



VIVILASANTA'

ASSOCIAZIONE FORNITORI OSPEDALIERI REGIONE PUGLIA

Trimestrale d'approfondimento sulla sanità Anno XIII n.47 - GIUGNO 2021



PNRR e nuovi ospedali nell'agenda del Dipartimento Salute

La Puglia riparte dagli investimenti in sanità

IN QUESTO NUMERO:

Seguici anche su:
www.aforp.it



Beppe Marchitelli

Public value non è più prerogativa solo del pubblico

Pag. 2

Vito Montanaro

Durante la mia gestione la Puglia ha guadagnato 21 punti Lea

Pag. 4

Mauro Vizzino

Elevare i livelli qualitativi dell'offerta sanitaria

Pag. 6

Vitangelo Dattoli

In questi anni abbiamo fatto un grande lavoro

Pag. 8

Giovanni Migliore

Al Policlinico di Bari il 30% dei pazienti Covid di Rianimazione di tutta la regione

Pag.10

Alessandro Di Bello

Trasparenza delle procedure con dematerializzazione del sistema di procurement

Pag. 12

Antonio Delvino

Per un percorso virtuoso capace di correggere le anomalie

Pag. 14

Nicola Rosato

Monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica

Pag. 16

Giuseppe Miragliotta

Fenomenologia del COVID-19

Pag. 18

Coordinamento Donne

Agenda di Genere

Pag. 20

Ruolo propositivo dei fornitori

Public value non è più prerogativa solo del pubblico



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

@beppe_marchitelli

Nelle sue ultime previsioni, la Commissione europea guarda al futuro con più ottimismo.

Per l'Italia ci sono buone notizie ed elementi che invitano alla riflessione. La prima cosa positiva è che dopo il crollo del Pil nel 2020 a -8,9% dovremmo **creocere quest'anno del 4,2%** (superando la Germania che si ferma a +3,4%) e **del 4,4% nel 2022**.

Ricordiamo che secondo il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza nel 2026, il Pil dovrebbe ricevere una spinta aggiuntiva del +3,6%.

L'altra buona notizia è che non siamo più ultimi per ritmo di crescita, che è

perfettamente allineata con quella della media europea. Un bel traguardo, considerando, che, negli ultimi 20 anni, mentre noi crescevamo solo del 7,9%, il Pil in Germania aumentava del 30,2%, in Francia del 32,4% e in Spagna del 43,6%. Due elementi su cui riflettere: nonostan-

te questi valori di crescita nel 2022 saremo l'unico Paese della Zona euro che non sarà riuscito del tutto a recuperare le perdite della Pandemia, il Pil sarà ancora 0,9 punti percentuali sotto quello pre-covid del 2019. La spinta del PNRR sarà indispensabile.

Rilanciare il Sud per far ripartire il Paese. Prende voce un nuovo refrain, mentre vediamo la luce in fondo al tunnel.

Il rilancio del Mezzogiorno non è una questione di soldi, è stato detto più volte. Se nei prossimi sette anni, l'economia delle regioni del Sud, non riuscirà a decollare per allinearsi ai ritmi di crescita del resto del Paese e più vicina alla media europea, non dipenderà dalle risorse a disposizione. Le regioni italiane classificate come meno

sviluppate: **Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Puglia**, avranno 210mld di risorse pubbliche e per oltre due terzi finanziati dall'Unione Europea, attraverso il Next Generation EU e Fondi strutturali 2021-2027, Fondo sociale (Fse) e il Fondo per lo sviluppo regionale (Fesr). Inoltre la quota della programmazione 2014-2020, che, l'Italia deve spendere entro il 2023, ammonta a 29,7mld. Tra i programmi operativi che l'Italia sta mettendo a punto ci sarà un nuovo programma per la sanità di 600mld. Determinanti sono oltre 80 miliardi che arriveranno dal PNRR, che, secondo le sei missioni in cui si articola, la salute è al n.6. **Un impegno**

e molte risorse da far tremare i polsi. Tenendo conto anche delle difficoltà delle regioni del Sud, non tutte, che non hanno ancora risolto la gestione degli investimenti pubblici, in aggiunta alla bassa capacità amministrativa sia a livello centrale sia regionale, che impedisce di utilizzare in tempi ragionevoli le risorse disponibili. Sono

Per l'Italia ci sono buone notizie ed elementi che invitano alla riflessione

chiari anche i moniti: "Abbiamo imparato - dice il premier **Mario Draghi** - che tante risorse non portano necessariamente alla ripartenza del Mezzogiorno". A fronte di 47,3mld di euro programmati nel Fondo per lo Sviluppo e la Coesione dal 2014 al 2020, alla fine dello scorso anno, erano stati spesi poco più di 3 miliardi, il 6,7%.

Occorre un cambio di mentalità delle classi dirigenti. Quindi una cosa sono le intenzioni politiche di cambiare e non ci sono grandi differenze, altra cosa le differenze che riguardano i modi di cambiare, l'ambito del cambiamento, la profondità degli interventi correttivi e il livello su cui intervenire e quindi il genere di proposte da mettere in campo. E' necessaria la disponibilità a ripensare politiche, imposta-

zioni, culture e organizzazioni con lo scopo di **rimuovere le grandi contraddizioni che si sono accumulate nel tempo.**

Autorevoli interventi mostrano che la risposta alle criticità della sanità, messe in evidenza dalla pandemia tipo: rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, modernizzare e digitalizzare il sistema sanitario e garantire equità di accesso alle cure, con un costo pari a 20,22 mld, probabilmente non è una proposta riformatrice, ne affronta le principali criticità, facendosi carico di un processo di riorganizzazione del sistema, basato su iniziative di 40 anni fa. Realizzare un investimento nel rispetto dei tempi e soprattutto funzionale all'evoluzione dei fabbisogni della società e dell'economia non è una

propensione all'innovazione. Una risposta è senza dubbio partnership, aiuterebbe a pensare non in termini di processo, ma di strutture organizzative, di sistema con attenzione ai bisogni e ai risultati, ancor prima, delle procedure di selezione dei beneficiari. **La partnership identifica un ruolo propositivo dei fornitori per identificare soluzioni e assumersi la responsabilità della co-progettazione.** Ponendo attenzione alla domanda, si pensa in termini di territorio e a come essere un catalizzatore. Avere la padronanza delle soluzioni con focus a breve termine, annulla singole azioni, dando importanza alla creazione di valore, con risultati di capacità di gestione rischio e sostenibilità. Il PNRR è la leva per far investire la rotta

costi per le imprese e per i cittadini e chiare regole di responsabilità fra i livelli di governo. Sappiamo che il Ministro Brunetta concorda.

La salute non ha bisogno di riforme normative a livello costituzionale, meglio concentrarsi sul miglioramento dell'organizzazione dei servizi, che devono essere offerti in modo equo su tutto il territorio nazionale. Il Ministero della Salute può esercitare fino in fondo il suo ruolo di governo del sistema per la tutela della salute, attraverso una fattiva collaborazione con le Regioni. La sfida del futuro è quella di attivare un nuovo modello di assistenza territoriale. Quindi non è un problema di norme, ma di attuazione. Vi sono ostacoli strutturali. Determinanti saranno gli



questione di procurement, quanto di **capacità decisionale e di esecuzione.** I fondi della Next Generation EU, serviranno per migliorare il livello e la capillarità dei **servizi rivolti ai cittadini, che sarebbero quindi investitori e destinatari finali degli interventi.** Occorre quindi rapidità e non ci sono vie di mezzo o si evolve in qualcosa di più grande o ci si ritira in qualcosa di più piccolo.

