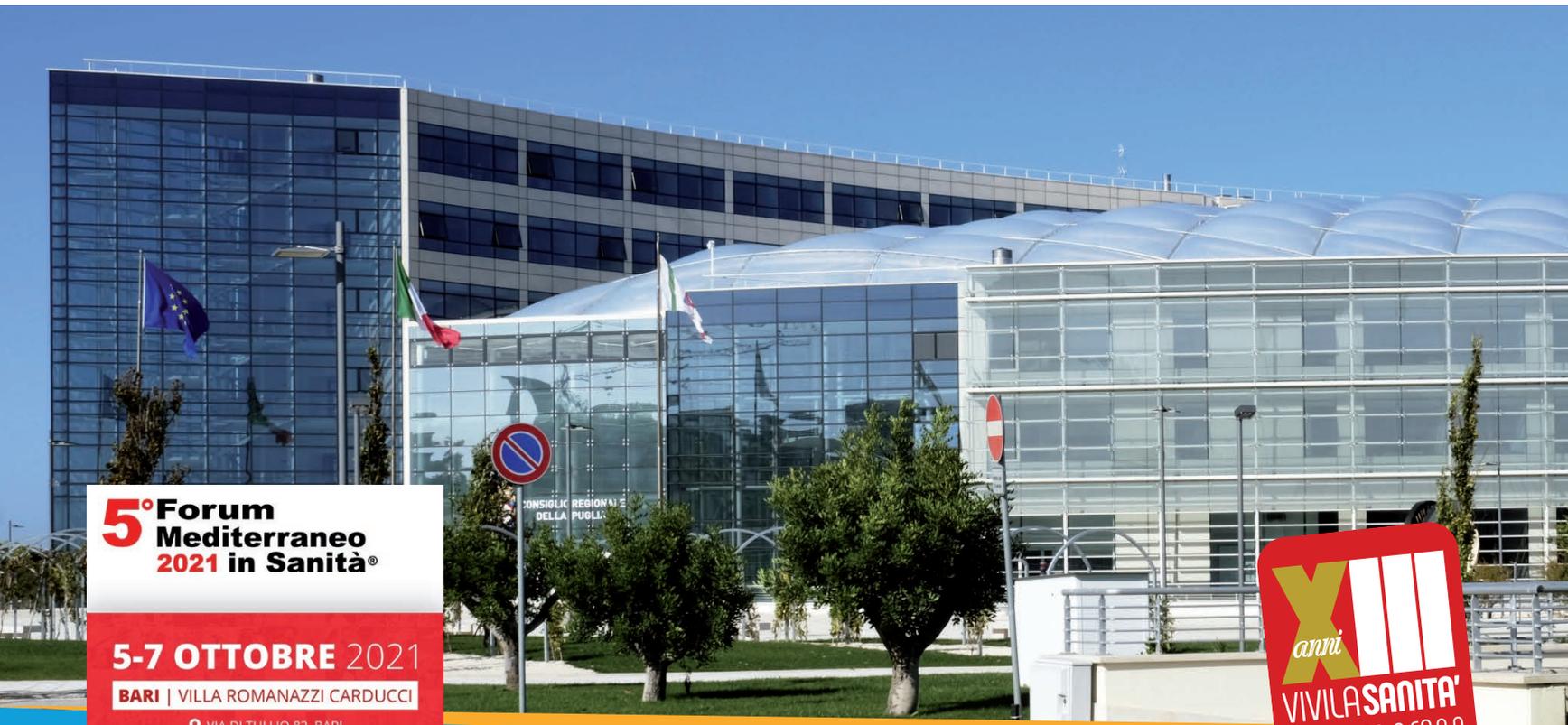




VIVILA SANITA'

ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità Anno XIII n.48 - SETTEMBRE 2021



5° Forum Mediterraneo 2021 in Sanità®

5-7 OTTOBRE 2021

BARI | VILLA ROMANAZZI CARDUCCI

VIA DI TULLIO 82, BARI



PNRR: passo decisivo per il nostro Paese e per il futuro delle PMI pugliesi

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

PNRR, istituzioni, codice degli appalti e PMI

Pag. 2

Pierluigi Lopalco

Corro a vaccinarci

Pag. 4

Giovanni Migliore

Essere manager al Sud è una grande sfida

Pag. 6

Giovanni Gorgoni

Anche per il futuro catene decisionali corte

Pag. 8

Loreto Gesualdo

Il racconto dalla trincea vissuto tra gli ammalati di covid

Pag.10

Filippo Anelli

In Italia tantissime zone senza medico di famiglia

Pag. 12

Don Domenico Laddaga

Il Miulli diventa Policlinico Universitario

Pag. 14

Mario Antonio Lerario

Esperienza unica che ci ha fatto apprezzare il valore delle istituzioni

Pag. 16

Antonio Delvino

Un trattamento sanitario può essere reso obbligatorio per legge

Pag. 20

Rosanna Lacapra

Aiutare le aziende ad affrontare la nuova normalità

Pag. 24

È fondamentale un'attività di intensa collaborazione tra pubblico e privato

PNRR, istituzioni, codice degli appalti e PMI



di **BEPPE MARCHITELLI**
PRESIDENTE A.F.O.R.P.

 @beppe_marchitelli

Il momento storico richiede un profondo cambiamento tecnologico, economico e sociale. I fondi resi disponibili dal Next Generation EU, permettono al PNRR di fornire importanti incentivi su una serie di investimenti, che consentiranno di rendere il nostro Paese migliore. Sappiamo, che gran parte degli stanziamenti, sono dedicati al tema della sostenibilità, individuata in tre aree: ambientale, sociale ed economica.

Dei circa 190 miliardi, 85 sono destinati al tema ambientale nelle missioni legate all'impatto climatico e ai trasporti sostenibili, **20** all'impatto sociale, oltre i 10 destinati alla ricerca di base e applicata e circa **20 alla salute**.

Siamo certi che tutto avverrà come disegnato nel Piano? Dipende. Le difficoltà economiche di molte famiglie, ma anche le splendide medaglie della nuova generazione di italiani, ci fanno capire che ora è il momento di una società più inclusiva. Anche la sofferenza della piccola impresa a fronte della pandemia è un altro stimolo ad un cambiamento sostanziale.

La riflessione non è banale. L'incremento materiale comporta costi e investimenti. La sostenibilità non è un party: occorre cambiare impianti per ridurre emissioni; scrivere nuovi protocolli che pongono attenzione a regole cui non siamo abituati; imparare nuove mansioni per lavorare in modo diverso. La novità, la spinta propulsiva sta nel PNRR che fornisce gli incentivi e l'evidenza scientifica. Ci dice che, nel tempo, possiamo trarne maggiore valore se affrontiamo questi costi con una logica sostanziale. Quindi è grazie al

PNRR se siamo finalmente ad un passo decisivo per il nostro Paese.

Tuttavia, credo che il cambiamento culturale, da affrontare per rendere effettivo l'investimento, sia sottovalutato. I dati confermano, che saper integrare la sostenibilità nell'investimento e nelle strategie aziendali, ha un impatto nel tempo ed è destinato a migliorare la performance e il valore di mercato. Cioè, siamo noi a dover fare il salto necessario, per rendere il mondo migliore, come ci viene richiesto dal contratto che abbiamo sottoscritto con l'Europa.

Abbiamo perso 130mila vite dall'inizio dell'emergenza sanitaria e il SSN ha risposto con il miglioramento delle strutture sanitarie, attraverso fondi – circa 70 milioni - investiti, per un migliore coordinamento delle attività sanitarie, per il monitoraggio dei pazienti a distanza per i servizi di emergenza-urgenza. Fondamentale anche il reclutamento

**Siamo certi
che tutto
avverrà come
disegnato nel
Piano?**

degli operatori sanitari, che tra professionisti assunti e chiamati per la somministrazione di vaccini, ha totalizzato circa 1300mln di euro. La disponibilità di Dispositivi di Protezione Individuale è stata garantita da un'importante spesa per ampliare l'importazione, che per le sole mascherine è aumentata di oltre il 1100%, rispetto all'epoca pre-Covid-19. Questa è stata una risposta.

Nello stesso modo è importante migliorare il **codice appalti** agendo sulle tempistiche, che dovranno essere più celeri, con norme certe e sicure. Un codice appalti che renda più efficace e veloce il meccanismo delle autorizzazioni e le procedure di spesa, ad oggi, poco snel-

lo, con l'attuale normativa. Sarà quindi fondamentale **tagliare passaggi inutili** ed eliminare le sovrapposizioni di competenze, affinché ci sia efficienza nel processo decisionale. Non sono mancate negli ultimi anni **esperienze positive** nelle politiche di semplificazione della Pubblica Amministrazione, frutto anche della fattiva collaborazione tra associazioni imprenditoriali. Auspichiamo, come imprese, una PA semplice e connessa.

Il sistema di programmazione e tempistiche di attuazione, implica coordinamento. Gli Enti territoriali, a partire dalle Regioni, hanno competenze esclusive assegnate dalla Costituzione, in molti temi e settori, interessati dai Fondi in

costante di **consultazione con questi attori**, che segua nel tempo il flusso degli atti normativi, segnalando in itinere e non come allo stato attuale, soltanto in fase di audizione, su provvedimenti già adottati eventuali lacune, oltre i casi di adempimenti sproporzionati.

Una consultazione costante e partecipata attraverso un Comitato per la Governance della Spesa Sanitaria è per Noi, **piccole e medie imprese pugliesi** imprescindibile. La partenza del PNRR, ci fa percepire il pericolo di non avere spazio a favore delle grandi imprese, se viene meno il procurement partecipato. Questo aspetto può interessare, ad esempio il programma di investimenti, di innovazione tecnologica in sanità. Ecco

forme incisive e una ripresa non effimera degli **investimenti pubblici e privati**, per aprire la strada a un aumento strutturale della produttività totale dei fattori e, dunque, del ritmo di crescita dell'economia italiana, con significativi effetti sul rapporto debito/PIL.

Esiste un legame strategico tra riforme e investimenti per aumentare in via strutturale il potenziale di crescita e resilienza del Paese.

Questa ragione rende fondamentale un'attività di intensa **collaborazione tra pubblico e privato**.

Oggi la campagna vaccinale ha avuto im-



arrivo. Le decisioni dovrebbero essere coordinate a livello territoriale con le Istituzioni competenti, avendo anche, la possibilità di un rafforzamento di visione, investendo su chi ha una visione più vicina alle problematiche. Ecco la necessità di confronto con gli stakeholder, imprese ed Enti territoriali. Quest'ultimi necessitano di una profonda innovazione nelle procedure. Si tratta di **due ambiti fondamentali** anche per la realizzazione del **PNRR**, che mostrano, come il confronto continuo, tra settori produttivi e istituzioni, possa portare a risultati tangibili e condivisi. E' determinante un'attività

l'importanza della consultazione di cui sopra.

Riteniamo alla luce dei dati oggettivi, che il rischio maggiore per le istituzioni possa essere quello di investire o di vedersi calare dall'alto investimenti, che non rispecchino né l'esigenza né il vantaggio per il cittadino, che richiede servizi/cure. Inoltre, teniamo conto dell'importanza dei contratti pubblici in questa fase storica, che potrebbero essere leva trainante per la ripresa del Paese.

Un futuro che si costruisce mediante ri-

portanti risultati.

Possiamo dire che queste risposte siano sufficienti?

È una premessa incoraggiante a un'auspicata trasformazione strutturale, organizzativa e produttiva, che vorremmo vedere realizzata stabilmente nel prossimo futuro.

È ora il momento di continuare a lavorare in questa direzione e credere con fiducia che sia possibile.

I veri no-vax sono una sparuta minoranza di irriducibili Corro a vaccinarmi

di Pierluigi Lopalco

Assessore alle Politiche
della Salute
Epidemiologo

Ecco cosa dovrebbe pensare chi appartenesse al gruppo dei circa 390.000 pugliesi fra i 20 ed i 49 anni che non hanno ancora chiesto di fare la prima dose di vaccino. Da questa mia disamina scarto gli adolescenti, che saranno attivamente chiamati a vaccinarsi in questi giorni e

Le motivazioni all'esitazione da parte di questa popolazione sono molteplici. Non chiamiamoli no-vax: i veri no-vax **sono una sparuta minoranza di irriducibili che possiamo serenamente ignorare.** Si tratta di un nutrito gruppo di cittadini che non riescono a portare a termine un corretto processo di valutazione del rischio di contrarre l'infezione rispetto ai rischi legati alla vaccinazione.

La valutazione del rischio non è affare semplice e, davanti ad una difficoltà di analisi, si sceglie sempre la strada del

rispetto a chi è più avanti con gli anni. Quindi molti hanno avuto esperienze dirette, fra amici e familiari, di casi di COVID19 superati con pochissimi problemi. Queste esperienze hanno anche alimentato la stupidaggine che COVID19 possa essere curata a casa con questo o quel farmaco ma che (vai a capire perché) la Spectre impedisce che il problema pandemia sia facilmente risolto in questo modo.

Per facilitare la valutazione del rischio in questa fascia di età provo ad elencare



che "CORRO A VACCINARMI"

Ecco cosa dovrebbe pensare chi appartenesse al gruppo dei circa 390.000 pugliesi fra i 20 ed i 49 anni che non hanno ancora chiesto di fare la prima dose di vaccino.

Da questa mia disamina scarto gli adolescenti, che saranno attivamente chiamati a vaccinarsi in questi giorni e che stanno già rispondendo molto bene all'appello e gli ultra50enni che hanno già aderito alla vaccinazione per oltre il 90%.

non fare, rispetto a quella di prendere una decisione: **un danno provocato da una azione (mi vaccino) è sempre meno accettato rispetto ad un danno provocato da un agente esterno non controllabile (ho preso l'infezione).**

Nella fascia dei giovani adulti il rischio legato alla pandemia non è stato da molti correttamente percepito. L'infezione da SARS-CoV-2 in questo gruppo di popolazione provoca malattia grave in una proporzione relativamente più bassa

alcune considerazioni:

1) non è vero che il rischio per i giovani di finire in ospedale sia basso: nel picco epidemico di marzo scorso il tasso di ospedalizzazione fra i 20-29enni è arrivato a ben 37 ospedalizzazioni per 100.000 abitanti in una settimana.

Per capirci, in una città delle dimensioni di Bari sono finiti in ospedale, in una sola settimana, 100 ventenni! Questo rischio raddoppia fra i 30-39 anni ed è più di

tre volte superiore fra i 40-49 anni (dati ISS);

2) **affrontare una polmonite da coronavirus non è una passeggiata:** comporta sofferenze non da poco e lascia molto spesso strascichi fastidiosissimi. Per non parlare che comunque il rischio di finire in terapia intensiva, o peggio, è comunque considerevole;

3) **il rischio di infezione lieve o asintomatica è più alto per i giovani che per gli anziani,** a causa della più vasta rete e maggiore frequenza di contatti sociali. In questo caso i giovani sono coloro che più di altri diffondono il contagio. Causare il contagio e quindi la malattia di un proprio caro è un'esperienza che non augurerei a nessuno.

sono utili nella terapia domiciliare dei pazienti affetti da COVID19. Sono ben definiti e disponibili in forma di linee guida consultabili da tutti i medici. Quando la situazione clinica peggiora, **il paziente deve essere trasferito in un reparto specialistico ed essere sottoposto a terapie ospedaliere.**

Per sintetizzare in maniera brutale il contenuto delle linee guida internazionali sul trattamento domiciliare di COVID19, possiamo dire che, a parte i farmaci sintomatici per il controllo di febbre e dolori (paracetamolo), tutti gli altri farmaci (corticosteroidi, eparina, antibiotici) devono essere usati con estrema cautela, solo in pazienti selezionati e in determinate fasi del decorso clinico. A questo pannello si sono aggiunti

dato dal fatto che effettivamente sono numerose le testimonianze di pazienti che riferiscono di essere stati curati in questo modo e di essere guariti. **La faccenda triste è che ci sono molti medici che sono caduti, forse anche ingenuamente, in questo inganno.**

L'infezione da COVID19 nella stragrande proporzione di casi genera una patologia di livello lieve o moderato che guarisce senza intervento medico. Se a questi pazienti, che sarebbero guariti in ogni caso autonomamente, io somministrassi il miracoloso "protocollo Lopalco" fatto di integratori, antibiotici, un po' di cortisone, ecc. ecc. ad avvenuta guarigione e al netto di eventuali eventi avversi, annuncerei al mondo intero di aver trovato "la cura domiciliare" per



Credo che queste considerazioni da sole dovrebbero fugare ogni dubbio e motivare la vaccinazione. **I vaccini in uso sono stati somministrati a centinaia di milioni di persone.** Hanno un profilo di efficacia e sicurezza eccezionale. Il virus, ve lo assicuro, è molto più cattivo.

Le terapie domiciliari contro COVID19 funzionano?

Certamente sì. Esistono protocolli terapeutici validati scientificamente che

di recente gli anticorpi monoclonali che, anche se con difficoltà, possono essere somministrati a casa (ma anche questi in pazienti selezionatissimi).

I cosiddetti "protocolli terapeutici" per le cure domiciliari di COVID19, non solo includono farmaci completamente inutili, ma espongono i pazienti, già debilitati da una infezione impegnativa, ad inutili rischi di eventi avversi.

Il grande inganno di questi protocolli è

COVID19. Peccato che tutti questi farmaci miracolosi, una volta sottoposti al vaglio della prova scientifica, si sono rivelati inefficaci.

Purtroppo sono ancora molti (troppi) i medici nel nostro Paese che non hanno dimestichezza con il metodo scientifico. Per questo motivo per quei medici che blaterano sul web di terapie domiciliari non propongo affatto la radiazione, ma la ripetizione di qualche esame del corso di Medicina.

Abbiamo bisogno di una governance condivisa con gli enti locali e il terzo settore

Essere manager al Sud è una grande sfida, ma anche una grande opportunità

Giovanni Migliore, Direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico di Bari-Giovanni XXIII è da qualche settimana nuovo Presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere. La FIASO rappresenta oltre 120 aziende ospedaliere, alla cui guida, per la prima volta, è stato eletto un Manager del Sud. E il Presidente della Regione Puglia Michele Emiliano, subito dopo la nomina, si è congratulato con Giovanni Migliore. "Non era mai successo di avere un presidente del Sud e in particolare un presidente della Puglia alla guida della FIASO, la Federazione che raggruppa tutte le aziende sanitarie e ospedaliere italiane.

È motivo di particolare orgoglio per me rivolgere a Giovanni Migliore, direttore generale del Policlinico di Bari, gli auguri di buon lavoro dopo la sua elezione a presidente Fiaso, da parte dell'assemblea dei soci riunita ieri a Roma".

Presidente Migliore, da manager del sud, come riuscirà a rispondere alle attese e ai bisogni delle Aziende sanitarie meridionali con l'obiettivo più ampio di rappresentare al meglio le problematiche nazionali?

"Sono nato a Palermo e vivo a Bari e la mia esperienza professionale è maturata tra la Sicilia e la Puglia: essere manager al Sud, in contesti territoriali che in passato hanno pagato a caro prezzo l'assenza di investimenti e di infrastrutture e la sperequazione di risorse con il Nord, è una grande sfida, ma anche una grande opportunità. Conoscere le difficoltà e le esigenze del Mezzogiorno può rappresentare un valore aggiunto anche nel panorama nazionale per confrontare esperienze differenti e valorizzare buone pratiche, è uno stimolo

continuo nella crescita. Ma non sono affatto solo. La gestione della Federazione che ho intenzione di portare avanti sarà collegiale: abbiamo appena eletto una presidenza composta da 8 manager provenienti da Piemonte, Lombardia, Toscana, Umbria, Lazio, Campania, Sicilia e il vicepresidente è della Liguria. FIASO in questi anni è cresciuta moltissimo riuscendo ad aggregare 143 aziende sanitarie e ospedaliere italiane, proprio l'ampia partecipazione al progetto ci consentirà di ottenere una maggio-

"Il rafforzamento dell'assistenza territoriale è una scelta strategica per garantire ai cittadini omogeneità nelle cure e per alleggerire del peso delle ospedalizzazioni, non sempre necessarie, sia il sistema sanitario sia i pazienti. La portata innovativa di ospedali e case di comunità è nella proposta di un modello di intervento integrato e multidisciplinare per la promozione della salute e per la presa in carico dei pazienti cronici. Servirà rimodulare la rete territoriale di assistenza, integrando servizi sanitari e sociali, e creare un canale diretto con gli ospedali per uno scambio continuo di competenze e interventi".

Nel suo programma ha indicato alcuni punti cardine: accelerare su formazione, middle management delle aziende, chiamato ad avere sempre più un ruolo centrale, continuo confronto con le istituzioni e coinvolgimento a livello territoriale. Ritiene che questi obiettivi, con una visione sistemica e dialogo interistituzionale potranno essere raggiunti?



re condivisione di principali problematiche e punti di forza".

