul web, e distribuita con una visione value based. Una metodologia già presente nei diversi Chronic Care Model.

L'urgenza di questa riforma deriva da un certo disallineamento tra il carico di malattia prevenibile per ogni fattore di rischio e l'effettiva offerta di attività di prevenzione per gli stessi rischi. In effetti, le risorse dedicate agli stili di vita insalubri (fumo, cattiva alimentazione, eccesso di alcolici, vita sedentaria, ...) sono drasticamente inferiori a quelle impiegate nella vigilanza ambientale, lavorativa e alimentare, che determinano un minore impatto sugli esiti di salute dei cittadini.

L'obiettivo è quello di riorganizzare la sanità sul territorio, aumentare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi sanitari, definendo ed implementando modelli organizzativi e sistemi e-Health capaci di monitorare sistematicamente i risultati, identificare i ruoli manageriali e tecnici necessari, finanziare infrastrutture tecnologiche (incluse data warehouse regionali) per il monitoraggio di rischi (biologici, fisici, chimici ed ergonomici) e per l'investigazione epidemiologica. Il funzionamento del modello dovrà

essere valutato in termini di output e impatti, sia riguardo la prevenzione individuale, sia riguardo la promozione della salute, favorendo stili di vita e ambienti salubri.

Con l'approccio 'One Health' si conferma che la salute degli esseri umani è legata alla salute dell'ambiente circostante e che è indispensabile l'interazione di tutte le professionalità e i saperi che hanno un impatto diretto o indiretto su questa salute: medici di sanità pubblica e privata, medici di famiglia, farmacisti, epidemiologi, operatori ambientali, sociologi, economisti, giuristi, legislatori, decisori istituzionali ed esperti dello sviluppo sostenibile.

La proposta, che sta maturando in periodo post-Covid, è quella di servizi assistenziali diffusi nel territorio, co-progettati con gli utenti, e forniti da una pluralità di soggetti (no-profit, profit, enti e aziende pubbliche) sotto un'intelligente (non burocratica) regia pubblica locale dei Comuni.

Tutto questo richiede un profondo ripensamento dei modelli economici e sociali territoriali in termini di Silver Economy, tecnologie e occupazioni lavorative della e per la Terza età. Prima ancora che gli operatori sociali, sono loro, gli utenti di un nuovo welfare locale, a dover fare 'comunità di scopo', auto-organizzandosi in funzione di un 'assistenza personalizzata' e a 'chilometro zero'.

L'e-Welfare è un sistema assistenziale ad alta comunicazione di generazione Internet, fortemente virtualizzato, ad alta condivisione, utilizzo e diffuso accesso alle tecnologie digitali. L'e-Welfare prende il via dall'estensione dell'esperienza, per altro unica nel contesto dell'Agenda Europea, del fascicolo sanitario elettronico e dalla sua evoluzione come Fascicolo del cittadino. Coniugando le culture dell'One Health, dell'e-Welfare e del Welfare di Comunità, e con i programmi e le risorse chiaramente indicate nelle Missione 5 del PNRR, si potrebbe auspicare che in Italia cresca rapidamente una straordinaria spinta progettuale di grande intensità sociale, preludio effettivamente di un profondo rinnovamento della società locale e nazionale. Ma il mondo non finisce con il PNRR: nella prossima programmazione di fondi strutturali ci sarà un PON Salute dedicato al Sud e nella prossima programmazione FSC (Fondo sviluppo e coesione) ci sarà certamente ulteriore attenzione alla riduzione dei divari sanitari nel nostro Paese.

** Con la collaborazione degli ingegneri Angela Abrescia, Giuseppe Cavallo, Fabio Mastropasqua - Area E-Health AReSS Puglia*

PNRR occorre una strategia chiara ed una programmazione efficace, unitaria e nazionale

I conti sanitari: stanno tutti bene

di Benedetto Giovanni Pacifico

Dirigente
 Regione Puglia

L'Italia è divisa in regioni virtuose e non virtuose. Dai piani di rientro ai piani operativi l'attenzione è sempre stata focalizzata sui costi.

Di certo ogni regione è caratterizzata da una struttura dei costi non sempre correlata ai servizi offerti e spesso i bilanci risentono di variabili esogene e dinamiche storiche.

(in particolare l'impiego della sola variabile dell'età della popolazione) vi sono elementi quali la mobilità sanitaria e la differenziazione delle risorse proprie regionali che stanno contribuendo a definire le disuguaglianze regionali.

In non pochi casi i costi pro-capite delle regioni più virtuose sono superiori a quelli delle regioni meno virtuose e non è vero il contrario, a differenza di quanto si possa immaginare.

Le Regioni e le Aziende sanitarie in qualità di aziende di erogazione (cioè quelle che hanno come scopo il diritto soddisfa-

che 900 milioni di euro di payback farmaceutico alla copertura dei costi (DM 16.7.2022).

Il payback farmaceutico è il ristoro, al 50%, da parte delle case farmaceutiche, della spesa sostenuta da una regione rispetto al tetto massimo stabilito per legge.

Per una regione come la nostra, caratterizzata da un eccesso di spesa farmaceutica rispetto al tetto di spesa, la destinazione del payback alla copertura dei costi covid è stato un problema di non poco conto.



Nel 2021, dalle prime stime regionali, i costi per covid ammontano a 8 miliardi di euro e le risorse a disposizione forse sono pari a 5 miliardi di euro – per altro ripartite per quota d'accesso (popolazione residente pesata per età).

E gli altri 3 miliardi? I Presidenti delle Regioni hanno avviato un'interlocuzione con il Governo, ma di certo occorre una programmazione nazionale pluriennale delle risorse e quanto previsto per i prossimi anni in sede di Legge Finanziaria, in corso di approvazione in Parlamento, non è assolutamente sufficiente.

Senza entrare nella situazione delle singole regioni, lo squilibrio tra entrate e uscite riguarda quest'anno

Ogni attore del sistema non fa che ribadire quanto il Fondo Sanitario Nazionale sia sotto stimato e tutte le regioni rivendicano maggiori risorse e l'introduzione di nuovi criteri di riparto che tengano conto dei livelli essenziali e degli standard di cura ed assistenza.

Oggi, però, dopo decenni di riforme mancate, il paese si divide in regioni ricche e meno ricche.

Senza addentrarci sui criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale di cui oramai tutti sanno i limiti e le criticità

cimento dei bisogni dei loro soggetti) spendono in misura delle risorse disponibili. Tutto ciò contraddice il concetto di livelli essenziali di assistenza che in teoria dovrebbero essere uguali sia nel bisogno che nel fabbisogno.

Come una prova del nove, l'emergenza covid, in un solo anno, ha fatto emergere tutte le contraddizioni dell'attuale sistema di finanziamento.

Nel 2020 i costi covid delle Regioni sono stati pari a circa 5 miliardi e per garantire l'equilibrio si è dovuto destinare an-

un po' tutti, chi più chi meno.

Invero le regioni storicamente meno finanziate, avendo dovuto ridurre il gap di capacità di spesa degli anni precedenti, anche contingentati dai Piani di Rientro, hanno accentuato il divario tra risorse a disposizione e costi di esercizio.

Nel 2021, in Puglia la spesa sostenuta dalle aziende sanitarie per la gestione del covid è aumentata del 20% rispetto al 2020, ma rispetto all'esercizio precedente è mutata la tipologia dei costi.

L'anno passato la spesa riguardava per lo più dpi (dispositivi di protezione individuale, materiale sanitario ed attrezzature (a costi più alti, tenuto conto della scarsità di beni in un certo periodo dell'anno); nel 2021 si registra principalmente spesa del personale (assunzioni di personale, prestazioni aggiuntive per le vaccinazioni, assistenza territoriale ed USCA, ecc..) e pertanto, ad una prima analisi, non vi è stata inappropriata della spesa da parte delle aziende sanitarie.

Ciò che si vuole evidenziare, ancora una volta, è che alcune regioni non sono caratterizzate da eccessivi costi di esercizio, bensì da minori e differenti risorse o per lo meno non solo.

E' pur vero che, prendendo in esame la situazione economico-finanziaria

della Puglia, ancor oggi, dopo tanti anni di azioni e misure di contenimento, voci come la spesa per farmaci e per dispositivi medici risulta ancora superiore ad una media standard nazionale.

Ma anche lo sbilancio di mobilità sanitaria per esempio, per la Puglia, provoca annualmente un danno economico e finanziario di non meno di 200 milioni di euro, risorse "cash" che potrebbero essere impiegate per garantire la copertura dei costi fissi del sistema.

Che fare dunque: equilibrio di bilancio ed austerità o garanzia dei livelli di assistenza?

L'articolo 81 della Costituzione prevede in particolare che: "Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico. Il ricorso all'indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico [...] al verificarsi di eventi eccezionali. Ogni legge che importi nuovi o maggiori oneri provvede ai mezzi per farvi fronte [...]".

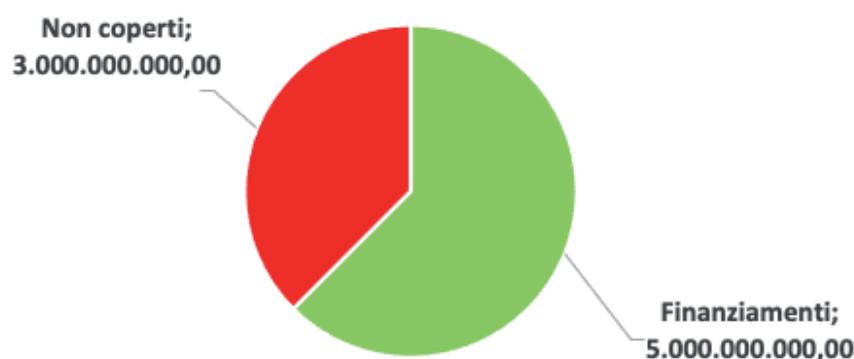
E' fuori dubbio che nel bene e nel male indipendentemente da quanto si spenda - giusto o sbagliato - occorra sempre garantire la copertura dei costi con delle risorse certe.

Oggi c'è il PNRR. Sicuramente, in ottica keynesiana, gli investimenti (le così dette risorse in conto capitale) sono la leva per lo sviluppo di un paese, ma occorre una strategia chiara ed una program-

Decide, dopo tanti anni, di andare in continente, facendo un lungo viaggio in treno per far visita ai suoi cinque figli che vivono a Napoli, Roma, Firenze, Milano e Torino.

Dopo tanti anni di sacrificio è convinto che i figli vivano bene e siano realizzati professionalmente, ma si accorgerà ben presto che la realtà è ben diversa.

Proiezione per il 2021 delle Regioni dei costi per la gestione sanitaria Covid importi in miliardi di euro



Alvaro, il primo figlio che vive a Napoli, risulta irreperibile. A Roma troverà Canio, che invece d'essere un prestigioso personaggio politico, come diceva, è solo un modesto segretario di un deputato. A Firenze vive Tosca, per il papà è una modella ed attrice famosa, ma in verità fa lavoretti saltuari ed ha difficoltà economiche. E' anche madre di un bambino, ma non sa chi sia il padre.

mazione efficace, unitaria e nazionale. Occorrono altresì risorse per riempire i contenitori che si intendono costruire. Soprattutto risorse umane molto utili per colmare il gap esistente tra le regioni. Che dire dunque. Mi viene in mente

Ignaro di tutto, Matteo riparte, sempre in treno, per Milano dove vive Guglielmo, un grande musicista, ma in realtà è un modesto suonatore di grancassa ed ha anche un figlio, appena adolescente, che ha messo incinta la fidanzata.



Marcello Mastroianni in una scena del film - Fonte: [https://it.wikipedia.org/wiki/Stanno_tutti_bene_\(film_1990\)](https://it.wikipedia.org/wiki/Stanno_tutti_bene_(film_1990))

un gran film diretto da Giuseppe Tornatore con Marcello Mastroianni nella parte di Matteo. Matteo è un anziano vedovo che vive oramai solo in Sicilia. Matteo si estranea sempre ed immagina di parlare con la propria moglie, sebbene deceduta, e con i propri figli immaginandoli ancora bambini.

L'ultima tappa è Torino, dove vive Norma. In teoria felicemente sposata, con un figlio e un ottimo lavoro come dirigente della SIP, ma in effetti è occupata nel call center telegrammi ed in procinto di divorziare.

A casa della figlia, Matteo scopre che tutto quello che sa a proposito dei figli sono bugie messe in scena per non deluderlo e non farlo soffrire. Durante il viaggio di ritorno verso la sua Sicilia, saputo anche che Alvaro è morto suicida per una forte depressione, è colto da un

malore e viene ricoverato. In ospedale si riuniranno finalmente tutti i figli.

Tornato a casa, nella sua Sicilia, <<sconfitto dalla realtà e svuotato di quell'orgoglio paterno con il quale si era messo in viaggio >>, parlando alla moglie defunta del suo viaggio la rassicura che i figli stanno tutti bene.

La presenza del PNRR, opportunità senza precedenti

L'importanza della formazione professionalizzante in sanità

Francesco Albergò è Direttore della Divisione Sanità della LUM School of Management e docente di "Controllo di Gestione e ABC" e "Risk Management e Controllo delle Aziende Sanitarie" dell'Università LUM "Giuseppe Degennaro". Lo abbiamo intervistato per Vivilasanità.

"La tensione all'innovazione nelle aziende sanitarie deriva solo dalla cor-

gestione e ABC" e "Risk Management e Controllo delle Aziende Sanitarie" dell'Università LUM "Giuseppe Degennaro". "Siamo in un sistema - prosegue il Prof. Albergò - dove a fronte di importanti trasferimenti di risorse finanziarie derivanti dal prossimo Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, unitamente alle quote spettanti dal fondo Sanitario Nazionale, vi è la necessità di rafforzare la conoscenza dei singo-

più ricca di contenuti innovativi, frutto di un lavoro costante fatto quotidianamente sul territorio.

"L'obiettivo - afferma il Prof. Francesco Manfredi, Direttore Scientifico della LUM School of Management - è quello di favorire ed implementare i cambiamenti culturali, organizzativi e tecnico-gestionali a supporto dei quali la formazione gioca un ruolo strategico".



In foto: il Prof. Francesco Albergò

retta valutazione e analisi dei processi interni ma anche dalla piena governabilità dei dati e dalle rendicontazioni delle aree Risorse economico-finanziarie e Patrimonio. La necessità delle Direzioni strategiche di avere report efficienti passa, quindi, dalla bontà oltre che da una significatività dei dati".

Questo è quanto afferma il Prof. Francesco Albergò, Direttore della Divisione Sanità della LUM School of Management e docente di "Controllo di

li operatori di un'azienda sanitaria a tutti i livelli". La presenza del PNRR, opportunità senza precedenti, l'analisi dei processi di digitalizzazione, la conoscenza degli aspetti salienti sulle procedure di aggiudicazione di una gara d'appalto rappresentano tre importanti temi su cui la nostra School ha fortemente indirizzato i suoi programmi per il completamento dell'offerta formativa dell'A.A. 2021-2022. La nuova offerta formativa della School of Management dell'Università LUM riparte ancora

Pertanto, al fianco dei percorsi formativi tradizionali proposti dalla School of Management sui temi del controllo, del management, dell'organizzazione, del risk management e del patient safety management, si propongono master universitari incentrati su particolari tematiche affrontate in distinti percorsi formativi quali: "Rischio, privacy e sicurezza delle informazioni in sanità", "Sostenibilità ed efficienza della salute, ambiente e sicurezza", "Area critica

ed emergenza territoriale – 118”, “Organizzazione e gestione delle interazioni ospedale – territorio”, “Management e organizzazione delle cure primarie e territoriali”.

Ai suddetti master si aggiungono quelli che si focalizzano sull’analisi della spesa, sulla ricerca analitica non solo delle tipologie di costi ma soprattutto sul loro processo di formazione e di successivo monitoraggio, temi affrontati in particolare modo nei percorsi formativi “Contabilità analitica, controllo di gestione e costi standard”, “Lean organization e costi standard”, “Programmazione e gestione delle risorse finanziarie delle aziende e amministrazioni pubbliche”, “Strumenti per il controllo, lean process, logistica sanitaria e del farmaco”.

cessari percorsi formativi sempre più orientati al perfezionamento del management e della dirigenza pubblica coinvolti nel “governo della complessità”. Altro tema affrontato dalla Scuola è quello della ricerca, in particolar modo sul fronte costi e lean. Mappare e analizzare costi e fasi del processo di un “percorso del paziente” (PdP) è sicuramente possibile, attraverso la metodologia di calcolo dell’Health Activity Based Costing (HABC) basata sulle attività.

È noto che determinare il costo per singola tipologia di prestazione rappresenta l’obiettivo principale di ASL e Aziende Ospedaliere specialmente alla luce del fatto che i DRG rappresentano tariffe (non un valore di rimborso)

tesi dall’analisi HABC in sanità su un DRG si concentrano sul confronto della tariffa (DRG) con il costo effettivo del PdP (singola prestazione) andando a mappare l’uso di risorse (umane e non) realmente utilizzate e i relativi consumi per ogni singola fase e sotto-fase necessaria per valutare ed analizzare e criticità di processo.

Si genera, dunque, una gerarchia di attività rispetto ai diversi oggetti di costo. Per strutturare l’organizzazione per processi e l’analisi dei costi attraverso la tecnica HABC occorre che il management e la Direzione Generale credano fortemente in tale progetto.

I risultati raggiunti sono documentati e periodicamente monitorati, le informa-



I bilanci delle aziende pubbliche devono consentire la rappresentazione fedele degli accadimenti che hanno rilevanza gestionale e amministrativo-contabile, dovendo spesso aggregare e consolidare valori finanziari, patrimoniali ed economici rilevati con sistemi ispirati a principi e modelli contabili differenti.