La sinergia deve essere chiara, **public value non è più prerogativa solo del pubblico.**

Non si può non tener conto delle criticità della PA, rigidità amministrativa e scarsa

a un'Italia che la stagnazione ventennale prima e il Covid poi hanno impoverito, evidenziando disuguaglianze territoriali, di genere e anagrafiche. **La leva, però, rischia di restare bloccata senza riforma della PA,** che continua a moltiplicare i costi per gli investitori, data la complicazione delle procedure.

L'Ocse argomenta la necessità di migliorare l'efficienza della PA, rafforzare l'impatto delle riforme e potenziare la risposta del settore privato alle misure di rilancio. Precisando gli obiettivi. Una tempistica prefissata per le procedure amministrative, che **corrispondono a**

investimenti, perché solo se ci sono investimenti ci saranno riforme e si supereranno i divari tra Regioni e il famosissimo Nord/Sud. L'Italia può giocare la sua parte con una forza che prima non aveva. E' vero siamo un Paese con un immenso debito pubblico e un Sud da reinventare, ma siamo anche la seconda manifattura d'Europa, con capacità di resistenza alle avversità notevole. **Siamo italiani e accanto ai nostri grandi difetti ci sono anche grandi pregi.** Il ruolo è residuale, possiamo restare uniti o scioglierci come neve al sole. Grandi e piccoli, pubblico e privato, l'orologio fa per tutti tic-tac.

Costruire un Sistema sanitario regionale al passo con i tempi

Durante la mia gestione la Puglia ha guadagnato 21 punti Lea

Perché il Presidente Emiliano l'ha riconfermato come Direttore del Dipartimento Promozione Salute? Forse perchè è stimato, perchè ha svolto bene il suo lavoro?

“Il Presidente Emiliano è una persona di rara intelligenza. Non fa sconti e chi lavora bene con lui viene premiato. Il Presidente Emiliano che è anche vicepresidente della Conferenza delle regioni, non può permettersi di fare errori, con un ruolo nazionale che è ancora più impegnativo. Così come stiamo facendo per la campagna vaccinale, in cui la Puglia, risulta tra le prime regioni italiane ad aver somministrato più vaccini. La scelta di confermarmi come Direttore del Dipartimento, ritengo sia stata determinata dai risultati. Nei due anni della mia Direzione, la Puglia, ha fatto dei passi in avanti e la notizia di queste ore, racconta che la nostra regione ha raggiunto 193 punti Lea, aggiungendone altri 4, addirittura durante la fase del covid. Quando, nel 2015, il governo Emiliano, ha cominciato la sua prima avventura, i Lea avevano un punteggio di 155. Siamo passati in pochi anni da 155 a 193 punti Lea. Sono tanti. La Puglia dal 2015 al 2019 ha guadagnato 18 punti Lea. Durante la mia gestione ne ha guadagnati 21. Con questi risultati siamo riusciti a portare a casa la liquidazione di due saldi del Fondo sanitario nazionale. Per un ammontare complessivo di poco più di 400milioni di euro. Che erano bloccati per il mancato raggiungimento dei punteggi Lea”.

Con la liquidazione del saldo di 400 milioni, la realizzazione dei nuovi ospedali e i fondi previsti dal PNRR, la Puglia potrà davvero ammodernare la rete ospedaliera e offrire migliori servizi ai cittadini?

“I 400 milioni non potranno essere utilizzati come investimento ma, ad esempio, per assumere nuovo personale, pagare i fornitori etc.. La nostra capacità dovrà essere quella di costruire un Sistema sanitario regionale al passo con i tempi. Il covid ha tracciato un solco tra ciò che eravamo e ciò che dovremo essere. Dovremo riprogrammare il futuro, che passa attraverso ospedali nuovi, non solo di nuova costruzione. Ma di vecchi ospedali

ristrutturati, riorganizzati, per il nuovo modello del Sistema sanitario regionale che abbiamo pensato. I territori vanno ammodernati dal punto di vista della organizzazione, della erogazione dell'assistenza sanitaria. Il percorso della prevenzione degli screening va rivisto. L'ospedale dovrà tornare a fare solo l'ospedale e lavorare solo per i ricoverati. Il territorio dovrà lavorare mattina e pomeriggio con prestazioni ambulatoriali



sia di tipo specialistico che di tipo strumentale e il percorso degli screening si dovrà arricchire di un modello organizzativo, che non consenta di sovrapporsi con il percorso delle prestazioni ambulatoriali. Se sei in età screening e il sistema sanitario regionale che ti comunicherà quando, a che ora e in che luogo, dovrai recarti per effettuare lo screening! Per fare tutto questo dovremo avere non solo una nuova organizzazione in termini di capitale umano, ma anche strutturale”.

Cosa si prevede per i nuovi ospedali?

“Ne stiamo costruendo cinque. Monopoli-Fasano, Taranto, tra poco saranno avviati i lavori per i nuovi ospedali del Basso Salento e di Andria. Attualmente sono nella fase di progettazione esecutiva. Ed infine stiamo per attivare la conferenza di servizio, per l'avvio della progettazione dell'ospedale dell'area Bari, nella zona di Molfetta-Bisceglie. Il nostro obiettivo è di avere grandi ospedali moderni, che con la logica dei cerchi concentrici, servano bacini di utenza di si uguali dimensioni, secondo i livelli di assistenza richiesti. Il modello organizzativo della provincia di Foggia, non può essere lo stesso modello organizzativo di un ospedale della provincia di Bari o di Lecce. La nostra idea è di dare una missione ad ogni ospedale. I grandi ospedali dovranno essere in grado di affrontare le emergenze, la cosiddetta medio-alta complessità. I piccoli ospedali dovranno invece essere pronti a svolgere un'attività di medio-bassa complessità. Dovranno operare come strutture in cui si dovrà programmare le attività, governando ed indirizzando la domanda di salute. La nostra idea è quella di correlare ad ogni ospedale di base, un Presidio Territoriale Assistenziale (PTA), dotato di sale operatorie. Questo consentirà di gestire al meglio i quartieri operatori e di recuperare gli interventi chirurgici arretrati a causa della pandemia. Dobbiamo correre, perchè bisogna dare una risposta assistenziale a coloro che non l'hanno avuta, in questo ultimo anno e mezzo”.

Direttore manterrà l'impegno assunto con gli stakeholder del Ssr di avviare l'utile confronto, sulla governance della spesa?

“Assolutamente sì. Anche perchè è utile confrontarsi con coloro che lavorano per fornire beni e servizi al Ssr. Nel convincimento che ciascuna delle parti ha un ruolo non di contrapposizione ma di collaborazione. Siamo due pezzi dello stesso sistema. Quando ci si siede al Tavolo con principi etici e morali solidi, che tu sia il compratore o tu sia il venditore, non è un problema. L'esigenza fondamentale è quella di avere ben chiaro quali sono i principi, sulla base

dei quali ognuno deve sedersi al tavolo per confrontarsi, per cercare di fornire il meglio ai nostri assistiti, di spendere al meglio le risorse finanziarie assegnate. Credo che sia un momento di maturità del Ssr, verso il quale dobbiamo tendere”.