Nel nuovo PNRR il ministro Speranza punterà a rafforzare l'assistenza territoriale. Si prevede un distretto ogni 100 mila abitanti al cui interno dovranno esserci minimo 4 Case della Comunità un servizio Usca, 2 ospedali di Comunità, un Hospice e una Centrale operativa territoriale. Ritiene questa scelta da condividere e come si coniugherà con le attività ospedaliere?

"Il dialogo con le istituzioni è iniziato da subito: ad agosto a Roma abbiamo già incontrato i rappresentanti del ministero della Salute e della struttura commissariale per l'emergenza Covid per tracciare la strada di un confronto continuo e proficuo. Le nuove risorse messe a disposizione del SSN attraverso il Piano nazionale di ripresa e resilienza richiedono, infatti, innovazione e tempestività.

Abbiamo bisogno di una governance condivisa con gli enti locali e il terzo settore per realizzare i progetti a livello territoriale e

della presenza, all'interno delle aziende, di middle management preparato e in grado di fornire supporto ai processi decisionali e soluzioni tecnico-operative".

Nonostante il periodo difficile che l'Italia ha vissuto, con gli investimenti che saranno finanziati dal PNRR, si potrà davvero garantire migliori servizi e qualità, con innovazione tecnologica. Ci può indicare alcune priorità su cui si dovrà investire con i fondi del PNRR?

"Lo sviluppo della digitalizzazione, intesa non come semplice informatizzazione dei processi ma come ripensamento complessivo dei servizi sanitari, costituisce uno degli investimenti prioritari per rinnovare la sanità: l'uso della telemedicina, ad esempio, che ha ricevuto nell'ultimo anno e

re, affinché, gli investimenti del PNRR, possano davvero rappresentare un'occasione storica per voltare pagina e ammodernare ospedali e servizi erogati per il cittadino?

"La regia a livello locale rappresenta la migliore garanzia di investimenti mirati alle reali esigenze del territorio.

Sarà fondamentale il monitoraggio continuo dello stato di avanzamento dei progetti per non perdere tempo e risorse, con l'obiettivo di riuscire a rispettare il cronoprogramma degli interventi, e bisognerà garantire la massima trasparenza nella spesa dei fondi con report aggiornati e chiari: sono gli anticorpi necessari ad assicurare legalità in tutta la filiera della spesa pubblica".

Spesso il lavoro del management in sanità è nell'occhio del ciclone. E ci sono regioni come l'Emilia Romagna che ha dato il via ad una nuova figura apicale: Direttore assistenziale, un ruolo di vertice che la Direzione generale delle Aziende sanitarie potrà nominare, con l'incarico di partecipare alla definizione delle strategie aziendali. Quale valutazione esprime?

"Molte aziende prevedono già, e non da oggi, questa figura all'interno delle direzioni strategiche. Da questo punto di vista mi sembra che la decisione della Emilia-Romagna rappresenti il riconoscimento di un percorso che le professioni sanitarie hanno compiuto nel corso degli ultimi anni, assumendo responsabilità crescenti nell'esercizio di ruoli e funzioni, e una presa d'atto re-



mezzo un impulso inaspettato per il Covid, è uno degli assi portanti di questo processo.

Il PNRR ci offrirà poi l'opportunità di mettere mano a strutture sanitarie vetuste che, con i gravi limiti logistici, penalizzano i servizi erogati ai cittadini. Ritengo, tuttavia, che qualsiasi progetto per la sanità del futuro non possa che passare attraverso il potenziamento delle risorse umane e della formazione".

Quali attenzioni si dovranno presta-



alistica di un processo già sufficientemente maturo".

Per i molteplici impegni che ha assunto, con la nuova nomina a Presidente nazionale FIASO, come è cambiata la sua vita privata?

"Dormo qualche ora in meno e prendo qualche aereo in più. Ma non faccio mai mancare la mia presenza al Policlinico di Bari dove l'impegno continua ad essere costante e massimo".

Le opportunità che concede il PNRR con il finanziamento europeo del Recovery EU Fund Anche per il futuro catene decisionali corte

Direttore Gorgoni come potranno essere investite le risorse del Next Generation EU?

“Tempo a disposizione non ne abbiamo tantissimo e una delle tante lezioni imparate dal Covid è proprio che la variabile tempo è relativa - ma per quanto relativa - è anche strategica. È stato poco il tempo per decidere gli interventi giusti per fronteggiare la pandemia, è stato brevissimo

Può dirci cosa intende per tre condizioni più una?

“**La prima condizione** è partire dalle buone pratiche che sono state sviluppate durante la pandemia o prima della pandemia, sia in Regione Puglia, che in Italia e all'estero. Utilizzare le buone pratiche per assemblarle a sistema. **Che si tratti di device tecnologici, di nuovi software, di nuove piattaforme digitali, o che**

qua calda. **Seconda condizione.** Tenersi le catene decisionali corte che abbiamo sperimentato in questi mesi. Durante la pandemia sono state giustificate dall'urgenza e, usciti dall'emergenza infettiva, qualcuno potrebbe obiettare che non ce ne sia più bisogno e sarebbe un errore gravissimo. Perché anche la ricostruzione è un'emergenza, pure più ampia, che nasconde urgenze sociali, economiche, infrastrutturali, educative, professionali e che richiede catene decisionali corte.

Sugli acquisti, per esempio, non possiamo tornare al vecchio mondo di forniture parziali, parcellizzate e delocalizzate e che sappiamo essere patologicamente lungo. Occorre procurement agile, snello e centralizzato. Che poi sia centralizzato a livello regionale con i soggetti aggregatori o sia centralizzato a livello nazionale con Consip o Invitalia poco importa, purché si tengano modalità snelle e corte. Non è più tempo di acquisti per la singola azienda sanitaria o per la singola unità clinica ma servono forniture per allestire reti regionali se non addirittura interregionali.

E poi, visto che non l'abbiamo fatto in tanti anni - nel concetto di catena deci-

sionale corta - va fatto entrare il tanto menzionato e poco praticato partenariato pubblico/privato.

Perché partenariato pubblico/privato?

Perché è con questa formula che la sanità pubblica può scegliere di procurarsi non tanto beni, servizi e lavori quanto uno specifico risultato di servizio e di salute. Certo è una modalità complessa e rischiosa da maneggiare e, guarda caso, la si usa proprio per distribuire i rischi tra partner pubblico e par-



il tempo per avere più vaccini, è **corto anche il tempo che serve per realizzare tutte le opportunità che concede il PNRR con il finanziamento europeo del Recovery EU Fund.** Da qui al 2027 non mancano tantissimi anni, se si rapportano alla maestosità delle opere e delle realizzazioni che ci siamo impegnati a fare per il Paese.

E secondo me, per sfruttare al meglio questi pochi anni rispetto alle risorse disponibili e impegni assunti, andrebbero rispettate almeno tre condizioni più una”.

siano nuovi processi organizzativi, cito per tutte le USCA o altre modalità organizzative nate in epoca COVID, vanno riutilizzate e integrate fra di loro. Anche perché nessun Paese e nessuna Regione può vantare soluzioni complete per il post-COVID.

Ove si decidesse di inventare ex novo bisogna tener conto che qualunque buon prodotto o servizio assorbe nel suo primissimo ciclo di vita il 70-80% del tempo in progettazione e occorre tenerne conto prima di re-inventare - magari - l'ac-

tner privati ma la stagione che viviamo è gravida di rischi, non siamo in una situazione prevedibile. Ci sono molte altre nazioni, cito la Spagna o i Paesi scandinavi, che da tempo, anche per i servizi più innovativi e ad alta integrazione di saperi e tecnologia, fanno ricorso al parterariato pubblico/privato. Terza condizione è non farsi ingannare dal termine “resilienza”, che può anche nascondere una sorta di adattamento passivo, e scegliere di trasformare la realtà. Ma anche qui con una cautela terminologica. Una trasformazione digitale vera è una trasformazione che si occupa prima di tutto di persone, in secondo luogo di organizzazione, in terzo luogo – se tutto va bene - di tecnologie. Invece quando si decide di fare la **digital transformation, si fa il percorso contrario**, partendo dalla tecnologia e obbligando i professionisti e i processi ad adattarsi a essa, dando per scontato, che la tecnologia in quanto nuova è di per sé buona. E non lo è in una gran quantità di casi, con il risultato di acquisti anche costosi, che non vengono mai digeriti dall'organizzazione.

Occorre fare il percorso corretto procedendo prima con la trasformazione delle professioni e dei processi, facendosi aiutare dalla tecnologia come fattore abilitante e amplificante. Non vanno digitalizzati vecchi e lenti processi che rimarranno inefficienti anche da dematerializzati ma vanno inventati nuovi processi organizzativi ad alto contenuto di tecnologia.

Avevo detto tre condizioni più una. L'ultima condizione è: chiarire per bene i ruoli.

Si fa un gran dibattere se le sanità regionali siano ancora utili o meno e se bisogna riportare tutta la sanità al centro a livello nazionale; è un discorso che non mi appassiona: la situazione attuale è il frutto di un percorso ormai ultradecennale che ha certo alcuni difetti ma che ha prodotto molti più risultati positivi. La soluzione – secondo me - è a metà strada e deve prevedere una netta e coordinata ripartizione dei ruoli.

Limitandoci solo al tema che ci riguarda – quello della trasformazione digitale del SSN – spettano al macrolivello nazionale (ministeri, ISS, Agenas) la definizione di linee guida per la sanità digitale, dei

nuovi requisiti e delle funzioni di HTA per la nuova tecnologia, la progettazione e la manutenzione del National Health Data Space armonizzato con quello europeo in costruzione, la coltivazione delle nuove professioni e la riqualificazione di quelle esistenti, il procurement centralizzato delle grandi soluzioni e delle grandi infrastrutture. Anche al mesolivello della Regione spettano ruoli sulle professioni e sul procurement ma calibrati sulle specificità regionali. E sempre il livello regionale deve farsi carico della progettazione e della manutenzione delle reti cliniche e tecnologiche del territorio cui mettere a disposizione una inedita funzione di technology & service provider – come nel caso dei RIS-PACS e dei LIS regionali, delle centrali di telemedicina, degli hub di logistica sanitaria e di sterilizzazione, dei sistemi informativi di rete clinica – di cui il microlivello delle aziende della salute (pubbliche e private) si servono nel loro insostituibile ruolo di rapporto con il cittadino e di assistenza globale al paziente.

Quali sono i progetti più rilevanti realizzati da AReSS?

“Di cantieri per la Regione Puglia ne gestiamo diversi, dalla progettazione e supporto delle reti cliniche - rete oncologica, rete malattie rare, rete ematologica – alla tutela dei migranti negli insediamenti agricoli (SuPrEme), dalle sperimentazioni clinico-tecnologiche come Talisman, FooDiaNet, PICC, Breath Analysis, TeleHomeCare alle imminenti realizzazioni tecnologiche stabili come la Centrale Operativa Regionale di Telemedicina delle Cronicità e delle Reti Cliniche. Su quest'ultima abbiamo concluso a luglio scorso la prima infrastrutturazione durata nove mesi e ai primi di ottobre ci sarà inaugurazione ufficiale proprio con la logica del service provider: la Regione procura e mantiene la piattaforma tecnologica e le aziende la portano nei loro reparti e nei loro ambulatori.

Un'altra buona abitudine che coltiviamo sono le relazioni con l'Europa, presso cui detengo la presidenza europea di EUREGHA (autorità sanitarie regionali e locali dell'Unione), il ruolo di tesoriere di EuroHealthNet (promozione della salute e disuguaglianze) e membro del board di EHTEL (sanità digitale). Ma Bruxelles è

soprattutto il luogo dei nostri progetti più avvincenti, ultimo tra i tanti, Gatekeeper, **che sta realizzando una piattaforma di ecosistema a livello europeo su cui amministrazioni sanitarie, industria, università e pazienti progettano e testano soluzioni per l'invecchiamento attivo con l'impiego di BigData, Internet of Things e Intelligenza Artificiale.** AReSS coordina il pilota Puglia che è uno degli otto complessivi – gli altri tra Spagna, Inghilterra, Germania, Polonia e Grecia – e gestirà coinvolgimento e test con diecimila cittadini dei complessivi quarantamila previsti su tutta Europa.

Tra le nostre buone pratiche c'è il già citato Talisman che è la nostra ammiraglia dei sistemi tecnologici applicati alla presa in carico del paziente multicronico, che a febbraio chiuderà i battenti e consegnerà i risultati al MIUR. Nei fatti è stata la farina con cui abbiamo impastato la centrale regionale di telemedicina e nel corso del tempo si è aggiudicato un paio di premi nazionali ed è in concorso in queste settimane in una competizione estera.

Intanto si prospettano nuovi filoni progettuali e siamo in attesa di ricevere risposta ministeriale alla proposta presentata prima dell'estate ai bandi del Ministero della salute, nell'ambito del Piano Operativo Salute. Si tratta di una partnership inedita di cui siamo capofila con 15 soggetti da 7 Regioni e che annovera, oltre a università e IRCCS di prestigio, anche quattro comuni (Bari, Messina, Marsala e Cascina) proprio con l'obiettivo di progettare insieme soluzione tecnologiche per l'invecchiamento attivo e in salute ma applicate agli spazi urbani e non più ai luoghi sanitari tradizionali.

Per vincere le nuove sfide che ci attendono c'è bisogno di innovazione e soprattutto di squadra ampia.

“Si, squadra ampia ed eccentrica. Noi della sanità sappiamo già come ragioniamo e quali sono i nostri schemi cognitivi ed euristici. Ora è necessario creare delle alleanze inedite e ibride.

Alleanze soprattutto con gli enti locali, le industrie e gli stessi cittadini. Anche questa è trasformazione”.

Continuare a vaccinare e raggiungere il 95% della popolazione e l'immunità di gregge

Il racconto dalla trincea vissuto tra gli ammalati di Covid

Loreto Gesualdo è Professore Ordinario di Nefrologia presso l'Università degli Studi di Bari, Presidente della Fondazione Italiana del Rene Onlus, Presidente della Scuola di Medicina dell'Università degli Studi di Bari.

Grande umanità, uomo di scienza, grande attenzione verso i pazienti e i suoi collaboratori, attento e scrupoloso professore pronto a trasferire i saperi ai suoi discenti. Il Prof. Loreto Gesualdo ci consegna, con questa intervista, uno spaccato della pandemia, con un racconto inedito, impregnato di tanta umanità, ma anche di sofferenza e di una grande capacità del Servizio Sanitario Nazionale che ha saputo rispondere, con professionalità e umanità, al dramma della pandemia, garantendo assistenza a tutti i pazienti.

Ci racconti come ha vissuto la sua esperienza professionale in trincea tra gli ammalati di Covid?

«Ho vissuto dall'inizio l'ondata pandemica con incredulità ed anche improvvisazione. Si combatteva contro un virus sconosciuto, molto aggressivo. All'inizio, sottostimandolo, si pensava fosse un virus di tipo influenzale. In realtà si è rivelato completamente diverso con altissime percentuali di mortalità. Non avevamo ancora protocolli e non conoscevamo ancora l'eziopatogenesi, all'inizio non eravamo certi del fenomeno trombogeno. Sia i medici che gli infermieri, in tutta Italia, hanno vissuto questa fase di paura e di timore di poter infettare i propri cari. Grazie alla sensibilità di un imprenditore, sono riuscito a far mettere a disposizione di medici e infermieri un albergo, sia per tutti gli operatori sanitari che ci hanno raggiunto da altre regioni, sia per i locali che temevano il contagio familiare. Ricordo ancora oggi quando la sera si tornava in albergo percorrendo le strade di Bari deserte, gli unici incontri avvenivano con i mezzi di soccorso. Nella prima ondata abbiamo imparato a conoscere le caratteristiche fisiopatologiche e cliniche del virus Covid 19. Poi, nel mese di

Agosto 2020, non abbiamo avuto ricoveri, pensavamo di avercela fatta, invece, ci siamo illusi, nel frattempo, il virus è mutato, così come il virus dell'influenza che muta continuamente e ci costringe a vaccinarci ogni anno. A Settembre 2020 è arrivata la seconda ondata. C'è stato un aumento dei casi che ha raggiunto l'apice nel mese di Novembre, con una fase vissuta tra alti e bassi. Per arrivare alla terza fase (a mio parere è stata una lunga seconda ondata), che ha visto lo spike nel mese di marzo-aprile 2021. Con il mese di Maggio, pian piano i numeri si sono ridotti. Da luglio stiamo vivendo una situazione de-



cisamente migliore, sebbene attualmente si registrano, ad esempio, nell'ospedale di Maxi-Emergenza, 30 pazienti ricoverati. Personalmente sono stato attivo in 4 strutture diverse. Nella prima fase in 72 ore è stato trasformato il padiglione Asclepios 2 in Covid Hospital. Abbiamo cominciato a fare l'esperienza della multidisciplinarietà, abbiamo imparato a lavorare insieme, a non operare in compartimenti stagni. La patologia del Covid richiedeva la figura del rianimatore, del pneumologo di, dell'internista di medicina d'emergenza. Noi nefrologi siamo stati chiamati a supporto dialitico di pazienti cronici che erano più esposti al contagio come per i

nostri pazienti trapiantati e dializzati, sia per trattare pazienti che all'inizio non avevano un danno renale iniziale e che svilupparono invece un danno acuto. Si trattava di pazienti con una prognosi peggiore a mortalità elevata. Abbiamo imparato a riconoscere una nuova forma di danno renale legato al virus. Dal Covid Hospital mi sono spostato, con la mia squadra, nel Settembre 2020, in un centro dialisi provvisorio presso il Padiglione D'Agostino. Non era attesa una seconda ondata così violenta, il Covid Hospital era stato dismesso, in quel momento invece i numeri crescevano. L'impennata di ricoveri ci ha costretti a trovare una nuova sistemazione logistica, ecco il trasferimento per due mesi alla Clinica "Balestrazzi" con ben 22 posti di Nefrologia e Dialisi. È stato possibile affrontare la seconda fase solo grazie al reclutamento di giovani nefrologi e infermieri, che si sono prodigati in maniera davvero encomiabile nella cura e nell'assistenza, lavorando senza sosta e donandosi con grande abnegazione. Queste soluzioni hanno però frammentato la multidisciplinarietà, per questione di spazi si era costretti a lavorare per branca, non avendo la Rianimazione, si era costretti a spostare il paziente. Poi, finalmente, è stato approntato il contenitore giusto, ci siamo trasferiti unitamente alla rianimazione e alla pneumologia, in Fiera".

Ci parli dell'Ospedale per le Maxi Emergenze realizzato in Fiera?

«L'utilizzo della Fiera, da un punto di vista organizzativo, è stata la situazione logistica migliore. In questo spazio abbiamo ritrovato la multidisciplinarietà, in perfetta sintonia con i rianimatori, con i pneumologi, con gli interventisti, con gli internisti di medicina d'urgenza. Abbiamo costituito una squadra con il Prof. Brienza, Il Prof. Grasso, la Prof.ssa Carpagnano, il Prof. Moschetta, insieme abbiamo trattato tanti casi. Desidero ringraziare anche il Direttore Generale del Policlinico Giovanni Migliore ed il Rettore dell'Università di Bari,

Stefano Bronzini. E' stata un'esperienza che ci ha toccati moltissimo dal punto di vista umano, ma che ci ha formati tantissimo da un punto di vista professionale. Anche i più giovani hanno avuto modo veramente di toccare con mano cosa significa l'emergenza e abbiamo cercato di dare il massimo di noi stessi. Un'esperienza professionale che non dimenticheremo mai, che ci ha molto segnato anche da un punto di vista umano, perchè indossando una tuta, calzando un casco, è difficile trasmettere emozioni al paziente. Solo gli occhi parlano e comunicano emozioni. Spesso le situazioni sono state drammatiche, ma abbiamo registrato anche grandi successi. Quando un paziente è uscito con le proprie gambe dal reparto della Maxi-Emergenza in Fiera, per noi è stato il giorno più gratificante della nostra vita. I giorni più tristi sono stati quelli in cui nonostante tutti gli sforzi si perdeva il paziente ed era necessario comunicare alla famiglia che il loro caro non ce l'aveva fatta. Questi momenti per noi tutti, da un punto di vista emozionale, sono stati molto toccanti e ci hanno segnato molto. Abbiamo vissuto delle storie incredibili, che non riusciremo mai a dimenticare".

La Cabina di Regia della Regione Puglia come ha interagito con le vostre strutture?

"La Protezione Civile non ci ha mai lasciati soli, ci è stata sempre molto vicina nei momenti di difficoltà. Vorrei ricordare che nella prima ondata non riuscivamo a trovare calzari, tute, mascherine. Mancava la materia prima per i dispositivi di protezione, la colpa non era di nessuno. Si sono attivati tutti. E' stato un bellissimo momento di solidarietà e di massima collaborazione. Accanto alla Protezione Civile c'è stata la solidarietà da parte della popolazione davvero incredibile. Aziende e privati ci hanno aiutato in un momento veramente difficile. Nella seconda fase la Protezione Civile ha fatto un lavoro eccellente con la realizzazione dell'Ospedale in Fiera. Se consideriamo l'Hub vaccinale realizzato e la struttura per la Maxi-Emergenza, possiamo affermare che grazie a questo contenitore abbiamo salvato tante vite umane. La Fiera non è un posto ideale dove fare un ospedale. In quel momento era necessario farlo, lo abbiamo fatto. Abbiamo buttato il cuore oltre gli ostacoli e abbiamo guarito tante persone. Oggi,

grazie all'operatività dell'Ospedale in Fiera possiamo concentrare in un solo plesso tutta la patologia Covid, senza rischiare di contagiare gli altri ospedali. La Protezione Civile non ci ha fatto mancare nulla, abbiamo avuto a disposizione un ospedale altamente attrezzato con il meglio della tecnologia".