I processi di pianificazione, programmazione e controllo gestionale, la valutazione delle performance aziendali e, non ultimo, il calcolo dei vincoli di finanza pubblica, rendono ormai ne-

spesso incongruenti rispetto al reale costo della prestazione (che tra l’altro, va ben oltre il lasso temporale considerato dal DRG, ospedalizzazione-SDO). Per l’HABC sono le attività a consumare risorse e a causare costi diretti ed indiretti (per le aziende sanitarie trattasi di costi sanitari e non).

L’individuazione delle attività avviene con un approccio di tipo “bottom-up”, che consente di rilevare le risorse assorbite da ogni singola attività e misurarne le determinanti di costo. I risultati at-

zioni circolano più velocemente e c’è un ritorno costante di informazioni da parte di tutti i collaboratori. “Tra le ultime novità relative al percorso di crescita dell’Università LUM vi è l’avvio della Facoltà di Medicina e Chirurgia che consentirà l’implementazione di progetti formativi prettamente indirizzati al mondo sanitario.

Un giusto connubio con i temi di Economia Sanitaria” conclude il Prof. Albergò.

Con l'obiettivo della semplificazione delle procedure e la garanzia dell'appropriatezza prescrittiva

Assistenza protesica nella Regione Puglia: prospettive

di Paolo Stella

Dirigente
 Regione Puglia

Le competenze inerenti l'assistenza protesica, dal 1° novembre u.s., appartengono alla Sezione Farmaci, Dispositivi Medici e Assistenza Integrativa del Dipartimento per la Promozione della Salute e Benessere Animale. Tanto alla

con riferimento all'assistenza protesica, fa espresso richiamo al DM 332/1999. Tuttavia, il subentro del suddetto DPCM non può ancora ritenersi completato in ragione di un vuoto normativo riveniente dalla mancata adozione da parte delle Amministrazioni Centrali del Decreto Interministeriale previsto dall'art. 64 dello stesso DPCM. Sarà solo con tale Decreto Interministeriale che si potranno infatti ridefinire le tariffe

La Regione Puglia, seppur in un contesto normativo ancora indefinito, intende aderire appieno a quanto previsto dal Decreto sui nuovi LEA sì da garantire al meglio l'erogazione dell'assistenza protesica senza perdere di vista i criteri di sostenibilità economica. Gli obiettivi che la Regione intende perseguire per il futuro sono rappresentati da:

1) semplificazione delle procedure di



luce del Decreto del Presidente della Giunta regionale del 10 agosto 2021 n. 263 che, nell'ambito del processo di riorganizzazione, ha ridefinito funzioni e attribuzioni delle singole Sezioni regionali.

L'assistenza protesica è oggi regolamentata secondo le disposizioni di cui all'art. 17 del D.P.C.M. 12/01/2017 con il quale si è provveduto ad approvare i Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), aggiornati rispetto a quanto previsto dal DPCM 29 novembre 2021 che,

massime applicabili per l'erogazione di prestazioni di assistenza protesica. Ad oggi, quindi, ai fini dell'erogazione delle prestazioni di assistenza protesica, le Regioni, e conseguentemente le Aziende Sanitarie Locali, devono far riferimento a entrambi i succitati provvedimenti di legge riferendosi al DPCM 29 novembre 2021, per ciò che riguarda i dispositivi protesici di cui all'elenco 1 "su misura", e al DPCM 12/01/2017 per ciò che riguarda i dispositivi protesici di cui agli elenchi 2A e 2B.

erogazione dell'assistenza protesica, a beneficio tanto degli assistiti quanto degli operatori sanitari coinvolti nei vari processi;

2) riqualificazione della spesa e inquadramento delle corrette procedure di acquisto delle diverse tipologie di dispositivi protesici, compatibilmente sia con quanto previsto dall'attuale normativa in materia di appalti pubblici sia con le indicazioni fornite dallo stesso DPCM 12/01/2017 in merito ai bisogni

di personalizzazione e adattamento dei dispositivi, laddove previsti, con le procedure di acquisto;

3) garanzia dell'appropriatezza delle prescrizioni mediche specialistiche emesse in applicazione dei criteri di erogabilità a carico del SSR previsti dal DPCM 12/01/2017.

Il raggiungimento di tali obiettivi coin-

protetica eliminando in tal modo le differenze nell'erogazione dei dispositivi protesici presso le singole ASL; l'attività del Soggetto Aggregatore regionale garantirà, al contempo, l'ottenimento di condizioni economiche vantaggiose e presidi adeguati alle necessità clinico-assistenziali dei pazienti. Nelle more della centralizzazione degli acquisti, come previsto dalle citate norme, le

aziende del S.S.R. dovranno espletare in autonomia e procedure "ponte" d'appalto sui dispositivi protesici. Al fine di ottenere i migliori risultati in termini di interessi pubblici (dal punto di vista della qualità dei dispositivi e della garanzia della salute degli assistiti) e in termini di soddisfacimento delle legittime aspettative di ricavi imprenditoriali da parte delle ditte fornitrici, si



volge molteplici attori del sistema sanitario regionale: oltre alla struttura tecnica regionale, impegnata nelle attività di coordinamento, si segnala la presenza del Tavolo Tecnico regionale Assistenza Protesica, con competenze specifiche, e quella dei medici specialisti prescrittori e degli uffici distrettuali di assistenza protesica delle ASL che danno concreta applicazione agli indirizzi programmatici. In tale contesto, un ruolo strategico è giocato soprattutto dal Soggetto Aggregatore regionale che ha il compito di centralizzare gli appalti in materia di assistenza



rivelerà fondamentale il dialogo che si riuscirà a costruire con le associazioni di categoria dei fornitori di tali dispositivi. Con riferimento agli obiettivi inerenti la semplificazione delle procedure e la garanzia dell'appropriatezza prescrittiva, infine, un contributo rilevante dovrà necessariamente derivare dall'introduzione dell'informatizzazione delle procedure e dalla conseguente dematerializzazione dei flussi documentali. Il raggiungimento di tali obiettivi consentirà alla Regione di migliorare l'erogazione dell'assistenza protesica nell'interesse della comunità territoriale.

Ripartenza, Ripresa, Rilancio del Sistema Sanitario Nazionale

Il cambiamento nasce dal basso



Un'edizione straordinaria per partecipazione e qualità di contenuti. Oltre 2mila presenze al giorno, molti direttori generali, tutti gli assessori regionali, tantissimi rappresentanti delle professioni ed esperti del settore. Sono emerse idee, proposte e soluzioni di grande livello ai tavoli di lavoro. Si è così conclusa la XVI edizione del Forum Risk Management in sanità.

La storia

Il Forum Risk Management, in Sanità nasce con la presentazione della prima ricerca, svolta in partnership con ASSER ora Agenas, Ministero della Salute e Regioni, sul cosa fare per la prevenzione e il controllo dei rischi in sanità. Il Forum si è sempre più affermato come la sede per la presentazione e diffusione di buone pratiche per la sicurezza del paziente.

È così andata crescendo una vera e propria "comunità" di operatori sanitari, ordini professionali, società scientifiche, esperti, che negli anni ha stimolato la crescita della cultura e delle attività per la sicurezza delle cure. Anche da qui nasce la Legge 24/2017 sulla "Sicurezza delle cure" e "La responsabilità professionale".

Gli argomenti del Forum

Il cambiamento nasce dal basso - Ripartenza | Ripresa | Rilancio del Sistema Sanitario Nazionale.

Il 16° Forum Risk Management in Sanità, che si è svolto dal 30 novembre al 3 dicembre ad Arezzo Fiere, è stata un'importante occasione di confronto e condivisione tra tutti gli attori del sistema sanitario, gli argomenti centrali sono stati i seguenti:

Bilancio dei risultati. Nelle attività di contrasto alla pandemia ed inse-

gnamenti da trarne per la riorganizzazione dei servizi di cura e di assistenza. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. A sette mesi dalla sua presentazione, monitoraggio dei primi risultati e presentazio-



Roberto Speranza, Ministro della Salute

"Siamo entrati in una nuova fase di investimenti e di riforme per il Ssn. Una fase che è già iniziata, se si considera che quando sono diventato ministro, nel settembre 2019, nel Fondo sanitario nazionale c'erano 114 miliardi, nel 2022 saranno 124mld e oggi approviamo un legge di Bilancio che prevede 128 mld di Fsn nel 2024. Mai c'era stato, nel nostro Paese, un salto così marcato in termini di risorse strutturali del Fondo sanitario nazionale, che io mi auguro possa crescere ulteriormente". "Continuerò anche a battermi - ha concluso Speranza - affinché sia superato il modello dei silos e dei tetti, in particolare quello per la spesa del personale. Quello dei tetti è un modello obsoleto e figlio di una stagione che non esiste più".

ne dei programmi delle Regioni ed Aziende Sanitarie coerenti con gli obiettivi e gli investimenti previsti nel PNRR. La nuova visione strategica. Per il futuro della sanità basata sulla "salute come bene comune e benessere della collettività" e su sanità come motore per lo sviluppo della ricerca, dell'innovazione, della transizione ecologica e digitale dell'economia.

Vasco Giannotti, Presidente del Comitato Scientifico del Forum Risk Management in Sanità



"Sono molto contento dei risultati straordinari di questa edizione del Forum Risk Management in sanità, sia in termini di partecipazione che di qualità dei contenuti. Abbiamo avuto oltre 2mila presenze al giorno, molti direttori generali, tutti gli assessori regionali, tantissimi rappresentanti delle professioni ed esperti del settore. Sono emerse idee, proposte e soluzioni di grande livello". "Sono molto contento - ha concluso Giannotti - che il ministro della Salute Roberto Speranza e il presidente della Conferenza delle Regioni Massimiliano Fedriga ci abbiano dato appuntamento per riportare ai tavoli dei decisori tutto quello che di me-

glio è emerso in questi quattro giorni”.

Massimiliano Fedriga, Presidente della Conferenza Stato-Regioni

“La sanità che conoscevamo fino a qualche anno, dove le realtà più virtuose erano quelle che spendevano meno, ora non c’è più. Dobbiamo passare al concetto che bisogna spendere meglio e non meno”.

“La situazione di emergenza che sta vivendo il paese e che ha coinvolto pesantemente i sistemi sanitari regionali ha comportato un aumento importante dei volumi di attività e quindi aumento importantissimo dei costi – ha spiegato Fedriga – in questo momento non possiamo rischiare per la mancate coperture, soprattutto per il 2021, di mettere a rischio i sistemi sanitari regionali che hanno messo in campo forze imponenti, penso alla campagna vaccinale”. Per Fedriga bisogna concentrarsi sui punti nevralgici del sistema, in primis sul potenziamento del sistema territoriale e della domiciliarità: “Pensiamo – ha sottolineato – a quello che hanno fatto e stanno facendo le Usca. Così come bisogna trovare una valorizzazione importante dei Mmg. Bisogna rivedere il loro ruolo. E il Pnrr si muove in questa direzione e il Dm71. Ma non bisogna lasciare indietro neanche gli ospedali e il sistema di emergenza urgenza”. Il presidente delle Regioni ha poi puntato i riflettori sulla carenza cronica del personale dagli infermieri ai medici: “I sistemi sanitari regionali con le specializzazioni hanno fatto passi avanti, ma in passato non si è saputo guardare il prospettiva. Il sistema su questo si deve muovere”. Soprattutto ha aggiunto: “non possiamo pensare che il Pnrr sia solo una parentesi virtuosa, bisogna fare un cambio di passo reale. Credo che le posizioni precostituite debbano lasciare il posto ad obiettivi condivisi”.

Giuseppe Marchitelli, Presidente AFORP

“Il PNRR è un’opportunità e rappresenta la priorità di sistema. C’è bisogno di una nuova programmazione, di intelli-



gente e urgente pianificazione degli acquisti.

Occorre un atteggiamento propositivo dei Presidenti delle Regioni affinché si presti massima attenzione allo stato di bisogno, alle necessità e alle urgenze, per una migliore appropriatezza delle scelte e degli interventi, che si andranno ad effettuare. Dobbiamo fare bene le cose utili, quelle importanti, che siano strategiche per la crescita del Ssn.

Favorire una comunicazione responsabile con gli stakeholder, con i professionisti in sanità e soprattutto in ambito sanitario, con i medici potrebbe aggiungere qualità nelle scelte, che si dovranno operare.

È determinante rinnovare il parco tecnologico, ma attenti a non comprare tanti aeromobili, senza sapere da dove farli decollare.

Per AFORP le priorità sono da ricercare nel rendere servizi personalizzati, di precisione, dal territorio al mondo professio-

nale, con un’attenzione verso gli investimenti in sanità. Si prevede l’attivazione di nuovi HUB, nuovi ospedali, di nuovi servizi, di migliorare la qualità dell’offerta, con l’obiettivo di favorire un migliore servizio sanitario.

Un’offerta più performante, che eviti fenomeni di mobilità e riduca le liste di attesa, oltre al bisogno di qualificare i servizi erogati verso il cittadino”.



Grazie al Forum e ai forum si possono portare proposte concrete che poi diventano fatti

La sanità del Mezzogiorno trova nel PNRR un'opportunità

5° Forum
Mediterraneo
2021 in Sanità®

5-7 OTTOBRE 2021

BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

VIA DI TULLIO 82, BARI

Bari ha ospitato, dal 5 al 7 ottobre, il 5° Forum Mediterraneo in Sanità, nello splendido scenario di Villa Romanazzi Carducci, organizzato da Gutenberg. "Il PNRR, - spiega il **Presidente del Forum Vasco Giannotti**, - non poteva che essere al centro degli interventi, in presenza, dei centinaia di relatori provenienti non solo dal Mezzogiorno ma dall'Italia tutta, per lanciare i progetti che, in virtù del piano, chiedono alle regioni, alle aziende sanita-

Bari abbiamo raccolto idee, progetti, soluzioni e contributi importanti, a partire dalle innovazioni in telemedicina e assistenza territoriale. La sanità del Mezzogiorno trova nel PNRR un'opportunità, un'occasione per rinnovarsi, per rilanciarsi e per concorrere alla riforma complessiva del sistema sanitario italiano. Il forum Mediterraneo è stato il luogo di incontro e dialogo di tanti interlocutori, dal Ministero della Salute all'Istituto Superiore di Sanità, da Agenas,

alle regioni, ai comuni, tutti presenti per proporre anche delle soluzioni importanti. Soprattutto abbiamo capito che grazie al Forum e ai forum si possono portare proposte concrete che poi diventano fatti e non restano belle parole. Ed è proprio questa la filosofia del Forum, quella di decidere come fare e chi fa che cosa, perché ci sono fondi in ballo e sarebbe un'opportunità sciagurata non spenderli bene. Per utilizzare al meglio le risorse del piano



rie e ospedaliere, ma anche ai comuni e alle istituzioni tutte, di organizzare gli step operativi per le case di comunità, gli ospedali di comunità, le centrali territoriali, le cure domiciliari. L'obiettivo è completare la missione 6 del piano entro il 2026, pena la perdita del Recovery Fund, garantito dall'Europa ma non certo a fondo perduto". "Il Forum Mediterraneo, - **continua Giannotti**, - è stato un evento molto importante per la sanità del Mezzogiorno che prepara in modo giusto l'appuntamento con il Forum di Arezzo, in programma dal 30 novembre al 3 dicembre, perché qui



Vasco Giannotti

Presidente Comitato Scientifico Forum Sanità'

bisogna mettere a confronto le migliori soluzioni possibili e spremere i cervelli sia dei direttori generali delle aziende sia di tutti i professionisti della sanità perché soltanto coinvolgendo gli attori fondamentali della sanità possiamo pensare di farcela. Il Forum di Arezzo, che ha come titolo "Il cambiamento nasce dal basso", sarà una prima sintesi molto impegnativa dove avremo tutte le più grandi istituzioni sanitarie a confrontarsi a raccogliere anche tutto quello che dal Forum stesso verrà in termini di idee e soluzioni".

Presso l'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale istituita la Centrale Operativa Regionale di Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche.

Prossimità delle cure per il cittadino

In concomitanza con l'edizione 2021 del Forum Mediterraneo in Sanità, è stata presentata COReHealth, alla presenza del Presidente Michele Emiliano dell'assessore alle Politiche della Salute Pierluigi Lopalco, del Direttore del Dipartimento Salute, Vito Montanaro, un progetto a supporto degli operatori delle reti di cura e soprattutto dei pazienti che, in aggiunta ai consolidati percorsi di cura, potranno usufruire di un nuovo servizio altamente innovativo con accesso in modalità telematica.

Per applicare le disposizioni urgenti, impartite dal Governo tramite il cd. De-

operativa e tecnologica, valorizzando e mettendo a fattor comune quanto già realizzato per la centrale operativa della telecardiologia. Grazie alla COReHealth, **prima esperienza di Centrale Regionale di Telemedicina nel panorama nazionale**, i pazienti possono essere curati da casa, accompagnati ad una auto-gestione della propria malattia cronica riducendo così le ospedalizzazioni e le visite presso gli ambulatori e i medici. Ideata da Giovanni Gorgoni, direttore dell'agenzia AReSS Puglia che l'ha poi realizzata insieme al suo staff. Gorgoni ci spiega quale beneficio porterà

palmo di mano, quello che, attualmente, è abituato a tenere su carta e che finiva per perdersi tra referti e uffici. Con la piattaforma regionale, il piano di cura viene personalizzato relativamente alla propria patologia, con gli appuntamenti di televisita e con questi il cittadino, segue l'andamento dei propri valori clinici e del prosieguo delle cure. Il terzo vantaggio, sempre per i cittadini, è in termini di outcome, ovvero i risultati di salute. Si tratta, di rendere ancora più efficace, il patto di cura fra paziente e medico, grazie ad una maggiore partecipazione del cittadino nel percorso



creto Rilancio, la Regione Puglia ha istituito presso l'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S. Puglia) la **Centrale Operativa Regionale di Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche**.