La Puglia sta andando verso la zona bianca, sembra che il peggio sia passato?

“Il peggio è passato ma dobbiamo sempre tenere alta la guardia. Con le varianti, non si può mai ipotizzare, che, esse, non ti creino disagio. Per cui bisogna sempre rispettare le regole di base: il distanziamento, l’uso della mascherina, l’igiene personale. Amo sempre ripetere che la mascherina vale quanto un vaccino. Il giorno in cui tutti quanti saremo vaccinati, probabilmente potremo cominciare a parlare di abbassamento del livello di guardia”.

In Puglia, l’immunità di gregge quando si potrà raggiungerla?

“Fino ad oggi abbiamo somministrato vaccinazioni complete per circa un milione e 700mila pugliesi. Il dato più rilevante è che abbiamo vaccinato la popolazione più fragile, con comorbilità, che include soggetti con malattie rare, gli ultrasessantenni, insomma i pugliesi che hanno maggiori problemi e più vulnerabili. Raggiunto questo obiettivo, tutti i soggetti che si sono contagiati sono tutti nella fascia 30-50 anni. E’ la dimostrazione che il vaccino funziona. Ritengo che l’immunità di gregge la raggiungeremo tra agosto e settembre, quando avremo vaccinato la maggioranza dei pugliesi. Con l’apertura della vaccinazione ai soggetti giovani, fascia compresa tra 12 e 15 anni, copriremo una larghissima fascia di popolazione. Il nostro target iniziale era di vaccinare 3 milioni di pugliesi su circa 4 milioni di abitanti e così copriremo il 75% della popolazione. Tra settembre e ottobre raggiungeremo una percentuale ancora più alta”.

Durante la fase pandemica, soprattutto quando i casi aumentavano costantemente, ha mai pensato che potessimo essere sull’orlo del precipizio?

“Nel primo periodo della pandemia la paura era determinata dall’ignoto. Ma la strategia messa in campo credo sia stata quella giusta. L’attivazione di una Task Force che ha definito protocolli operativi rigorosi, un’adeguata rete dei posti letto covid, l’attivazione delle USCA, ma anche i lockdown imposti dalle scelte nazionali, hanno aiutato a superare la prima ondata. Invece la seconda e so-

prattutto la terza ondata sono state davvero violente. Dire che non abbiamo avuto paura sarebbe sbagliato. Dire che la paura, per noi, è stato un sentimento negativo è altrettanto sbagliato. Certo, avevamo il timore, che il virus potesse sopraffarci, perchè avevamo, nei nostri occhi quello che era successo nella prima fase. Nel contempo, l’aver costruito una organizzazione in grado di contrastare il virus, il rispetto delle regole da parte dei pugliesi e la somministrazione dei vaccini, ci hanno consentito il superamento della fase più acuta. L’aver avuto paura ci ha spronati a muoverci ed organizzarci con più impegno, considerando ogni minimo dettaglio. Con orgoglio possiamo dire, che, i direttori generali sotto la guida del Dipartimento Salute, sono stati in grado di fornire un posto letto a chiunque ne abbia avuto bisogno”.

Dal 24 Maggio gli ospedali sono tornati alla normalità con la possibilità di erogare prestazioni non covid ai pazienti pugliesi. Ci sarà da recuperare le lunghissime liste di attesa?

“Sono migliaia le prestazioni non erogate negli ultimi quindici mesi. Abbiamo avviato una prima ricognizione delle liste d’attesa. Dal 24 maggio, fino ad oggi, sono passati pochi giorni e il dato non è molto indicativo, rispetto al numero delle prenotazioni arretrate. Al 30 aprile sono state rilevate 435 mila prenotazioni ambulatoriali di cui 365mila (84%) prenotate nei tempi previsti dal DM, sul monitoraggio dei tempi di attesa. L’obiettivo che ci poniamo è correlabile al finanziamento per abbattimento delle liste di attesa che il Governo ha messo a disposizione con due provvedimenti: uno dello scorso anno con 31 milioni di euro, di cui 8 già utilizzati e il residuo potremo utilizzarlo quest’anno e con l’ultimo decreto, sono stati stanziati 500milioni di euro, di cui alla Puglia toccheranno 30-35 milioni e per cui stiamo parlando di risorse complessive, per circa 50 milioni di euro. Risorse che potranno essere utilizzate per recuperare le prestazioni non erogate. Noi non vogliamo più parlare di abbattimento delle liste d’attesa, ma di recupero dell’attività sanitaria, che ti dà l’idea che l’arretrato, non è stato accumulato, perchè siamo stati incapaci, ma non abbiamo potuto erogare prestazioni sanitarie a causa del covid. L’obiettivo è quello di organizzare l’ospedale e il territorio, perchè a ciascuno dei due pezzi fondamentali del Sistema sanitario regionale, sia consentito di assolvere alla propria missione. Durante la fase del covid abbiamo assunto 8mila

professionisti, che si sono aggiunti al nostro plotone dei dipendenti del Servizio sanitario, che storicamente è di 45mila. Tutto questo dovrà passare attraverso una pianificazione di erogazione delle attività ambulatoriali, sia strumentali che specialistiche, su turni da 12 ore, in modo da sfruttare al massimo ogni punto di erogazione, condividendo il percorso di riorganizzazione del lavoro con le organizzazioni sindacali”.

In questa lunga esperienza di emergenza sanitaria, di quanto si sia arricchito professionalmente e umanamente?

“Nella mia vita professionale ho sempre fatto esperienze entusiasmanti e in pochissimi mesi ho maturato un’esperienza, che altri, hanno maturato in anni di lavoro. Da un punto di vista umano è stata un’esperienza molto impegnativa. Ho misurato anche la mia capacità di essere leader. Essere il direttore del Dipartimento, in questa fase ha significato che ogni scelta doveva essere credibile e autorevole. L’autorevolezza l’ho acquisita sul campo, coordinando un gruppo di professionisti straordinario. Con le direzioni strategiche c’è stato uno scambio di utili informazioni, che hanno portato a migliorare le risposte da dare agli assistiti. L’approccio alla soluzione condivisa dei problemi ha consentito ai professionisti impegnati con me, nel Dipartimento salute, di uscire dalla fase più acuta. Per raccontarla con una trasposizione cinematografica, mi viene in mente il film Apollo 13. La necessità di salvare la vita agli astronauti, riportandoli a terra, ha reso necessario il ricorso alla capacità creativa degli ingegneri che seguivano le sorti della navicella dalla cabina di comando della NASA. Affrontarono e risolsero il problema imprevedibile all’impianto dell’ossigeno, utilizzando gli “attrezzi disponibili”, sotto una fortissima pressione emotiva. Ovviamente riuscirono a riportare a terra, gli astronauti sani e salvi. Noi abbiamo vissuto una esperienza simile. Il nostro Ssr, come spesso ha detto il Presidente Emiliano, aveva poco personale rispetto agli altri, pochi ospedali rispetto agli altri, poche risorse finanziarie rispetto agli altri. Con queste tre componenti che in partenza apparivano negative, siamo stati capaci di mettere in piedi un sistema di contrasto alla pandemia, che ci ha consegnato il sentimento di essere orgogliosi di noi stessi e il messaggio di essere stati capaci con pochi attrezzi di fare di più e meglio, di superare tutte le emergenze e di essere pronti a raccogliere, con più mezzi, più risorse, più personale la sfida per il futuro”.