Perchè questa forma virale in alcuni soggetti risulta essere più aggressiva?

"A questo proposito desidero sottolineare quanto sia stato difficile comunicare alle famiglie la perdita di un congiunto, del perchè questa forma virale fosse stata più aggressiva in alcuni rispetto ad altri. Abbiamo salvato novantenni, ma abbiamo perso sessantenni. Mi sono convinto che le comorbidity e il background genetico siano fondamentali. E' stato pubblicato un lavoro che ha messo in evidenza che alcuni pazienti producono poco interferone alfa. Questa è una sostanza antivirale che quando prodotta in basse quantità predispone ad una situazione clinica peggiore. Altri studi sono in corso. Oggi sappiamo, rispetto al marzo 2020, che il primo trattamento deve essere l'utilizzo degli antinfiammatori ed antipiretici, come prima linea terapeutica e non il cortisone".

La preoccupano le centinaia di nuovi casi positivi?

"La Puglia è una delle regioni dove sono stati somministrati più vaccini, ma non dobbiamo abbassare la guardia. Abbiamo avuto un enorme flusso turistico, perchè le bellezze della nostra Puglia richiamano tantissimi visitatori. Dobbiamo continuare a vaccinare e raggiungere il 95% della popolazione, per ottenere una vera immunità di gregge. E' pur vero che un vaccinato può infettare o anche essere infettato, ma tra i vaccinati non stiamo registrando casi gravi e il più delle volte rimangono a casa e non vengono ospedalizzati. I pazienti che sviluppano le forme più gravi sono quelli non ancora vaccinati, facili prede della variante delta che si diffonde molto rapidamente. Abbiamo, inoltre, una categoria di fragili che pur essendo stata vaccinata non ha sviluppato l'immunità. Ci dobbiamo preoccupare di proteggere questi pazienti con la terza dose o in profilassi con gli anticorpi monoclonali. Stiamo registrando alcuni casi di trapiantati e emodializzati che pur essendo stati vaccinati, si sono in-

fettati e non hanno sviluppato l'immunità. Come finirà con la pandemia? È possibile delineare tre scenari diversi a seguito della lotta tra l'immunità e la capacità del virus di eluderla. Tutto dipenderà da chi vincerà. Il Covid potrebbe essere eradicato con una campagna di vaccinazione, come è accaduto per il virus della poliomelite, a patto che l'immunità abbia un effetto prolungato e che si proceda a livello mondiale, anche nei paesi a basso reddito, con le somministrazioni. A questa visione ottimistica possono essere di ostacolo le varianti del virus che, qualora diano origine a nuovi ceppi, necessiterebbero di nuovi vaccini per proteggere le persone più fragili. Altra possibilità è che il virus, come rilevato nel corso della pandemia, colpisca persone sempre di età più giovane, le quali sono per lo più asintomatiche. Oltre 100 epidemiologi di 23 nazioni diverse, interpellati dalla rivista internazionale Nature, ritengono che il Coronavirus possa diventare endemico, comportandosi come quello dell'influenza, dando manifestazioni non gravi. Al momento non è possibile prevedere l'evoluzione dello scenario, tutto dipende dalla diffusione delle campagne vaccinali e dalla capacità di mutazione del virus. Vaccinarsi rimane, comunque, l'unico strumento per proteggere se stessi e gli altri".

Cosa ha pensato quando le hanno consegnato, per la sezione Medicina, il premio "Eccellenza Italiana", perchè distintosi nel corso della sua lunga carriera, per aver aperto una nuova frontiera scientifico-accademica, per la cura e la prevenzione delle malattie nell'ambito della Nefrologia?

"Ho pensato a mio padre e a tutti i pazienti nefropatici. È vero, confesso di avere un conflitto di interesse, perchè ho avuto mio padre dializzato, morto giovanissimo a 47 anni, quando io ne avevo 17. Lo dedico a lui e a tutti i pazienti nefropatici ed anche a tutti i miei collaboratori. Se ho raggiunto questi risultati, non li ho raggiunti da solo ma con tutto il gruppo, con la Scuola di Nefrologia, che è cresciuta non solo a Bari ma in tutta Italia. Il mio sogno nel cassetto è continuare a fare ricerca per poter ridurre l'incidenza dialitica. L'invito che mi sento di rivolgere è quello di fare prevenzione primaria per far sì che un soggetto normale, non sviluppi una malattia renale".

La sanità rischia di trasformarsi in business

In Italia tantissime zone senza medico di famiglia

Nel Veneto sono 456; 239 in Toscana; 205 in Emilia-Romagna; 98 nelle Marche; 91 in Abruzzo; 59 in Friuli-Venezia Giulia; 55 in Umbria; 10 in Valle D'Aosta. Sono ad oggi 1.213, spalmati su otto Regioni, gli ambiti territoriali carenti per l'assistenza primaria, rimasti vacanti a seguito delle assegnazioni ai medici in graduatoria. L'elenco è pubblicato sul sito della Sisac, e via via aggiornato. "Basterebbe fare un rapido calcolo, considerando che la media nazionale è di 1.150 assistiti per ogni medico, per capire che, solo

anche la partecipazione dei medici inseriti nelle graduatorie di altre regioni. E se anche questo tentativo fallisse, l'ultima chance: aprire ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale. È quello che accade in Liguria, dove proprio ieri è stato pubblicato l'elenco delle 92 sedi ancora carenti che vengono proposte ai medici che, in quella regione, frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale. Ma, anche così, molte zone rimangono scoperte, e molti pazienti senza un proprio medico di

nuovi medici di medicina generale pronti a sostituirli". "Questa situazione, che la FNOMCeO insieme ai Sindacati denuncia da più di un decennio, si è creata per una programmazione miope delle regioni – constata Anelli -. Che, nel tempo, hanno richiesto un numero di borse di molto inferiore al reale fabbisogno, e che, anche oggi, procedono con inerzia nel pubblicare le carenze sulle quali costruire il bando di quest'anno. Bando che, infatti, non è stato ancora pubblicato, con conseguente slittamento di tutto il percorso di formazione". "Ora, però, stiamo passando dall'inerzia e dall'incapacità strategica a un vero e proprio disegno, teso a desertificare il territorio dai medici di medicina generale, per renderlo appetibile al privato: ai grandi gruppi, che trovano remunerativo investire in poliambulatori, farmacie, service di telemedicina, startup – aggiunge -. E la sanità, così, si trasforma in business".

"Si potrebbe cominciare dalla Lombardia, dove la carenza è più marcata e dove gli amministratori locali sembrano propendere per un medico di medicina generale 'amministrato', prestatore d'opera, che abbia il solo compito di compilare ricette – prosegue -. È questo il grido d'allarme lanciato dal Segretario regionale Fimmg, Paola Pedrini, che ha definito 'una follia' la proposta di alcuni politici di trasformare in dipendenti i medici di famiglia, oggi convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale. Una scelta di questo tipo, ha affermato, determinerebbe un collasso di un sistema già in difficoltà e che richiede, invece, interventi seri di sostegno". "Fiducia, autonomia professionale, libera scelta, prossimità, dedizione diventano vocaboli desueti, che mal si attagliano al business – conclude -. E, in questa logica, poco importa se la scienza dimostri, con solide evidenze, che è proprio quel rapporto continuativo, fondato sulla fiducia e sulla libera scelta, ad allungare la vita ai cittadini, come dimostra un recente studio pubblicato su Bmj open. Come Ordini dei medici, garanti del diritto dei cittadini alla tutela della salute, non possiamo stare a guardare. Il nostro Servizio sanitario nazionale deve rimanere universale, gratuito, pubblico, solidale".



in queste Regioni, attualmente circa un milione e quattrocentomila cittadini non hanno un proprio medico di famiglia" spiega il Presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici, la FNOMCeO, Filippo Anelli. A queste sedi vacanti vanno aggiunte le 786 andate a concorso a giugno in Lombardia e non ancora assegnate, e quelle di quasi tutte le altre Regioni. Si tratta di sedi sguarnite del medico di famiglia, per cui si riaprono le procedure di assegnazione, al fine di favorire

famiglia. Succede, ad esempio, in alcune aree del Piemonte – il Cuneese e il Verbanese – dove una sede su due resta vacante. Ma ormai non c'è area del paese che possa dirsi immune: anche nelle grandi città, come Milano o Firenze, restano sguarnite di medici di famiglia le zone periferiche o dell'hinterland. E la situazione è in peggioramento. "Da qui al 2027, andranno in pensione circa 35.200 professionisti – continua Anelli -. E probabilmente non ci saranno abbastanza

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

Opportunità di cambiamento della sanità da sud

Se c'è una lezione davvero importante proveniente dalla pandemia in corso è che il tempo è un concetto relativo ma decisivo. Non è affatto una novità per la fisica ma è meno scontato per le organizzazioni umane. Il modo con cui Regione Puglia e altre regioni del Sud hanno affrontato i momenti più delicati dell'emergenza – pur con capitale umano ridimensionato dai piani di rientro – dimostra che non sempre servono tempi e discussioni lunghe per la flessibilità organizzativa e per l'innovazione tecnologica: abbiamo assistito a situazioni di forte ritardo nella vaccinazione e repentine inversioni di rotta, riallestimento delle reti ospedaliere e robusto potenziamento tecnologico delle terapie intensive, accelerazione di piloti tecnologici sperimentali e avvio degli stessi verso le future centrali della telemedicina. E, inedita rispetto al passato, una vivace cooperazione progettuale interregionale tra cugini del mezzogiorno per i bandi ipertecnologici con cui il Ministero della Salute aggiudicherà i 200 milioni di euro del Piano Operativo Salute nell'ambito del Fondo Europeo di Sviluppo e Coesione (l'80% per le Regioni del Sud) Risorse finanziarie, queste ultime, che si aggiungono alla dotazione più ricca della Recovery and Resilience Facility e anch'essa con una destinazione privilegiata – il 40% – per ridurre il differenziale di sviluppo tra nord e sud del Paese.

Ecco allora il titolo del 5° Forum Mediterraneo: Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – opportunità di cambiamento della sanità da sud.

Certo, non sarebbe la prima volta che il Sud riceve risorse finanziarie cospicue e potrebbe pure non essere la prima volta che si perde l'occasione di "trasformare"

la realtà. Questo rischio però può essere tenuto sotto controllo a tre condizioni.

La prima, che si faccia tesoro delle buone pratiche che prima e durante la pandemia hanno dimostrato di avere "visione" al Sud e sull'intero territorio nazionale senza dover necessariamente reinventare qualcosa di nuovo che dovrà scontare i tempi di progettazione, di test e – se tutto va bene – di messa a sistema. La seconda, che si utilizzi la stessa tenso-

un investimento sarebbe la restaurazione del vecchio mondo che non ha retto tutto l'urto del COVID-19. La terza, che si lavori per una vera trasformazione digitale senza equivoci terminologici. Chi studia e pratica le "digital transformation" insiste col dire che queste sono una faccenda di Persone, Organizzazione e poi di Tecnologia. Fare il percorso al contrario chiedendo a professionisti e processi di inseguire l'innovazione tecnologica è garanzia di

perdita dell'opportunità che ci si presenta. Ma c'è una condizione supplementare per il sud perché si pratichi davvero la "trasformazione": il Mezzogiorno può essere una "officina" per promuovere una riforma del sistema verso un "welfare di comunità", capace di attivare e valorizzare tutte le risorse ed energie della società civile (Comuni, Terzo Settore, Reti di prossimità e di mutuo aiuto, Associazioni dei cittadini, Imprese private) nell'ottica della sussidiarietà circolare in attuazione dell'articolo 118 della Costituzione. Dal Forum Mediterraneo possono dunque venire proposte, sollecitazioni, progetti per arricchire il confronto con le altre Regioni per mettere a disposizione del Governo e del Parlamento materiali utili per il sistema sanitario e sociale capace davvero di essere vicino ai bisogni dei cittadini. Il Forum sarà organizzato con un format totalmente innovativo, in coerenza con le disposizioni nazionali di distanziamento sociale in sicurezza: una presenza live in rappresentanza delle Regioni e delle Aziende Sanitarie del Sud e delle professioni sanitarie ed una piattaforma digitale che consentirà teleconferenze, webinar e collegamenti da remoto con la fruizione di crediti ECM.

www.forummediterraneosanita.it



Umanizzazione delle cure, innovazione tecnologica e internazionalizzazione:

Mons. Laddaga: il Miulli diventa Policlinico Universitario

Intervista a Mons. Domenico Laddaga, delegato del Vescovo Ricchiuti per la Direzione dell'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti.

L'emergenza Covid ha di fatto caratterizzato anche il recente periodo del Miulli, in che modo lo avete fronteggiato?

percorsi ed utilizzando le nostre stanze di degenza a pressione negativa, cioè in grado di consentire un isolamento assoluto dell'ambiente. Lo sforzo è stato decisamente imponente e devo ringraziare tutti coloro che hanno messo a disposizione le proprie competenze e la propria professionalità per un fine superiore: dai medici agli infermieri, dal personale amministrativo alle ditte esterne. Merito va anche dato alla collaborazione instaura-

Cosa è cambiato con l'arrivo della seconda ondata e quali differenti problematiche avete dovuto affrontare?

Per la seconda ondata abbiamo risposto alla richiesta della Regione, ma questa volta abbiamo dovuto fare tutto da soli, anche grazie all'esperienza pregressa e all'approccio multidisciplinare. Quest'ultimo si è rivelato vincente, soprattutto perché l'ospedale ha operato con eccezionale coordinazione e senso di fratellanza, affrontando con spirito positivo tutte le difficoltà che abbiamo incontrato.

Allo stesso tempo, nel lungo periodo di lotta al Covid, l'Ente ha comunque continuato a tenere aperte per l'utenza le prestazioni ordinarie e di urgenza, così da raggiungere il tetto di spese previsto ante Covid dagli accordi con la Regione. Questo significa che abbiamo dovuto lavorare di più e in condizioni critiche, ma i risultati positivi sono stati sia di carattere aziendale che umano.



Dal 9 marzo del 2020 l'Ospedale Miulli è sempre stato in prima linea nella lotta al Covid, un impegno che abbiamo affrontato con grande senso di responsabilità e che ci ha portati a convertire un intero settore della struttura per la cura degli infetti. Abbiamo dunque risposto prontamente e con abnegazione cristiana alla chiamata del presidente Michele Emiliano e del direttore generale Antonio Sanguedolce, dando vita ad una vera e propria "alleanza" a difesa della salute delle persone, riconfigurando i

ta con la Direzione Generale della Asl, che ha messo a disposizione sei medici con competenze inerenti alle malattie infettive.

Quella prima ondata ha messo in luce il forte senso di comunità del territorio e anche noi abbiamo beneficiato della grande generosità delle persone e delle aziende, che hanno effettuato donazioni di tutti i generi: da macchinari medici a beni di prima necessità, rendendo più "soportabile" un periodo tristemente complesso.

Il 2021 è stato anche un momento di cambiamento e di progressione fondamentale per il Miulli, che diventa ora Policlinico Universitario. Che benefici ci saranno per il territorio?

Con l'accreditamento del Ministro dell'Università e della Ricerca dall'anno accademico 2021/2022, relativo al nuovo Corso di Laurea Magistrale a Ciclo Unico in Medicina e Chirurgia, abbiamo completato un progetto iniziato circa

dieci anni fa e che segue il determinante protocollo di intesa tra la Regione Puglia, la Libera Università Mediterranea "Giuseppe Degennaro" e l'Ospedale Generale Regionale "F. Miulli". Abbiamo dunque cercato di dare risposta a un'esigenza d'innovazione largamente avvertita in campo sanitario e accresciuta a causa dell'emergenza epidemiologica da Covid. Con il nuovo Corso di Laurea, l'Ente Miulli diventa ancor più protagonista di un percorso multidisciplinare di carattere teorico, pratico e di ricerca, che troverà completa attuazione a partire dal 3° anno di avviamento. Il Miulli amplia di conseguenza anche il proprio ambito di attività, operando non più solo come ospedale classificato ma inserendosi nella categoria di Policlinico Universitario.

re le migliori intelligenze locali, ma anche di incoraggiare altre professionalità di alto livello ad operare nella nostra regione. La finalità è dunque quella di creare un circolo virtuoso per un miglioramento stabile della qualità assistenziale, che vada a favore della comunità e dei pazienti del territorio. Sarà quindi importante il coinvolgimento di tutti i medici, a cui verrà data la possibilità di collaborare al piano di formazione con ruoli anche di tutoraggio.

L'Ospedale ha sempre avuto grande attenzione per il rinnovamento tecnologico e ora si è anche dotato di due gamma camere e di un nuovissimo tomografo PET...

Esatto, le due gamme camere sono già

dell'immagine ed il migliore riferimento per il mapping anatomico. L'installazione del tomografo PET-CT digitale rappresenta un ulteriore tassello a completamento del percorso oncologico e neurologico che il Miulli vuole fornire ai suoi pazienti, poiché le elevate performance della PET integrata con TAC a 128 slice permettono l'esecuzione di qualsiasi tipologia di esame di diagnostica clinica e di ricerca, con particolare attenzione alla riduzione della dose di radiazione e dei tempi di esecuzione dell'esame.

Già da alcuni anni il Miulli dedica particolare attenzione alla medicina di genere e il progetto "Miulli in rosa" ha raccolto ottimi risultati, quali obiettivi state perseguendo?

L'interesse per la tutela della salute della donna è una tappa imprescindibile di un cammino di conoscenza e consapevolezza che coinvolge non solo gli aspetti medici, ma anche molteplici aspetti del quotidiano e del sociale, poiché stili di vita scorretti, fin dalla giovane età, possono comportare danni per la salute generale, sessuale e riproduttiva dell'individuo.

L'attenzione al mondo della fisiologia e della patologia al "femminile" rappresenta un grosso investimento per il nostro futuro. L'obiettivo primario è quello di migliorare lo stato di salute della popolazione, affinché i suoi indicatori costituiscano una misura della qualità e dell'efficacia dei servizi socio-sanitari che un ospedale voglia produrre.

È attraverso la donna, infatti, che passano le buone pratiche salutari, è lei che spesso guida le scelte sugli stili di vita della famiglia (health driver) e normalmente si dedica a chi le è vicino e ha bisogno di cure (care giver).



Un obiettivo importante, ottenuto in collaborazione con le altre strutture istituzionali e universitarie pugliesi, nazionali e internazionali e che serve agli operatori sanitari per alimentare la concreta possibilità di intraprendere una carriera sia di carattere accademico che assistenziale in Puglia.

Dunque si auspica un rientro dei cervelli in Puglia?

Avremo la possibilità di non far emigra-

re le migliori intelligenze locali, ma anche di incoraggiare altre professionalità di alto livello ad operare nella nostra regione. La finalità è dunque quella di creare un circolo virtuoso per un miglioramento stabile della qualità assistenziale, che vada a favore della comunità e dei pazienti del territorio. Sarà quindi importante il coinvolgimento di tutti i medici, a cui verrà data la possibilità di collaborare al piano di formazione con ruoli anche di tutoraggio.

L'Unità Operativa di Medicina Nucleare è dunque dotata di due gamma camere (SPECT) di ultima generazione, di cui la prima equipaggiata con i recentissimi collimatori IQ specifici per le indagini cardiologiche e la seconda integrata con la TAC per garantire la migliore qualità

Proprio per il nostro operato su questi temi, anche per il biennio 2020-2021 l'Ospedale Miulli ha ricevuto dalla Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere, 2 Bollini Rosa, il riconoscimento che Fondazione Onda attribuisce agli ospedali attenti alla salute femminile e che si distinguono per l'offerta di servizi dedicati alla prevenzione, diagnosi e cura delle principali malattie delle donne.

La pandemia è stata una grande prova per la Protezione Civile

Esperienza unica che ci ha fatto apprezzare il valore delle istituzioni

Speciale



Mario Lerario è il Responsabile della Protezione Civile della Regione Puglia. Da quando è scoppiata la pandemia, il presidente Emiliano lo ha nominato con suo decreto Responsabile dell'Unità di Crisi per la gestione dell'emergenza da Sars-cov-2.