L'Agenzia si avvale del supporto dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari – Giovanni XXIII, sia per la componente sanitaria necessaria all'erogazione delle prestazioni, sia per la ospitalità logistica della componente

al sistema sanitario e soprattutto al cittadino che sta a casa. "Il beneficio immediatamente visibile ai più, - **spiega il direttore di AReSS Puglia**, - è quello di una maggiore prossimità delle cure per il cittadino, almeno una parte, perché è chiaro che il rapporto in presenza rimane insostituibile. Il secondo vantaggio è che, al di là della tecnologia, che sta dietro alle infrastrutture, per il cittadino quello che conta è lo strumento che gli consente di avere sul

di cura che segue, appunto, tramite le televisite e i check on line. Quando i pazienti partecipano, migliorano insomma anche i risultati di salute. E poi, ed è il quarto vantaggio, c'è un risparmio in termini di abbattimento di costi". **Da aziendalista, Gorgoni conclude così:** "potrebbe anche interessarmi, ma francamente mi premono più i primi tre che vanno diretti, alla qualità percepita del servizio sanitario e quindi anche al benessere del cittadino tout court".

Il Servizio Sanitario Nazionale costituisce ancora oggi un patrimonio che dobbiamo lasciare alle nuove generazioni

Gli investimenti del PNRR devono creare valore

Giovanni Migliore, presidente FIASO da pochi mesi, spiega al Forum Mediterraneo di Bari che cosa chiedono le Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere per mettere in pratica la mission sanitaria del PNRR. "C'è infatti una scadenza, al 2026 entro il quale i fondi vanno "portati a terra" in progetti ben strutturati e realizzati. Le aziende sanitarie, **sottolinea Migliore**, sono state il luogo che ha consentito il consolidamento di

Abbiamo bisogno soprattutto di trasformare in ordinario quello che è stato uno sforzo straordinario durante il periodo covid, che ha portato alla creazione di nuovi profili professionali, con i quali ci siamo ritrovati insieme a fare squadra. Oggi, l'investimento, deve essere nella selezione e nel consolidamento di quella squadra, che ha portato fuori l'Italia da un'emergenza, che sembrava insuperabile. Ma resta il problema di realizzare

anno, gli assistenti in formazione del quarto anno e poi del terzo anno. Abbiamo, in pratica, ripristinato una figura, che è quella dell'assistente ospedaliero. Oggi noi abbiamo bisogno di ripensare i profili professionali, anche per valorizzare quelle professioni sanitarie che, insieme alla dirigenza, devono fare squadra, con un approccio interdisciplinare, l'unico con la creazione di nuovi profili, che potrà mettere in pratica, realmen-



un valore irrinunciabile, quello del Servizio Sanitario Nazionale, come noi lo conosciamo negli ultimi 40 anni, universale, e che costituisce ancora oggi un patrimonio che dobbiamo lasciare alle nuove generazioni. Gli investimenti del PNRR, come sappiamo bene, non sono investimenti a fondo ma perduto, devono creare valore. Ben il 60% di queste risorse lo restituiranno i nostri figli, i nostri nipoti: una responsabilità in più per le aziende e per coloro che le guidano.

i dettami del piano e avere il personale per farlo. Ancora una volta, **aggiunge il Presidente Fiaso**, abbiamo utilizzato questo periodo, per realizzare in emergenza, quello che anche la Federazione delle aziende sanitarie andava sottolineando da anni, ovvero la difficoltà a trovare quei professionisti, che sono il fulcro dell'attività delle aziende sanitarie. In emergenza, noi abbiamo prima utilizzato, e parlo dei medici evidentemente, coloro che sono specializzandi all'ultimo

te, i principi di indirizzo che sono nel PNRR. La riorganizzazione territoriale, **conclude Migliore**, con l'individuazione di luoghi di riferimento (a partire dal domicilio del paziente per arrivare poi all'ospedale di alta specialità, passando attraverso le cure intermedie) ha soprattutto bisogno di riorganizzazione delle risorse umane, attraverso modelli innovativi, che mettano a sistema l'esperienza maturata in questi ultimi diciotto mesi".

La pandemia ha dimostrato ancora una volta la debolezza dei servizi territoriali.

Creare una cabina di regia territoriale

Al Forum Mediterraneo ha partecipato anche Antonio Decaro, presidente di ANCI e Sindaco di Bari.

Al primo cittadino sta, particolarmente a cuore, il ruolo dei sindaci, nella gestione della governance socio sanitaria, alla luce anche da quello che indica il PNRR. "I sindaci sono autorità sanitaria locale, - spiega De Caro - e hanno dimostrato di essere un presidio dal punto di vista non solo sociale ma anche sanitario. Purtroppo la pandemia ha dimostrato ancora una volta la debolezza dei servizi territoriali. I fondi del PNRR ci possono

maggiore, all'interno della conferenza dei sindaci, da parte dei primi cittadini che, ripeto, sono l'autorità sanitaria.

La medicina territoriale che viene proposta dal PNRR, prevede la costruzione di case della comunità, ospedali a comunità, e centrali di telemedicina e la Puglia da questo punto di vista è molto avanti. Anche qui al Forum sono state presentate delle innovazioni tecnologiche. Per quanto riguarda gli altri aspetti del piano, a livello nazionale, ci sono delle esperienze assolutamente positive di case di comunità, **dichiara Decaro**,. In alcune regioni si chiamano case della

domiciliare. Ecco abbiamo la necessità di creare in maniera istituzionale - **conclude il Presidente ANCI - una sorta di cabina di regia territoriale perché altrimenti continueremo a muoverci in maniera autonoma: sindaci da un lato, Asl dall'altro. Sarà tutto legato al rapporto tra le persone e non ad un rapporto istituzionale che deriva da una norma dello Stato**".

Enzo Bianco
Presidente Consiglio Nazionali ANCI

Al Forum Mediterraneo è intervenuto anche Enzo Bianco, Presidente del Consiglio Nazionale di ANCI. "C'è una nuova impellente necessità, portata avanti dalla pandemia, - sottolinea Bianco: occorre rivalutare il rapporto tra la sanità e il territorio, bisogna sempre di più, pensare agli aspetti socio sanitari, di prevenzione, del benessere".

E i comuni italiani sono in prima linea rispetto a questo. Noi abbiamo elaborato già delle proposte. Riteniamo che occorra modificare le competenze in materia sanitaria. La pandemia, ha dimostrato che il virus, è stato affrontato bene, ma si può fare di più. E una delle cose di più che bisogna fare è migliorare il rapporto tra i cittadini e i servizi di salute. In questo i sindaci sono i naturali interlocutori. Ritengo, **che proprio ai sindaci, si debba dare più potere, per far sì, che questo rapporto migliori. Ma non solo. Ritengo che dovremo rafforzare le competenze anche dell'Unione Europea. La pandemia non si combatte con un territorio nazionale, si combatte in Europa. Ecco perché bisogna rafforzare i poteri dello Stato centrale**".



aiutare, in particolare c'è l'asse 5 che ci può giovare sulle questioni dell'integrazione socio-sanitaria.

Abbiamo però bisogno di mettere insieme il livello nazionale una cabina di regia tra Ministero del Lavoro, dei Servizi sociali e il Ministero della Sanità.

La stessa sinergia dovremmo poi averla sul territorio tra comuni, regioni, aziende sanitarie con un ruolo, magari

salute, in altre sono note come poliambulatori. Comunque, ormai, esiste una distinzione netta tra gli ospedali per la cura delle fasi acute e le strutture territoriali. Con queste ultime che devono prendere in carico il paziente prima della fase acuta o successivamente, quindi credo che sia necessaria una sinergia tra le Aziende Sanitarie e i sindaci che rappresentano, poi il territorio, per capire quali servizi offrire, attraverso le case di comunità e quali con l'assistenza

La Redazione di Vivilasanità ringrazia il Sen. **Vasco Giannotti** Presidente del Comitato Scientifico del Forum Risk Management in Sanità e del Mediterraneo e la giornalista Maddalena Pieroni per la preziosa collaborazione.

Atteggiamenti privi di una pur minima base scientifica

Storie curiose di vaccini: Salk versus Sabin

di Giuseppe Miragliotta

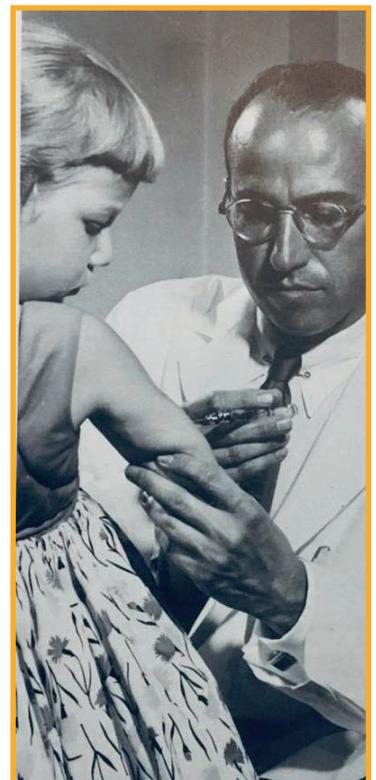
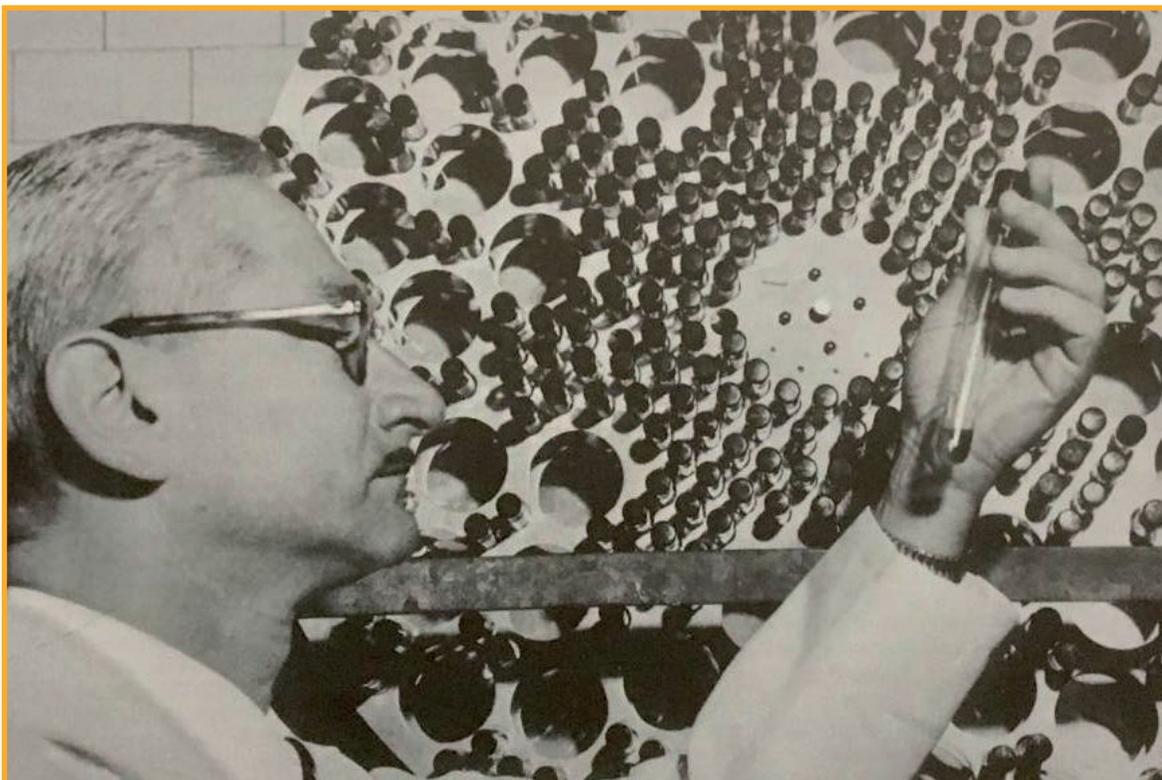
Professore Ordinario fr. di Microbiologia presso la Facoltà di Medicina nell'Università degli Studi di Bari.
 Consigliere nazionale AMCLI.

Anche se decisivi per il benessere dell'umanità i vaccini spesso hanno avuto una storia travagliata per la diffidenza popolare e l'opposizione dei contestatori, i no-vax. Quasi sempre atteggiamenti privi di una pur minima base scientifica. La pandemia Covid è testimonianza di

Una storia medica particolare. Solo nel 1905 la poliomielite fu classificata come malattia infettiva avendo causato una epidemia in Scandinavia. Furono accertate sia l'esistenza di portatori sani sia l'insufficienza delle generiche misure di igiene.

Nel frattempo era stata definita la natura virale dell'infezione per cui l'unica soluzione appariva quella dell'immunizzazione attiva attraverso il vaccino. Nei primi decenni del XX secolo gravi epidemie di poliomielite colpirono gli Stati

goria di persone, lasciava libero il virus di persistere nell'ambiente. Il vaccino si basava infatti sulla somministrazione intramuscolare di virus uccisi con formaldeide. Salk aveva imparato questa tecnica dal suo mentore Thomas Francis jr. La campagna vaccinale col vaccino di Salk riguardò circa 400.000 bambini (categoria a grande rischio) ed effettivamente nel periodo 1954-1961 la malattia negli Stati Uniti diminuì del 90%. Sussisteva però il dato inequivocabile della permanenza del virus nell'ambiente. Un incidente di percorso, il cosiddetto



come, anche a fronte di prove inconfutabili di efficacia, sia possibile la negazione della realtà. Non è però la prima volta che questo avviene.

Anche la vaccinazione antipolio ha avuto una storia difficile prima che venisse definitivamente accettata. È stato grazie al vaccino antipolio che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 2002 ha dichiarato l'Europa libera da poliomielite, mentre la malattia è ancora presente in diversi Paesi di Africa e Asia.

Uniti. Lo stesso presidente F. D. Roosevelt si ammalò, rimanendo invalido.

Sensibilizzato al problema stanziò ingenti fondi alla National Foundation for Infantile Paralysis per accelerare la ricerca e la messa a punto del vaccino. In quegli anni Jonas Salk realizzò un vaccino con virus uccisi, sicuro ed efficace, che però sembrava avere una forte limitazione per il fatto che, proteggendo il vaccino solo una persona o una cate-

“caso Cutter”, uno dei più grandi disastri dell'industria farmaceutica americana, turbò l'opinione pubblica. Cosa era successo?

Circa 100 bambini dopo la vaccinazione erano stati colpiti da paralisi: per errore due lotti prodotti dalla azienda Cutter contenevano virus attivi. 5 bambini morirono, altri rimasero paralizzati ed ebbe così inizio il declino del vaccino Salk. Per la sua scoperta, nel secondo

dopoguerra Jonas Salk era stato considerato un eroe, famoso come un attore di Hollywood. La sua enorme popolarità e la generale convinzione che il vaccino fosse efficace e sicuro perché utilizzava virus uccisi ostacolarono la sperimentazione di un altro vaccino che nel frattempo era stato creato con virus attenuati, da Albert Bruce Sabin medico di origini polacche ma di fatto cittadino statunitense.

Il 6 ottobre 1956 aveva presentato il suo vaccino con virus vivi attenuati, da somministrare per via orale. Si aprì un dibattito a volte acceso perché si sosteneva da parte di alcuni la supremazia del vaccino Salk, con virus uccisi, che invece di causare malattia in forma lieve, stimolava il sistema immunitario e difendeva l'individuo da futuri attacchi del virus. A causa di queste difficoltà Sabin nel 1957 chiese sostegno all'Unione Sovietica che accettò di portare avanti una sperimentazione su larga scala. Dopo 3 anni il vaccino Sabin entrò in produzione e sostituì il vaccino di Salk che, non garantendo una immunità duratura come quella indotta dai virus attenuati, poteva trasformare i vaccinati in portatori sani. L'effetto del vaccino Sabin fu un successo e nel 1994 l'OMS dichiarò che – almeno in Occidente - in natura il virus polio era scomparso. Questo risultato consentì di utilizzare con tranquillità il vaccino Salk che negli Stati Uniti fu l'unico ad essere utilizzato già dopo la sua morte, avvenuta nel 1995. Altrettanto in

Europa e in Italia dal 2002. Nei paesi in via di sviluppo, ove il problema ancora sussiste, è utilizzato il vaccino orale di Sabin. In tal modo, qualora il virus attenuato si diffonda nell'ambiente, non creerebbe problemi.

I due ricercatori avevano in comune l'origine russa (la città natale di Sabin, Byalistoc, era in Russia prima di passare alla Polonia) e avevano studiato entrambi all'Università di New York. Entrambi furono molto noti. Entrambi rinunciarono a lucrare sulla loro scoperta, animati da genuino spirito umanitario. Secondo i giornali dell'epoca, il brevetto avrebbe fruttato a Salk almeno 7 miliardi di dollari. A chi gli chiese il perché della rinuncia rispose che non si può brevettare il Sole. Similmente Sabin disse di non volere che il suo contributo al benessere dell'umanità fosse pagato con della moneta. Il famoso giornalista Enzo Biagi intervistò due volte Sabin, andando a Cincinnati, Ohio, nella cui università lo scienziato insegnava. Conobbe un uomo mite, che sulla tempia destra dopo tanti anni portava ancora il segno di una sassata tiratagli da un nazista perché "ebreo".

Un uomo che viveva modestamente, riservato e solitario soprattutto dopo la morte tragica della moglie, suicidatasi. Amava la musica, in particolare Rossini. Quando venne in Italia per ricevere il premio Feltrinelli, in verità una modesta somma, non ebbe difficoltà a dire: "Gra-

zie, questi danari mi servono proprio per alcune faccende familiari. Mi sono sposato tardi e bisogna fare qualche economia per i figli".

Sabin, abbiamo detto, fu costretto a rivolgersi all'URSS per provare la validità del vaccino. Nel clima di guerra fredda di quegli anni solo un episodio di contrasto fra i due scienziati fu riportato. Durante un incontro Salk chiese a Sabin con malizia: "Perché sei così fiero di quel che si fa in Russia e non di quel che si fa negli Stati Uniti?". "Non dire porcherie" fu la risposta.