Recuperare risorse da destinare all'edilizia sanitaria pubblica pugliese

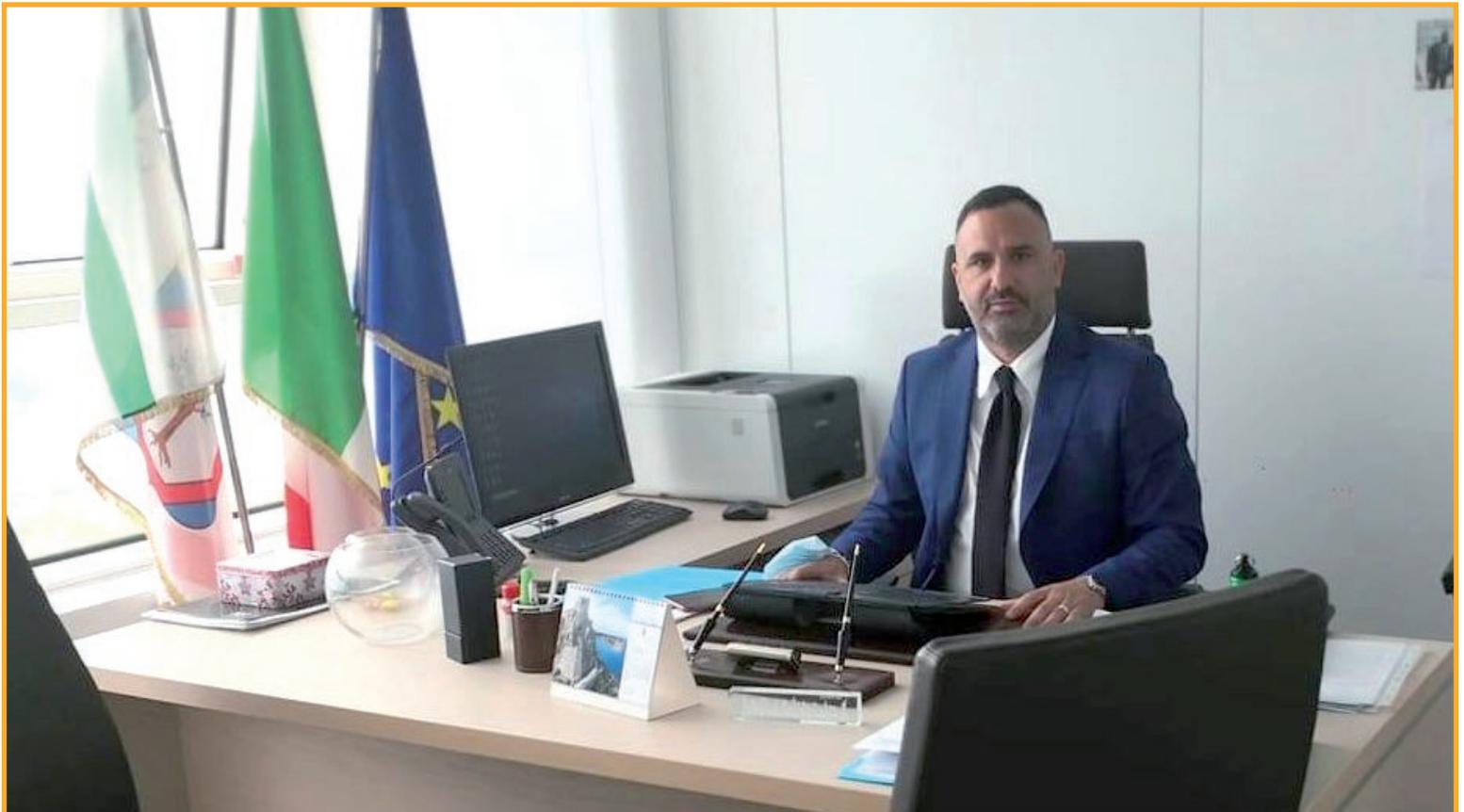
Elevare i livelli qualitativi dell'offerta sanitaria

Presidente dopo aver guidato, nella passata legislatura, la Commissione Ambiente, è stato nominato alla guida della Commissione Sanità, con problematiche aggiunte dall'emergenza-covid. Come ha vissuto questo passaggio? Ha incontrato difficoltà?

“Nella passata legislatura ho vissuto una esperienza bellissima alla guida della Commissione Ambiente. Il con-

della Commissione Sanità ed io non ho esitato un solo istante per accettare. Ciascun consigliere regionale, infatti, partecipa a più commissioni e quindi matura una esperienza a 360 gradi, che gli consente intervenire, con cognizione di causa, su tutte le questioni, che interessano la nostra regione. Aggiungo, infine, che, nel corso della prima legislatura, mi sono occupato, in più occasioni, dei problemi della sanità pugliese, con

“Da quando faccio politica attiva, ho sempre ritenuto che, i cittadini debbano ricevere risposte immediate e quindi ho agito sempre in questa direzione. Nel caso del provvedimento, che ha reso possibili le visite dei familiari, ai pazienti-covid, ricoverati nei reparti di terapia intensiva, ovviamente, mi fa piacere, che la Puglia, sia stata la prima regione ad adottare un provvedimento di questo tipo. Gli ostacoli che



fronto costante con i colleghi, con la struttura della Regione Puglia e con tutti coloro che abbiamo invitato in Commissione per approfondire le tematiche più scottanti, mi ha permesso di acquisire una conoscenza specifica di tali problematiche e quindi anche di incidere in maniera positiva per la loro risoluzione. La Commissione, infatti, ha varato una serie di proposte che poi il Consiglio regionale ha trasformato in leggi regionali o in altri provvedimenti esecutivi. A seguito della mia rielezione, mi è stata proposta la Presidenza

l'unico obiettivo di migliorare la qualità dei servizi erogati ai cittadini della mia regione”.

La sua Commissione è partita con il piede giusto. La Puglia ha dato il via libera per legge alle visite dei familiari ai pazienti covid ricoverati in terapia intensiva. Ed è stata la prima Regione a farlo a livello nazionale. In quattro giorni dalla Commissione al Consiglio per l'approvazione: un vero record. E' la politica che i cittadini vorrebbero sempre avere. Cosa ne pensa?

abbiamo dovuto superare non sono stati pochi, soprattutto in fase di attuazione di quanto deciso dalla Regione. Il che conferma il peso insopportabile che la burocrazia continua ad avere nel nostro Paese, spesso a discapito dei diritti di ciascun cittadino. Tengo a precisare, in ogni caso, che la Commissione, da me presieduta, ha contribuito, in maniera determinante, al varo di provvedimenti rivolti agli ammalati-covid, a partire dalla gratuità delle cure e degli accertamenti diagnostici, nella fase successiva alla guarigione”.

In Commissione Sanità avete approfondito la situazione relativa alla costruzione dei nuovi ospedali di Monopoli-Fasano e di Taranto. A che punto sono i lavori e vi sarà la possibilità che anche il basso Salento e la Bat abbiano due nuovi ospedali?

“L’edilizia sanitaria viene costantemente monitorata dalla nostra Commissione, con il chiaro intento di verificare se procede tutto come previsto. I lavori per la costruzione degli ospedali di Monopoli-Fasano e di Taranto procedono secondo il timing stabilito, ma preferisco non fare riferimento a date precise perché sappiamo bene che possono incidere tanti fattori.

occorrono) che in riferimento alle dotazioni organiche”.