E' sposato, ha meno di 50 anni, iscritto all'albo speciale dei dottori commercialisti. Laureato in Economia alla Sapienza di Roma, con una tesi sperimentale in organizzazione aziendale, sulla reingegnerizzazione dei processi amministrativi e sanitari presso il Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma, ha perfezionato gli studi prima con un Master in Gestione dei sistemi Sanitari a Pittsburgh, USA, e quindi all'Università Cattolica di Roma, con un dottorato di ricerca in economia e gestione dei sistemi sanitari; sembrava allora un segno del destino, che circa 20 anni dopo, si dovesse occupare proprio dell'emergenza pandemica e di assistenza sanitaria. Insieme alle altre componenti della Cabina di Regia, al Prof. Lopalco, al Dipartimento Salute e al Presidente Emiliano è stato tra gli artefici della realizzazione della Centrale per le Maxi emergenze presso la Fiera del Levante, costruita in 45 giorni, nel corso della seconda ondata, per mettere a sistema persone, tecnologie e conoscenze, collocando il modello di gestione dell'emergenza pugliese tra quelli più all'avanguardia d'Europa. Un miracolo pugliese che nessuno avrebbe mai potuto immaginare. Ci riceve nella sua stanza al secondo piano di Via Gentile da dove è possibile scrutare il mare e da dove è stata gestita la macchina organizzativa articolata e complessa, che ha fronteggiato con successo la pandemia. Ci mostra con orgoglio, le numerose certificazioni, che riempiono la parete del suo ufficio, per la realizzazione di una fabbrica pubblica per

assicurare la disponibilità di DPI a tutto il sistema sanitario pugliese, che è un riconoscimento del lavoro svolto sul campo, con tanti collaboratori, in questi ultimi diciotto mesi.

Dott. Lerario, è preoccupato per questa terza ondata?

“All’inizio della pandemia fu lanciato il motto: “andrà tutto bene”.

E subito ci siamo resi conto che era impor-

ca, con i numeri dei contagi in calo fino a metà luglio, assistiamo ad un lento rialzo del numero dei contagi. La terza ondata in realtà, mostra numeri che sono il risultato degli sforzi compiuti. È stato fatto un grande lavoro sia nelle misure di prevenzione e contrasto sia con le vaccinazioni. In questo momento la Regione Puglia riscuote i risultati degli sforzi effettuati. Bisogna continuare a mantenere le misure di precauzione e contrasto alla diffusione perché quello che ci attende sarà diverso

da quanto abbiamo vissuto finora, le prospettive sembrano essere di buon auspicio, ma non è ancora il tempo di abbassare la guardia. Sono stati allestiti posti letto dedicati per intensità di assistenza, è disponibile la tecnologia necessaria, i laboratori dispongono di tecnologia utile per l'effettuazione della diagnosi, anche differenziale, sono correntemente fruibili i dispositivi di protezione individuale, che nella prima fase erano praticamente introvabili, se non all'estero. Con grande sforzo e disponibilità di tutti è stato messo in campo un dispositivo in grado di affrontare le evoluzioni anche future e siamo pronti ad utilizzarlo. Tutto questo aiuta a meglio gestire situazioni, nel caso di necessità future. Intanto alle porte c'è la stagione delle malattie influenzali e fra fine autunno



tante predisporre un dispositivo di contrasto per la diffusione del virus, ed insieme a tutti gli attori studiare le determinanti in continua evoluzione, esaminando le esperienze nazionali e degli altri Paesi per valutare scenari alternativi, funzionali ad assumere decisioni. Perché gli scenari sono stati in continuo cambiamento, ed occorreva adeguare le strategie e le modalità operative ad ogni livello. In questo momento, venuti fuori dalla seconda ondata pandemi-

ed inverno si attende la periodica influenza stagionale: questo comporterà qualche difficoltà, atteso che i primi sintomi sono simili a quelli del covid-19. Si è lavorato molto sulla differenziazione dei percorsi, sull'allestimento delle strutture, sulla sicurezza degli operatori sanitari, sulle vaccinazioni. L'obiettivo che abbiamo avuto sempre in mente è stato quello di mettere in campo misure per contrastare la pandemia e aiutare la ripresa delle attività sociali, econo-

niche ed ordinarie”.

Il Covid come ci ha cambiati?

“Ci siamo scoperti più vulnerabili di quanto avessimo potuto immaginare, in una dimensione di paura collettiva, circostanza che ci aiuta a riflettere nell’ottica delle situazioni future. Il Covid ha cambiato forse in modo indelebile la nostra vita, non solo nelle nostre abitudini: abbiamo corso il rischio di perdere intere classi d’età, e le misure restrittive hanno determinato limitazioni significative alle libertà personali.

Grazie alle misure adottate, siamo stati in grado di salvaguardare i nonni, i genitori, ed il numero dei decessi è stato complessivamente contenuto. Molte attività economiche sono risultate in difficoltà, ed occorre ripensare al modo di concepire il lavoro in tanti ambiti. Sotto il profilo sanitario quello che in qualche modo il Covid ci ha aiutati a comprendere e che c’è bisogno di rafforzare il sistema di monitoraggio e prevenzione: le malattie infettive, come ci

insegna la storia, sono ricorrenti con ritorni anche lunghi e del tutto inattesi. L’esposizione al COVID ci ha consentito di focalizzare l’attenzione sul sistema sanitario e di protezione civile, ponendo in campo strumenti ed affinando riflessioni utili a migliorare la risposta del sistema pubblico, adeguano gli standard di sicurezza. La gestione dell’emergenza richiede per il futuro il mantenimento e l’implementazione di strutture e sistemi per monitorare i rischi e fronteggiare gli stessi. Oltre il Covid esistono tanti altri vettori di rischio che, come “rinoceronti grigi”, sono

conosciuti ed oggetto di studio, e al pari dei coronavirus possono diventare particolarmente problematici senza preavviso alcuno. E tuttavia, chi avrebbe mai potuto pensare prima di gennaio 2020 che le “mascherine” potessero essere così importanti per la sicurezza degli operatori e della popolazione? Prima della pandemia il consumo medio per dipendente era di 4 mascherine all’anno. Oggi il consumo standard è di 3 mascherine al giorno per dipendente. Ma servono anche i guanti, le tute, i calzari, le cuffie. Nei momenti di bisogno più intenso ci si è resi conto che solo uniti era possibile superare ostacoli insormontabili, e la collaborazione è stata tanta, ad ogni livello”.

Avete elaborato una campionatura sulla identità degli oltre 4mila pugliesi affetti da Covid-19? Chi sono i nuovi contagiati?

“La Cabina di Regia ed il Dipartimento Salute studiano quotidianamente l’andamento dei contagi ed è monitorato quotidianamente l’andamento dei ricoveri ed il relativo decorso. I nuovi contagiati sono prevalentemente minori per i quali non è previsto il ciclo vaccinale, giovani che ancora non hanno provveduto o comunque soggetti di età più avanzata che non si sono ancora vaccinate. Ci sono, come ci aspettavamo, anche casi tra soggetti che risultavano già vaccinati ma soprattutto nei grandi anziani e nei soggetti con malattie importanti. I dati epidemiologici confermano che anche in questi la malattia ha un decorso generalmente migliore con maggiori probabilità di rapida guarigione. Nei reparti di terapia intensiva è, comunque, “forte” la riduzione del rischio di infezione da virus SARS-Cov-2 nelle persone completamente vaccinate rispetto a quelle non

“Bella domanda! La Protezione Civile oltre alla fase cruciale di gestione delle emergenze, si occupa di monitoraggio, di allertamento, di pianificazione, di coordinamento degli attori e logistica emergenziale, di messa in sicurezza per il ritorno all’ordinarietà. Nel caso della Pandemia la Protezione Civile è stata chiamata in relazione all’assoluta straordinarietà degli eventi per sostenere il sistema sanitario, per aiutarlo a superare ostacoli che con gli strumenti ordinari non si sarebbe potuto fronteggiare. La Pandemia è stata ed è un’emergenza sanitaria, e la Protezione Civile si è affiancata per consentire al sistema sanitario di recuperare la propria funzionalità messa a dura prova dalla pandemia, e per adeguare quanto necessario ad ogni livello. Basti pensare ai DPI, per ottenere i quali è stato attivato un ponte aereo con i Paesi produttori in un momento nel quale i trasporti erano bloccati, alle attrezzature di laboratorio ed ai reagenti per i tamponi diagnostici, al personale per il contact tracing, all’assistenza alla

popolazione in quarantena obbligatoria, alla realizzazione di piastre di terapia intensiva in adiacenza delle strutture ospedaliere, alla realizzazione della centrale per le maxi emergenze, alla fabbrica dei DPI, all’allestimento dei Centri Vaccinali ecc. C’è una tradizione importante di Protezione Civile in Puglia che viene da una storia, che negli ultimi due anni è cresciuta per sostenere il settore sanitario, ma che aveva già un’esperienza riconosciuta a livello nazionale sui settori dell’antincen-

dio boschivo, sul dissesto idrogeologico, in tema di assistenza alla popolazione anche di altre regioni e di altre nazioni. Certo gestire incendi boschivi, sismi, alluvioni, costruire accampamenti per extracomunitari, o anche lo spiaggiamento della nave Efe Murat sul lungomare di Bari è cosa ben diversa da quello che abbiamo vissuto nel corso degli ultimi due anni. Posso dire che i collaboratori della protezione civile, i componenti dell’Unità di Crisi, gli oltre 5000 volontari impegnati nel corso dell’emergenza sono persone di gran cuore, laddove c’era un’esigenza di supporto, si è cercato di dare una risposta. Quella della pandemia è stata una grande prova per la Protezione



vaccinate: 77% per la diagnosi, 93% per l’ospedalizzazione, 96% per i ricoveri in terapia intensiva e per i decessi. E’ questo il dato aggiornato all’8 settembre sulla protezione e l’efficacia vaccinale pubblicato nell’ultimo report esteso dell’Istituto Superiore di Sanità. La Puglia è in linea con le migliori performance essendo la regione che ha la migliore copertura nazionale degli over 50 e cioè delle categorie maggiormente a rischio.”.

Da Dirigente della Protezione civile si aspettava che un giorno avrebbe gestito una situazione così complessa, di emergenza così significativa, di pandemia così virulente?

Civile regionale che ora è organizzata per gestire anche questo tipo di emergenze, sia a livello regionale, che nei territori vicini. Con la CROSS, la centrale remota per il soccorso sanitario, sono stati organizzati spostamenti di pazienti da altre regioni e da altre nazioni verso la Puglia e viceversa in relazione al bisogno. Un ruolo di primo piano nell'ambito dell'Unità di Crisi è stato svolto dai componenti che, in modo interdisciplinare, con il rispetto delle diverse competenze, si sono resi disponibili per analizzare le evoluzioni di scenario e per trovare il modo cambiare ed attuare strategia mettendo insieme tutte le componenti.

In tal senso la Protezione Civile non si è mai sostituita alle strutture ordinarie, è intervenuta in relazione alla straordinarietà, per superare ostacoli non gestibili con strumenti ordinari. Voglio ringraziare

esempi sono tanti, basti pensare al decreto rilancio ed al piano di rafforzamento dei posti letto di terapia intensiva. Con gli strumenti ordinari si è impiegato oltre un anno per avviare e portare a completamento gli interventi. Mentre nello scorso anno nel mese di settembre, ci siamo resi conto che era necessario cambiare la strategia, che non si poteva più attendere. Nei primi giorni ottobre abbiamo visto file di ambulanze perché a causa dell'incremento dei casi il sistema del 118, i pronti soccorso, manifestavano criticità evidenti. L'attività di Protezione Civile è stata quella di progettare e realizzare piastre di terapia intensiva con scadenze brucianti. Obiettivi che non potevano essere raggiunti in altro modo. I risultati raggiunti sono stati il frutto di uno sforzo collaborativo che viene dall'interazione della Protezione Civile con il

una situazione di obblighi legati al Piano di Rientro poi Piano Operativo non dovuto per mancato rispetto dei Lea, non per deficit eccessivo, ma per mancato rispetto del Patto di Stabilità. Se guardiamo al passato, osserviamo delle norme che in qualche modo hanno imposto contrazioni al Sistema sanitario regionale e molto spesso, le difficoltà che sono state riscontrate, erano proprio quelle di avere risorse inferiori a quelle strettamente necessarie. Mancava di tutto. Mancava il personale sanitario, mancavano i posti letto, mancava la tecnologia, ci siamo resi conto che "la tempesta perfetta" annunciata dal saggio del Prof. Ricciardi di qualche anno prima, forse non era solo un appello nostalgico".

Invece quale è stato uno dei punti di forza?



"Questa emergenza ha aperto un velo per guardare con un certo distacco al futuro della sanità, che è il futuro del Sistema socio sanitario pugliese. E l'esperienza vissuta negli ultimi 18 mesi è stata molto importante per poter toccare con mano i bisogni del Sistema salute e di Welfare, per guardare oltre gli aspetti contabili e finanziari, e portare al centro dell'attenzione il valore per la comunità presente e futura. Sono venute fuori le energie migliori, ed è emersa la determinazione per collaborare, per superare ostacoli prima ritenuti insormontabili. Il Covid, richiamando la metafora della società liquida descritta da Bauman, ci ha fatto apprezzare il valore delle istituzioni, che a causa della crisi sociale preesistente sembravano essere affievolite. È stato grazie alle istituzioni, nelle sue diverse componenti, dalle Prefetture a tutte le Forze dell'Ordine, alle ASL, alla Protezione civile, ai Comuni, dalla Conferenza Stato-Regioni, ai Ministeri, che è stato possibile affrontare le criticità che sono emerse di volta in volta. Nel corso dell'emergenza, grazie al rinnovato ruolo delle articolazioni istituzionali sono state conseguite sinergie sia con riferimento ad aspetti strategici che operativi, per cui è stato possibile raggiungere risultati che ordinariamente avrebbero richiesto anni, in pochi mesi: questo patrimonio di collaborazione può indubbiamente essere valorizzato pensando al futuro

re il Presidente Emiliano che come Capo della Protezione civile e Governatore ha avuto una grande intuizione e lucidità nel formare e mettere insieme una squadra con diverse professionalità, da anestesisti rianimatori, a medici del lavoro, a tecnici della prevenzione, ad ingegneri, a giornalisti, a semplici funzionari, e persino a semplici collaboratori. È stata una esperienza unica e ci ha dato la possibilità di studiare quelli che erano gli scenari e con i cambiamenti di scenari, intraprendere le relative misure. Questo è avvenuto più volte. Gli

Dipartimento Salute, le Aziende Sanitarie, l'Asset, il mondo dell'associazionismo e del volontariato, il Welfare. Proprio in questi giorni si sta completando il progetto per la centrale regionale per le maxi emergenze e, rileggere a distanza di tempo quello che è stato fatto in un arco di tempo così breve, desta non poca emozione".

Quale è stato e se c'è stato un punto di debolezza?

"Ricordo che la Regione Puglia esce da

La sfida cruciale ora riguarda l'utilizzo del PNRR per rendere strutturali i cambiamenti necessari ad adeguare i sistemi socio economici alle nuove sfide emergenti."

La Centrale per le Maxi emergenze è stata realizzata alla Fiera del Levante. È stata una scelta oculata, appropriata?

“La differenza nel numero di casi fra la prima ondata e la seconda in termini di contagi per la popolazione pugliese è stata assai considerevole, con una curva che non accennava ad appiattirsi nonostante le misure restrittive. Questo, insieme alle criticità vissute dai sistemi sanitari regionali delle regioni del nord nella prima fase ha portato a decidere la realizzazione di una struttura in grado di meglio valorizzare il personale disponibile, a puntare verso la standardizzazione dell’attività di cura, e soprattutto ad adeguare il numero di posti letto e di tecnologie rispetto al fabbisogno atteso, in condizioni di elevata sicurezza per gli operatori e per l’utenza. Se queste erano le condizioni all’atto della maturazione delle scelte, a distanza di tempo quello che abbiamo visto è che la struttura per le maxi-emergenze presso la fiera del levante ha centrato appieno gli obiettivi prefissati. La struttura è stata utilizzata al pieno delle potenzialità, evitando che il trabocco del numero dei casi concomitanti potesse determinare il collasso del sistema sanitario come accaduto in altre regioni in condizioni analoghe. È stata una scelta meritoria perché la struttura ci ha consentito di salvare molte vite umane, ma anche di alleggerire le altre strutture sanitarie che erano in sofferenza. Quello che è stato realizzato nei padiglioni della Fiera del Levante, è un’esperienza che lascia intravedere quello che sarà il futuro, con strutture modulari facilmente allestibili e intercambiabili.

Se noi osserviamo la storia dell’edilizia sanitaria, a partire dai primi del Novecento, fino al progetto di ospedale modello di Renzo Piano, ci rendiamo conto che la quasi totalità di queste strutture non era assolutamente in grado di fronteggiare la pandemia Covid. Gli ospedali a padiglione vennero ritenuti superati con l’introduzione degli antibiotici, mentre l’ospedale modello di Renzo Piano, caratterizzato dall’inclusività della struttura rispetto al contesto sociale e commerciale, a causa della contagiosità della malattia difficilmente sarebbe stato in grado di assicurare livelli di sicurezza apprezzabili con percorsi differenziati.

La struttura per le Maxi emergenze della Puglia è una struttura unica nel suo genere, non solo in Italia ma anche in Europa. È stata realizzata studiando quelle che sono le esperienze a livello internazionale e

nazionale. Non dobbiamo dimenticare che questa è una malattia infettiva altamente contagiosa. Se guardiamo ai risultati perseguiti, una struttura del genere, ha raggiunto obiettivi non scontati.

Noi non solo l’abbiamo realizzata, l’abbiamo anche allestita, ed in collaborazione con il Policlinico di Bari abbiamo fatto in modo che potesse accogliere il personale ed i pazienti. Non è stato fatto in anni, è stato costruito in 45 giorni, e se avessimo avuto qualche anno probabilmente non saremmo riusciti a costruirla. Perché la realizzazione di una struttura così complessa richiede dai tre ai 5 anni, salvo complicanze. C’è stato un grande coinvolgimento con oltre 40 ditte che hanno lavorato, e circa 300 operai, che quotidianamente si sono avvicendati. Il quantitativo di materiale utilizzato per la struttura, non è un quantitativo correntemente disponibile. Anche chi ha reso disponibile quel materiale lo ha fatto, per contribuire, alla realizzazione, di un presidio che doveva essere destinato alla salvaguardia del Sistema sanitario regionale e non solo. La struttura per la Maxi emergenza diventa il fulcro di quello che è in qualche modo si rende necessario mettere in campo per essere preparati al futuro. Perché così come è stato registrato lo spillover del coronavirus da una specie animale verso l’uomo, in natura di virus ne esistono a milioni, ed altri passaggi non sono esclusi. Avevamo dimenticato cosa fosse una pandemia. Se andiamo a consultare libri di storia o di epidemiologia, sono perfettamente raccontati. C’è una certa ciclicità ed occorre presidiare ed essere pronti e attrezzati, per questo genere di virus. I risultati che sono stati ottenuti non erano scontati. C’è bisogno che lo Stato valorizzi queste strutture per metterle a disposizione a garanzia della sicurezza nazionale. Vorrei precisare che come pugliesi c’è da sentirsi orgogliosi di aver realizzato una efficientissima struttura di Maxi Emergenza e sottolineare che non lo ha fatto Mario Lerario, ma è stato realizzato da maestranze pugliesi, che mentre la gran parte dei cantieri era chiuso, mentre c’era il lockdown, mentre tutti erano al sicuro, ha deciso di mettersi in gioco per dare una speranza a chi poi lo ha utilizzato. Se ritorno con la mente ai momenti in cui è stata presa la decisione di realizzare questa struttura, direi sulla carta, in fase progettuale, non era per nulla scontato che si potesse realizzare un piccolo gioiello della sanità dell’emergenza”.

A livello umano e personale cosa le resta di questa esperienza?

“Di questa emergenza resteranno le tante esperienze vissute, che la patina del tempo renderà dei ricordi da raccontare. Numerose sono state le interazioni seguite agli appelli formulati dal Presidente Emiliano, e tanti sono stati i rapporti istituzionali ed i contatti in Italia ed all’estero, con numerosi Paesi in diverse parti del mondo, dal Nord America, alla Russia, ad Israele, alla Turchia, alla Cina, alla Spagna, a Dubai, alla Svizzera e molto. Numerose sono state le richieste di supporto, ed altrettante sono state le disponibilità e le manifestazioni di sostegno. A livello personale resta la gratitudine per la fiducia accordata, e la riconoscenza per la proficua collaborazione ricevuta. È stata un’esperienza di attenzione alla persona, di grande solidarietà, che alle volte ha visto anche tratti dialettici, ma che ha raccolto incoraggiamento e collaborazione da parte di tanti per il servizio alla comunità. Gli insegnamenti sono arrivati da tante persone. Sono venuti dai volontari, che hanno prestato liberamente la loro attività, per evitare che gli anziani rimanessero chiusi dentro casa senza i viveri di prima necessità, senza i farmaci, sono venuti dai medici ed operatori sanitari che in prima linea si sono impegnati con grande generosità. Sono venuti anche da imprese che hanno reso disponibile con generosità quello che poteva essere necessario in ciascuno dei 258 Comuni della Puglia. Un senso di condivisione globale, nella consapevolezza di essere tutti nella stessa barca. Gli episodi che meriterebbero di essere raccontati sono tanti, e forse un giorno troveremo il tempo per farlo, mentre ora l’emergenza è ancora in corso. Quando lavori per un’istituzione, quando lavori per una comunità, poi la stessa comunità è in grado di sorprenderti per disponibilità e amore per il prossimo e per come ostacoli, pensati insormontabili, possano essere superati, non in relazione ad un interesse individuale ma di comunità.