Sabin dopo il vaccino si dedicò allo studio dell'origine virale dei tumori e di molte malattie infettive mettendo a punto alcuni raffinati test diagnostici. Salk fondò nel 1963 il Salk Institute for Biological Studies, a La Jolla, vicino San Diego in California. Ancor oggi centro di eccellenza mondiale, dove hanno lavorato premi Nobel come Renato Dulbecco e Francis Crick, co-scopritore con Watson della doppia elica del DNA. Due grandi scienziati e due grandi uomini. Si dovrebbe pensare a loro con gratitudine e ammirazione, soprattutto in questo periodo di pandemia, bombardati come siamo da informazioni mai precise, contraddittorie, veicolate da attori, imitatori, comici e presentatori, tutti esperti improvvisati e infine da improbabili scienziati, "virologi" ansiosi di comparire in "ospitate televisive" ben retribuite, peraltro senza aver molto da dire.

Tutti i numeri di Vivilasanità (anni 2009-2021)
sono consultabili sul sito www.aforp.it

La mobilità passiva non è solo una questione di contabilità tra Regioni

Viaggio della speranza

di **Gianluca Budano**

Un libro è studio, sacrificio, pensiero. "Viaggi con la speranza. Storie di famiglie colpite dalla malattia di un figlio" di Gianluca Budano e Cristiano Caltabiano (a cura di) viene alla luce però per diventare anche azione, per dare una soluzione adeguata dal punto di vista sociale a una delle peggiori vicende umane che una famiglia può vivere: la malattia grave di un figlio e la migrazione sanitaria che dilania

finché ogni bambino e ogni suo familiare sia curato globalmente, per guarire dalla malattia e non patire altre concomitanti patologie sociali <http://www.meltemieditore.it/catalogo/viaggi-la-speranza/>.

Le persone non emigrano solo per motivi economici, sono spinte a partire anche da problemi seri di salute. Nel nostro paese questi spostamenti non sono trascurabili: nel 2017, 937mila italiani hanno compiuto un "viaggio della speranza", per un valore di oltre 4,3 miliardi di euro di prestazioni mediche erogate fuori dalla regione di residenza dei pazienti. La mobi-

giorno, per salvare la vita dei propri figli. Frutto di una ricerca promossa dalle Acli Nazionali, dal Forum delle Associazioni Familiari e dalla Società Mutua Mba, il libro racconta le storie di madri e padri costretti ad affrontare un trauma che ha sconvolto le loro esistenze, rendendo più fragili tutti i componenti del nucleo familiare. L'indagine dà anche voce ai responsabili delle associazioni che accolgono queste famiglie, raccogliendo stimoli di riflessione per i decisori pubblici, i quali non hanno ancora messo in agenda una questione attuale e rilevante. Interessan-



Cristiano Caltabiano
Gianluca Budano
 (a cura di)

Viaggi con la speranza

Storie di famiglie
 colpite dalla malattia
 di un figlio

MELTEMI LINEE

ogni equilibrio e spesso conduce a problemi ulteriori dal punto di vista sociale, di cui lo Stato si occupa marginalmente e a macchia di leopardo, lasciando ad enti locali e Terzo settore un ruolo sostitutivo, laddove questi ci sono ed operano. La mobilità passiva non è solo una questione di contabilità tra Regioni, specie quando è obbligata verso i pochi centri di eccellenza presenti nel nostro Paese e quando riguarda i bambini e le loro famiglie. Questo libro racconta nove storie, delinea il fenomeno e propone delle soluzioni, af-

lità sanitaria viene in genere considerata come espressione del diritto di scelta dei cittadini o come parametro per valutare l'efficienza dei sistemi sanitari regionali (in base alla capacità di attrarre pazienti non residenti). Si tende tuttavia a sottovalutare le conseguenze che tali viaggi hanno sui diretti interessati.

Il volume analizza il costo sociale di queste migrazioni, a partire dalle statistiche ufficiali sul fenomeno, ma ricostruendo soprattutto il vissuto di alcuni genitori giunti a Roma, in prevalenza dal Mezzo-

te l'approfondimento sulle Regioni del Sud, e tra queste, la Puglia, che presenta delle sue specifiche peculiarità.

FOCUS SULLA MOBILITA' PASSIVA IN PUGLIA

Un esempio dell'attuale situazione del Sud Italia è il caso pugliese che, come si è visto, è tra le regioni con i saldi negativi più elevati. Nello specifico è possibile, oltre a confermare alcune tendenze macro delle quali si è discusso a inizio capito-

lo, osservare l'incidenza e la stabilità o meno nel ventennio dei flussi di mobilità sanitaria della regione. Come si vedrà, la Puglia mostra delle peculiarità e si presta ad essere un caso d'approfondimento anche alla luce dei risultati della ricerca sul campo oggetto dei capitoli che seguono. In primo luogo, si rileva che, in conformità con la tendenza nazionale, il numero di pazienti pugliesi dimessi è diminuito notevolmente in termini assoluti negli anni, passando dai 960.000 ricoveri del 2000 ai 505.000 del 2018, un calo di quasi 50 punti percentuali. Il numero di ricoveri si mantiene stabile fino al 2010, anno di picco, a cui segue un'evidente diminuzione delle dimissioni (si osservi che la Puglia è soggetta a piano di rientro a partire dal 2010). La tendenza relativa alla mobilità sanitaria per la regione Puglia segue invece un diverso orientamento da quello nazionale che, ricordiamo, mostra

al 11,1%: circa una dimissione su dieci di residenti pugliesi avviene in una regione che non è la Puglia; nel 2000 ciò riguardava una dimissione su venti. Per quanto riguarda la mobilità attiva, ovvero le dimissioni di pazienti non residenti nelle strutture della regione, se la quota si è mantenuta costante in questi decenni, si riporta tuttavia una diminuzione in termini assoluti da 39.800 a 21.900 dimissioni per questo periodo. Guardando sia alla mobilità in uscita e in entrata negli anni si evidenziano poi le tendenze generali già emerse. Tra le principali regioni che si rivolgono al SSR pugliese troviamo, stabilmente dal 2000, Campania, Basilicata e Calabria.

Nei confronti di queste regioni limitrofe la Puglia mostra saldi positivi nelle dimissioni ospedaliere, dato che dunque identifica una centralità del sistema sanitario pugliese nell'area del Mezzogiorno. Sono

gliesi che emigrano da queste province. Il dato a livello provinciale è quindi essenziale per comprendere il fenomeno della mobilità sanitaria, entro il quale appunto vanno distinte mobilità di corto raggio e di prossimità, meno gravose e non necessariamente sintomatiche di una difficoltà del SS locale, e mobilità di lungo raggio, per le quali è più appropriato riflettere sulle conseguenze sociali dello spostamento. Una quota consistente dei pazienti di Bari (29%), Barletta-Andria-Trani (26%), Brindisi (28%), e Lecce (27%), dunque quasi un paziente su tre tra quelli che si rivolgono fuori regione per curarsi, si è diretto in Lombardia; per Foggia (15%) e Taranto (24%) questa quota è inferiore. A ciò va aggiunta poi la porzione di utenza in mobilità sanitaria che si sposta nelle altre regioni del Nord – Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Liguria e Toscana. Si parla del 30% per Foggia, del 29% per Bari, del 31% per Barletta-Andria-Trani, del 41% per Brindisi, del 42% per Lecce e del 33% per Taranto.

In alcune province della Puglia la mobilità sanitaria di lunga percorrenza sembra essere dunque un'esperienza più comune che in altre, al netto ovviamente di una generale tendenza a rivolgersi ai SSR del Nord Italia.

TAV. 1.12. SALDO DI MOBILITÀ TRA LA REGIONE PUGLIA E LE ALTRE REGIONI ITALIANE, PER ANNO; VALORI ASSOLUTI

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
PIEMONTE	-1162	-1431	-1056	-1053	-1149	-1136	-1127	-1106	-938	-976	-915	-839	-824	-772	-729	-613	-736	-804	-847
V. D'AOSTA	-9	-13	-12	-6	-20	-10	1	-16	-15	-10	-13	-20	-15	-20	-25	-4	-4	-9	-13
LOMBARDIA	-9655	-10406	-10864	-10840	-11195	-11531	-11164	-10167	-9794	-9370	-8851	-9082	-8732	-8770	-9198	-10492	-11265	-12249	-12395
P. A. BOLZANO	-2	-54	-88	-107	-77	-95	-107	-94	-94	-89	-58	-37	-59	-64	-48	-61	-63	-77	-81
P. A. TRENTO	-192	-179	-157	-163	-135	-149	-144	-126	-116	-110	-122	-114	-121	-122	-127	-163	-190	-199	-175
VENETO	-3026	-3252	-2998	-3027	-3177	-3160	-2872	-2663	-2613	-2613	-2530	-2435	-2294	-2092	-2035	-2212	-2622	-2638	-2643
F. V. GIULIA	-409	-528	-422	-390	-480	-437	-398	-461	-428	-404	-437	-292	-373	-313	-331	-275	-298	-375	-365
LIGURIA	-1747	-1692	-1665	-1880	-1848	-1954	-1936	-1943	-1976	-1880	-1792	-1753	-1722	-1455	-1345	-1301	-1378	-1273	-1259
E. ROMAGNA	-8440	-8317	-8209	-8583	-9254	-9573	-10410	-10415	-9975	-9651	-9565	-9736	-9312	-9672	-9472	-9400	-9071	-8942	
TOSCANA	-3000	-3322	-3392	-3561	-3938	-3711	-3897	-4108	-4160	-4253	-4187	-4343	-4220	-3852	-3748	-3707	-3509	-3601	-3190
UMBRIA	-1002	-984	-1169	-1279	-1367	-1401	-1312	-1389	-1361	-1135	-974	-943	-1050	-923	-907	-710	-667	-566	-589
MARCHE	-2049	-2116	-1910	-1649	-1809	-1514	-1518	-1556	-1708	-1834	-1856	-2107	-1940	-2278	-2034	-2156	-2139	-2826	-2828
LAZIO	-5327	-6202	-6492	-7726	-8584	-10049	-9901	-9194	-9456	-9343	-8748	-8560	-8631	-8015	-7511	-7142	-6795	-7275	-7553
ABRUZZO	-1832	-2147	-3512	-4609	-5264	-6262	-7225	-5144	-3350	-2837	-2179	-2614	-2077	-1520	-1256	-1115	-1021	-903	-803
MOLISE	-603	-1064	-1587	-1857	-2289	-2763	-2705	-2724	-2750	-2467	-2010	-1750	-1735	-1655	-1740	-1389	-196	-291	-428
CAMPANIA	5094	5657	5018	4149	3147	2960	2858	3272	3209	3116	3407	2652	2067	1661	2060	2215	2184	2455	2419
PUGLIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
BASILICATA	12694	10869	8830	7393	5957	4050	3073	3291	2829	2497	3623	3776	4642	4447	3209	2723	2845	2948	3004
CALABRIA	3040	3158	2916	2954	2838	2720	2804	2801	3223	2796	3424	3294	3633	4065	4332	4144	4379	3502	2964
SICILIA	1144	1050	873	727	594	496	466	637	627	524	524	498	432	390	365	389	607	370	273
SARDEGNA	9	76	54	7	-39	3	11	21	0	106	16	9	15	-10	39	40	-11	5	22
TOTALE	-18039	-22484	-27358	-32797	-39223	-44612	-46552	-42215	-39942	-38895	-34227	-35333	-33195	-31720	-31435	-32052	-31207	-33591	-34043

un trend di costante decrescita. In termini assoluti, nel 2018 si ha un numero simile al 2000 di dimissioni di residenti pugliesi in altre regioni italiane: 57.900 contro 55.900 casi, sostanzialmente stabile. Se da un lato le difficoltà attraversate dal Sistema Sanitario Regionale (SSR) pugliese non sembrano aver aggravato il fenomeno della mobilità sanitaria in uscita dalla regione, dall'altro la situazione non sembra aver visto un miglioramento: un numero consistente di dimissioni ospedaliere di pugliesi continua ad avvenire nel resto d'Italia, con tutte le conseguenze del caso.

Ciò implica che, data la diminuzione di dimissioni totali, la quota di pazienti pugliesi in mobilità sia aumentata notevolmente da inizio secolo, passando dal 6%

in media 3.000 le dimissioni in Puglia, dal 2000 al 2018, di pazienti residenti in Calabria, un dato che ha subito poche variazioni negli anni.

Per completare il quadro di approfondimento sulla regione Puglia è infine opportuno soffermarsi sulla mobilità sanitaria in uscita a livello provinciale. Stando ai dati dell'Agenzia Regionale Strategica per la Salute e il Sociale Puglia, la mobilità passiva pugliese presenta delle peculiarità di provincia in provincia. Per quanto riguarda Foggia sembra essere mobilità prevalentemente di prossimità, specialmente verso il Molise (12% del totale della mobilità passiva di questa provincia); simile discorso vale per le province di Bari e di Taranto e la Basilicata che riceve circa il 13% dei pazienti pu-

I Curatori dell'opera

Cristiano Caltabiano è sociologo e consulente dell'Istituto di Ricerche Educative e Formative, per cui ha curato il Rapporto sull'Associazionismo Sociale. Come autore ha scritto di welfare, terzo settore, migrazioni e formazione professionale. Tra le sue ultime pubblicazioni ricordiamo Le cinque Italie al voto (con A. Serini, 2018).

Gianluca Budano è Welfare Manager pubblico e giornalista. Dirigente delle Acli e componente degli organi direttivi del Forum delle Associazioni Familiari e di Terzjus – Osservatorio di diritto del Terzo Settore, è anche fondatore e co-portavoce nazionale dell'Alleanza per il benessere e l'inclusione dell'infanzia – Investing in Children.

Voglia di essere protagoniste al servizio delle comunità e della Puglia

Percorsi di donne imprenditrici

Ognuno di noi lascia un granello attraverso il Fare. A Tutte Grazie.

Coinvolgimento dei giovani imprenditori, con un occhio di riguardo alle giovani imprenditrici, il volontariato inteso nel senso più ampio del termine, il tutto in un'ottica di supporto alle PMI, con finalità di sviluppo imprenditoriale territoriale e di consapevolezza dei ruoli: sono questi gli obiettivi che perseguiranno le donne imprenditrici dell'A.F.O.R.P., riuniti nel nuovo Coordinamento. Correva l'autunno 2018 e le donne del Coordinamento AFORP iniziavano un percorso di impegno civile e di volontariato, nell'ambito delle atti-

bitò delle attività associative rivolte al sociale e alla partecipazione, nell'anno 2019, promuove un convegno sul tema "Donne di Frontiera - L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese". Con la partecipazione di rappresentanti del giornalismo internazionale, con esperienza vissuta direttamente sui Campi di Guerra, di rappresentanti di associazioni locali e nazionali e di autorevoli rappresentanti delle istituzioni. Al convegno intervengono, tra gli altri: Assuntela Messina, Barbara Schiavulli Benedetta Sasanelli, Filippo Anelli. Il confronto a più voci è orientato a raccogliere le testimonianze più autentiche e dirette sulle esperienze di

del posto di lavoro è una necessità sociale, psicologica ed economica. Tutelare il posto di lavoro, per molte donne che s'ammalano di cancro e malattie invalidanti e degenerative, è una necessità: economica e psicologica. Partecipano: Orazio Tamborra, Annunziato Scorpiniti, Marienza Rossi, Vita Palladino, Angela Dell'Olio, Benedetta Sasanelli, Carla Marinaci. L'iniziativa è promossa da Benedetta Spagnoletta, Responsabile Area Territoriale BAT. Nell'ottobre 2019, il percorso itinerante delle Donne AFORP, approda a Lecce, città dell'arte. Promuove un convegno sul tema: "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: Donne, Lavoro, Materni-



vità annunciate durante la fase congressuale. Un programma operativo che si presentava interessante e proiettato verso il futuro. Con tanto entusiasmo tra le giovani imprenditrici e voglia di essere protagoniste al servizio delle comunità e della Puglia. Con un programma ricco di iniziative e di presenza su tutto il territorio pugliese attraverso moneti di confronto, che si dovevano svolgere in tutte le province pugliesi. Le attività sono coordinate dal Vicepresidente Grazia Guida.

Percorsi itineranti anno 2019

Il Coordinamento Donne A.F.O.R.P., nell'am-

Donne di Frontiera che vivono, esperienze drammatiche, in ogni angolo della Terra, richiamando i valori etici dentro e fuori le imprese, per poi calarsi nella realtà italiana, con operatrici della sanità, che prestano la loro opera nel Servizio sanitario nazionale e che sovente sono vittime di abusi e violenze. Altri eventi sono promossi sia a Trani, che a Lecce e poi nuovamente a Bari. A Trani, nel giugno 2019, si promuove un convegno sul tema "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: dopo la malattia, tutela del posto di lavoro una necessità sociale, psicologica ed economica". Dopo la Malattia, la Tutela

tà". Partecipano rappresentanti del mondo professionale sanitario, di rappresentanti di associazioni locali e nazionali e di autorevoli rappresentanti delle istituzioni. Partecipano: Loredana Capone Antonio Perrone, Silvia Miglietta, Giovanna Guglielmi, Fiammetta Perrone, Domenico Mario Carparelli. Con la testimonianza dell'imprenditrice Marinita Elia e il Coordinamento di Ornella Miano, responsabile territoriale. Nel novembre 2019, presso il Salone degli Affreschi dell'Università degli Studi di Bari, promuove un convegno sul tema: "L'Etica e l'Umanità dentro e fuori le Imprese: Per le donne con le donne".

In occasione della Giornata Internazionale contro la Violenza sulle Donne. Intervengono: Maria Iacovone, Ida Tammaccaro, Santa Fizzarotti Selvaggi.

Percorsi anno 2020

La pandemia blocca le attività itineranti e convegnistiche del Coordinamento Donne.