Da anni mancano gli investimenti in sanità e, con la riduzione negli anni del fondo nazionale, anche le imprese di tutto il comparto ne hanno sofferto. Lei ritiene che potranno essere recuperate risorse degli anni scorsi per fare adeguati investimenti per ammodernare – da un punto di vista delle apparecchiature e della tecnologia - tutti gli ospedali pugliesi?

“Io ritengo che si possa e si debba recuperare tutto il possibile in termini di risorse da destinare all’edilizia sanitaria pubblica pugliese. Sarà necessario, però, compiere prima una accurata

fettuando in Commissione ed a quali obiettivi punterete per il potenziamento della sanità pugliese?

“L’obiettivo, ovviamente, è di utilizzare tutte le risorse che giungeranno per la sanità pugliese per ridurre il gap che ci separa dai livelli qualitativi dell’offerta sanitaria di regioni del Nord Italia. Si tratta di un percorso già avviato da tempo e che metteremo a fuoco, appena sarà chiaro, in che direzione procedere e con quali tempi.

Spesso c’è uno scostamento tra la classe politica e le imprese ed anche i cittadini. Che tipo di impegno sente di assumere perché le politiche regionali vadano incontro alle esigenze



Un dato, però, è certo e riguarda una accresciuta consapevolezza delle necessità infrastrutturali della sanità pubblica pugliese. Nella fase più delicata dell’emergenza sanitaria, da covid 19, infatti, la Regione Puglia è dovuta correre ai ripari, per evitare il peggio è per affrontare una crisi, ancora peggiore di contagi, che fortunatamente non c’è stata.

E’ evidente, che quanto accaduto deve servire da lezione, sia sul piano infrastrutturale (e qui potrebbero rientrare ulteriori ospedali da realizzare dove

verifica di ciò che in termini finanziari è già disponibile e che non è stato ancora speso. In tal senso, le Asl pugliesi dovranno fornirci elementi precisi, giustificando compiutamente eventuali ritardi. Il tutto, ovviamente, non riguarda solo le strutture, ma anche le dotazioni di apparecchiature a tecnologia avanzata per le quali la Puglia presenta più di qualche lacuna”.

Nei prossimi mesi in Puglia arriveranno ingenti risorse del PNRR. Che tipo di lavoro preparatorio state ef-

delle piccole e medie imprese pugliesi e, più in generale, a quelle dei cittadini?

“Il mio operato politico va costantemente in direzione del fornire risposte ai cittadini e quindi anche alle imprese che operano nel nostro territorio. La Regione Puglia sta già ben operando in questa direzione, ma è evidente che ancora tanto si può fare ed è per questo che intensificheremo il nostro impegno in tale direzione”.

Vitangelo Dattoli è stato riconfermato Direttore generale

In questi anni abbiamo fatto un grande lavoro

Da Bari a Foggia e ritorno. Da commissario straordinario a due volte al vertice del Policlinico Riuniti di Foggia. Qualche settimana fa la Giunta regionale pugliese ha nominato il nuovo direttore generale dell'azienda ospedaliero-universitaria foggiana nel solco della continuità di efficienza ed efficacia lasciando il testimone nelle mani di chi finora si è dimostrato il dirigente pugliese che meglio ha saputo rispondere alle aspettative della

aveva mandato forte e chiaro il messaggio per il futuro del manager radendo al suolo ogni altra possibilità di migliore scelta per esperienza: 'Solo Superman meglio di Dattoli al Riuniti di Foggia' disse. E così i giochi si chiusero. Superman avrà mille altre avventure per salvarci dai pasticci, Foggia avrà il suo Direttore generale con 'super poteri' da Vitangelo Dattoli. "Questo incarico mi riempie di orgoglio e allo stesso tempo

ancora dei segmenti del monoblocco del plesso principale che da decenni attendono interventi di profonda ricostruzione soprattutto perché parliamo di un territorio naturalmente interessato da movimenti tellurici e quindi di massima rilevanza. Tra poco si darà avvio ad una complessa procedura di gare per l'abbattimento del monoblocco, dei plessi minori e la costruzione di una avveniristica torre di laboratori; si aggiungerà la co-



complessa sanità regionale e che ha impresso un segno tangibile del passaggio in ogni struttura ospedaliera del tacco d'Italia: Vitangelo Dattoli. Un profondo gesto di riconoscimento dell'ottimo lavoro svolto in una carriera pluridecennale per il manager barese che a Foggia bisca il ruolo e rinsalda il legame con la Capitanata nato nel 2005 quando proprio ai Riuniti aveva ricoperto l'incarico di direttore sanitario per un anno. D'altronde lo stesso presidente della Regione Puglia, Michele Emiliano, la scorsa estate

mi carica di grande responsabilità – confessa il Direttore generale Dattoli -: è stato fatto un grande lavoro in questi anni e mi fa piacere ricordare che da un anno e mezzo, con atto deliberativo, il Riuniti si possa fregiare anche del nome di 'Policlinico' che non è un semplice aspetto formale ma conferma l'evoluzione ad un livello di complessità organizzativa, tecnologica e strumentale tipica di queste 'aziende'. L'attenzione poi è andata di pari passo all'ammodernamento dell'edilizia ospedaliera: da noi ci sono

struzione di un auditorium di 400 posti e ulteriori servizi: tutto ciò sarà il volano dell'ulteriore sviluppo dell'azienda dal punto di vista tecnologico-organizzativo accompagnandosi al Deu. Totale del finanziamento circa 100milioni di euro". L'ammodernamento a cui andrà incontro il Policlinico Riuniti non ricade solo nell'edilizia ma è anche nella strategia organizzativa. Si è alla vigilia dell'attivazione di una serie di funzioni che erano un po' il sogno nel cassetto della direzione: parliamo del settore cardio-to-

raco-vascolare che si colloca all'interno del Deu e altre discipline (per esempio la chirurgia maxillofacciale) che hanno registrato un forte impulso in relazione all'incremento tecnologico, delle risorse umane e organizzativo. Il Policlinico Riuniti vanta al momento un parco tecnologico completamente rinnovato tanto che le ultime attrezzature acquisite, e tra poco in funzione al Deu, rendono l'hub foggiano un'azienda tra le più moderne del panorama nazionale. Su questa scia prosegue l'idea di riconversione strutturale che è tra gli obiettivi del mandato di Dattoli con un ambizioso progetto che riguarda l'ospedale colonnello Lorenzo D'Avanzo. La struttura ospedaliera sarà trasformata in hub dedicato esclusivamente alla cura del Covid19 grazie anche ad un imponente finanziamento governativo per inter-

territorio che si occupi - in tempi non pandemici - delle malattie infettive e pneumologia che però si candida ad essere un presidio molto attrezzato per eventuali zoonosi pandemiche: avrà un assetto di circa 100 posti letto di Malattie infettive, sub intensiva e intensiva con servizi con caratterizzazione di telemedicina e centro vaccinale con funzione integrata. "I lavori sono in corso - aggiunge il Direttore generale del Policlinico Riuniti - e pensiamo che per l'autunno tutto sia ultimato. Un finanziamento, dunque, che ci aiuterà a completare la riqualificazione funzionale, antisismica, energetica del plesso. Il mio incarico, che mi onoro di ricoprire per la seconda volta, sarà quello di portare il livello di qualità, di capacità organizzativa e di equilibrio gestionale a standard sempre più elevati e competitivi.

e dagli altri contributi comunitari che il Ministero tramite le Regioni erogherà: vi è una particolare attenzione per gli assetti principali che riguardano le linee antisismiche, di efficientamento energetico e di riqualificazione nel suo complesso. Questa enorme rivoluzione passerà tra le mani del direttore Dattoli che ha anche sommato la gestione dell'ordinaria amministrazione alle situazioni complesse legate alla criticità della pandemia che in questo anno e mezzo hanno messo a dura prova nervi e organizzazione interna uscite per fortuna indenni dallo tsunami che ci ha travolto. Foggia rimane una grande sfida per Dattoli perché è come lavorare un materiale grezzo ma purissimo con mille risorse ed eccellenze: una terra sentita da tutti come molto complessa e composita con un'anima al limite dell'indomabile ma attraente.