I miei collaboratori nella prima fase li ho visti particolarmente cauti rispetto a tante situazioni ma poi li ho visti acquisire coraggio e fare delle cose che non avrebbero mai pensato di fare, in un tempo così dimensionato. Vale per la Protezione Civile, ma vale anche per il Provveditorato, che è l’altra struttura che si è fusa con la prima, per dare corpo a tutte le attività che abbiamo messo in campo”.

Pandemia e vaccinazione

Un trattamento sanitario può essere reso obbligatorio per legge

di Antonio Delvino

Esperto in
 Management Sanitario

Non esiste alcun dubbio sulla perfetta coerenza dell'eventuale obbligo vaccinale con la Costituzione italiana. Alcuni

come nel secondo comma è precisato che un trattamento sanitario **può** essere reso obbligatorio per legge.

Qualora non bastasse si può far ricorso ad una sentenza della Corte costituzionale, firmata dal giudice Marta Cartabia, (sentenza n. 5 del 2018), in cui ritroviamo un interessante e colto excursus

sull'obbligo per dieci vaccinazioni, sei delle quali fino ad allora solo raccomandate.

“Occorre anzitutto osservare -si legge nel dispositivo- che la giurisprudenza di questa Corte in materia di vaccinazioni è salda nell'affermare che l'articolo



opinionisti hanno invocato l'articolo 32 della Costituzione come una norma che vieterebbe l'obbligatorietà della vaccinazione anti -Covid 19 in Italia; tale articolo recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana."

Una lettura libera da pregiudizi e condizionamenti permette a tutti di rilevare

l'assenza di un obbligo vaccinale in Italia; cito un breve stralcio: "Il legislatore può scegliere le modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive, potendo egli selezionare talora la tecnica della raccomandazione, talaltra quella dell'obbligo, nonché, nel secondo caso, calibrare variamente le misure, anche sanzionatorie, volte a garantire l'effettività dell'obbligo". Parole dell'attuale ministra della Giustizia, messe nero su bianco quando si meritava il prestigioso incarico svolgendo il compito di giudice costituzionale; per effetto di tale sentenza fu respinto dalla suprema Corte il ricorso della Regione Veneto contro il decreto legge 7 giugno 2017 numero 73, che introdu-

ceva l'obbligo per dieci vaccinazioni, sei delle quali fino ad allora solo raccomandate. 32 Costituzione postula il necessario contemperamento del diritto alla salute del singolo (anche nel suo contenuto di libertà di cura) con il coesistente e reciproco diritto degli altri e con l'interesse della collettività".

E ancora "In particolare, questa Corte ha precisato che la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'articolo 32 Costituzione, se il trattamento è diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri; se si prevede che esso non incida negativamente sullo stato di salute di colui che è obbligato, salvo che per quelle sole

conseguenze che appaiano normali e, pertanto, tollerabili; e se, nell'ipotesi di danno ulteriore, sia prevista comunque la corresponsione di una equa indennità in favore del danneggiato, e ciò a prescindere dalla parallela tutela risarcitoria (sentenze n. 258 del 1994 e n. 307 del 1990)".

"Dunque, i valori costituzionali coinvolti nella problematica delle vaccinazioni sono molteplici e il loro contemporaneo lascia spazio alla discrezionalità del legislatore nella scelta delle modalità attraverso le quali assicurare una prevenzione efficace dalle malattie infettive; "questa discrezionalità -si legge ancora nella sentenza- deve essere esercitata alla luce delle diverse condizioni sanitarie ed epidemiologiche, accertate dalle autorità preposte (sentenza n. 268 del 2017), e delle acquisizioni, sempre in evoluzione, della ricerca medica, che debbono guidare il legislatore nell'esercizio delle sue scelte in".

Tale concetto è stato ripreso recentemente dal giurista Mauro Barberis che ha espresso la seguente opinione: "Da giurista posso dire che la libertà ovviamente c'entra, ma bilanciandola con altri valori, che qui sono la salute e la vita, nientedimeno. Mattarella ha fatto benissimo a tirare le orecchie a quanti si riempiono la bocca con la parola libertà fuori contesto: quelli che quando si parlava di terrorismo erano per la sicurezza senza se e senza ma e si riscoprono paladini della libertà quando devono esibire un green pass. Stiamo solo vivendo un'emergenza, benché duri da quasi due anni. Ma la Corte Costituzionale ha ribadito che limiti alla libertà di circolazione sono perfettamente legittimi, purché durino finché dura l'emergenza, e siano proporzionati con l'obiettivo di tornare alla normalità.

D'altra parte, tra obbligo e semplici misure di convincimento non ci sono dubbi sulla maggiore efficacia del primo e anche qui la storia può esserci di aiuto. Lasciando una parte, seppur limitata e minore, della popolazione scoperta dalla copertura vaccinale, oltre al rischio al quale andrebbero incontro i soggetti non immunizzati, lasceremmo terreno fertile al virus per proseguire nella sua sopravvivenza, mutare, continuare a circolare e prima o poi dare luogo a varianti pe-

ricolose I vaccini per il Sars-CoV-2 hanno avuto una prova sul campo, di «real life» come si dice tecnicamente, che mai in passato ha avuto nessun vaccino nella storia della medicina, ad oggi oltre 5 miliardi e mezzo di persone sono state immunizzate e ormai conosciamo bene i rari e circoscritti effetti collaterali."

Il dibattito non sarebbe neanche nato se non ci fossero tanti Italiani, troppi, non disposti ad affrontare i rischi derivanti da una procedura medica fatta non per combattere uno stato di malattia, ma per prevenire il contagio e soprattutto la diffusione dell'epidemia. Sono scelte che meritano rispetto e che impongono particolare attenzione nella fase di valutazione della decisione da assumere.

A mio parere molto meno rispetto meritano le esigenze espresse da alcuni esponenti politici di aumentare il consenso elettorale in una situazione di pandemia in cui l'obiettivo assolutamente prioritario **deve** essere quello di limitare il contagio ed i morti e di eradicare il virus nel più breve tempo possibile.

E' così chiarito che il legislatore può rendere obbligatoria la vaccinazione anti-Covid, ma che, prima di adottare tale norma, ha l'obbligo di "bilanciare" i potenziali attesi vantaggi derivanti da tale decisione con i rischi per la salute del singolo e con la limitazione della libertà imposta ai cittadini contrari alla vaccinazione. Conviene sottolineare che anche il **tempo** va considerato come una variabile essenziale da tener in debito conto.

Ma come si effettua il bilanciamento richiesto obbligatoriamente dalla sentenza Cartabia, oltre che dal buon senso?

Ritengo che due azioni, di cui purtroppo non abbiamo ancora notizia, siano indispensabili e preliminari.

La **prima** e più importante è analizzare con grande serietà gli effetti collaterali derivanti dalle vaccinazioni, stabilendo con ragionevole certezza il rapporto di causa-effetto e descrivendo, su un canale governativo ufficiale, l'entità, la durata e le caratteristiche del sintomo indotto dalla vaccinazione; in tale azione informativa va dato il giusto peso ad alcuni sintomi insignificanti, quale la dolenzia al braccio, considerata la durezza della

battaglia che si sta conducendo contro il virus.

Ricordo una fondamentale osservazione di Northcote Parkinson "Il vuoto creato dal fallimento nella comunicazione sarà presto colmato da pettegolezzi, travisamenti, assurdità e veleno".

In effetti la mancanza di tale canale informativo rigorosamente controllato ha favorito i titoli a sensazioni di giornalisti privi di scrupoli ed il dibattito incontrollato sui social dove ogni affermazione ha un suo seguito anche se completamente priva di fondamento. Viviamo in un'epoca in cui ancora qualcuno paventa il rapporto tra vaccinazioni obbligatorie ed autismo, nonostante non esista alcuna evidenza scientifica. In tale ottica andrebbero puniti, per procurato allarme, tutti coloro che diffondono notizie false senza chiarire che si tratta di proprie, pur rispettabili, opinioni.

La **seconda** iniziativa non può che essere rivolta alle case farmaceutiche produttrici di vaccini perché, superata la fase dell'assoluta emergenza, lavorino costantemente per rendere il vaccino sempre più sicuro e tendenzialmente privo di effetti collaterali; vale la considerazione che se qualche rischio in più si poteva correre pur di avere la disponibilità dei vaccini nel più breve tempo possibile, in questa fase va proprio privilegiato, soprattutto nella scelta del vaccino da somministrare a cura del SSN, quello che presenta meno rischi di complicità significative.

Peraltro alcuni sintomi potrebbero essere prevenuti selezionando le popolazioni a rischio (e conseguentemente usando vaccini a diverso meccanismo d'azione) o utilizzando, nelle ore precedenti l'inoculazione, farmaci miranti a minimizzare il rischio.

Concludo ricordando, con Virgilio, che "sed fugit interea, fugit irreparabile tempus" e che ogni ulteriore ritardo nell'assumere i provvedimenti più adeguati comporta morti e sofferenza, oltre che vistosi danni alla nostra convivenza sociale, sia per quel che riguarda gli aspetti economici che più in generale la qualità della nostra vita.

Epidemie e pandemie hanno influenzato il percorso dell'umanità

Storie curiose di vaccini, due guerre private contro Hitler

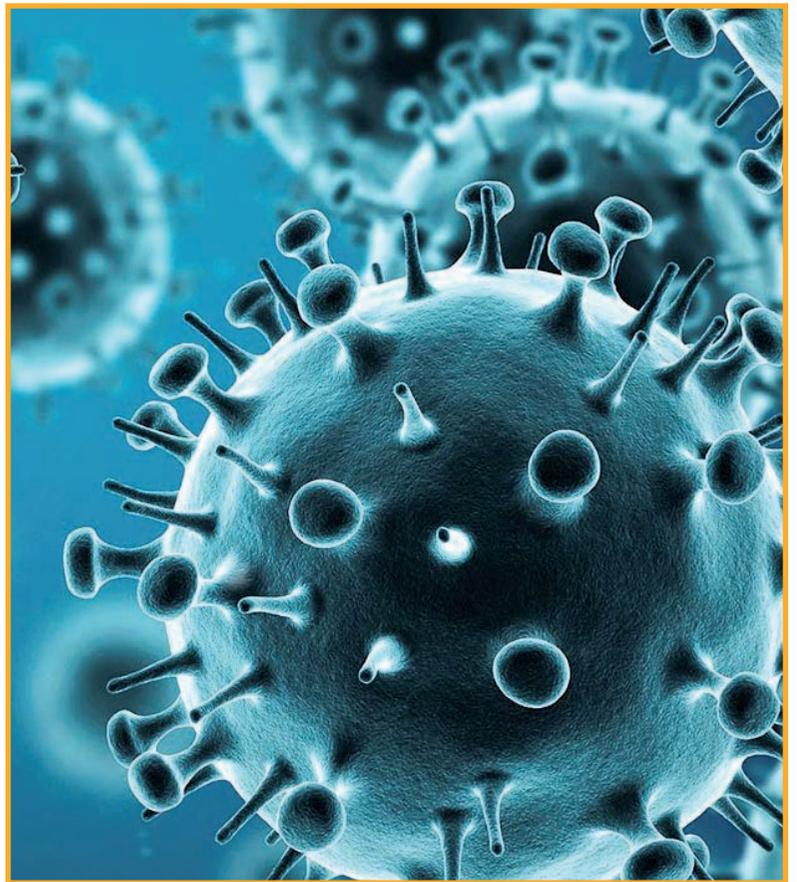
di Giuseppe Miragliotta

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

Epidemie e pandemie hanno influenzato il percorso dell'umanità e la loro storia si è spesso identificata con la storia dei vaccini per prevenirle. Ne troviamo traccia nelle opere di scrittori, pittori, scultori. La statua di Giulio Monteverde nella Galleria di arte moderna di Ge-

disperse nel tempo, magari per la morte di chi sapeva e ricordava. Merita di essere ricordata una storia di grande eroismo umano oltre che scientifico, in uno scenario tragico quale fu quello dei paesi occupati dai nazisti durante la seconda guerra mondiale. **Una storia di vaccini ma di grande umanità.** In previsione dell'attacco all'Unione Sovietica che sarebbe iniziata il 22 giugno 1941, lo stato maggiore delle armate di Hitler era ossessionato dalla paura del **tifo petecchiale**, malattia mortale facil-

in trincea. Per estirpare definitivamente gli Ebrei dall'Europa i nazisti utilizzarono questo problema sanitario per indurre i tedeschi a comportarsi in un certo modo. **Un manifesto della propaganda antisemita asseriva l'equazione "ebreo-pidocchio-tifo"**. Che il tifo fosse una malattia ebraica era a parere dei nazisti una certezza che imponeva il tener chiusi gli ebrei nei ghetti. Qui venivano "sigillate" migliaia di persone private di accesso al cibo e a cure mediche. Nel ghetto di Varsavia le strade erano così



nova, raffigurante Edoardo Jenner che vaccina un bambino contro il vaiolo, è un bell'esempio di arte celebrativa di una scoperta che avrebbe portato alla eradicazione del vaiolo. Interessante poi che all'epoca di Jenner nulla si sapeva dei virus, neppure della loro esistenza. Molte storie di queste lotte non sono mai state raccontate, sono rimaste frammentate in pagine sparse e successivamente

mente trasmissibile, dovuta al batterio *Rickettsia prowazeki* e trasmessa dai pidocchi. I nazisti non volevano rischiare di fare la stessa fine delle armate di Napoleone, sconfitto nella campagna di Russia dall'epidemia di tifo. All'epoca, negli anni '40, "tifo" significava pidocchio e morte certa, soprattutto per la gente povera ammassata nei quartieri più degradati delle città e per i soldati

gremite che semplicemente urtando qualcuno ci si poteva prendere i pidocchi. I nazisti erano a conoscenza che in Polonia, nella città di Leopoli, esisteva il laboratorio più avanzato dell'epoca nella ricerca sul tifo. **Qui il dottor Rudolf Weigl aveva lavorato intensamente alla preparazione di un vaccino efficace.** Qualcosa di incredibile agli occhi di un osservatore moderno. Partendo dalle

uova deposte dai pidocchi in una capsula di Petri, **dopo adeguata incubazione, si raccoglievano le larve.** Per essere nutrite queste venivano sistemate in piccole "gabbiette" col fondo bucherellato che erano applicate sulle gambe di soggetti volontari, i cosiddetti "alimentatori", affinché ne succhiassero il sangue. **Essere alimentatori era un privilegio perché si otteneva qualche razione alimentare in più...** Questo avveniva per 12 giorni di seguito, 45 minuti al giorno! Una persona riusciva a nutrire 25.000 pidocchi al mese, dalla schiusa delle uova alla maturità. Nel retto dei pidocchi così nutriti **veniva iniettata Rickettsia prowazekii prima che essi riprendessero a succhiare per 5 giorni il sangue degli alimentatori.** Quando la popolazione di rickettsie raggiungeva i 10 milioni per cellula intestinale del pidocchio, l'intestino veniva asportato, trattato con una

rimentazioni vaccinali", servirono per orfani, combattenti della resistenza, docenti del seminario cattolico di Leopoli.

Il vaccino per la Wehrmacht era preparato invece da un numero ben inferiore di pidocchi e quindi era inefficace come dimostrava la mortalità che colpiva le truppe tedesche, senza che i nazisti ne capissero la causa. Con il dottor Weigl lavorava un geniale immunologo ebreo, il dottor **Ludwik Fleck**, il quale osservò che l'urina dei pazienti con il tifo petecchiale conteneva gli antigeni di Rickettsia prowazekii che il sistema immunitario sapeva riconoscere. Su questa base, nei primi mesi del 1942, **avviò la ricerca di un vaccino nell'ospedale di Leopoli. La notizia giunse alla Gestapo che devastò l'ospedale, assassinando medici e pazienti e deportando il dottor Fleck ad Auschwitz e poi a Buchenwald, nel**

Produce anche sei litri di vaccino "buono" col quale immunizzò con successo i prigionieri del lager di Buchenwald. L'inganno non trapelò mai e così furono salvate alcune migliaia di ebrei.

Pensando oggi a questi scienziati, alla loro forza d'animo, alla loro capacità di mantenersi lucidi mentre ogni valore umano intorno a loro si annullava e ai loro vaccini, strumenti formidabili di una guerra privata contro Hitler, ci si commuove ma ci si rattrista anche, e molto, sapendo che i due, sopravvissuti all'orrore del lager, furono oppressi dall'accusa ingiusta di collaborazionismo con i nazisti.

Fino alle loro morti, nel 1957 Weigl e nel 1961 Fleck. A Leopoli, fino a qualche anno fa, nessun ricordo dei due, né una strada, né una piazza, niente, come per-



soluzione fenolica per uccidere il batterio e triturato. **L'intruglio ottenuto era il vaccino!** Per essere efficace una dose di vaccino doveva essere ricavata da 1.600 pidocchi. Così venivano preparate le dosi vaccinali trasferite alla resistenza polacca ed ebraica. Si calcola che furono inviate clandestinamente 30.000 dosi al ghetto di Varsavia mentre 8.000 dosi, ufficialmente denominate "spe-

famoso Blocco 50. Qui, pena la morte immediata, fu imposto a Fleck di produrre il suo vaccino. Fleck ne produsse 600 litri sufficienti per 200.000 persone, tutti somministrati alle SS dei campi di concentramento e alle truppe combattenti.

Ma il vaccino era scadente e non efficace e così Fleck si beffò dei nazisti.

sonalmente constatato da chi scrive. Nel 2003 però Rudolf Weigl è stato riconosciuto Giusto fra le Nazioni dallo Stato di Israele, come Oskar Schindler e Giorgio Perlasca che, rischiando la propria, riuscirono a salvare la vita di migliaia di ebrei. **A loro sono stati dedicati due film eccezionali, "Schindler's list" con Liam Neeson e "Perlasca, un eroe italiano" con Luca Zingaretti.**

Dopo l'emergenza pandemica

La sfida per governare i nuovi processi per le migliori opportunità

di Rosanna Lacapra

Consulente del Lavoro

La sfida della Regione Puglia sarà aiutare le aziende ad affrontare la nuova normalità dettata dalla pandemia.

L'emergenza Coronavirus ha avuto un enorme impatto su tante realtà del mezzogiorno. La sopravvivenza di alcune aziende è stata messa a rischio da un forte calo della domanda con conseguente riduzione di posti di lavoro.

Molte società sono riuscite ad andare avanti adeguandosi al nuovo contesto determinato dalla diversificazione della domanda e dalla comprensione del virus. L'equilibrio tra la continuità aziendale, la salute e le esigenze dei dipendenti è stata la strategia per la ripresa del lavoro. Tra le sfide più importanti per i datori di lavoro c'è sicuramente quella di garantire la sicurezza e il benessere sul posto di lavoro ai propri dipendenti: un obiettivo reso più complesso dalle implicazioni per la salute dettate dalla pandemia.

La difficoltà principale è superare i timori di essere esposti al contagio.

Le fonti dalle quali attingere per ottenere informazioni per facilitare il rientro in sicurezza sul luogo e le misure di protezione necessarie nei vari settori industriali sono molteplici:

- Il governo
- Enti industriali
- Sindacati
- Autorità sanitarie

La rappresentanza e le relazioni industriali possano giocare un ruolo determinante per il mercato del lavoro e per la sua crescita.

post-crisi: come cambierà il

Tuttavia, la sfida più grande non riguarda tanto il presente, quanto il futuro: è fondamentale guardare oltre le priorità del momento. Quando l'emergenza sarà superata, infatti, sarà possibile capire come

la pandemia influirà sulle strategie e sulle dinamiche aziendali. Verranno capiti gli impatti e i cambiamenti permanenti cui bisognerà far fronte.

Il distanziamento fisico e le restrizioni imposte per tenere sotto controllo la curva dei contagi, hanno portato ad un cambio di paradigma. Molte delle classiche attività aziendali sono state spostate nell'ambiente virtuale. Svariate aziende hanno trovato questi nuovi metodi efficaci ed estremamente utili per la tecnologia moderna. Lo smart working, ad esempio, stava già conoscendo una rapida espansione; l'emergenza Covid-19 ha solo ac-



celerato un processo già in atto; parrebbe infatti che lavorare da casa, aumenti la produttività. Ed infatti, un sondaggio COVID-19 CFO Pulse della PwC ha dimostrato che, a giugno, solo il 26% dei leader di aziende della finanza ha previsto un calo di produttività a seguito del passaggio al lavoro a distanza. Un numero in netto calo rispetto al 45% registrato appena due mesi prima. Quello che è nato come un esperimento, potrebbe dunque diventare la regola nella tanto citata "nuova normalità".