Attraverso webinar e confronti in chat, le donne AFORP, non fanno mancare idee e proposte. Tra le proposte vi è: la richiesta di inserimento del gruppo di lavoro sulle pari opportunità "Coordinamento Rosa" all'interno della Commissione Pari Opportunità della Regione Puglia - organismo tecnico e consultivo della Giunta e del Consiglio della Regione; l'Indicazione ed espressione di Referenti "Rosa" suddivisi per provincia; il confronto su Idee progettuali e proposte da sviluppare e

Percorsi anno 2021 e l'Agenda di Genere

Nel giugno 2021 il Gruppo di Lavoro di Agenda di Genere invita formalmente le Donne del Coordinamento donne a partecipare all'incontro al Tavolo di Lavoro su Area di policy 3 "Sostenibilità, competitività, Innovazione". Le donne AFORP partecipano al terzo incontro tematico con le organizzazioni e reti, del percorso complessivo per l'Agenda di Genere della Puglia. Il Coordinamento Donne, in merito al focus "Qualità della vita delle donne e degli uomini" individuano due azioni:

- Definire un sistema di percorsi sanitari multidisciplinari e integrati (di prevenzione e di assistenza) per affrontare le problematiche che le donne, e le donne lavoratrici in particolare, devono affrontare sia in presen-

che incidono positivamente sulla qualità della vita e produttività sul lavoro.

- Ipotesti di sviluppo conseguente all'individuazione dei percorsi sanitari "femminili" per definire un "Budget Rosa" compatibile con azioni di informazione, educazione, prevenzione da utilizzare presso HUB territoriali dedicati.

2) ISTRUZIONE, FORMAZIONE E LAVORO

Prevedere la possibilità della formazione, con accordi quadro universitari, per la crescita e l'apprendimento anche da parte di lavoratori over 50, normalmente non coinvolti nei processi formativi; a livello imprenditoriale questo favorirebbe la comunicazione inter-generazionale a livello formativo, con passaggio di nozioni storiche da parte delle categorie over 50 verso le nuove generazioni, che a loro volta offrirebbero un know how di tipo prettamente digitale.

3) COMPETITIVITÀ, SOSTENIBILITÀ E INNOVAZIONE

In termini generali, si suggerisce la creazione di una rete regionale che diventi il punto di riferimento delle donne imprenditrici pugliesi che operano nel settore della salute, con l'obiettivo di condividere bisogni, esigenze e trovare soluzioni specifiche territoriali in modo da sostenere sempre di più l'imprenditoria al femminile.

4) PER UN LAVORO DI QUALITÀ

- Prevedere aree verdi all'interno dei progetti aziendali.
- Potenziare la rete di asili nido sia nel pubblico che nel privato.
- Implementare e disciplinare in via definitiva lo

smart working, senza distinzione di genere.

- Defiscalizzare i contributi aziendali per dipendenti donne over 50 per quelle aziende che assumono giovani a tempo indeterminato.

La proposta del Coordinamento Donne, non solo riceve consenso da tutto il Gruppo di Lavoro di "Agenda di Genere", viene inserita nel documento finale di "Agenda di Genere" e approvato dalla Giunta regionale.



sottoporre alla commissione pari opportunità regionale; l'attività legate alle emergenze in corso e alla solidarietà.

Nel novembre 2020, attraverso un incontro sulla piattaforma digitale, la progettualità dell'A.F.O.R.P., con il suo Coordinamento Donne, si esprime sui bisogni territoriali legati al mondo delle donne e quella che mette a disposizione della comunità (donne imprenditrici) permette di avere un confronto chiaro e costruttivo, con la disponibilità offerta all'assessore alla solidarietà del Comune di Bari.

za di patologie che a scopo diagnostico. A tal fine sarebbe necessario acquisire conoscenze e Best practice su percorsi integrati diagnostico-terapeutici "al femminile" presenti presso ambulatori, strutture ospedaliere e territoriali, istituzioni della Regione Puglia per mappare e rispondere in forma corale e unitaria ai bisogni delle lavoratrici.

- Interventi di sensibilizzazione per tematiche sanitarie con risvolti sociali su "Dolore & Lavoro" per le donne che devono affrontare problematiche di salute per le quali il tempo per acquisire informazioni e ottenere supporto, possono essere fattori determinanti

La Giunta designa DG e Commissari Aziende e Enti del Servizio sanitario

Tante novità e nuova organizzazione per la sanità pugliese

Nel corso della seduta del 6 dicembre 2021, la Giunta Regionale ha provveduto a nominare i nuovi vertici delle Aziende e di nuovi Enti del nuovo Servizio sanitario regionale.

Alle riconferme si aggiungono alcune novità che in pochi avevano previsto alla vigilia, anche se qualche quotidiano ne aveva anticipato i risvolti. Tra le novità, vi è da registrare la nomina della dott.ssa Tiziana Dimatteo, che aveva ricoperto il ruolo di Direttrice amministrativa dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari, a nuovo Direttore Generale dell'Asl Bat. Come anche la promozione del dott. Gregorio Colacicco, già Direttore amministrativo a Direttore

Avv. Michele Pelillo, di Taranto, è scelto quale commissario dell'istituenda Azienda ospedaliera "San Cataldo" di Taranto.

Tutti i dipartimenti di prevenzioni faranno capo all'istituenda azienda per la Prevenzione dove è stato designato Commissario il Dott. Pietro Quinto, ex Direttore Generale Asl Matera. Le conferme sono arrivate per: il dott. Giovanni Migliore (DG Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Bari), il dott. Antonio Sanguedolce (DG Asl Bari), l'Avv. Alessandro Delle Donne (DG IRCCS Oncologico Giovanni Paolo II di Bari), il dott. Tommaso Stallone (DG IRC-SC "de Bellis" Castellana Grotte.

per la azienda ospedaliera Policlinico Con-sorziale di Bari: confermato dg Giovanni Migliore

per l'Irccs Oncologico Giovanni Paolo II di Bari: confermato dg Alessandro Delle Donne;

per l'istituenda azienda ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce: designato Stefano Rossi già dg Asl Taranto;

per l'istituenda azienda "zero" (accentrerà le funzioni amministrative e di gara): designato commissario Giuseppe Pasqualone, già dg Asl



Generale sempre dell'Asl Taranto. Novità anche per l'Asl Brindisi, dove il dott. Flavio Roseto diventa Direttore generale dopo aver guidato l'agenzia Sanitaservice dello stesso territorio. L'Avv. Stefano Rossi passa dalla guida dell'Asl Taranto ai vertici dell'istituenda Azienda Ospedaliera "Vito Fazzi" di Lecce. Altre importanti novità si registrano con la proposizione di nuove direzioni. All'istituenda Azienda "Zero" è nominato il Dott. Giuseppe Pasqualone, già Direttore Generale dell'Asl Brindisi. La nuova Agenzia si occuperà dell'accentramento di funzioni amministrative e gare di appalto di livello regionale. L'ex Assessore al bilancio della Regione Puglia,

In dettaglio tutte le nomine effettuate dalla Giunta regionale:

per la Asl Bat: designata Tiziana Di Matteo, già direttrice amministrativa del Policlinico di Bari;

per la Asl Brindisi: designato Flavio Roseto, già direttore della Sanitaservice Brindisi;

per la Asl Bari: confermato dg Antonio Sanguedolce;

per la Asl Taranto: designato Gregorio Colacicco, già direttore amministrativo;

Brindisi;

per l'istituenda azienda ospedaliera "San Cataldo" di Taranto: designato commissario Michele Pelillo;

per l'Irccs "De Bellis" di Castellana (Ba): confermato Dg Tommaso Stallone;

per l'istituenda azienda per la prevenzione (accentrerà i Dipartimenti di prevenzione): designato commissario Pietro Quinto.



ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

Aziende di Puglia e Basilicata

altamente specializzate
al fianco dei professionisti
della sanità

A2 - AESSE HOSPITAL - AF MEDICAL - ALFA HOSPITAL - ANTARES - APULIA HOSPITAL
BIO SUD MEDICAL SYSTEMS - BIOMED3 - CHEMIE - DEDALUS - DIATEK
DIVITTORIO PIETRO - EUROHOSPITAL - EUROMED - FASE - F.LLI BERNARD
FOR MED - GDA - INNOTEK - INTERHOSPITAL - LAVIT - LORAN - MEDIC'S Biomedica
MEDICAL CALO' - MEDICAL CHIRURGICA - MEDICAL SERVICE - MEDICOM - MEDIPOINT
MYTHRAS - ORTOPEDICAL - PURA - PUGLIA LIFE - PUGLIA MEDICAL - SIS*MED
SISMED - SURGIKAL - TECNOLIFE - TECNOMEDICA - TEKNOLAB - TEXA

Seguici su: www.aforp.it   

Subentra a Vincenzo Gigantelli che lascia dopo 6 anni

Rosella Squicciarini è il nuovo Presidente CARD Puglia

L'11 e il 12 Novembre scorsi, si è svolto, ad Alberobello, il XVI Congresso Regionale CARD PUGLIA.

Il convegno, oltre a portare interessanti esperienze e proficuo confronto multidisciplinare attraverso le relazioni presentate, ha permesso di svolgere una importante riflessione sulla Sanità Territoriale, alla luce degli insegnamenti che la Pandemia da SARS COVID 2 ha finora impartito.

Tutto parte da un'analisi che, pur considerando lo sforzo immane nell'affrontare un'emergenza drammatica e inaspettata, non trascura di rilevare le carenze organizzative e di sistema rese evidenti dalla crisi sanitaria.

Approfondito, sul tema, il confronto che si è articolato in occasione della tavola rotonda che ha registrato il contributo dei Direttori Generali delle Asl Pugliesi e del Direttore del Dipartimento della Salute della Regione Puglia.

L'emergenza Coronavirus ha chiaramente messo in evidenza luci ed ombre del Servizio Sanitario Nazionale palesando le significative criticità e i pochi punti di forza, evidentemente già presenti ben prima dello scoppio della pandemia, ma che il Covid-19 ha messo prepotentemente in rilievo.

Tra i punti di forza è da annoverare sicuramente la capacità che la maggior parte delle Regioni italiane, tra cui la Puglia, attraverso i relativi organi istituzionali, hanno mostrato nell'attivarsi sul fronte ospedaliero, in tempi relativamente brevi e in condizioni non ordinarie, rivedendo organizzazioni operative e logistiche e definendo percorsi e procedure dedicate, nonostante le carenze del Sistema Sanitario Nazionale.

Il territorio ha saputo rispondere, non con poche difficoltà, ad un improvviso bisogno collettivo, mettendo in atto interventi di Sanità Pubblica di massa, pur continuando a garantire la precipua assistenza nel rispetto delle indicazioni ministeriali e regionali, in continua evo-

luzione secondo l'andamento epidemiologico della pandemia.

contro il virus. A tutti loro va rivolto un caloroso applauso. Tuttavia, è innegabile che il SSN sia giunto impreparato ad affrontare il Covid-19, manifestando gravosi limiti derivati dal suo progressivo de-finanziamento, dai tagli dei posti letto e del

personale, dall'indebolimento della medicina territoriale e dei servizi di prevenzione, che avevano invece declinato la fisionomia dell'istituzione del SSN.

Se consideriamo la spesa sanitaria pubblica, essa è di fatto rimasta ferma tra il 2017 e il 2020 a poco più del 6,5% del PIL, ben distante dai livelli di spesa di altri paesi Europei come la Germania e la Francia. Dati che danno contezza del peso della riduzione delle risorse pubbliche investite nel SSN, in un Paese come il nostro, caratterizzato da un alto tasso di invecchiamento della popolazione.

Il personale sanitario è stato, negli anni, drasticamente ridotto nel numero dei medici, degli infermieri e in generale degli addetti alle professioni sanitarie, con conseguente indebolimento del sistema e continue fughe all'estero dei pazienti. Dal dibattito è emerso che nel Servizio Sanitario Nazionale non è stato mai effettivamente raggiunto un pieno equilibrio tra assistenza ospedaliera e assistenza distrettuale, registrando, peraltro, una rilevante eterogeneità fra le Regioni italiane.

Negli ultimi trent'anni, in Italia, le politiche sanitarie hanno puntato alla "deospedalizzazione" attraverso manovre di razionalizzazione della spesa, comportando chiusura dei presidi ospedalieri al di sotto di una certa dimensione



Fondamentale è stato il ruolo di tutto il personale sanitario che, con grande professionalità, dedizione e spirito di sacrificio ha combattuto in prima linea

luzione secondo l'andamento epidemiologico della pandemia.

geneità fra le Regioni italiane. Negli ultimi trent'anni, in Italia, le politiche sanitarie hanno puntato alla "deospedalizzazione" attraverso manovre di razionalizzazione della spesa, comportando chiusura dei presidi ospedalieri al di sotto di una certa dimensione

con conseguente taglio dei posti letto. Parallelamente è stato avviato un tentativo di rafforzamento del livello di assistenza distrettuale e di sviluppo dei servizi territoriali.

Tuttavia, questo secondo percorso è stato altamente disomogeneo fra i diversi territori motivo per il quale, al momento dell'emergenza, il Paese si è trovato non sufficientemente attrezzato sia sul fronte ospedaliero, ormai depotenziato, sia su quello territoriale.

La marcata difformità dei diversi modelli Sanitari Regionali ha influito sulle scelte strategiche di gestione dell'emergenza ove le stesse sono dipese non soltanto dalle contingenti decisioni

condotto ad una riflessione comune sulla futura gestione della Sanità al termine dell'emergenza.

Sarà pertanto necessario superare modelli evidentemente obsoleti, rispetto ai grandi cambiamenti epidemiologici e sociali che si sono registrati negli anni. La missione del futuro deve mirare ad un salto di qualità nelle prestazioni territoriali attraverso il perseguimento di obiettivi strategici: potenziamento e creazione di strutture e presidi territoriali (come le case della salute e gli ospedali di comunità), rafforzamento dell'assistenza domiciliare, sviluppo della telemedicina, formazione del personale sanitario.

Azioni che non possono prescindere dalla realizzazione di una più efficace integrazione del territorio con tutti i servizi socio-sanitari nonché con quelli ospedalieri.

Il messaggio che portiamo a casa dal XVI Congresso Regionale CARD Puglia è che l'imminente riforma dell'assistenza territoriale deve passare necessariamente attraverso un Distretto Socio Sanitario rinnovato e forte.

Il Distretto che dovrà diventare attore protagonista della Missione 6 del PNRR, facendo proprio l'approccio "One-Health", ormai utilizzato nelle



assunte, bensì anche dai modelli di assistenza sanitaria che le singole Regioni hanno impostato e sviluppato negli anni passati.

I dati emersi evidenziano che nelle Regioni dove era già strutturato un buon livello di assistenza territoriale ed erano presenti i presupposti per agire su prevenzione e domiciliarità, ci sono stati dei vantaggi in termini di alleggerimento della pressione sugli ospedali.

Gli esiti dei confronti sviluppati durante l'evento hanno



sfide sanitarie complesse come quella che ci apprestiamo ad intraprendere.

Pertanto, l'impegno e la programmazione operativa della CARD Puglia, per i prossimi tre anni, saranno quelli di promuovere lo sviluppo ed il progresso del Territorio, attraverso un approccio propositivo, con lo sguardo lungimirante al futuro e con la profonda consapevolezza di dover far tesoro degli insegnamenti della emergenza pandemica.

Per la Scoperta legata all'efficacia della terapia per l'epatocarcinoma

Paladini Italiani della Salute

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

In Campidoglio la consegna al direttore scientifico dell'IRCCS "Saverio de Bellis" per una scoperta legata all'efficacia della terapia per l'epatocarcinoma.

Una ricerca medico-scientifica, una importante scoperta legata alla terapia per il tumore al fegato, e ora un riconoscimento nazionale. E' il percorso che ha portato il professor Gianluigi Giannelli, direttore scientifico dell'Irccs de Bellis di Castellana Grotte, a ritirare a Roma uno dei riconoscimenti Paladini Italiani della Salute per le migliori ricerche pubblicate nel quinquennio 2015-2020, iniziativa de-

il governo clinico della terapia.

L'epatocarcinoma è il più frequente tumore maligno del fegato. Rappresenta la quinta neoplasia più diffusa al mondo e la terza come causa di morte correlata al tumore.

La prognosi e la sopravvivenza sono ad oggi insoddisfacenti, poiché solo una minoranza dei pazienti può usufruire delle terapie più efficaci: la chirurgia o il trapianto di fegato. Il Sorafenib è al momento l'unico farmaco approvato in prima linea nel trattamento dei pazienti in stadio avanzato di malattia non più avviabili al

zione con uno specifico recettore al quale la proteina si lega.

Personalizzare la terapia grazie a una proteina che aumenta la resistenza e permette di recuperare tempo prezioso. Centinaia di pazienti alle prese con un tumore maligno. "Abbiamo dimostrato - ha dichiarato il Prof. Giannelli - che alcune cellule vicine a quelle tumorali di natura fibroblastica producono una proteina nota come laminina 332 che svolge un'azione protettiva delle cellule neoplastiche verso il farmaco, che normalmente si utilizza nei pazienti con tumore vacuo".



stinata a studi distinti per prestigio e innovazione risultando fiori all'occhiello nel panorama della ricerca medico-scientifica. Il riconoscimento è stato conferito in Campidoglio dal presidente del Comitato scientifico Walter Ricciardi, componente del Comitato Esecutivo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

La ricerca condotta al de Bellis da Giannelli e la sua equipe aggiunge nuove conoscenze alla personalizzazione della terapia per l'epatocarcinoma, evitando trattamenti inutili, ottimizzando i costi e migliorando

trattamento chirurgico.

Il farmaco inibisce la proliferazione delle cellule tumorali e induce al tempo stesso la loro morte. Ma questo trattamento farmacologico risulta efficace nell'allungare la sopravvivenza solo in un terzo dei casi, perché molti pazienti sviluppano resistenza entro i primi sei mesi di terapia.

La ricerca ha dimostrato che una particolare proteina (Laminina-332) presente nel microambiente tumorale contrasta l'efficacia del Sorafenib, e la chiave di volta per aggirare il problema è la sua intera-

Un passo avanti nella personalizzazione delle terapie.