Il manager barese ha già avuto modo di 'respirare' questa atmosfera intensa 16 anni fa da direttore sanitario e ritornare ancora per due mandati di fila con l'apprezzamento degli operatori del settore e della famiglia del Riuniti stesso sa di top player inamovibile della rosa, della bacchetta magica delle favole. Ma siamo nella vita vera, cruda e a volte amara, difficile come lo è stata in questo anno e mezzo, sadica nella scrittura della sceneggiatura pur tuttavia vissuta con consapevolezza. "Nel 2005 come direttore sanitario ho lavorato con il direttore generale Tommaso Moretti - chiosa Dattoli - : ho ritrovato una buona parte dei colleghi e delle persone con cui avevo collaborato all'epoca in un momento molto importante per i presupposti di rilancio del Policlinico che ora ritengo si siano perfezionati nei lustri successivi, anche con il mio incarico.

venti antisismici: si tratta di una delle tre strutture gemelle pugliesi insieme con l'I.R.C.C.S. "Giovanni Paolo II" - Istituto oncologico di Bari e l'ex sanatorio Antonio Galateo di Lecce che sarà destinato ad ospitare il dipartimento di Malattie Infettive e Pneumologiche con Rianimazione e dove ci saranno servizi di controllo e di attività epidemiologica come l'Istituto di Igiene e l'Unità operativa di Microbiologia e Virologia. Una serie di ambulatori, insomma, che renderanno il D'Avanzo una 'struttura sentinella' sul

La vera chicca a cui tengo particolarmente è però la seguente: mi auguro che questa espansione dell'azienda culmini nella conversione del D'Avanzo in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico. È stata costituita una commissione interna e si sta lavorando per ottenere tutto quello che serve per raggiungere lo stato giuridico di Irccs". Un'ulteriore occasione di potenziamento dal punto di vista strutturale e tecnologico verrà dai finanziamenti che interesseranno il settore sanitario così come previsto dal 'Recovery Fund'

Legami con i colleghi e istituzioni ormai profondi considerando che il luogo di lavoro poi caratterizza una sorta di reale 'domicilio' dovuto anche all'impegno di un direttore 'd'azienda': ritengo la mia integrazione personale e professionale ormai incontrovertibile, legata a doppio filo all'autorevolezza del ruolo del Policlinico sul palcoscenico sanitario pugliese, patrimonio della città di Foggia, della provincia e della nostra regione".

Assistenza Covid, chirurgia di eccellenza e vaccinazioni: le tre sfide del più grande ospedale pugliese

Al Policlinico di Bari il 30% dei pazienti Covid di Rianimazione di tutta la regione

di Giovanni Migliore

Direttore Generale Azienda
Ospedaliera Universitaria
Policlinico Bari

Tre sfide da affrontare tutte insieme. Non era facile eppure ce l'abbiamo fatta. Il Policlinico di Bari è riuscito a garantire il soccorso e la cura dei pazienti Covid, l'assistenza sanitaria d'eccellenza

medici, infermieri e operatori sociosanitari. Con i 152 posti letto il padiglione della Fiera è stato l'avamposto dell'emergenza. La struttura innovativa, la dotazione tecnologica e l'organizzazione multidisciplinare che ha consentito di svolgere anche una fisioterapia precoce, hanno dimostrato di funzionare con ottimi risultati in termini di efficacia delle cure e di riduzione del rischio. Nei reparti dell'azienda tra Policlinico e Fiera abbiamo curato il 30% dei pazienti

Policlinico di Milano 44. Abbiamo avuto i complimenti sia del commissario per l'emergenza Covid, il generale Francesco Paolo Figliuolo, sia della ministra per gli Affari regionali Mariastella Gelmini quando sono venuti in visita a Bari e hanno potuto apprezzare l'organizzazione messa in piedi dal Policlinico nel plesso della Fiera. Per far fronte a questo grande sforzo che ci vede in prima linea nella lotta al Covid ormai da un anno sono stati assunti 878 tra medici,



per i malati di altre patologie, la vaccinazione dei fragili. In tre mesi, grazie allo straordinario impegno dei professionisti che lavorano in azienda, le attività non si sono mai fermate. Anzi. Sono raddoppiate.

LA PANDEMIA COVID

L'apertura e la gestione del presidio per le maxi emergenze allestito in Fiera del Levante grazie all'intuizione della Regione Puglia ha coinvolto circa 400 tra

Covid in rianimazione di tutta la Puglia. Nel momento di picco sono stati ricoverati 330 pazienti positivi al coronavirus di cui oltre 90 in terapia intensiva, un numero di gran lunga superiore a quello della prima ondata quando al massimo i degenti erano stati 180-200 di cui al massimo 40 in terapia intensiva. Ed è un numero tra i più alti in Italia se si pensa che il grande Policlinico romano Umberto I ha 55 letti di intensiva o il

infermieri, operatori sociosanitari, biologi e tecnici. La quota più significativa è quella degli infermieri: sono state 583 le nuove leve reclutate da marzo 2020 a oggi e hanno rappresentato un rinforzo importante in corsia che ci ha aiutato a gestire la pandemia senza tuttavia abbandonare le attività ordinarie.

LE PRESTAZIONI SANITARIE

Nel corso dell'ultima ondata, infatti, non

sono mai state sospese le prestazioni ambulatoriali e gli screening. A subire rallentamenti è stata solo l'attività chirurgica: per garantire l'impegno degli anestesisti nelle terapie intensive Covid è stato differito circa il 60% degli interventi di marzo e aprile 2021. Ma stiamo realizzando un progetto per lo smaltimento delle liste d'attesa per riuscire nei prossimi tre mesi a recuperare il ritardo. Proprio come abbiamo fatto subito dopo la prima ondata: al 31 dicembre scorso il Policlinico aveva recuperato il 97 per cento delle 44.653 prestazioni del 2020 che avevano subito uno stop nel periodo 9 marzo-18 maggio a causa del lockdown. Grazie al maggior numero di anestesisti e infermieri assunti per l'emergenza, saremo ora in grado di aumentare il numero di ore di sale operatorie. L'attività chirurgica,

nico impiantato su un bambino di dieci mesi dallo staff di otorinolaringoiatri. Tutto questo è successo nel pieno della pandemia e non era scontato.