I tavoli di confronto offriranno nuovi spunti e contributi per incontri di innovazione collaborativa sui seguenti temi:

- attivare o rafforzare partnership tra

imprese, creando momenti di confronto attivo su tematiche fondamentali per un'azienda,

- scambiare informazioni, idee, esperienze,
- condividere e discutere i risultati di scelte organizzative strategiche,
- creare un momento di riflessione su temi condivisi,
- sviluppare nuove idee e approcci sulla base di scenari futuri.

Ne scaturiranno le seguenti sfide:

- sviluppo di una strategia completa e integrata per l'inserimento della forza lavoro flessibile,
- riduzione dei costi,
- gestione dei lavoratori flessibili,
- pianificazione della forza lavoro e reclutamento.

Le principali novità in tema di Politiche attive.

Sulla Gazzetta Ufficiale è stata pubblicata la Legge n. 106/2021 di conversione del c.d. Decreto Sostegni bis (D.L. n. 73/2021). Di seguito alcuni punti salienti:

DL n. 18/2020 Ammortizzatori sociali Covid-19: Articoli 19-21, 22 e 22 quarter del cd Decreto Cura Italia - DL n. 18/2020: si può presentare domanda di Cassa Integrazione ordinaria per i lavoratori in forza alla data di entrata in vigore del decreto senza contributo per una durata massima di **28 settimane** nel periodo compreso **tra il 1° aprile 2021 e il 31 dicembre 2021** senza contributo addizionale.

Ammortizzatori sociali covid-19 - fondi di solidarietà bilaterali art. 8 L'assegno ordinario si applica anche alle prestazioni erogate dai **fondi bilaterali di cui all'articolo 27 del D. Lgs. n. 148/2015** che garantiscono il riconoscimento delle relative prestazioni per una durata massima di **28 settimane nel periodo compreso tra il 1° aprile 2021 e il 31 dicembre 2021**, nel limite massimo di

1.100 milioni di Euro per l'anno 2021. Tale importo è assegnato con **Decreto interministeriale**.

Altre Misure Articolo 17

Articolo 93 del cd Decreto rilancio DL n. 34/2020 a-causalità tempo determinato Dal 23 marzo 2021, sino al **31 dicembre 2021**, si può prorogare/ rinnovare **senza causale per una sola volta; purché** sia una **proroga o un rinnovo** sottoscritto dal 23 marzo 2021. La proroga o il rinnovo devono essere di **massimo 12 mesi** e devono essere rispettati i limiti di durata massima del rapporto di lavoro.

Lavoratori di cui all'articolo 10:

Ai Beneficiari delle indennità di cui all'art. 15 e 15 bis del Decreto Ristori (D.L. 137/2020) è erogata una tantum un'ulteriore indennità pari a euro 2.400. Tali beneficiari sono i lavoratori dipendenti stagionali e i lavoratori in somministrazione; i lavoratori intermittenti; i lavoratori autonomi, i lavoratori privi di partita IVA; gli incaricati alle vendite a domicilio; i lavoratori iscritti al Fondo pensioni lavoratori dello spettacolo; i lavoratori impiegati con rapporti di collaborazione presso il CONI, il CIP, le federazioni sportive nazionali, le discipline sportive associate, gli enti di promozione CONI e dal comitato italiano paralimpico.

NASpI art. 16

Sino al 31 dicembre 2021, non trova applicazione il requisito di cui all'articolo 3, comma 1, lett. c) del d. lgs. 22/2015. Di conseguenza, la Naspi è **concessa anche ai lavoratori che non abbiano maturato 30 giorni di effettivo lavoro nell'arco dei 12 mesi che precedono l'inizio del periodo di disoccupazione**. Parallelamente, attraverso mirate misure di finanziamento, le aziende possono 'giocare in anticipo', investendo sulla riqualificazione del personale.

La sanità e il settore farmaceutico non sono stati risparmiati da questa rivoluzione, anzi. Nel 2020 hanno dovuto fare i conti con il processo di digitalizzazione. La telemedicina è già una realtà ma sono ancora molti i passaggi da compiere per fornire al personale Sanitario e ai pazienti, servizi all'avanguardia. Sempre più servizi si sono spostati sul web - si

penso ad esempio al fascicolo sanitario elettronico - ed è quasi raddoppiata la percentuale dei medici di base che hanno fatto ricorso alla telemedicina, come conseguenza diretta della diffusione della pandemia. Si è investito nell'infrastruttura tecnologica, nelle risorse umane con competenze specifiche e nei canali di comunicazione. Oggi si usano i canali come webinar, il video blog, il direct marketing al cui interno, per citarne alcune, ci sono applicazioni smart working, remote selling e così via.

L'ambito clinico è quello maggiormente interessato dal processo di digitalizzazione dell'**Healthcare**. Il digitale è però un processo che sta determinando un incremento della produttività e dell'efficienza aziendale. In alcuni Paesi Europei, si sta verificando un forte sviluppo di servizi come Triage telefonico, tele monitoraggio, tele certificazione, tele riabilitazione e così via. La Puglia ha raggiunto importanti risultati su tele refertazione (rilasciata dal medico telematicamente); sulla teleassistenza (professionista sanitario/ paziente) sul teleconsulto medico (tra più medici per caso clinico). Strumenti e servizi sono messi a disposizione dei cittadini, coinvolti nella gestione della loro salute e non solo.

Il cambiamento di cui abbiamo parlato finora richiede una svolta culturale e nuove competenze: la formazione continua riveste un'importanza fondamentale. Le parole d'ordine in questo caso sono: formazione continua, competenza, innovazione, valorizzazione, appropriatezza e sostenibilità del sistema salute.

AMBITO REGIONALE - PUGLIA:

Incentivi finanziari per programmi di investimenti:

Diversi sono gli strumenti che il Governo ha messo in campo per finanziare programmi di sviluppo e/o diversificazione aziendale, anche in termini di innovazione e di ricerca e sviluppo, si pensi anche alle Start Up.

Si fornisce in sintesi, una breve illustrazione di quelli che potrebbero essere gli strumenti attivabili, a seconda delle dimensioni delle aziende e dei soggetti coinvolti.

TITOLO II CAPO 3:

Il Bando regionale ha previsto l'erogazione di contributi in conto interessi e a

fondo perduto per programmi di investimenti organici e funzionali, per PM di vari ambiti e settori, che devono essere accompagnati finanziariamente da mutui o prestiti bancari. In questi ultimi giorni la Giunta Regionale ha migliorato il bando incrementando il contributo in conto impianti sui beni strumentali dal 20% al 35% per le piccole imprese e al 30% per le medie imprese. Altra novità importante è l'inserimento delle FARMACIE tra i settori ammessi.

Questo perché la Regione ha valutato l'importanza delle farmacie come centri di servizi innovativi ed altamente professionali in grado di semplificare e snellire le pratiche degli utenti cittadini. Le realtà imprenditoriali e professionali delle farmacie potranno ottenere contributi a fondo perduto per modernizzare i servizi all'utenza, informatizzare i processi, organizzare la logistica dei propri magazzini e realizzare tutti gli aggiustamenti infrastrutturali necessari a migliorare il servizio reso.

PI.A. – PROGRAMMI INTEGRATI DI AGEVOLAZIONI:

Con il PIA si possono realizzare investimenti in unità locali ubicate/da ubicare nel territorio della Regione Puglia e riguardanti:

- la realizzazione di nuove unità produttive;
- l'ampliamento di unità produttive esistenti;
- la diversificazione della produzione di uno stabilimento esistente per ottenere prodotti mai fabbricati precedentemente;
- un cambiamento fondamentale del processo di produzione complessivo di un'unità produttiva esistente. Per progetto integrato si intende il complesso dei programmi di investimento di ciascuna impresa; ciascun programma di investimento riguarda un'iniziativa imprenditoriale finalizzata alla produzione di beni e/o servizi per la cui realizzazione sono previsti investimenti in attivi materiali, che devono essere obbligatoriamente integrati con investimenti in ricerca e sviluppo e/o con investimenti in innovazione tecnologica dei processi e dell'organizzazione. Inoltre, ciascun programma di investimento può essere integrato con investimenti per l'acquisizione di servizi innovativi quali la certificazione di qualità o per l'internazionalizzazione.

La salute globale individuale e quella di sistema al centro della discussione del G20, concluso a Roma **il diritto alla salute innesca la collaborazione delle Istituzioni ai vari livelli**

di Gianluca Budano

Welfare Manager Pubblico
 e Dirigente ACLI

La Ministeriale Salute del G20, un appuntamento di recente istituzione per questo foro internazionale, ma diventato rapidamente di importanza strategica a causa della pandemia, ha visto in Roma una tappa fondamentale.

La Ministeriale Salute è strutturata in tre parti.

La prima sessione, è stata dedicata all'impatto del Covid-19 sul processo di raggiungimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile (SDG) dell'Agenda 2030. La prolungata emergenza sanitaria ne minaccia l'avanzamento, con stime che indicano come per alcuni obiettivi il ritardo accumulato possa essere di decenni, particolarmente in determinate aree del

tale per sostenere nel lungo periodo il progresso socio-economico e arrivare ad una maggiore prosperità condivisa. Andrà quindi perseguita una ripresa che tenga conto delle lezioni apprese durante la pandemia, declinandole nell'ambito degli SDG.

La seconda sessione è stata programmata per fornire indicazioni specifiche su questi aspetti, su quale strategia adottare per prevenire, essere meglio preparati



La Salute rappresenta uno dei temi centrali della Presidenza italiana del G20 ed è stato affrontato in tutte le riunioni di alto livello e nel dialogo con la membership e i gruppi di engagement, a cominciare dal Global Health Summit svoltosi a Roma a maggio. **Il tema è intimamente legato alle tre priorità della Presidenza italiana – People, Planet, Prosperity – che indicano come il nostro benessere non possa prescindere dalla tutela dell'ambiente nel quale viviamo.**

mondo, e rende gli sforzi per il loro conseguimento ancora più urgenti e prioritari.

Il G20 Salute ha avuto in sostanza come messaggio centrale il mandato a "build back better" così come la realizzazione di una maggiore resilienza, di fronte alle crisi sanitarie e non solo. **Rafforzare i sistemi sanitari su scala globale, nazionale e locale a partire dalle cure primarie, investire importanti risorse nella salute e nel benessere sarà di importanza capi-**

e rispondere alle pandemie del futuro. Nella consapevolezza che le ultime crisi sanitarie hanno avuto nella relazione uomo-animale-ambiente i principali fattori determinanti, una delle risposte chiave che i G20 suggeriranno sarà quella di **rafforzare l'approccio One Health, che racchiude in un concetto olistico salute umana, animale e ambientale come determinanti della nostra salute e del nostro benessere.** Saranno importanti anche gli strumenti. La crisi ha fatto

emergere l'importanza di avere sistemi sanitari solidi ed efficienti, superando decenni di investimenti inadeguati.

La terza sessione è stata finalizzata a prendere in esame i cosiddetti "control tools" che stanno consentendo di contrastare con efficacia la pandemia. I Paesi G20 affronteranno **il tema dello sviluppo e dell'accesso equo a vaccini, medicinali e diagnostica.**

Se il Covid-19 ha messo in evidenza le carenze dei sistemi sanitari, esso ci ha al tempo stesso insegnato come la ricerca scientifica, **la collaborazione internazionale e le partnership pubblico-privato possano produrre risultati eccezionali, fra questi la creazione di vaccini sicuri ed efficaci nel giro di pochi mesi.** I Ministri G20 hanno iniziato a discutere su come assicurare l'accesso più ampio possibile ai vaccini da parte della popolazione mondiale anche tramite donazioni di dosi per far fronte alle esigenze più immediate. Occorrerà inoltre colmare il gap finanziario dell'Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A) in particolare nei pilastri dedicati alle cure e alla diagnostica, che continueranno ad essere rilevanti per la gestione della pandemia insieme ai programmi di vaccinazione. L'obiettivo di principio e di civiltà è che "nessuno debba essere lasciato indietro".

La Ministeriale Salute di settembre è stata una tappa dell'intenso percorso che la Presidenza italiana ha intrapreso con i membri del G20, i Paesi ospiti e le Or-

ganizzazioni Internazionali, a cominciare dal Tripartito OMS, FAO, OIE insieme ad UNEP. Il Global Health Summit di maggio ha raccolto nella Dichiarazione di Roma i principi cui si ispira la battaglia contro il Covid-19. Lungo tale percorso, i Ministri della Salute torneranno a riunirsi con i colleghi delle Finanze a fine ottobre per affrontare in particolare la questione fondamentale di come migliorare l'architettura globale della sanità, con al centro l'OMS, e assicurarle **un maggior sostegno finanziario con l'obiettivo di superare in modo definitivo l'attuale pandemia e creare le premesse per affrontare al meglio quelle del futuro.**

Tali programmi (e auspici) che abbiamo raccolto dalle comunicazioni ufficiali del Ministero della Salute italiano (che ha presieduto il G20), assumono però strategicità nella direzione della salute globale, nella misura in cui colgono che di essa ne esistono due profili.

La salute globale individuale e quella di sistema. Entrambe si fondano sul fatto che la salute non è solo assenza di malattia e che è determinata da più determinanti che hanno natura sanitaria in senso stretto, **ma anche sociale, educativa, economica, assistenziale, tale da considerare la vera cura miracolosa, secondo alcuni autori, quella che persegue, appunto, la salute globale.**

La prima considera la prospettiva che un cittadino va curato in tutti gli aspetti della patologia, compresi quelli "sociali". La seconda che le politiche e i servizi di

salute, devono essere progettati in modo di integrato e non come se la stessa persona possa essere parcellizzata nelle sue fragilità individuali.

Nei confini italiani vuol dire tendere alla medicina che in dottrina si definisce di precisione, che per i non addetti ai lavori vuol dire cure globali e appropriate, evitando ogni contributo attivo multiplo di attivazione delle stesse da parte del cittadino, che spesso non ha lucidità, forza e autosufficienza per farlo.

La semplificazione dell'accesso alle cure diventa così essa stessa cura e richiede una medicina di prossimità adeguata ai bisogni delle persone fragili e non alla geografia organizzativa aziendale. La riforma della medicina di base, in questa prospettiva è diventata un'urgenza e può rappresentare la riforma meno costosa e più efficace della sanità italiana.

Nei confini internazionali (ma anche nazionali) significa cogliere che il sistema di salute ha una committenza di comunità, sia essa locale, nazionale o internazionale. Da ciò ne discende che il diritto alla salute innesca la collaborazione delle Istituzioni ai vari livelli, **senza se e senza ma, senza vincoli e senza alibi di competenza aziendale, territoriale, di attribuzioni varie: è questione di civiltà che merita,** questa sì, la giusta indignazione e partecipazione popolare, a differenza dell'improvvisazione diffusa di competenza dei movimenti no vax.

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

La giunta regionale ha approvato i primi indirizzi operativi per favorire l'eguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici

Un passo verso l'uguaglianza nel lavoro

Da "NESSUNO RESTI INDIETRO la dignità del lavoro e l'inclusione sociale" di Papa Francesco.

Mi viene spontaneo condividere con umiltà il pensiero del nostro Papa: "... dobbiamo sempre 'girarci a guardare' se qualcuno è rimasto indietro, in primo luogo, perchè nella logica cristiana ogni uomo deve avere un posto e chiunque è indispensabile...". Perchè, a mio parere, una società è includente e non escludente se tutte le parti Sociali, Politiche, Associative ed Educative svolgono il loro ruolo in un concetto di libertà e di rispetto. Questa delibera è un passo verso l'uguaglianza nel lavoro. Il nostro ringraziamento va alle Istituzioni e a tutte le componenti di Agenda di Genere che ci hanno resi partecipi.

Grazia Guida

Vice Presidente AFORP e Responsabile del Coordinamento Donne

GRPP, l'eguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici

La Giunta regionale con la deliberazione del 28 luglio 2021, n. 1285 ha approvato i primi indirizzi operativi per favorire l'eguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici. Il Presidente, sulla base dell'istruttoria espletata dal Segretario Generale della Presidenza, con il supporto della Sezione Raccordo al Sistema Regionale, di concerto con il Dipartimento Sviluppo Economico, spiega nelle premesse il percorso che ha portato la Giunta ad assumere l'importante provvedimento. In particolare, la delibera fa riferimento normativo in materia di appalti sia nazionale che europeo, ma anche alla sintesi del lavoro svolto da "Agenda di Genere" che è qui riportata nella premessa dell'atto amministrativo:

- con propria deliberazione n. 351/2021 dell'8 marzo 2021 la Giunta Regionale

ha approvato le Linee di indirizzo per la costruzione dell'Agenda di genere, un intervento di sistema, articolato e multidisciplinare, con la finalità colmare il divario di genere persistente e determinare una reale parità di accesso delle donne ai diritti costituzionalmente garantiti del lavoro e della qualità della vita, con l'intento di integrare la prospettiva di genere e i bisogni delle donne nei tavoli decisionali e nei



percorsi di programmazione;

- **l'Agenda di Genere è un documento di visione strategica** che, muovendo dalle strategie internazionali e nazionali sulla parità di genere, dovrà integrarsi con la Strategia regionale di sviluppo sostenibile e individuare gli assi prioritari di intervento, declinando per ciascun asse gli obiettivi strategici ed operativi, da perseguire con l'apporto di tutte le

aree di policy regionali;

- con successiva deliberazione di Giunta Regionale n. 720 del 3/05/2021 la Regione Puglia, nell'ambito delle azioni trasversali previste dall'Agenda di genere, ha approvato le Linee guida per la Valutazione di Impatto di Genere - VIG - e ha dato avvio ad un percorso di confronto con il partenariato economico e **56774** Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 112 del 27-8-2021 sociale, sui temi dell'agenda;

- **l'acronimo VIG - Valutazione Impatto di Genere - è la trasposizione italiana dell'espressione che individua il processo europeo denominato "Gender impact assessment"**, che si sostanzia in un processo di confronto e valutazione della situazione attuale e della tendenza prevedibile a seguito dell'introduzione della politica/intervento/azione/proposta, effettuato sulla base di criteri rilevanti

rispetto al genere. Si tratta, dunque, di un processo - con metodologia codificata UE - che segue l'intero ciclo di vita di un programma e delle politiche di intervento che ne discendono, prende le mosse dalla fase ex ante, qualificando e supportando metodologicamente la stessa programmazione, segue la vita di un programma o di una politica, e produce indicazioni di orientamento alle scelte e di correzione di eventuali effetti distortivi su uomini e donne per il miglioramento delle misure proposte.

Finalità della VIG è l'assunzione di un approccio orientato al genere, non solo all'interno del processo più strettamente valutativo, ma anche con l'obiettivo di misurare quanto la prospettiva di genere risulti

integrata nel ciclo di programmazione degli interventi, dalla fase di progettazione, sino alla attuazione, monitoraggio e valutazione. Lo scopo è proprio quello di integrare il principio di pari opportunità tra donne e uomini all'interno delle

diverse componenti del ciclo programmatico.

Ritenuto che

– al pari della VIG - Valutazione Impatto di Genere, che attraversa in modo trasversale tutti gli ambiti della programmazione, introducendo l'assunzione di un approccio orientato al genere all'interno delle politiche pubbliche e degli interventi programmati a valere su diverse fonti di finanziamento - **utilizzare gli appalti pubblici "sensibili" alle politiche di genere (cosiddetto "Gender Responsive Public Procurement" o GRPP)**, già sperimentato a livello europeo, può rappresentare una leva formidabile per favorire la partecipazione delle donne ai processi di sviluppo sostenibile e all'innovazione e promuoverne la partecipazione al mercato del lavoro, sia nei settori produttivi ad alta concentrazione femminile sia in quelli innovativi ed emergenti;

– attraverso l'introduzione di criteri e misure volti a favorire e promuovere la parità di genere nelle procedure di gara, gli appalti pubblici possono diventare un efficace strumento per l'acquirente pubblico: si tratta non soltanto di garantire che tutti i cittadini, indipendentemente dal genere, possano ricevere servizi uguali, ma anche di aumentare l'efficienza e la qualità dei servizi stessi, incoraggiando i fornitori a sviluppare e offrire servizi che siano coerenti con gli obiettivi della parità di genere.

Dato atto che

– **gli appalti pubblici hanno un grande potenziale per promuovere l'uguaglianza di genere**, in quanto capaci di indurre gli operatori economici ad integrare un numero crescente di aspetti sociali, etici e ambientali nella propria politica aziendale e d'investimenti, anche al di là della mera osservanza delle disposizioni legislative;

– **coniugare questo approccio con i principi di base che disciplinano gli appalti pubblici** - uguaglianza e non discriminazione, trasparenza, concorrenza - non è sempre facile o possibile, risulta indispensabile strutturare una pluralità di azioni finalizzate a trarre valore dalla conoscenza dei fabbisogni di nuovi prodotti/servizi/processi che emergeranno in questa fase di importanti riforme e consistenti investimenti da parte delle Pubbliche Amministrazioni, per beni,

servizi, opere pubbliche, avendo chiaro che è possibile inserire tra i criteri di valutazione dell'offerta e dell'eventuale attribuzione di punteggi premiali, elementi che diano evidenza dell'attenzione dei potenziali fornitori al rispetto della parità tra i generi e a forme di organizzazione del lavoro che favoriscano la conciliazione vita-lavoro e il benessere organizzativo all'interno delle imprese;

– **la Regione Puglia ha già introdotto questi elementi di attenzione sia nei bandi per l'erogazione di incentivi alle imprese, che attraverso misure di finanziamento ad hoc; gli strumenti dei PIA e Contratti di Programma prevedono l'attribuzione di premialità**, misurate in termini di incremento percentuale sui massimali relativi ad alcune voci di spesa dei Piani economici - finanziari, alle imprese di grandi dimensioni che abbiano introdotto misure di welfare aziendale e strumenti di innovazione organizzativa per la conciliazione vita-lavoro e famiglia-lavoro;

– Recentemente, ad aprile del 2020, è stata avviata un'azione sperimentale denominata "Pugliagile"

che finanzia, a valere sulle risorse dell'azione 8.6 del POR Puglia 2014-2020, progetti proposti dalle PMI per la flessibilità del lavoro (smart working e telelavoro) e l'analisi dei fabbisogni della popolazione aziendale per favorire la conciliazione vita-lavoro.