Sapere che la proteina quando abbonda può conferire resistenza permette di essere tempestivi nel seguire altre strade. La scoperta fatta al de Bellis apre nuove frontiere per la ricerca farmacologica.

"Fare in modo di interrompere la comunicazione tra la proteina e il suo recettore ridando una nuova vita al farmaco".

Al de Bellis il Rotary dona due nuovi apparecchi

Tamponi molecolari: servivano giorni, ora bastano 50 minuti

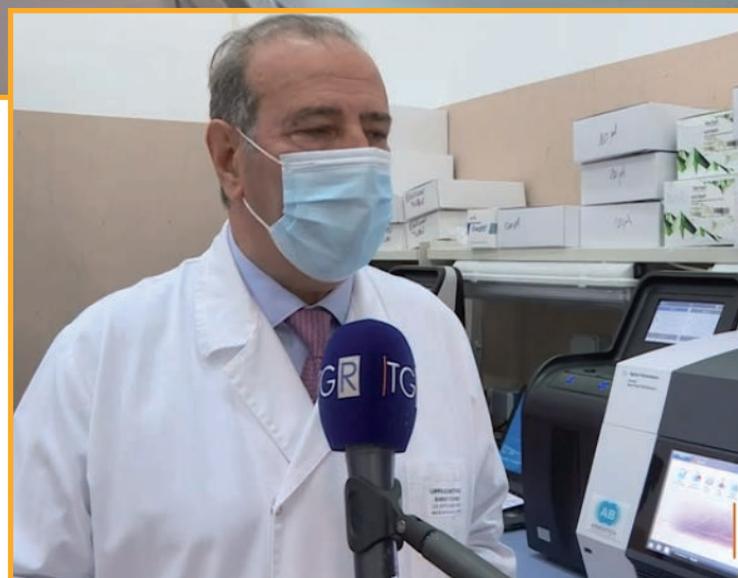
Tempi molto più rapidi per ottenere il risultato di un tampone molecolare: 55 minuti a confronto delle attuali 4-5 ore. Questo il vantaggio offerto da due nuovi apparecchi Real Time Pcr di ultima generazione in dotazione all' IRCCS "S. De Bellis". Sono in grado di effettuare due test ciascuno per volta e diventano fondamentali per le urgenze e il servizio di drive trough. Sono stati donati all'Ente ospedaliero dal Distretto 2120

stretto 2120, il Prof. Gianvito Giannelli e, in rappresentanza della Fondazione Rotary, l'ingegner Vincenzo Sassaneli che hanno evidenziato il valore della scelta dell'ospedale di Castellana Grotte, considerato una eccellenza sanitaria per il territorio e il livello della ricerca scientifica ma premiato anche per la sua amministrazione caratterizzata da una burocrazia molto più snella. Il Commissario e il Presidente del Civ del "De

Bellis", Tommaso Stallone ed Enzo Del Vecchio, hanno ringraziato il Rotary per la sensibilità dimostrata sottolineando l'importanza della donazione che arricchisce l'assistenza sanitaria in una fase particolarmente delicata della lotta al virus. Il fondamentale rapporto di sinergia che deve esserci tra le diverse realtà del territorio e un istituto di ricerca è stato, invece, il tema dell'intervento del direttore scientifico del "De Bellis", il



del Rotary Club che ha utilizzato fondi stanziati da un'agenzia del governo americano per la pandemia. La cerimonia di consegna si è svolta nel laboratorio di microbiologia dell'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico che, durante la fase dell'emergenza covid, è stato tra i più efficienti della regione. Per il Rotary sono intervenuti il governatore del Di-



prof. Gianluigi Giannelli.

Il direttore del laboratorio di microbiologia dell'ospedale pugliese specializzato in gastroenterologia, il dottor Antonio Lippolis, ha messo in risalto l'aspetto diagnostico di queste nuove apparecchiature utili non solo per il coronavirus ma per l'individuazione e la cura di tante altre infezioni.

Dalla Master Italy di Conversano donati due incubatori a CO2

Sinergia utile al Territorio e per il benessere del cittadino

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 per la Puglia**

Si è svolta, nel mese di novembre, presso l'IRCCS "Saverio de Bellis", la cerimonia di consegna di due incubatori a CO2 donati all'Istituto dall'azienda Master Italy di Conversano. La Direzione Strategica dell'IRCCS ha incontrato i rappresentanti dell'azienda benefattrice nelle persone dell'Amministratore Delegato dott. Michele Loperfido, dell'Organization Development Manager dott.ssa Annacarla Loperfido e del Digital

di ricerca, per rafforzare il messaggio alla base di tale donazione liberale, circa le potenzialità positive che possono instaurarsi nel rapporto tra aziende ed enti di ricerca.

Il dott. Loperfido ha quindi ribadito la disponibilità dell'azienda ad essere vicina e a partecipare alla vita dell'Istituto, confermando l'interesse a supportare altre iniziative simili e auspicando la partecipazione da parte di

altri imprenditori locali, quale volano per lo sviluppo del territorio. Il Direttore Scientifico dell'IRCCS, Prof. Gianluigi Giannelli, ha ringraziato i vertici dell'azienda per la loro attività meritoria, apprezzando soprattutto la grande sensibilità nei confronti dell'Istituto come segno di stima ed apprezzamento per i risultati fin qui ottenuti. Il Commissario Straordinario, dott. Tommaso Antonio Stallone, unendosi ai ringra-



Marketing e PR specialist dott. Gianvito Mastrorocco per ringraziarli e per presentare le attività che verranno potenziate grazie a tale donazione. L'occasione è stata utile per un confronto sulle reciproche visioni, al fine di realizzare una rappresentanza della Master Italy srl ha voluto, inoltre, incontrare i ricercatori che grazie agli strumenti donati potranno potenziare le proprie attività



ziamenti e condividendo quanto illustrato dal Direttore Scientifico, ha evidenziato l'importanza di tale iniziativa quale best practice di collaborazione tra l'Ente e il tessuto produttivo locale, in linea con quanto auspicato dal Ministero della Salute e richiesto anche in occasione dell'ultima site visit ministeriale per la conferma del carattere scientifico dell'Istituto.

COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 Per la Puglia

La steatosi epatica non alcolica colpisce circa il 20-30% della popolazione

Sviluppo e validazione di una rete neurale per la diagnosi di NAFLD

La steatosi epatica non alcolica (NAFLD) colpisce circa il 20-30% della popolazione adulta nei paesi sviluppati ed è una causa sempre più importante di carcinoma epatocellulare.

L'ecografia epatica (US) è ampiamente utilizzata come metodo non invasivo per diagnosticare la NAFLD. Tuttavia, l'uso intensivo degli US non è efficace in termini di costi e aumenta il carico

vedere la NAFLD e in particolare la sua assenza. Lo studio ha incluso 2869 soggetti su 2970 partecipanti allo studio MICOL; l'addestramento e il test della rete neurale utilizzando un approccio train-test-split.

Da un'altra popolazione (NutriEP) composta da 2301 soggetti, altri 100 soggetti sono stati estratti a caso per testare la web app. È stata effettuata una

giornamento diagnostico della NN e il peso che la NN attribuiva ad ogni variabile in fase di diagnosi. Infine, nella web app locale, sono stati verificati i valori di specificità e sensibilità.

La NN ha raggiunto una percentuale di accuratezza durante i test del 77,0%, con un valore dell'area sotto la curva ROC di 0,82. Inoltre la NN ha dimostrato di ottenere buoni risultati, con una



sul sistema sanitario. Le cartelle cliniche elettroniche facilitano gli studi epidemiologici su larga scala e, i punteggi NAFLD esistenti spesso richiedono parametri clinici e antropometrici che potrebbero non essere catturati in questi database.

Il nostro obiettivo era quello di sviluppare e convalidare una semplice applicazione web basata su reti neurali (NN) che potrebbe essere utilizzata per pre-

ricerca per individuare i migliori parametri per la NN e poi la NN addestrata sulla base di questi parametri è stata esportata per essere incorporata in una web app locale. Per valutare le performance della NN sono state verificate la percentuale di accuratezza, l'area sotto la curva ROC, la matrice di confusione, i valori positivi (PPV) e negativi previsti (NPV), i valori di precision, recall e f1-Score. In seguito, è stata analizzata l'Explainability (XAI) per capire il ra-

specificità di 1,00 e una sensibilità di 0,73. L'approccio descritto può quindi essere utilizzato per supportare la diagnosi di NAFLD, riducendo i costi sanitari. La web app basata su NN è facile da applicare e i parametri richiesti sono facilmente reperibili nei database sanitari.

Link all'articolo su <https://www.nature.com/articles/s41598-021-99400-y>

L'innovazione tecnologica incontra l'accoglienza

Il modello pugliese del Miulli per la cura personalizzata dei tumori della donna

La ricerca e l'innovazione tecnologica hanno aperto nuove possibilità di trattamento per i tumori della donna, consentendo, oltre a cure più efficaci, una maggiore focalizzazione sul miglioramento della qualità di vita. L'Ente Ecclesiastico Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti, già tecnologicamente all'avanguardia nel trattamento di tali patologie e particolarmente attento all'accoglienza delle

la donna. Nella struttura utilizziamo dal 2015 la tecnologia 3D e un robot dedicato, che permettono una migliore visualizzazione delle strutture nobili e dunque l'esecuzione di raffinati movimenti a 360 gradi, utili a risparmiare le funzioni rettili, vescicali e sessuali». Tra le metodiche più all'avanguardia introdotte al Miulli per il trattamento dei tumori dell'utero vi è la tecnica del linfonodo sentinella, importante per risparmiare

mento: a) nei tumori del collo dell'utero alle tecniche avanzate di radioterapia guidata dalle immagini (IMRT), che migliorano l'efficacia e riducono le tossicità permettendo, oltre alla chemioterapia concomitante, anche la successiva chirurgia radicale; b) nei tumori dell'ovaio estesi al peritoneo all'utilizzo, oltre che di tecniche chirurgiche multi-compartimentali, dei nuovi approcci di chemioterapia intraperitoneale ad alte



Dr. Francesco Legge

patient, ha notevolmente implementato la chirurgia mini-invasiva, anche grazie al contributo del dottor Francesco Legge, da quest'anno Direttore del Dipartimento materno-infantile del nosocomio. «Oggi», spiega il medico «trattiamo l'80% dei tumori ginecologici iniziali in laparoscopia, tecnica che permette oltre al vantaggio estetico sia di ridurre complicanze quali la perdita di sangue sia una più veloce ripresa delle normali attività lavorative, familiari e sociali del-



la più invalidante linfoadenectomia. Prosegue Legge: «Questa, unita alla metodica di biologia molecolare OSNA (amplificazione del DNA in una sola volta), consente di riconoscere direttamente in sala operatoria la presenza di metastasi e micrometastasi, accelerando le eventuali successive terapie».

Per quanto concerne invece le neoplasie ginecologiche più avanzate è fondamentale l'integrazione multidisciplinare dei trattamenti, con particolare riferi-

temperature (HIPEC), con ricircolo o pressurizzazione dei farmaci con la CO2 (PIPAC). In queste neoplasie, inoltre, la caratterizzazione genetica permette il tailoring della chemioterapia e dei nuovi farmaci a bersaglio molecolare.

Infine, nelle donne con predisposizione genetica alle neoplasie delle ovaie (mutazione per BRCA), al Miulli viene effettuata la chirurgia laparoscopica di asportazione profilattica delle ovaie e delle tube, con strumenti ancor più mi-

niaturizzati, detti percutanei perché simili ad aghi, con i quali si interviene attraverso accessi cutanei di soli 2-3 mm, senza lasciare cicatrici”.

L’interazione costruttiva tra medici e amministrazione dell’Ospedale di Acquaviva, oltre a fornire strumenti sem-

umano dell’Unità Complessa di Ginecologia e Ostetricia, che oggi comprende oltre a ginecologi chirurghi dedicati, una serie di figure di raccordo tra il COro (Centro di Orientamento Oncologico, cruciale nella nuova organizzazione della Rete Oncologica Pugliese) e le unità di Oncologia, Radioterapia, Radiologia,

pagnare ciascuna paziente attraverso le varie fasi della gestione della malattia.

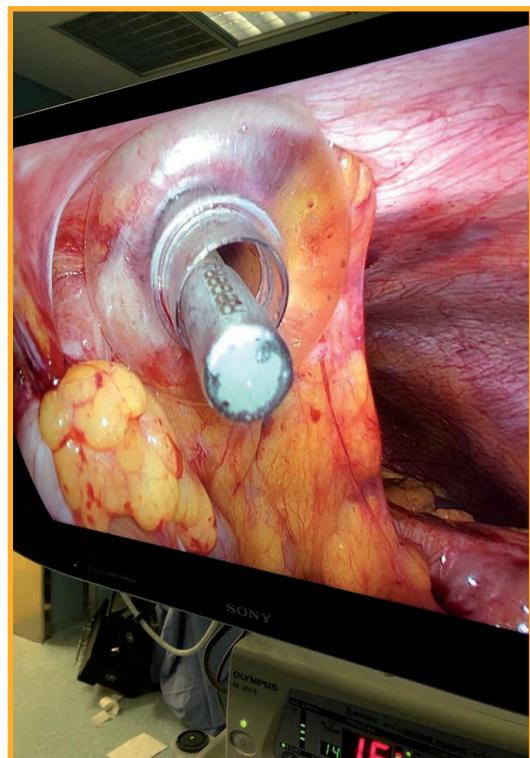
Tale approccio ha accelerato e agevolato i percorsi di cura, nonché migliorato i rapporti di fiducia ed empatia tra curante e paziente, rafforzando gli aspetti di accoglienza, “personalizzazione dei



pre più all’avanguardia che migliorano la precisione dei trattamenti, ha permesso la costante crescita del capitale

Anatomia Patologica e Genetica. In particolare, risulta determinante la figura del case-manager nel guidare e accom-

trattamenti” e umanizzazione che da sempre caratterizzano il Miulli.



Per via percutanea, senza taglio chirurgico

Trattato con successo un caso di osteoma osteoide del collo femorale

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 per la Puglia**

La procedura mini-invasiva – eseguita su una donna foggiana di 38 anni – è stata effettuata per la prima volta all'Ospedale di San Giovanni Rotondo dall'equipe di Radiologia Interventistica in collaborazione con l'Unità di Ortopedia e Traumatologia

L'Unità di Radiologia Interventistica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, in collaborazione con l'Unità di

manifesta più frequentemente nelle ossa lunghe (femore e tibia). Solitamente il dolore si aggrava di notte e risponde in genere ai farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS).

La donna accusava da alcune settimane un forte dolore alla radice della coscia destra per il quale è stata sottoposta ad una TAC che ha evidenziato il piccolo tumore osseo (circa 6 mm), dall'aspetto caratteristico, a carico del collo del

raggiungere il centro della lesione ossea, tutto questo sotto un attento monitoraggio strumentale che sfrutta una particolare tecnologia angiografica. La procedura è stata effettuata con successo, in assenza di complicanze e senza lasciare alcuna cicatrice chirurgica» ha concluso Ciccicarese. Dopo la procedura – eseguita dai radiologi interventisti Giovanni Ciccicarese e Michelangelo Nasuto, con l'assistenza dell'anestesista Aldo Manuali –

la donna ha proseguito la degenza nel reparto di Ortopedia ed è stata dimessa il giorno successivo al trattamento, beneficiando sin da subito di una netta riduzione della sintomatologia dolorosa che si è poi progressivamente risolta durante i mesi successivi. Con questa nuova metodica, l'Ospedale di Padre Pio diventa uno dei pochi istituti al Sud in grado di effettuare una procedura per la quale, solitamente, i pazienti si rivolgono agli Ospedali del Centro Nord con tutti i disagi legati alle lunghe trasferte.

L'Unità di Radiologia Interventistica esegue circa 2.000 procedure interventistiche all'an-



Ortopedia e Traumatologia, ha trattato con successo un caso di osteoma osteoide del collo femorale per via percutanea, cioè senza taglio chirurgico, su una donna di 38 anni di Foggia. È il primo intervento di questo tipo realizzato nell'Ospedale di San Giovanni Rotondo.

L'osteoma osteoide è un tumore osseo benigno che produce un'intensa sintomatologia dolorosa, acuta e invalidante. Colpisce maggiormente soggetti di giovane età (tra i 10 e i 35 anni) e si

femore. «I forti dolori le impedivano di svolgere le normali attività quotidiane e, soprattutto, non rispondevano alla terapia medica antinfiammatoria – ha spiegato Giovanni Ciccicarese, direttore dell'Unità di Radiologia Interventistica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza –. Si è così deciso, in accordo con i colleghi ortopedici, di intervenire con un'ablazione percutanea, che consiste nell'introdurre attraverso la cute una mini-sonda a radiofrequenza (RF), fino a

no che spaziano in diversi campi della medicina. Tra queste vi sono procedure nell'ambito muscolo-scheletrico – nucleoplastica, vertebroplastica, biopsia ossea e ablazione percutanea – realizzate utilizzando esclusivamente tecniche mini-invasive che evitano quindi il taglio chirurgico e permettono di trattare varie patologie come ernie discali, crolli vertebrali e alcuni tumori ossei, con un periodo di ricovero più breve e tempi di ripresa più rapidi.