I CANTIERI

Sono proseguiti anche i cantieri. Piccoli e grandi. Abbiamo inaugurato la sala autoptica di terzo livello che consente di effettuare attività ad alto rischio nella massima sicurezza degli operatori sanitari e candida il Policlinico di Bari con la scuola di Medicina legale, un'eccellenza del territorio, a diventare un punto di riferimento nell'intero Mezzogiorno. Il nuovo plesso Asclepios 3, che cambierà il volto del quartiere ospedaliero, è in dirittura di arrivo. Sarà, come lo ha definito il progettista l'architetto catalano Albert de Pineda, "l'ospedale del futuro": un ambiente accogliente, modernissimo,

Covid19 destinate ai pazienti fragilissimi in cura nei nostri centri specialistici. Da marzo a oggi negli ambulatori ospedalieri sono stati vaccinati circa 12mila fragili tra cui malati oncologici, trapiantati, pazienti neurologici e diabetici, affetti da malattie rare. Ci siamo riusciti aprendo gli ambulatori fino a sera, in occasione della notte dei vaccini siamo riusciti a somministrare in meno di 24 ore 3mila dosi, e organizzando giornate dedicate alle singole patologie. Abbiamo messo in campo tutte le risorse di personale disponibili per la vaccinazione: oltre 200 operatori sanitari organizzati in team multidisciplinari, con la presenza sia di igienisti sia di specialisti in oncologia, ematologia, neurologia, urologia, per dare maggiori garanzie di sicurezza e di tranquillità nella somministrazione della profilassi vaccinale. Uno sforzo



tuttavia, non si è fermata e, nonostante le difficoltà legate alla pandemia, il lavoro eccezionale dei nostri professionisti è andato avanti assicurando prestazioni d'eccellenza. Tanto per fare qualche esempio che ha avuto un'eco importante sulla stampa, penso all'intervento neurochirurgico di rimozione di un tumore al cervello su un paziente sveglio, al rarissimo caso di infarto prima del parto con mamma e figlia e messe in salvo da cardiologi e ginecologi, all'orecchio bio-

a misura di paziente. L'edificio, in tutto 27mila metri quadri e quasi 200 posti letto dotato di sale operatorie, ospiterà il complesso chirurgico cardio-toraco-vascolare. Stiamo già pensando all'organizzazione con l'obiettivo di abitare il nuovo padiglione entro la fine dell'anno.

LE VACCINAZIONI

Negli ultimi tre mesi, infine, il Policlinico di Bari è stato impegnato su un altro fronte, quello delle vaccinazioni contro il

importante per mettere in sicurezza i pazienti più fragili. Ai professionisti che hanno reso possibili questi risultati e che sono il vero orgoglio del Policlinico va il riconoscimento di tutta l'azienda. Un ringraziamento particolare anche alla nuova direttrice sanitaria, Annamaria Minicucci, che ha accettato la sfida di venire da Napoli a Bari e assumere la guida sanitaria del più grande ospedale pugliese.

Con l'obiettivo di generare risparmi a vantaggio della comunità

Trasparenza delle procedure con dematerializzazione del sistema di procurement

La delega nel Comitato direttivo sul tema delle Infrastrutture e la Sicurezza, appena ricevuta dall'associazione nazionale che raggruppa tutte le società in house regionali per il digitale, è solo l'ultimo **atto dei tre anni alla direzione generale di InnovaPuglia di Alessandro Di Bello.**

“È già in corso un programma in Assinter dove si punta ad una “federazione”

InnovaPuglia ad affrontare sfide inedite, e superarle di slancio, grazie al lavoro di squadra che la società è in grado di mettere in campo.

Oltre a gestire l'infrastruttura del Cloud regionale, la Divisione IT sostanzialmente ha il compito di attuare l'Agenda Digitale della Regione Puglia. Questo significa far emergere il fabbisogno e definire le strategie per l'innovazione digitale,

veduto alla completa dematerializzazione delle prescrizioni farmaceutiche, in maniera che i cittadini potessero recarsi direttamente in farmacia e ritirare i farmaci, semplicemente fornendo al farmacista la propria tessera sanitaria.

“Attraverso la piattaforma dedicata Giava covid 19 si è fatta sorveglianza attiva e azione di contact tracing – **sottolinea Alessandro Di Bello** - ma si sono anche



tra le società in house che hanno dato la loro adesione per poter offrire servizi federati infrastrutturali (sul modello IAAS) ad altri associati Assinter e a enti pubblici esterni. A questo scopo è importantissimo definire standard operativi, sia tecnici che di contenuti (SLA), che consentano a tutti i data center certificati delle società associate Assinter di operare in sintonia e sinergia con un “listino prezzi” condiviso”. **Ha commentato Di Bello.** Ma, dicevamo, è l'ultimo capitolo di un periodo turbolento, che ha portato

progettare e affidare al mercato soluzioni finalizzate alla dematerializzazione dei procedimenti e alla messa a disposizione della cittadinanza di servizi digitali efficienti, sicuri e usabili, monitorare i fornitori nell'attuazione operativa.

In tempi di pandemia, è stata la sanità il dominio nel quale le sfide sono state più ardue: predisporre rapidamente servizi digitali efficienti è stato il compito. Oltre ai servizi già disponibili di prenotazione on line e pagamento dei ticket, si è prov-

gestite le richieste di tamponi e la gestione degli esiti e si è provveduto alla raccolta automatica dei dati trasmessi quotidianamente alle autorità nazionali competenti, tenendo sotto controllo l'evoluzione dei casi.”

“Poi è arrivata la necessità di vaccinare la popolazione nel più breve tempo possibile e, in tempi più che rapidi abbiamo dovuto mettere in piedi un sistema di prenotazione – on line – in linea con le richieste del Commissario Straordinario

per la Pandemia facendo attenzione a non mettere in crisi i sistemi cittadini vogliosi di prenotarsi quanto prima”.

“Non basta, sono state messe a punto applicazioni per lavorare in modo sicuro dal proprio domicilio e per gestire in maniera dematerializzata atti e iter procedurali, nonché per presentare telematicamente istanze per bandi regionali e pratiche, continuando nel contempo a fornire sulla piattaforma regionale sessioni di formazione e-learning per i lavoratori in smart working, su temi quali privacy, e-procurement, e per operatori turistico culturali del territorio pugliese”. “Si è lavorato molto in tema di sicurezza e privacy, sapendo che la sicurezza per le infrastrutture digitali della Pubblica Amministrazione è un tema cruciale e che garantire servizi semplici e sicuri è un obiettivo fondamentale per alcuni settori critici, quali la sanità, come ci ha insegnato l'emergenza Covid 19.”

A fine 2019, la Regione Puglia ha affidato a InnovaPuglia il Programma Puglia Digitale e l'attuazione del modello di Soggetto Aggregatore Territoriale per il Digitale (SATD) con l'obiettivo di valorizzare gli investimenti già fatti sull'infrastruttura digitale e sul Datacenter e metterlo a disposizione degli altri Enti locali, delle Agenzie Regionali e delle Aziende pubbliche del Servizio Sanitario Regionale. In questo quadro, d'intesa con il Ministero e il Dipartimento per la transizione digitale (AGID), la società sta fornendo anche supporto tecnico/economico agli Enti Locali per la migrazione dei servizi sul Cloud e per l'adozione del modello integrato dei servizi, basato su Catalogo, SPID e mobile first, nell'intento di accelerare la digitalizzazione della PA in Puglia.