Tanto premesso, ritenuto e dato atto si propone alla Giunta regionale di:

– **esprimere l'indirizzo politico all'introduzione di misure volte a favorire l'uguaglianza di genere negli appalti pubblici**, per perseguire in maniera efficace e operativa i principi e gli obiettivi dell'Agenda di Genere - Strategia Regionale per la parità di genere - e alla progettazione di un percorso formativo e di accompagnamento rivolto alle strutture regionali;

– approvare il documento Allegato 1 - Primi indirizzi operativi per favorire l'uguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici (c.d. GRRP) in Regione Puglia;

– dare mandato al Dipartimento Sviluppo Economico di realizzare un Pilota per la sperimentazione del GRPP in Re-

gione Puglia;

– dare mandato, altresì, alla Sezione Raccordo al Sistema Regionale di redigere, sulla base degli esiti del Pilota, un documento puntuale di Linee Guida per le stazioni appaltanti.

“VERIFICA AI SENSI DEL D.LGS. n. 196

DELIBERA

1. di fare propria la relazione suesposta, che qui si intende integralmente riportata;
2. esprimere l'indirizzo politico all'introduzione di misure volte a favorire l'uguaglianza di genere negli appalti pubblici, per perseguire in maniera efficace e operativa i principi e gli obiettivi dell'Agenda di Genere - Strategia Regionale per la parità di genere - e alla progettazione di un percorso formativo e di accompagnamento rivolto alle strutture regionali; Bollettino Ufficiale della Regione Puglia - n. 112 del 27-8-2021 56777
3. approvare il documento Allegato 1 - Primi indirizzi operativi per favorire l'uguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici (c.d. GRRP) in Regione Puglia;
4. dare mandato al Dipartimento Sviluppo Economico di realizzare un Pilota per la sperimentazione del GRPP in Regione Puglia;
5. dare mandato, altresì, alla Sezione "Raccordo al Sistema Regionale" di redigere, sulla base degli esiti del Pilota, un documento puntuale di Linee Guida per le stazioni appaltanti;
6. di pubblicare il presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia e sul sito ufficiale della Regione Puglia www.regione.puglia.it nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Nell'allegato 1, della stessa delibera, sono indicati i primi indirizzi operativi per favorire l'uguaglianza di genere attraverso gli appalti pubblici, (GRPP) in Regione Puglia. Il principale risultato atteso della misura regionale è rappresentato dall'adozione, entro il 2022, di un intervento regolamentare finalizzato ad istituzionalizzare, sul territorio regionale, l'approccio agli appalti pubblici sensibili alle politiche di genere.

Dalla reingegnerizzazione dei processi alla rivoluzione degli obiettivi

Agire per la ripartenza

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 per la Puglia**

Quali saranno le prossime sfide per la sanità dei distretti?

“A partire dal prossimo autunno inizierà una nuova fase, in cui le Regioni dovranno avviare una sorta di riflessione circa il ruolo e l’organizzazione dell’assistenza territoriale. Le novità che ne deriveranno dovranno contemperare gli indirizzi condivisi a livello europeo, le nuove prospettive di cui al programma nazionale inserite nel PNRR e i nuovi accordi contrattuali convenzionali con MMG, PLS e Specialisti Ambulatoriali.

nica e strutturale della Sanità prossima ventura. Le sfide che ci attendono sono tante e richiedono risposte fortemente coordinate. Si tratta di sfide incentrate, in primis, sulla realizzazione di **strutture ed infrastrutture tecnologiche**, ma anche sulla definizione di **modalità di funzionamento moderne ed orientate alla multidisciplinarietà ed al lavoro di équipe**, che richiederanno anni per essere portate a regime, per cui diventa importante, sin d’ora, una impostazione adeguata ai **nuovi obiettivi da raggiungere**.

del dolore ed in generale con situazioni di fragilità o cronicità tutelare. Il futuro, dunque, investe in strutture intese come presidi di sanità pubblica, al cui interno grande importanza assume la cura di tutti i pazienti Covid e non Covid, fragili o terminali, nonché le attività assistenziali a bassa ed alta intensità di assistenza da garantire **a livello domiciliare** e rivolte a tutte le categorie di pazienti su menzionate. Circa la infrastrutturazione, si evidenzia l’impellente necessità di assicurare una adeguata **dotazione digitale** agli



Tra gli aspetti da definire ed approfondire, vi sono sicuramente quelle priorità che abbiamo trattato nelle precedenti interviste, in termini di organizzazione assistenziale, di medicina di prossimità, di gestione delle cronicità, e tanto articolate saranno le risposte a questi argomenti. Con altrettanta certezza, possiamo ritenere che la nostra recente esperienza in risposta all’emergenza pandemica da Covid-19 non potrà essere archiviata del tutto, in quanto dovrà guidarci in futuro, diventando parte orga-

Per le **strutture**, si pensi che ad oltre un anno dalla conversione in legge (Luglio 2020) del “Decreto Rilancio” - risalente al lontano Maggio 2020 - è arrivato in Conferenza Stato-Regioni il piano per avviare le sperimentazioni di un nuovo modello di **“strutture di prossimità”** finalizzate all’assistenza dei pazienti in quarantena da Covid-19, ma orientate anche ai malati cronici, ai disabili, a pazienti con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia

operatori sanitari coinvolti nella assistenza, quale elemento imprescindibile del Servizio Sanitario Nazionale”.

Quali saranno le scelte effettuate per la gestione informatizzata dei processi di cura?

“In altri termini, è fondamentale una gestione informatizzata dei processi di cura, con previsione di obbligo della “cartella clinica” informatizzata e del “fascicolo sanitario elettronico”,

strumenti tecnologici volti a garantire al cittadino la raccolta di dati utili a rintracciare e consultare tutta la storia della propria vita sanitaria, condividendola con i professionisti sanitari, e convogliando gli stessi in un vero e proprio contenitore elettronico. Tutte le informazioni e i documenti sono resi interoperabili per consentirne la consultazione e l'integrazione in tutto il territorio nazionale e non solo nella regione di residenza dell'assistito. L'accesso a tali dati da parte dei professionisti sanitari, in special modo in situazioni di emergenza, consente di apprendere tutto quanto necessario per poter intervenire con prontezza e garanzia del risultato. Questa organizzazione farà sì che si concretizzi finalmente quello che per consistenza, rappresenta il primo ospedale regionale,

Sarà importante prevedere anche una adeguata formazione per gli operatori?

“Oltre alla infrastruttura tecnologica, riteniamo sia necessaria un'adeguata **formazione degli operatori che operano a domicilio**, i quali devono essere tutti ben avviati e formati, ma devono al tempo stesso distinguersi sul campo. Per questa ragione, riteniamo oggi di ragionare circa la opportunità di dotare detti operatori di **idonee divise di lavoro** identificative del proprio ruolo e sempre più volte a rappresentare una sorta di vessillo di sicurezza e qualità di intervento destinato ad identificare chi le indosserà.

Anche sul fronte della Medicina Gene-

considerazioni valgono per gli interventi di assistenza riabilitativa, laddove la riabilitazione rappresenta un importante tassello della assistenza territoriale. Difatti, in Italia e nel mondo, da circa un anno e mezzo, si sta affermando un nuovo concetto di salute, all'interno del quale il benessere psico-fisico deve essere assicurato tempestivamente da professionisti sempre più competenti e aggiornati, per rispondere ai bisogni reali della popolazione all'interno delle organizzazioni sanitarie. Una delle figure emerse in tale ambito è **quella del Fisioterapista, professionista che da decenni opera con competenze specifiche, spaziando tra problematiche e patologie sempre più numerose, come la rieducazione funzionale**, la disabilità motoria e la riabilitazione psicomotoria

e cognitiva. Sin dall'inizio della emergenza sanitaria in corso, i fisioterapisti italiani hanno anch'essi offerto il proprio prezioso contributo, distinguendosi per l'impegno e per l'appropriatezza delle competenze messe a disposizione della comunità: “l'abbiamo fatto nella riabilitazione dei pazienti Covid-19 con particolare riguardo alla riabilitazione respiratoria, alla riabilitazione post terapia intensiva ed alla gestione delle tante problematiche che hanno colpito degenti, pazienti cronici, anziani, giovani, sportivi e lavoratori in smart-working, che



ovvero il più grande ospedale diffuso con posti letto corrispondenti ai domicili dei pazienti. Sia a domicilio sia nelle alternative ad esso - rappresentate da strutture quali hospice, RSSA ed RSA - sarà raccolta in modalità informatizzata la grande mole di informazioni sanitarie e socio-assistenziali collegate ai Programmi domiciliari, che renderanno evidenti la qualità e la quantità prestazionali volte a garantire la permanenza a domicilio della assistenza, vera alternativa alla gestione ospedaliera”.

rale, in specie dei collaboratori che vi operano, si paventa un parallelismo di azione, di formazione e di dotazione tecnologica, in un processo sincro interoperante con la struttura pubblica. Tale figura rappresenta un elemento distintivo e qualificativo dell'assistenza domiciliare, pregno di un risalto sociale che si estrinseca nel ruolo svolto al servizio dei più fragili, in condizioni diverse da quelle ospedaliere, e che lo rende anche plausibilmente meritevole di riconoscimenti ad hoc. Le stesse

hanno dovuto fare i conti con lunghi mesi di lock-down”.

E' prevista un'attività di gestione della telemedicina e teleassistenza?

“Una piccola significativa percentuale dell'attività territoriale deve essere, tuttavia, riservata alla gestione della telemedicina e della teleassistenza, alla luce dell'esperienza fatta fino ad oggi. La recente esperienza pandemica ci ha insegnato che tutte le strutture

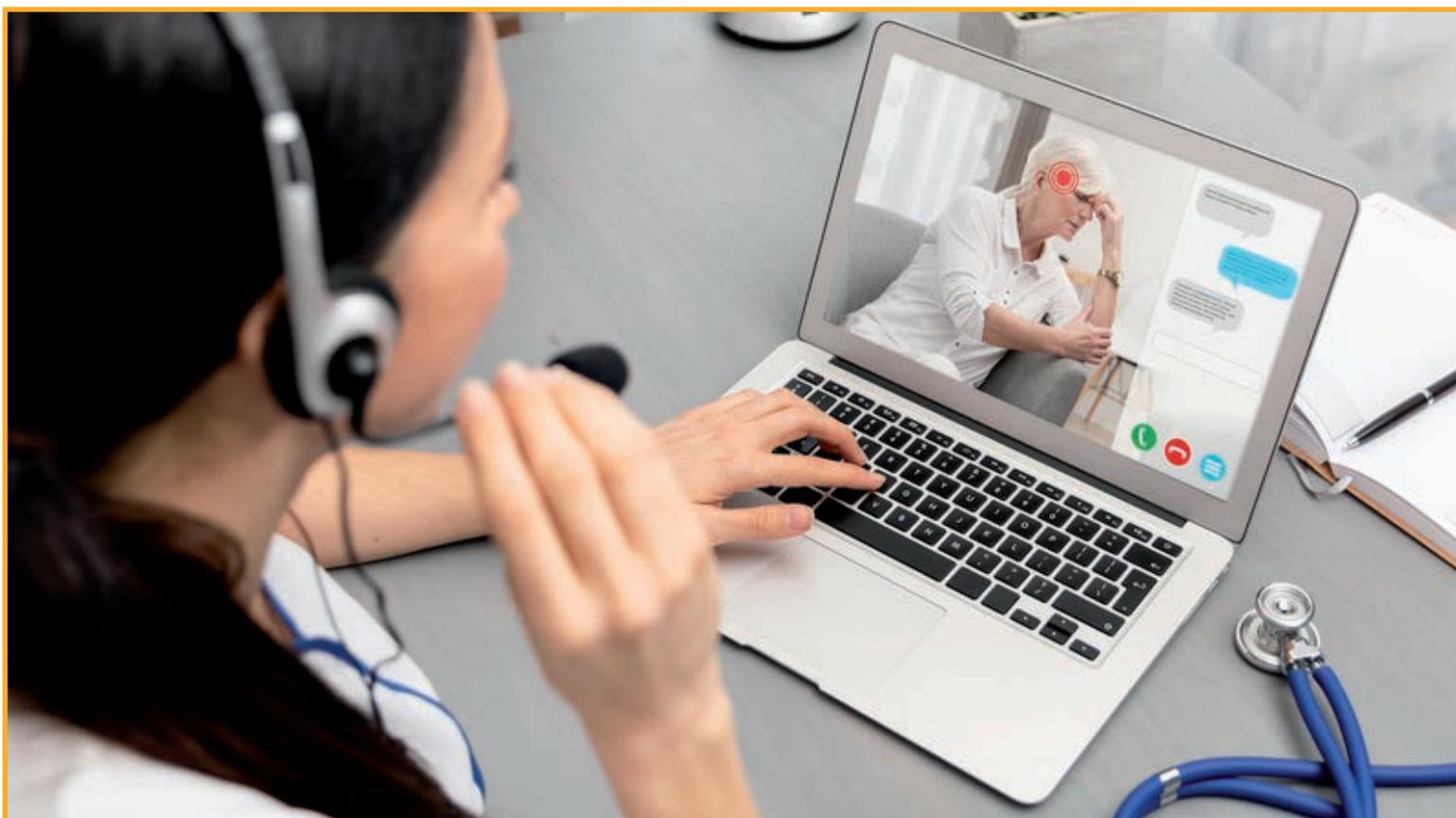
devono essere in grado di operare una sorta di funzione di filtro e controllo sia sugli operatori che sulla gestione degli accessi, nonché sulla definizione delle procedure da utilizzare. Inoltre, le stesse devono saper contemperare un ruolo di efficienza e produttività con la creazione di organizzazioni destinate alla gestione delle grandi emergenze e che siano nel contempo "flessibili", tali da poter essere impiegate in più ambiti, come ad esempio le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), in cui i medici sono stati utilizzati nell'accesso e intervento domiciliare in favore di pazienti Covid, ma hanno avuto anche un ruolo fondamentale di collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione, svolgendo attività quali l'esecuzione di tamponi, il contact tracing ed il suppor-

"Sono previste risorse per 50 milioni di euro a valere sugli anni 2020-2021, destinate a finanziare progetti regionali in grado di verificare fattibilità e funzionamento di queste nuove realtà che si collocheranno nell'ambito delle esperienze già consolidate delle "case della salute" ma che, di fatto, offriranno anche spunti per la progettazione delle nuove "case di comunità" di cui al PNRR.

Le "strutture di prossimità" - si spiega nel documento Stato Regioni - "sono ispirate al principio della salute come benessere globale della persona, sono il luogo della piena integrazione sociale e sanitaria, i servizi garantiti dalla struttura sono programmati con una strategia che prevede l'integrazione degli aspetti sanitari e assistenziali con quelli

"controllo" della propria vita". Tuttavia, la "struttura" non è necessariamente un luogo fisico, ma "piuttosto un modello organizzativo di aggregazione funzionale che riguarda l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, le esperienze di cura domiciliari e in ambienti protetti, le diverse forme di promozione e prevenzione realizzati con il coinvolgimento di differenti professionalità in una logica di lavoro cooperativo/complementare, quindi multidisciplinare e multi professionale.

La "struttura" prevede un'ampia gamma di servizi con l'obiettivo di soddisfare, in maniera appropriata, i bisogni delle persone cui si rivolge, potenzialmente tutti i cittadini della comunità di riferimento". Il termine "di prossimità"



to alla esecuzione delle vaccinazioni nei punti vaccinali. Fondamentale è che qualunque operatore, medico e non, che venga reclutato in emergenza, possa svolgere più compiti con capacità multitasking, seguendo l'andamento del bisogno da fronteggiare. E' una sfida che va affrontata con competenza e concretezza".

Qual è il tempo di progettazione previsto dal PNRR per le "strutture di prossimità"?

sociali, compresi quelli abitativi, educativi, produttivi e culturali per sviluppare un sistema di welfare di comunità efficace e condiviso, basato sulla reciprocità e sul riconoscimento della complessità dei bisogni delle persone". I servizi forniti dalle strutture di prossimità "favoriscono la domiciliarità e riducono l'istituzionalizzazione, con l'obiettivo principale di preservare il benessere e la capacità di vivere, per consentire alla persona di far fronte ai propri limiti e di poter mantenere, il più possibile, il

indica, infine, che la struttura deve essere "il più possibile vicina alla persona assistita, favorendone la permanenza, se possibile, negli abituali luoghi di vita. Prossimità va intesa come luogo accessibile di relazione, scambio, sintesi, in cui vengono costruite le condizioni di salute e di benessere della comunità".

Quale organizzazione si renderà necessaria per garantire il funzionamento delle "strutture di prossimità"?

“Ritengo che tutte le nuove attività, sanitarie e socio-assistenziali, fin qui trattate non siano al momento attuabili se non vengono prima modificati i termini di rapporto che intercorrono tra il Distretto e la Medicina Specialistica, oltre che l’Assistenza Primaria nel suo complesso.

E’, dunque, opportuno mettere a disposizione risorse specifiche e definire nuovi accordi contrattuali che dirimino gli annosi nodi inerenti l’efficienza e l’autonomia organizzativa dei medici del

territorio. In particolare, occorre eliminare le disparità di natura contrattuale che ostacolano l’uniforme esecuzione dei processi e che, a volte, rappresentano dei vincoli insormontabili nella assegnazione di compiti orientati alla presa in carico complessiva del bisogno di assistenza rilevato.

In queste ore ci si interroga su quale modello preferire tra la dipendenza e la convenzione, ovvero un’offerta di servizio accreditante e professionalizzante. Personalmente, propendo per quest’ul-

tima soluzione, ovvero **favorire la creazione di organizzazioni in grado di offrire servizi integrati con la sanità pubblica senza per forza essere alle “dipendenze del SSR”.**

Tuttavia, qualunque soluzione si concretizzi andrà bene purché risponda a logiche di verifica aziendali e di soddisfazione dell’utenza. In linea con questa logica, **saranno gli utenti stessi a certificare il modello più rispondente alle reali necessità ed a preferirlo in termini di spontanea adesione e reciproca soddisfazione”.**



LE CURE DOMICILIARI IN ERA COVID: IL RUOLO DELLA TELEMEDICINA

Organizzato da:
Commissione Azione Internazionale e
Sottocommissione Relazioni Internazionali
di supporto ai progetti di Club Distretto 2072



Per i prossimi cinque anni

Gianluigi Giannelli è il nuovo Direttore Scientifico

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

Il **Ministero della Salute** con Decreto del 07 settembre ha nominato il **Prof. Gianluigi Giannelli** quale **nuovo Direttore Scientifico dell'IRCCS "Saverio de Bellis"** per i prossimi **cinque anni**, sulla base dei lavori della Commissione di esperti che ne ha apprezzato le capacità scientifiche e manageriali.

Estrema soddisfazione è stata manifestata da parte del Commissario Straordinario dell'IRCCS "Saverio de Bellis" **dott. Tommaso Antonio Stallone**, che ha commentato così la notizia: "Sono felice per la riconferma del Prof. Giannelli, da un punto di vista personale ma soprattutto istituzionale. In questi anni di lavoro, insieme a tutta la Direzione Strategica, abbiamo avuto modo di apprezzare le capacità e l'assoluto attaccamento al lavoro, che hanno consentito all'Istitu-

to di raggiungere i livelli di eccellenza attualmente riconosciuti sia dal Ministero della Salute sia dalla Comunità scientifica. La sua nomina è a tutti gli

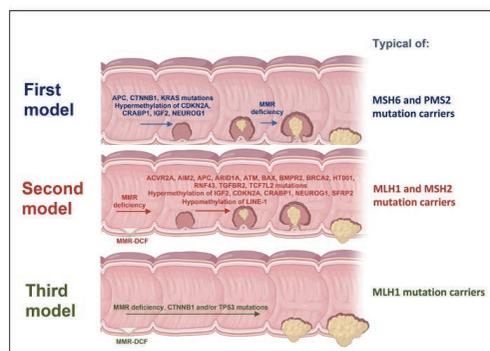


effetti una garanzia di continuità, che proietta l'Istituto verso un quinquennio di consolidamento e ulteriore rilancio. La Commissione ministeriale, nel

motivare la scelta del Prof. Giannelli, ha evidenziato la forte attenzione alla traslationalità del suo programma per il futuro, un elemento che è alla base dell'esistenza e della missione dell'Istituto IRCCS "Saverio de Bellis". Unanime apprezzamento giunge anche dal Presidente del CIV **dott. Enzo Delvecchio** il quale esprime la massima soddisfazione per la riconferma in carica del Prof. Gianluigi Giannelli come Direttore Scientifico. "Dato il compito dell'organismo che mi onoro di presiedere - quello di Indirizzo e Verifica - avere il Prof. Giannelli a dirigere la Ricerca dell'Istituto è garanzia che la strada delineata sia adeguatamente perseguita, con la garanzia che l'Istituto rappresenti anche per il futuro un punto di riferimento assistenziale ma anche di ricerca e innovazione per i cittadini pugliesi".