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
Per la Puglia

Dopo l'asportazione di un grosso tumore esteso all'esterno

Due lembi muscolo-cutanei dell'addome utilizzati per ricostruire il seno

L'intervento di 10 ore, complesso e innovativo nel suo genere, è stato eseguito nell'Unità di Chirurgia Senologica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza su una donna della provincia di Barletta-Andria-Trani che per mesi si era rifiutata di affrontare il problema: «Ho commesso un grave errore, ne sono consapevole. Ho capito che non serve a nulla far finta di niente, bisogna agire al più presto, e che l'informazione e la relazione empatica generano fiducia e consapevolezza delle proprie possibilità»

«Ho commesso un grave errore, ne sono consapevole. Il mio seno destro da diversi mesi aveva cambiato forma e aspetto, e già dall'esterno era visibile che qualcosa non andava. Se ne sarebbe accorto chiunque. Ma io, per paura, ho preferito far finta di niente, piuttosto che affrontare lo stesso calvario che era toccato a mia madre per un tumore al seno. E questo mi terrorizzava». L'ottobre scorso, nel mese dedicato alla prevenzione del tumore al seno, una donna di 47 anni della provincia di BAT ha raccontato così la sua esperienza relativa all'asportazione di una voluminosa neoplasia mammaria estesa all'esterno, in via di ulcerazione e che occupava interamente la mammella destra. La donna era giunta al Pronto Soccorso dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza dopo lunghi mesi di tentennamenti. Dopo una visita iniziale ed i primi accertamenti è stata subito invitata al ricovero nell'Unità di Chirurgia Senologica. L'intervento – eseguito dai chirurghi Luigi Ciuffreda e Francesco Mollo, coadiuvati dall'anestesista Maria Morena e da tutto il personale di sala operatoria – ha avuto una durata di 10 ore. La donna è stata sottoposta ad un'anestesia combinata, cioè ad un blocco antalgico preoperatorio ecoguidato associato ad anestesia generale. «Si è trattato di un caso molto complesso perché dopo l'atto demolitivo sulla mammella e sui linfonodi ascellari per rimuovere la neoplasia, a causa della mancanza di tessuti molli nella regione mammaria, abbiamo pensato alla possibilità inusuale di ricostruire la mammella con due lembi mio-cutanei dei muscoli retti dell'addome – ha spiegato Luigi Ciuffreda, che dal luglio del 2020 dirige l'Unità

di Chirurgia Senologica e da maggio 2021 coordina la Breast Unit dell'Ospedale di San Giovanni Rotondo –. Successivamente si è resa necessaria una ricostruzione della parete addominale utilizzando una rete sintetica ed un'addominoplastica con preservazione dell'ombelico». «L'intervento – ha sottolineato il chirurgo – è stato rischioso per due diversi motivi: da un lato vi era il rischio operatorio in sé nel gestire un caso e una metodica così complessa, dall'altro le possibili complicanze ischemiche e, di conseguenza, la necrosi dei tessuti, che andavano evitate angolando il meno possibile i peduncoli vascolari dei due lembi addominali utilizzati per ricostruire il seno». Dopo l'operazione, la donna ha trascorso due giorni in

finta di niente, bisogna agire al più presto, e che l'informazione e la relazione empatica generano fiducia e consapevolezza delle proprie possibilità. Spero che la mia esperienza a lieto fine – ha concluso – possa aiutare tutti coloro che temono di affrontare una battaglia che, con le persone giuste a fianco, diventa meno difficile».

L'Unità di Chirurgia Senologica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza – dove operano i chirurghi Luigi Ciuffreda, Francesco Mollo, Lucia Petito, Francesca Natale e Angelo Marzovillo – con il supporto di 4 infermiere e 2 operatrici socio sanitarie, effettua ogni anno circa 750 ricoveri inerenti la chirurgia oncologica, profilattica, plastica e ricostruttiva. La Chirurgia Senologica fa parte della Breast Unit (BU) dell'Ospedale che è stata costituita ufficialmente nel 2013 ma che in realtà è attiva già dal 2009. La Breast Unit riunisce in un'unica squadra multidisciplinare un core team composto da Oncologia Medica, Radioterapia, Anatomia Patologica, Chirurgia Senologica e Radiologia Senologica, e opera in sinergia per assistere i pazienti affetti da tumori alla mammella, con la collaborazione delle associazioni ANDOS e LILT. La BU ha l'obiettivo di perseguire risultati migliori nella prevenzione, diagnosi e trattamento del tumore al seno, favorendo un più rapido trasferimento dalla ricerca



scientifica alla pratica clinica. Il consulto multidisciplinare costituisce la base per la discussione e la gestione dei casi sia prima che dopo l'intervento, permettendo di standardizzare e ottimizzare il percorso terapeutico. I casi trattati dalla BU in riunione multidisciplinare sono, in media, circa 1.400 all'anno e riguardano le indicazioni preoperatorie e postoperatorie. Le visite di controllo periodiche presso l'A.I.S. - Ambulatorio Integrato di Senologia sono circa 2.000 all'anno. Numeri che confermano l'assoluta rilevanza del lavoro svolto dalla Breast Unit dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza, che, all'interno della Rete Oncologica Regionale Pugliese, è identificata come HUB (Centro di riferimento specialistico) ed è riconosciuta dai pazienti come punto di riferimento per la Puglia e le regioni limitrofe.

La realtà imprenditoriale made in Puglia presenta la sua versatile e innovativa suite di sistemi di telemedicina

La PMI Innovativa Loran presenta il suo concetto di telemedicina

Lo scenario tecnologico attuale e lo sviluppo di nuove tecnologie IOT hanno portato alla creazione di nuovi prodotti e nuove tecnologie in grado di fornire ai suoi fruitori assistenza virtuale.

In tale contesto nasce il concetto di telemedicina che ha il compito di offrire nuove soluzioni e prospettive alla costante richiesta di assistenza da parte della popolazione, che vorrebbe una Sanità più efficiente, più dinamica e più vicina alle persone.

In questo contesto si inserisce la visione di Loran.

La realtà imprenditoriale made in Puglia, da oltre trent'anni impegnata nell'offrire servizi innovativi informatici al sistema sanitario, ha deciso di effettuare un ulteriore passo in avanti e di proporre servizi legati alla tele-

medicina per garantire una crescita del sistema sanitario locale e nazionale in linea con l'innovazione dell'industria 4.0.

In quest'ottica nasce la linea di prodotti "Sistemi di telemedicina di Loran". Tale linea si pone come obiettivo fondamentale quello di agevolare e assistere la persona sia in ambito domiciliare che in strutture protette, con la finalità di ampliare le funzionalità e agevolare l'utilizzo di numerosi strumenti per la cura e il benessere della persona. La creazione di strumenti in grado di centralizzare i parametri vitali, gli stili di vita e le esigenze sia dell'individuo, sia

di chi lo circonda, offrirà l'opportunità di creare in maniera immediata e intuitiva un fascicolo sanitario completo che potrà essere utilizzato in futuro per diagnosticare per tempo eventuali situazioni critiche, monitorare situazioni croniche, creare un filo diretto tra il personale sanitario e l'individuo.

Il plus dei "Sistemi di telemedicina di Loran" è quello di offrire prodotti versatili e facilmente fruibili poiché già configurati con gran parte di sensori che ricoprono tutte le necessità sanitarie che un utente potrà avere. In oltre il sistema permette

I sistemi di Telemedicina di Loran puntano a rispondere a tutte le necessità sanitarie

di inviare i dati clinici acquisiti direttamente ad una centrale operativa o ad un medico di fiducia che evidenzierà in maniera immediata eventuali anomalie in relazione alla storia clinica del soggetto. Oltre a tutto ciò i sistemi permettono di effettuare un teleconsulto, ordinario o d'emergenza, con una centrale operativa sanitaria, un medico specializzato, o il medico di medicina generale dell'utente, relativamente alle proprie necessità o in base alla gravità della situazione.

Infine la società Loran ha portato all'interno della sua famiglia di sistemi di telemedicina un nuovo strumento specializzato, indicato principalmente per strutture sanitarie e ambulatori pubblici e privati. Si tratta di un sistema che include un monitor multi-parametrico in grado di rilevare frequenza cardiaca, pressione sanguigna, temperatura, ossigenazione sanguigna ed elettrocardiogramma fino a 12 derivazioni.

Tale sistema è completamente integrato con la grande famiglia di "Sistemi di telemedicina di Loran" e per-



Monitora il tuo stato di salute grazie ai sensori interfacciati con la suite e invia i dati al tuo medico in tutta sicurezza



Il medico consulterà le rilevazioni grazie al software Medihome ed invierà il responso.



Il tuo medico riceverà una notifica grazie all'app dedicata e potrà visualizzare successivamente le rilevazioni del paziente sul portale Medihome.



Il paziente riceve il responso sul suo smartphone



mette quindi di effettuare monitoraggi più approfonditi e specializzati.

Con l'introduzione di tale strumento, la famiglia di "Sistemi di telemedicina di Loran" risulta essere completa ed in grado di rispondere a tutte le esigenze sanitarie.

Per maggiori info visitate il sito loran:

www.loransrl.net

1 MEDIHUB + SENSORI ELETTROMEDICALI

Con Medihub, è possibile avere un sistema slim di telemedicina, integrato alla tua tv, permette di effettuare monitoraggio con l'ausilio dei sensori già configurati.

I SISTEMI DI TELEMEDICINA di LORAN



2 MEDITAB + SENSORI ELETTROMEDICALI

Meditab con il suo sistema di sensori permette di avere un sistema di telemedicina sempre con te, ovunque tu voglia. Il suo plus è la portabilità, infatti il sistema risulta intuitivo e molto pratico

Software centrale operativa Medicloud - Home Edition



3 MEDIBOX + SENSORI ELETTROMEDICALI

Medibox permette di avere invece un potente hub in grado di portare il teleconsulto con il tuo medico di medicina generale o un medico specializzato, direttamente a casa tua. In oltre è lo strumento perfetto per monitorare il tuo stato di salute.

4 MEDIBOX + MONITOR MULTIPARAMETRICO

È un sistema professionale indicato per strutture sanitarie e ambulatori che permette di gestire, efficientemente, le anomalie di pazienti che hanno la necessità di essere osservati costantemente. Infatti il sistema è configurato con una centrale operativa in grado di intervenire in caso di problematiche





ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

Le imprese associate



A 2 s.r.l.
Via Genova, 27
74121 Taranto (TA)

La società A2 è esclusivista dal 1999 per le regioni di Puglia e Basilicata, di prestigiose marche e aziende leader nel settore medicale. Affianca i professionisti sanitari con apparecchiature endoscopiche, urologiche, scialitiche, strumenti chirurgici, elettrobisturi e tutto il necessario per sale operatorie integrate. Di ogni prodotto ne cura, con personale altamente specializzato, l'assistenza tecnica con ricambi originali in tempi ridotti.

Tel.: 099 7328920
Cel.: 338 75714191

infoa2srl@gmail.com
a2@pec.it
www.a2srl.it



Aesse Hospital s.r.l.
Via Michele Quintavalle, 9
70126 Bari BA

L'Aesse Hospital opera nel settore delle forniture ospedaliere proponendo una gamma completa di materiali per chirurgia e per diagnosi prevalentemente dedicati a: Oftalmologia, Cardiochirurgia e Anestesia e Rianimazione.

Tel.: 080 5492855
Fax: 080 5492653
info@aessehospital.it
info@pec.aessehospital.it
www.aessehospital.it



AF Medical s.r.l.
Via Don Guanella, 15/B
70124 Bari (BA)

L'AF Medical affonda le sue radici nella quarantennale esperienza e competenza di professionisti in settori specialistici quali: l'ortopedia, la chirurgia, l'oculistica e la traumatologia.

Tel.: 080 5026996
Fax: 080 5022707
info@afmedical.it
afmedical@initpec.it
www.afmedical.it



ALFA HOSPITAL s.r.l.
Viale Jonio, 374/A scala 4
74122 Taranto (TA)

L'Alfa Hospital commercializza presidi medico chirurgici, prodotti per medicazione, apparecchiature elettromedicali, strumentario chirurgico ed arredi sanitari.

Tel.: 099 7334122
Fax: 099 7335056
alfahospital@msn.com
alfahospital@legalmail.it
www.alfahospital.it



BIO SUD MEDICAL SYSTEMS
Via dei Fabbri, 23/25
70026 Modugno (BA)

Bio Sud Medical Systems commercializza in esclusiva dispositivi di aziende nazionali ed estere operanti nei settori di: Ch. Generale, Cardiochirurgia e Vascolare. Con il marchio BIOMED produce e commercializza in Italia e all'estero suture chirurgiche di alta qualità, telini chirurgici, medic. in tnt e in poliuretano, loops, pledgets, medicaz. per tracheotomia. L'Azienda è certificata ISO9001, 13485 e CE con l'ISS.

Tel.: 080 5355669
Fax: 080 5321061
info@biosud.it
biosudbari@pec.it
www.biosud.it
www.biomedurgical.eu



BIOMED 3 Srl
Via Peucetia n. 80/29
70126 Bari

La Biomed 3 è presente da 30 anni sul mercato nel settore delle apparecchiature elettromedicali, diagnostica per immagini e dei dispositivi medici chirurgici in genere.

Tel.: 080 5543222
Fax: 080 5542025
amministrazione@biomed3.it
biomed3srl@pec.it
www.biomed3.com



DEDALUS S.p.A.
Via di Collodi, 6/C
50141 - Firenze (FI)

Negli corso degli ultimi anni, il Gruppo Dedalus ha intrapreso un percorso di espansione grazie alla completa copertura funzionale di tutte le esigenze ICT di ogni sistema sanitario (non solo ospedaliero), pubblico o privato.

Tel.: 055 42471
Fax: 055 451660
info@dedalus.eu
dedalus@legalmail.it
www.dedalus.eu



DIATEK S.R.L.
Via Raffaele Perna, 26
70126 Bari

La Diatek srl opera nel mercato sanitario attraverso attività di distribuzione e rappresentanza di sistemi innovativi e all'avanguardia nelle aree di diagnostica in vitro e per immagini, citologia e istologia.

Tel.: 080 5492988
Fax: 080 5492866
amministrazione@diatek.it
commerciale@diatek.it
diateksrlbari@pec.it
www.diatek.it



EUROHOSPITAL S.r.l.
Viale della Repubblica, 54
70026 Modugno (BA)

La Eurohospital offre dispositivi medici, apparecchiature, attrezzature e prodotti ortopedici e strumentari in particolare e nel campo sanitario in generale.

Tel.: 080 5354389
Fax: 099/7325617
bpm.eurohospital@libero.it
eurohospital@initpec.it



EUROMED s.r.l.
Via Junipero Serra, 19
70125 Bari

La società Euromed opera nel campo delle forniture ospedaliere da oltre un ventennio, perseguendo tre obiettivi fondamentali: qualità, efficacia ed innovazione. La EUROMED è presente in diversi settori dell'area ospedaliera, rivolgendo un'attenzione particolare ai reparti di Radiologia, Emodinamica e Radiologia interventistica, oltre che ai sistemi di disinfezione dell'aria.

Tel.: 080 5482969
Fax: 080 5482911
info@euromedsrl.eu
euromedsrl2003@pec.it
www.euromedsrl.eu



F.A.S.E. s.r.l.
Via Atene, 81/83
76011 Bisceglie (BT)

La F.A.S.E. nel corso dell'ultimo ventennio ha sviluppato una struttura solida in grado di provvedere alle necessità di enti ospedalieri pubblici e privati con apparecchiature ad alto contenuto tecnologico, sempre al passo coi tempi e con tecnici specializzati e sempre pronti all'intervento immediato.

Tel.: 080 3921019
Fax: 080 3958282
info@fasesrl.com
info.fasesrl@pec.it
www.fasesrl.com



For Med Service Srl
Via Grecia, 28
71122 Foggia

La For Med Service è presente nel settore della sanità ed è specializzata nell'attività di distribuzione di apparecchiature elettromedicali, con relativa assistenza tecnica post-vendita e materiale sanitario vario monouso e pluriuso.

Tel.: 0881 363436
formedservice@gmail.com
formedservice@pec.it



GDA s.r.l.
Via Lecce, 87
73013 Galatina (Le)

Il Gruppo GDA-Officina tessile (circa 350 dipendenti in Italia) vanta una storia ventennale nel campo dell'alta Moda, al servizio dei Brand più importanti al mondo. Nel 2020 è stata creata la divisione "Dispositivi Medici e DPI" per la produzione industriale di Mascherine Chirurgiche certificate CE e secondo l'attuale REGOLAMENTO UE 2017/745, oltre alla commercializzazione di diversi Dispositivi di Protezione Individuale.

Tel.: 0836562531
Fax: 0836561418
info@gruppongda.it
decorartex@open.legalmail.it
www.gruppongda.it



INNOTEC S.r.l.
Via Ponte Nove Luci, 16C
85100 POTENZA (PZ)

Forti di un'esperienza di lungo corso, la Innotec s.r.l. è leader nella commercializzazione, installazione ed assistenza di piattaforme per la diagnostica di laboratorio, presidi e dispositivi medici. L'attività (certificata secondo la normativa UNI EN ISO 9001:2015) è indirizzata soprattutto verso i Laboratori di analisi cliniche, chimiche, ambientali e di Anatomia Patologica, sia pubblici che privati, nonché ai Centri trasfusionali e agli Istituti di ricerca.

Tel.: 097 147 0945
Fax: 097 157 800
innotec@innotec-srl.it
innotec@pec.it
www.innotec-srl.it



INTERHOSPITAL S.R.L.
Viale Unità d'Italia n. 183
74121 Taranto (TA)

La INTERHOSPITAL S.R.L. opera nel Commercio all'ingrosso di articoli medicali ed ortopedici.

Prodotto Commercializzati: materiale per osteosintesi, protesico, artroscopico e per la chirurgia del piede.

Linee commercializzate: Symbios-Finceramica, Arthrex, Link, Bioimpianti, Unimedical.

Tel.: 099 4526114

interhospitalsrl@gmail.com
interhospital@sicurezza postale.it



GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

Con AFORP si conta di più!

LAV.IT Soc. Coop. P.L.
Via di Iuvara s.n.
71121 Foggia

Tel.: 0881 773684
Fax: 0881 722055
info@lavitlaverie.it
certificata@pec.lavitlaverie.it
www.lavitlaverie.it

La LAVIT Soc. Coop. P.L. attualmente è un'importante struttura industriale di lavanderia, per il lavaggio e noleggio di biancheria piana e confezionata esclusivamente ospedaliera. Ha realizzato Centri di sterilizzazione autorizzati ad apporre la marcatura CE, per la sterilizzazione di kit completi per campo operatorio costituiti da effetti tessili e strumentario chirurgico assemblati secondo le esigenze dei reparti operatori.