Studio sulla sindrome di Lynch

La **sindrome di Lynch** è una sindrome ereditaria da predisposizione neoplastica dovuta a mutazioni in alcuni geni responsabili del riparo del DNA (DNA mismatch repair o MMR). I soggetti affetti da tale sindrome hanno un aumentato rischio di sviluppare cancro del colon-retto nel corso della vita rispetto alla popolazione generale. Gli attuali programmi di sorveglianza prevedono colonscopie annuali volte ad individuare e rimuovere formazioni pre-neoplastiche (polipi) del colon-retto prima che si trasformino in carcinomi. Tuttavia, in alcuni casi le evidenze di un tumore maligno possono essere riscontrate tra un controllo e l'altro. È questa la premessa di uno **studio proposto dall'Università di Bari Aldo Moro e realizzato grazie al contributo, anche ideativo, di diverse figure professionali dell'IRCCS "Saverio de Bellis"**. In questo studio sono stati confrontati i dati disponibili in letteratura al fine di va-



lutare un nuovo approccio alla prevenzione e diagnosi del cancro del colon-retto nei pazienti affetti da sindrome di Lynch. Sino ad oggi sono stati identificati tre differenti modelli di formazione dei tumori del colon-retto nei pazienti affetti da sindrome di Lynch. Nel primo modello, lo sviluppo di polipi avviene prima che sia completa la perdita di funzione dei geni MMR ed è caratterizzata da mutazioni/alterazioni epigenetiche nei geni APC, KRAS, IGF2, NEUROG1, CDK2A, e/o CRABP1. Nel se-

condo modello, la completa perdita di funzione dei geni MMR è un evento precoce che si verifica in una mucosa intestinale macroscopicamente normale. Il terzo modello, associato a mutazioni dei geni MMR oltre che di CTNNB1 e/o TP53, è caratterizzato da una accelerata progressione ed invasione tumorale. Lo studio ha descritto l'associazione esistente tra le caratteristiche molecolari e quelle istopatologiche nei tre diversi modelli di formazione dei tumori del colon-retto nei pazienti affetti da sindrome di Lynch.

I risultati riassunti in questo lavoro suggeriscono di attuare una sorveglianza personalizzata, caratterizzata da colonscopie annuali intervallate semestralmente da analisi genetiche ed epigenetiche su DNA estratto da sangue (biopsia liquida) e/o feci, mirate ad individuare bio-marcatori specifici di ciascun modello di trasformazione maligna.

L'assessore Lopalco in visita all'Istituto castellanese

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

“L'IRCCS de Bellis è una realtà importante e unica nel panorama nazionale, essendo un Istituto non solo di ricovero e cura ma anche di ricerca, specializzato in gastroenterologia: settore davvero rilevante, se pensiamo alle patologie intestinali, o alla nutrizione.

Qui, grazie all'impegno profuso dalla direzione, negli ultimi anni si registra una crescita rilevante, con una attività di ricerca e indici di produzione scientifica di altissimo livello. L'amministrazione re-

i vertici dell'Istituto, a cominciare dal commissario straordinario **Tommaso Stallone**: “Siamo onorati - ha commentato - di ospitare l'assessore e poter illustrare la notevole crescita degli ultimi quattro anni sia dal punto di vista sia scientifico, basti ricordare il riconoscimento di Aifa come unico centro in Puglia ad oggi dove poter eseguire studi clinici di fase I, sia assistenziale, anche come adeguamento organizzativo e di dotazioni tecnologiche. Si pensi ad esempio al riammodernamento della

radiologia, all'essere l'unica struttura pubblica in Puglia dotata di una risonanza 3 Tesla, o alla Tac di ultimissima generazione a 128 strati. Il nostro focus, ossia l'80 per cento della nostra attività, rimangono l'oncologia gastroenterologica e le malattie croniche intestinali, per le quali abbiamo potenziato l'assistenza anche con l'inserimento di posti letto ad hoc per queste patologie”.

Ad accompagnare Lopalco fra reparti e dotazioni tecnologiche, tra gli altri, l'in-



gionale intende investire in questo campo: nella ricerca applicata, nella ricerca sul territorio. E un IRCCS di questo livello rappresenta nei fatti la nostra strategia”: così l'assessore regionale alla Sanità, **Pier Luigi Lopalco**, in visita lo scorso 2 luglio presso all'Istituto “Saverio de Bellis”.

A guidarlo nella struttura



tero Civ (Comitato di indirizzo e verifica) presieduto da **Enzo Delvecchio** - che ha poi illustrato e condiviso con l'assessore gli obiettivi per la Direzione strategica 2021 - e il direttore sanitario **Roberto Di Paola**. Presente, come espressione del territorio, anche l'onorevole **Ubaldo Pagano**.

Come l'esplosione dell'era digitale sta cambiando l'approccio alla chirurgia protesica

Realtà Virtuale in ortopedia

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 Per la Puglia**

Intervista al dott. Raffaele Garofalo, Direttore dell'U.O.C. di Ortopedia e Traumatologia dell'Ospedale "F. Miulli" di Acquaviva delle Fonti.

In che modo lo sviluppo tecnologico sta supportando il lavoro nella chirurgia protesica?

Sicuramente, in passato, a ciascuno di noi è capitato di fare un viaggio in automobile e di utilizzare una cartina geografica, così da orientarsi sul percorso da fare durante il viaggio. Nel tempo, la tecnologia ha permesso di utilizza-

zare lo schermo del navigatore, con la necessità di dover comunque spostare gli occhi – e dunque l'attenzione della guida – per guardare il navigatore stesso. Tale comportamento, dunque, può risultare pericoloso, in quanto potrebbe essere causa di eventi avversi e non desiderati. Negli ultimi dieci anni si è parallelamente assistito a un grande sviluppo tecnologico a livello della chirurgia protesica ortopedica.

In questo caso, il paragone con quanto detto prima è legato al fatto che in passato eravamo abituati ad eseguire un

impianto di protesi utilizzando solo la lastra radiografica (esattamente come la cartina geografica), ma l'esplosione della digitalizzazione ha fatto sì che oggi anche il chirurgo che esegua un impianto protesico possa essere sempre più coadiuvato in maniera interattiva dall'utilizzo di questa tecnologia.

Da cosa è derivata la necessità di questa forte implementazione tecnologica?



re dei sistemi di navigazione interattivi, i cosiddetti navigatori, che consentivano all'autista di potervi interagire e, seguendolo con attenzione, di condurre l'autovettura nel luogo desiderato, il tutto senza fare uso della mappa.

Con tali sistemi, o anche con i più moderni forniti dalle case automobilistiche, bisogna comunque continuare a guar-



La necessità di tale supporto tecnologico deriva dall'analisi dettagliata dei risultati, da cui si è riscontrato il bisogno di comprendere, per ogni paziente, le specifiche caratteristiche antropometriche, al fine di impiantare nella maniera più corretta possibile l'impianto protesico. Lo sviluppo della tecnologia digitale applicata alla chi-

rurgia protesica ortopedica ha avuto inizio qualche anno fa, con l'utilizzo dell'intelligenza artificiale nel darci una mano a pianificare la protesi con caratteristiche specifiche per il paziente. Tale tecnologia, seppur utile, era in grado soltanto di predire che tipo di impianto protesico era necessario per quel tipo di paziente e che tipo di risultato funzionale ci si poteva aspettare. In questo caso era come andare in sala operatoria con la "cartina geografica" utile per spostarsi in automobile, ma non c'era la possibilità di verificare intraoperatoriamente quello che il chirurgo stava facendo.

Quale è stato il vero passo da gigante nell'interazione fra chirurgo e tecnologia?

occhiali in sala operatoria, è capace di poter interagire con gli oggetti del mondo reale e del mondo virtuale. In questa maniera il paziente potrà avere il massimo beneficio da questa tecnologia, in quanto il chirurgo si muove liberamente nello spazio e può seguire in tempo reale se ogni passaggio operatorio che sta eseguendo è sovrapponibile a quanto pianificato sul software nel periodo preoperatorio.

Quali sono i benefici pratici per il paziente?

Tale situazione di sicuro consente di poter migliorare in maniera eccezionale il posizionamento dell'impianto e di regolare il bilanciamento legamentoso piuttosto che regolare la tensione dei

cifici per quel tipo di impianto, che era stato calcolato sulla base del planning operatorio. Tali posizionatori venivano inviati prima della chirurgia ed utilizzati in maniera monouso per eseguire l'impianto protesico.

Cosa ci attende ora, nell'immediato futuro?

In quest'ultimo periodo siamo spettatori di un ulteriore sviluppo tecnologico, ovvero l'assistenza della chirurgia robotica per eseguire i tagli ossei ed impiantare le componenti protesiche.

Tuttavia, possiamo affermare che tale situazione è ancora embrionale anche se, per alcune articolazioni come quella del ginocchio, inizia ad essere



La vera evoluzione è stata quella di poter iniziare a utilizzare la realtà virtuale, che ha permesso praticamente di poter migliorare le capacità tecniche del chirurgo, perché con la RV era possibile simulare l'intervento chirurgico.

Il passaggio successivo è stato quello dell'utilizzo della Realtà Aumentata e quindi della realtà mista.

In quest'ultimo caso il chirurgo, indossando degli opportuni visori con degli

tessuti muscolari, che per ogni specifica articolazione può essere, se non ripristinata adeguatamente, una delle cause principali del fallimento dell'impianto protesico piuttosto che della sintomatologia dolorosa del paziente.

Tale tecnologia, inoltre, permette di abbattere anche i costi di una chirurgia che in questo modo diventa assolutamente "sartoriale" per il paziente, ma senza la necessità di dover far costruire dalle aziende dei posizionatori spe-

una realtà.

Certamente la tecnologia digitale ci sta permettendo di migliorare il nostro lavoro e di sicuro l'ortopedico sta mutando il suo stato da quello di un chirurgo-carpentiere a quello di un chirurgo-sarto, con la possibilità di offrire una chirurgia sempre più raffinata ed individuale allo scopo di migliorare la funzione dei pazienti operati di chirurgia protesica.

In Casa Sollievo con una tecnica innovativa

Primo trapianto di microbiota fecale (FMT) del Sud Italia

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 Per la Puglia**

La tecnica innovativa consiste nel trapiantare le feci, opportunamente analizzate e trattate, da un donatore sano ad un ricevente col fine di ripristinare l'equilibrio del microbiota intestinale, fondamentale per la salute e il benessere dei pazienti affetti da patologie con implicazioni gastroenterologiche.

Nei giorni scorsi una donna di 62 anni di Foggia, nell'ambito di uno studio clinico controllato, ha beneficiato del **primo trapianto di microbiota fecale (FMT) eseguito nel Sud Italia**. Tale procedura è stata effettuata presso l'Unità di **Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva** dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo. **Il microbiota intestinale umano**, spesso impropriamente definito come flora batterica intestinale, è una **comunità di batteri, funghi e protozoi** che risiedono nel nostro organismo in condizioni di simbiosi e che, in condizioni di equilibrio ("eubiosi") svolge diverse funzioni: **ostacola la colonizzazione di agenti patogeni** esterni; **partecipa al metabolismo** attraverso la digestione di zuccheri complessi; **contribuisce allo sviluppo del sistema immunitario**; **influisce sulla motilità intestinale**; **modifica l'efficacia e la tossicità dei farmaci** assunti. Negli ultimi anni un **numero sempre crescente di malattie sono state collegate alla "disbiosi"**, ovvero ad un'alterazione della composizione e delle funzioni del microbiota intestinale che, a causa di fattori ambientali, come ad esempio l'uso di antibiotici, è soggetto ad un impoverimento della ricchezza e della diversità microbica. Con l'avvento di tecniche molecolari avanzate e di analisi sempre più sofisticate, già da qualche anno si è in grado di caratterizzare nel dettaglio la componente batterica del microbiota intestinale ottenendo dati che ci consentono di stabilire se il microbiota è "sano" (eubiosi) o "malato" (disbiosi). Di pari passo sono iniziati studi con l'intento di modulare il microbiota intestinale per ristabilire l'eubiosi in condizioni accertate di disbiosi intestinale. L'attenzione dei ricercatori e dei clinici si è focalizzata sul **trapianto fecale di microbiota (FMT, in inglese Faecal Microbiota Transplantation)**, una tecnica innovativa che consiste **nel trapianto di**

feci da un donatore sano ad un ricevente malato con lo scopo di trattare una malattia associata ad un'alterazione del microbiota. «La donna che ha ricevuto il trapianto di microbiota spiega **Giuseppe Biscaglia**, medico dell'Unità di Gastroenterologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza aveva sviluppato, a seguito di un trapianto allogenico di cellule staminali emopoietiche eseguito presso l'Unità di Terapia Intensiva Ematologica e Terapie Cellulari, una complicanza nota come GVHD, Graft Ver-



sus Host Disease, o malattia acuta da rigetto, causata da una reazione immunologica delle cellule del donatore nei confronti dei tessuti del ricevente. In particolare la donna lamentava da mesi episodi ricorrenti di diarrea, gonfiore e dolori addominali molto debilitanti ed alcuni esami avevano evidenziato un'alterazione a carico dell'intestino. La paziente era stata già sottoposta ad altre terapie che tuttavia non si erano dimostrate efficaci. Diversi studi hanno dimostrato che in pazienti con GVHD si ha un marcato squilibrio del microbiota intestinale dovuto anche alle pesanti terapie affrontate. Abbiamo pertanto pensato **conclude Biscaglia di inserire questa paziente in uno studio clinico controllato in corso presso il nostro Ospedale con lo scopo di correggere tale squilibrio col trapianto di microbiota da donatore sano**». Esistono ormai **numerose evidenze sull'efficacia del trapianto fecale di microbiota**, che diventa un'arma utilizzabile quando altri approcci non sembrano funzionare. Ad esempio, **nei casi di infezione ricorrente da Clostridioides difficile (rCDI)**, una condizione patologica molto seria causata dall'uso prolungato o inappropriato di antibiotici, l'efficacia della procedura ha superato il 90% dei casi. Inoltre, è un trattamento che inizia ad essere utilizzato, in

casi selezionati, anche in pazienti con **malattie infiammatorie croniche intestinali, encefalopatia epatica e sindrome dell'intestino irritabile**. «Abbiamo scelto i nostri donatori di microbiota sottolinea **Orazio Palmieri**, biologo del Laboratorio di Gastroenterologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza tra i donatori abituali di sangue del Centro Trasfusionale del nostro Ospedale, i quali, per la periodicità delle donazioni e per l'accuratezza delle analisi a cui si sottopongono, garantiscono buona affidabilità nello stile di vita e nei comportamenti sani. Solo le persone che risultano negative ai test ematici, e idonei per i requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti, vengono invitati a donare il loro materiale fecale. Quindi nel Laboratorio di Microbiologia e Virologia il materiale donato viene sottoposto a ulteriori test molto accurati volti ad escludere la presenza di eventuali elementi patogeni per poter essere poi utilizzato nei soggetti riceventi». «Il trapianto vero e proprio – ribadisce Giuseppe Biscaglia – viene eseguito nel Servizio di Endoscopia Digestiva attraverso una normale colonscopia, coordinata da un medico gastroenterologo coadiuvato dal personale del Laboratorio e, se necessario, da un anestesista. L'unica differenza è la finalità della colonscopia: da indagine conoscitiva diventa anche veicolo del trapianto nell'intestino». «Questo trattamento – spiega **Francesco Perri**, direttore dell'Unità e del Laboratorio di Gastroenterologia dell'Ospedale di San Giovanni Rotondo – ci permette di essere al momento l'unico Ospedale del Sud Italia in grado di poter dare risposte a tutti quei pazienti che, in condizione di disbiosi accertata, pur soffrendo di patologie intestinali importanti, non traggono benefici dagli approcci tradizionali e sono costretti ad individuare strutture del Centro Nord per eseguire la metodica. È bene sottolineare che il trapianto **conclude Perri è una procedura terapeutica che richiede un notevole impegno organizzativo ed un approccio multidisciplinare complesso, con il coinvolgimento di diverse figure professionali. Essa è sicura, efficace, poco costosa e ripetibile più volte nello stesso paziente senza significativi effetti collaterali**».

Con mini sonda introdotta dall'arteria femorale

Operati in un'unica seduta due aneurismi cerebrali

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

L'intervento mini-invasivo, eseguito dall'equipe di Radiologia Interventistica, è stato effettuato per scongiurare il rischio di emorragia cerebrale

L'Unità di Radiologia Interventistica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza ha trattato con successo, in un'unica seduta, un raro caso di doppio aneurisma cerebrale per via endovascolare, cioè senza taglio chirurgico, su una donna di 50 anni di Manfredonia.

L'aneurisma cerebrale è una dilatazione anomala di un vaso arterioso del cervello che può rompersi portando ad emorragia cerebrale e, nei casi più gravi, anche a severa invalidità e rischio di morte in una elevata percentuale di casi.

La donna lamentava un insolito mal di testa persistente da settimane e resistente alle terapie. È stata sottoposta ad una risonanza magnetica (RM) seguita da Angio-TAC nell'Unità di Radiologia, e successivamente, ad angiografia cerebrale diagnostica nell'Unità di Radiologia Interventistica. È emersa così la presenza di due aneurismi ancora integri, ad origine dalla stessa arteria e molto ravvicinati (circa 8 mm uno dall'altro), delle dimensioni di 10mm e 6mm. Per evitare il rischio di rotture, possibili in aneurismi superiori a 6mm, e vista la giovane età della paziente, i clinici hanno deciso di intervenire subito.

«La posizione dei due aneurismi, molto vicini tra loro e praticamente al centro del cervello, rendeva ad alto rischio la possibilità di un tradizionale intervento neurochirurgico con l'apertura dell'endocranio – ha spiegato

Giovanni Ciccarese, da marzo direttore dell'Unità di Radiologia Interventistica dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza –. Si è deciso così, in accordo con neurochirurghi ed anestesisti-rianimatori, di intervenire con una metodica en-

fino a raggiungere la parte interessata, in questo caso il cervello. In prossimità dei due aneurismi è stato posizionato uno "stent" a diversione di flusso, una piccolissima rete metallica molto fitta a forma di cilindro che permette al flusso sanguigno di procedere nel suo percorso naturale all'interno dell'arteria. Così facendo – ha concluso Ciccarese – i due aneurismi sono stati esclusi dal circolo sanguigno e si andranno pian piano a chiudere rimanendo innocui».

Dopo l'intervento eseguito dai radiologi interventisti Giovanni Ciccarese, Vincenzo Strizzi, Michele Falcone e Michelangelo Nasuto, con l'assistenza degli anestesisti Aldo Manuali e Elisabetta Di Benedetto la donna è rimasta in osservazione in Anestesia e Rianimazione II per 18 ore ed è stata dimessa completamente asintomatica tre giorni dopo. Dal primo gennaio la Radiologia Interventistica ha già eseguito altri 8 trattamenti endovascolari di aneurisma cerebrale, 5 in urgenza e 3 in elezione, con risultati più che soddisfacenti.

L'Unità garantisce un servizio di reperibilità di 24h per 7 giorni e, oltre all'attività ambulatoriale (visite ed eco-color-Doppler), esegue circa 2.000 procedure interventistiche all'anno che spaziano in diversi campi della medicina: vascolare (cerebrale, addominale ed arti inferiori), muscolo-scheletrico (in particolare colonna vertebrale), epatico, oncologico ed urinario. Utilizza esclusivamente tecniche mini invasive, che evitano quindi il taglio chirurgico, e che permettono di trattare un aneurisma cerebrale, un piede diabetico o un'ernia discale con un periodo breve di ricovero e tempi più rapidi di ripresa.



dovascolare che consiste nell'introdurre dall'arteria femorale, all'altezza dell'inguine, una mini sonda di pochi millimetri in grado di viaggiare lungo l'arteria



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 S.R.L.

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



DIAATEK 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

interhospital@pec.it
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

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.

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




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

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).

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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

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




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

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.

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




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

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 complessi 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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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




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

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.

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



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@textafoggia.it
info@textafoggia.it
www.texabiomedicali.it



Le imprese associate

Campagna nuovi Associati 2021

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.e.L. (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.atorp.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@atorp.it

STAMPA



Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)