LORAN s.r.l.
Via delle Ginestre, 14/16/18
70026 Modugno (BA)

Tel.: 080 5427032
Fax: 080 5426903
amministrazione@loransrl.net
loran@pec.it
www.loransrl.net

La Loran opera nel settore scientifico/sanitario dal 1988. Essa si compone di diverse divisioni: Sanita', Ambiente, Informatica, Servizi. Loran progetta e sviluppa soluzioni informatiche ad alto contenuto tecnologico, in particolare nel settore della sanità digitale (E-Health).

MEDIC'S BIOMEDICA S.R.L.
Via Dalmazio Birago, 66
73100 Lecce (Le)

Tel.: 0832 351585
Fax: 0832 351346
info@medics.it
medics.biomedica@legalmail.it
www.medics.it

La MEDIC'S BIOMEDICA è la prima azienda nella realtà leccese a commercializzare attrezzature medico chirurgiche e dispositivi medici sia all'ingrosso che al dettaglio. Alla commercializzazione del prodotto, viene affiancata l'assidua propaganda e l'assistenza tecnica.

MEDICAL CALO' s.r.l.
Via Fumarulo, 2
70029 Santeramo in Colle (BA)

Tel.: 080 3023108
Fax: 080 3022911
info@medicalcalo.it
amministrazione@pec.medicalcalo.it
www.medicalcalo.it

La Medical Calo' nata nel 1986 con un obiettivo chiaro e ambizioso: il benessere globale della persona. Specializzata nella riabilitazione a 360° da sempre ha messo a servizio del territorio locale e nazionale le proprie competenze e servizi. La divisione di Alta Formazione, si occupa della formazione specialistica sia in ambito di riabilitazione che di nutrizione. Invece, la divisione a-wave si occupa del settore nutrizione e composizione corporea.

Medical Service & C. s.r.l.
Via Giacomo Lacaita, 29
74121 Taranto (TA)

Tel.: 099 7707065
Fax: 099 7701568
amministrazione@medicalserviceta.it
medicalservico@sicurezza postale.it
www.medicalserviceta.it

La Medical Service & C. ha sviluppato proficue collaborazioni con aziende specializzate nella produzione e commercializzazione di dispositivi chirurgici ospedalieri, coprendo così le aree di neurochirurgia, terapia del dolore, invasiva, cardiologia, ortopedia e altre. La società nel tempo si è dotata di una struttura snella ed efficiente, differenziandosi sullo scenario commerciale regionale e nazionale per l'offerta di un'accurata assistenza al personale medico durante gli interventi, diventando punto di riferimento importante per l'équipe.

ORTOPEDICAL S.N.C.
Via Immacolata, 10
72021 Francavilla Fontana (BR)

Tel.: 0831 819766
Fax: 0831 859938
ortopedical@tiscali.it
ortopedical@pec.it
www.ortopedical.it

ORTOPEDICAL nasce nel 1984, con Dirigenti accreditati di esperienza ventennale nel settore, come distributrice di prestigiose aziende italiane e straniere produttrici di Protesi d'anca, spinale, mezzi di sintesi e strumentari per ortopedia e traumatologia, sistemi di trapani telecamere ed artroscopi di primaria importanza.

PU.RA. Puglia Rappresentanze S.r.l.
Parco Scizzo, 45
70016 Noicattaro (Ba)

Tel.: 080 5586634
info@pugliarappresentanze.it
purasrl@pec.it
www.pugliarappresentanze.it

La Pu.Ra. Puglia Rappresentanze è una società costituita nel 2012 per iniziativa di due colleghi diventati imprenditori grazie ad un bagaglio di esperienza pluriennale nel settore medicale. Ha sede a Bari, opera e collabora nel campo sanitario regionale e si occupa di commercio e rappresentanza di apparecchiature, reagenti e sistemi per applicazioni in campo diagnostico al fine di fornire all'operatore sanitario tutte le informazioni necessarie per formulare una corretta diagnosi. Più in dettaglio offre servizi e consulenza per la fornitura di una vasta gamma di apparecchiature e reagenti per laboratori di analisi, di genetica, di biologia molecolare e centri trasfusionali.

PUGLIA LIFE s.r.l.
Via Giovanni Nickmann, 19
70123 Bari

Tel.: 080 5378955
Fax: 080 5313794
life.bari@sapio.it
puglialive@pec.sapio.it
www.sapiolive.it

Puglia Life offre: OTD (ossigenoterapia domiciliare) VTD (ventiloterapia domiciliare) Areeolterapia - Apnee nel sonno - Nutrizione Artificiale Monitoraggio Sids - Ausili terapeutici e tecnologici.

PUGLIA MEDICAL s.r.l.
Via Vito Cosimo Basile, 103/111
70044 Polignano a Mare (BA)

Tel.: 080 4240072
Fax: 080 4247365
info@pugliamedical.it
pugliamedical@legalmail.it
www.pugliamedical.it

Puglia Medical, grazie alla professionalità, all'esperienza ormai trentennale dei suoi fondatori, alla serietà ed efficienza, si rivolge ad una clientela suddivisa in enti pubblici quali A.S.L., ospedali, cliniche, case di cura, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, centri fisioterapici, singoli medici ecc., in ambito territoriale di Puglia e Basilicata.

SIS*MED s.r.l.
Viale Oronzo Quarta n. 10
73100 Lecce

Tel.: 0832 455695
Fax: 0832 313643
sismed.lecce@virgilio.it
sismed srl@legalmail.it

La Sis*Med è un'azienda titolare di contratti in esclusiva per la vendita e distribuzione di apparecchiature di elevato valore tecnologico nel campo della Diagnostica per Immagini, per le quali è anche titolare dei contratti di assistenza tecnica. È partner in appalti pubblici con grosse imprese nazionali e multinazionali alle quali conferisce il proprio know-how relativamente alle tecnologie mediche, partecipando anche alla fase di installazione con l'esecuzione di opere edili e impiantistiche.

SISMED s.r.l.
Via della Scaletta, 22
70020 Cassano Murge (BA)

Tel.: 080 763477
Fax: 080 763954
info@sismed.it
info@pec.sismed.it
www.sismed.it

La Sismed offre: articoli di elevata qualità, prodotti da aziende riconosciute leader dagli stessi clienti; un servizio egualmente di elevata qualità, inteso come rapidità nelle consegne (di norma entro 4 giorni dal ricevimento e già stato consegnato ai clienti il 95% degli ordini pervenuti), e come informazioni sulla disponibilità dei prodotti ed o codici alternativi; professionalità, collaborazione e disponibilità nei confronti di tutti gli interlocutori; un servizio post vendita che possa soddisfare necessità di corretta informazione ed o utilizzo dei prodotti venduti.

SURGIKAL s.r.l.
Viale Unità d'Italia n. 183
74121 Taranto

Tel.: 099 4595907
surgikalsrl@gmail.com
surgikal@sicurezza postale.it

La Surgikal è una società a responsabilità limitata costituita il 26 Ottobre 1990. Attività principale della Surgikal è la distribuzione e commercializzazione nel territorio della Regione Puglia di dispositivi medici chirurgici, apparecchiature mediche, materiale protesico e materiale sanitario vario. L'attività della Surgikal è rivolta soprattutto agli enti pubblici quali ASL, ospedali, cliniche, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e singoli medici.

TECNOLIFE S.R.L.
Via delle Mattine, 76
85100 Potenza

Tel.: 0971 470600
Fax: 0971 470418
tecnolifesrl@gmail.com
tecnolifesrl@gigapec.it
www.tecnolifesrl.it

Tecnolife S.r.l. dispone di n. 2 punti di cui 2000 mq scoperti e circa 600 mq coperti in Potenza, è una società leader del mercato regionale con Know-How ultra trentennale che distribuisce in esclusiva in proprio e per conto di Brand nazionali ed internazionali, tecnologie e materiale dedicato sia diagnostico e/o devices ad altissimo contenuto tecnologico su tutto il territorio nazionale. Si dispone di n. 4 Divisioni di vendita e di promozione.

TECNOMEDICA s.r.l.
Via delle Mimose, 32
70026 Modugno (Ba)

Tel.: 080 5023331
Fax: 080 5023810
areacontabile@tecnomedicasrl.it
amministrazione@pec.it
www.tecnomedicasrl.it

La TECNOMEDICA S.r.l. è una società in continua espansione che si occupa di distribuzione e commercializzazione di apparecchiature elettromedicali e di presidi sanitari medico - chirurgici oltre che dell'assistenza tecnica sulle apparecchiature commercializzate, bonifiche microbiologiche degli impianti aeralucidi ed idrici in ambito ospedaliero.

TEKNOLAB s.r.l.
Via Amendola, 191/S
70126 Bari (BA)

Tel.: 080 5586634
Fax: 080 5586582
info@teknolab.it
teknolab@pec.it
www.teknolab.it

La TEKNOLAB S.r.l. si è formata nel gennaio 1981 e si è certificata ISO 9002 in data 12/12/1997 (certificazione in seguito rinnovata secondo la normativa UNI EN ISO 9001:2008.). La Società si propone come Azienda leader nel mercato meridionale. È principalmente indirizzata verso i Laboratori Analisi Clinici, ospedali e privati e i Laboratori di Ricerca per i quali commercializza apparecchiature e reattivi fornendo l'adeguata assistenza tecnica e metodologica.

Le imprese associate

Con AFORP si conta di più!



Antares S.r.l.
Via dei Carpenteri, 1
70026 Modugno (Ba)

Antares ha il suo core business nella commercializzazione di dispositivi medici ed in particolare drenaggi, dispositivi per contropulsazione aortica, strumentario chirurgico, protesi vascolari, trocar e strumenti monouso per laparoscopia.

Tel.: 080 5321064
antaresmodugno@libero.it

antaresrl@pec.it



APULIA HOSPITAL S.R.L.
Fornitori Ospedalieri

APULIA HOSPITAL S.r.l.
VIA Manzoni, 36/38
73027 Minervino di Lecce (LE)

L'azienda Apulia hospital sri nata nel 2008, opera nel settore della chirurgia, dell'urologia e dell'elettrochirurgia. Siamo anche presenti nel settore dei bendaggi ortopedici e delle medicazioni avanzate.

Tel.: 0836 954271
Fax: 0836 954271
apuliahospital@libero.it
apuliahospitalsri@pec.it



Chemie s.r.l.
Via S. Pertini, 23/25
70010 Valenzano (BA)

La Chemie si occupa di arredi tecnici di laboratorio, dispositivi di protezione collettiva (cappe armadi ecc), microscopi, attrezzature di base da laboratorio, manipolazione liquidi, reagenti per biologia molecolare, reagenti per biologia cellulare, reagenti per citogenetica

Tel.: 080 4671633
Fax: 080 4671242
info@chemie.it
chemie@pec.it
www.chemie.it



DIVITTORIO PIETRO

DI VITTORIO PIETRO
Via Camillo Rosalba, 47/Z
70124 Bari

L'agenzia Di Vittorio si occupa della commercializzazione di sistemi e reagenti dedicati alla diagnostica in vitro per laboratori analisi e centri trasfusionali, sistemi per la raccolta e lavorazione sangue ed infine software informatici per laboratori analisi, centri trasfusionali ed acquisizione immagini in area non radiologica.

Tel.: 080 5615105
Fax: 080 5615105
info@pidivi.com
pdivittorio@pec.it



La più antica, perché sempre la più moderna

F.lli BERNARD srl
Viale Lindemann 5
70123 Bari Z.I.

La Lavanderia Fratelli Bernard è specializzata nei servizi di lavanderia industriale, in particolare, il servizio lava-nolo della biancheria, con il supporto di un efficiente servizio di logistica, garantisce puntualità delle consegne 365 giorni l'anno.

Tel.: 080 5376062
Fax: 080 5126291
info@fratelliberard.it
amministrazione@pec.fratelliberard.it
www.fratelliberard.it



MEDICINA DIAGNOSTICA COMPUTERIZZATA

ME.DI.COM. s.r.l.
Viale De Laurentis, 21/V
70124 Bari

La MEDICOM è un'azienda di imaging biomedico in forte espansione. La principale attività aziendale è costituita dalla commercializzazione di attrezzature e sistemi per la Radiologia (impianti TC e RM, sistemi per la digitalizzazione e l'archiviazione delle immagini e Mezzi di Contrasto), l'Ecografia, la Ginecologia, la Cardiologia, la Rianimazione e l'Anestesia, e Soluzioni per Sala Operatoria.

Tel.: 080 5021937
Fax: 080 5010134
medicom@medicom.it
info@pec.medicom.it
www.medicom.it



MEDICAL CHIRURGICA
Via Galileo Ferraris, 23/25
72100 BRINDISI

La Medica Chirurgica opera nell'ambito del Commercio all'ingrosso di attrezzature ospedaliere, medicali e apparecchiature mediche e chirurgiche.

Tel.: 0831 574964
Fax: 0831 572126
medichir@tin.it
medicalchirurgica@legalmail.it



MEDIPOINT s.r.l.
Via dei Carpenteri, 1
70026 Modugno (BA)

La Medipoint S.r.l. si occupa della commercializzazione di strumentario chirurgico specialistico, strumentario per laparoscopia poliuso e monouso e dispositivi medici specialistici per ch. vascolare e cardiocirurgia.

Tel.: 080 5321063
Fax: 080 5321063
medipoint2001@libero.it
medipoint@pec.it



MYTHRAS Srl
Via Louis Braille, 37
70043 Monopoli (Ba)

Siamo specializzati nella strumentazione biomedicale di laboratorio con un know-how di 40 anni. La nostra organizzazione è certificata ISO 9001:2015 per le attività di assistenza tecnica e ricondizionamento di strumenti IVD e abbiamo partnership storiche con aziende leader di settore; effettuiamo anche manutenzioni periodiche e Verifiche di Sicurezza Elettrica nel settore pubblico e privato.

Tel. 348 8094870
info@mythras.it
mythras@pec.it
www.mythras.it



TEXA s.r.l.
Viale Virgilio, 2/25 71122
Foggia

La Texa presente sul mercato da oltre un ventennio, si occupa di forniture di materiale ed installazioni di apparecchiature nei reparti di emergenza/urgenza, chirurgie, terapie intensive, anestesia e rianimazione, sale operatorie. Segue la clientela anche dopo la vendita grazie al proprio servizio di assistenza tecnica specializzata.

Tel.: 0881.889112
Fax: 0881 889112
info@taxafoggia.it
info@taxafoggia.it
www.texabiomedicali.it



Le imprese associate

Campagna nuovi Associati 2022

L'A.F.O.R.P. (Associazione Fornitori Ospedalieri Regione Puglia), rappresenta le realtà della Sanità che operano nelle Regioni Puglia e Basilicata. Nasce il 10 Maggio 1984 con l'intento di riunire le imprese, sia regionali che extra territoriali, del settore Sanità che si occupano di forniture di beni e servizi alle Aziende Sanitarie pubbliche e private.

La nostra mission

Lavoriamo per tutelare gli interessi economici e professionali delle aziende associate, mettendo a disposizione il nostro consolidato know-how nel settore delle forniture ospedaliere e la conoscenza qualificata per affrontare le criticità tenendo presente le diverse realtà territoriali.

Alcune attività ed iniziative

- L'A.F.O.R.P., consapevole dell'importanza del ruolo Istituzionale che rappresenta, stabilisce fattivi rapporti con la Regione e recentemente ha incontrato il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano insieme ai vertici aziendali di Innovapuglia ed Empulia, manifestando disponibilità ed una ampia collaborazione verso la realizzazione di Tavoli Tecnici che consentano di dare voce alle esigenze delle PMI. Numerose anche le attività rivolte verso la Commissione Sanità, l'A.E.P.eL. (Associazione Economi Puglia e Lucania), l'A.Re.S.S. (Agenzia Regionale Socio Sanitaria). Inoltre sono costanti i momenti di incontro con i professionisti del Servizio sanitario regionale al fine di risolvere problematiche e promuovere iniziative.
- Organizziamo attività di formazione e aggiornamento per le Leggi regionali e nazionali oltre sui lavori di recepimento del nuovo Codice degli Appalti.
- Garantiamo assistenza di informazione e di comunicazione alle aziende offrendo servizi editoriali e multimediali necessari per lo svolgimento di una moderna attività imprenditoriale.
- La nostra segreteria associativa è aperta tutti i giorni dalle ore 09.00 alle ore 12.00 per soddisfare i quesiti delle imprese associate.

Perché associarsi

Perché insieme siamo più forti! Poter contare su una Associazione riconosciuta dalle Istituzioni politiche ed amministrative del settore Sanità, che riunisce aziende che condividono le stesse esperienze e gli stessi interessi, significa far parte di una grande realtà associativa. L'A.F.O.R.P. in questi ultimi trent'anni ha acquisito forza e credibilità: questo è il nostro valore aggiunto che ci consente di far fronte ai cambiamenti socio-economici in atto riconoscendo l'importanza di fare Sistema.

Seguici anche su:
www.aforp.it  

tel.: 080.5544651 (ore 9.00 – 12.00)
e-mail: segreteria.papalia@aforp.it / aforp@pec.it



VIVILASANITA'

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità

Seguici anche su:

www.ajorp.it



Periodico di Informazione ed Approfondimento

Iscritto al Tribunale di Bari al n. 21
del Registro della Stampa
in data 19 maggio 2009

EDITORE AFORP

Associazione Fornitori Ospedalieri
Regione Puglia
Via Papalia, 16 - 70126 BARI
Tel.: 080 5544651

DIRETTORE EDITORIALE BEPPE MARCHITELLI

DIRETTORE RESPONSABILE DOMENICO DE RUSSIS

DELEGATO ALLA COMUNICAZIONE FRANCESCO ALBERGO

IMPAGINAZIONE & GRAFICA RENZO DIBELLO

renograf.com

Since 1989

PER COMUNICAZIONI E PROPOSTE
ufficiostampa@ajorp.it

STAMPA



GRAFICAZEROTTANTA

Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)