Ma l'azione di InnovaPuglia in questi tre anni ha rafforzato anche la sua missione di CENTRO DI COMPETENZA PER LA GESTIONE INTEGRATA DEGLI ACQUISTI e Soggetto Aggregatore della regione Puglia (SarPULIA). Con questo ruolo InnovaPuglia ha promosso il processo di razionalizzazione dell'acquisizione di lavori, beni e servizi delle amministrazioni e degli enti pugliesi, ha presidiato la spesa sostenuta dagli Enti del SSR, svolto gare aggregate, gestito strumenti informatici di eProcurement e la piattaforma EmPULIA.

“Abbiamo sempre tenuto al centro della nostra azione l'obiettivo di generare risparmi a vantaggio della comunità, razionalizzando la spesa pubblica attraverso l'aggregazione dei bisogni delle amministrazioni pubbliche, e assicurare la trasparenza delle procedure attraverso la dematerializzazione del sistema di procurement.” **Ha sostenuto Di Bello parlando del soggetto aggregatore.**

“Siamo passati dai circa 26 milioni di importo a base d'asta delle gare centralizzate indette nel 2015 a quasi 1 miliardo e seicentomila che è l'importo lavorato nel 2020. Abbiamo conseguito un ribasso medio sulla base d'asta pari al 21% per Farmaci/Vaccini, 20% per Servizi sanità, 19% per Dispositivi medici, 18% forniture ICT, 12% su altri servizi per la Regione.”

“Abbiamo gestito, tramite la piattaforma EmPULIA, quasi 11 mila procedure telematiche nel triennio 2018 – 2021. Oggi possono essere attivati, a seguito di gara centralizzata regionale, contratti da parte degli Enti del S.S.R. per farmaci, vaccini, protesi d'anca, guanti, pace-maker, defibrillatori, stent coronarici, ausili per incontinenza. A seguito di gare già aggiudicate, a breve le procedure saranno estese all'ossigenoterapia domiciliare, al lavanolo, allo smaltimento rifiuti ospedalieri, ai servizi per la gestione di apparecchiature elettromedicali”.

“Sono stati indetti 16 appalti specifici nell'ambito del SDA Prodotti Farmaceutici oltre e varie procedure negoziate per farmaci unici e innovativi, nonché 4 gare vaccini per un totale complessivo, tra farmaci e vaccini, di 1.192 lotti aggiudicati per un valore di 1.881 milione di euro. Sono attive 378 Convenzioni quadro per i farmaci per un valore totale di 2.458.396,33 euro. Le ASL, le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS hanno emesso oltre 24.000 ordinativi di fornitura, per un totale di oltre un miliardo e mezzo di euro e altre importanti procedure, non comprese nel DPCM 11 luglio 2018, sono state avviate”.

“Insomma, ormai SarPULIA è un soggetto collaudato che guida la Regione nell'ottimizzazione della spesa per generare risparmi da investire in vantaggio della comunità e che accompagna gli

enti locali nella semplificazione e digitalizzazione delle procedure di gara. Tanto ancora c'è da fare nell'ambito dei dispositivi medici e della protesica, ma ciò comporta un rafforzamento in termini di risorse umane”. **Ha concluso Di Bello.**

La terza mission di InnovaPuglia è rappresentata dall'Organismo Intermedio, nell'accezione della normativa comunitaria vigente. Con questo ruolo, programma e gestisce linee di incentivi alle organizzazioni pubbliche e private del nuovo ciclo di programmazione, in particolare, interventi finalizzati alla crescita del settore dell'ICT regionale e della diffusione delle ICT nei processi produttivi delle PMI. Inoltre, fornisce supporto e assistenza tecnica nel campo della ricerca e innovazione digitale nell'ambito della programmazione comunitaria dei fondi strutturali 2014-2020, agendo come Innovation Broker e coniugando lo sviluppo di servizi e tecnologie emergenti con le esigenze della domanda pubblica di innovazione all'interno dell'intero ciclo di vita dell'innovazione.

In qualità di Organismo Intermedio ha gestito affidamenti per oltre 12 ml di euro, valutato più di 1400 proposte e attuato oltre 900 progetti che hanno coinvolto oltre 1.100 soggetti tra PMI, PA ed Organismi di Ricerca pubblico/privati con una spesa valutata per l'ammissibilità di oltre 500.000.000 euro. Sono in fase di valutazione ulteriori 250 progetti di cui circa 110 saranno attuati, per oltre 150.000.000,00 euro di spesa, coinvolgendo oltre 650 soggetti tra PMI, PA e Organismi di Ricerca pubblico/privati.

“Questi tre anni alla direzione generale di InnovaPuglia sono stati per me molto impegnativi, ma anche molto stimolanti – **ha detto al termine Alessandro Di Bello** - Ho lavorato al meglio delle mie capacità, sapendo di avere sempre alle spalle un gruppo di professionisti competenti, un gruppo di lavoro capace di flettersi prontamente a nuove esigenze, come ad esempio quelle imposte dal Covid 19, e rispondere rapidamente con soluzioni efficaci, sempre a vantaggio della collettività. Li ringrazio tutti per essere stati sempre in grado di lavorare come un team coeso, nella consapevolezza che la squadra e la rete è stata e sarà la nostra forza”.

Istituzioni pubbliche ed imprese private insieme per competere nel perseguire efficaci obiettivi di ricerca

Per un percorso virtuoso capace di correggere le anomalie

di Antonio Delvino

Esperto in
 Management Sanitario

Molto impegno deve essere posto dai decisori politici per migliorare i percorsi di ricerca in ambito sanitario e per ottimizzare le scarse risorse che pubblico e privato pongono a disposizione dei ricercatori.

speranza di contenere il numero dei morti e di tornare, entro due-tre anni, ad una situazione simile a quella che vivevamo fino ad ottobre 2019.

La seconda è che i produttori di questa efficace "arma" usata contro il più subdolo dei nemici sono solo operatori privati che, naturalmente, anche in questa occasione hanno messo al primo posto un significativo ritorno economico.

La terza considerazione si riferisce al fatto che gli organismi regolatori (euro-

co che le major farmaceutiche perseguono il giusto profitto; mi piacerebbe in futuro vedere istituzioni pubbliche ed imprese private competere nel perseguire efficaci obiettivi di ricerca: si determinerebbe una sana concorrenza che potenzierebbe l'efficacia della ricerca calmierando i costi.

In tale ottica la proposta del presidente Biden di limitare la valenza dei brevetti dei vaccini nasce da una esigenza più che giustificata, ma è destinata a non avere successo perché andrebbe a limitare i di-



La pandemia che stiamo drammaticamente vivendo ci ha fornito una ulteriore conferma che senza ricerca l'umanità rischia molto sia in termini di sopravvivenza che di benessere e, se siamo tutti "grati" alle grandi case farmaceutiche per aver sintetizzato, in tempi accettabili, le diverse tipologie di vaccino, non possiamo esimerci da alcune considerazioni fondamentali. La prima considerazione è che senza vaccini non avremmo avuto alcuna

pei e nazionali) non hanno dato prova di tempestività e di linearità di indicazioni, come se si possa dire tutto e il contrario di tutto senza creare danni, avendo chiara la consapevolezza che la battaglia si vince solo se almeno una quota cospicua della popolazione accetti di aderire spontaneamente al programma di vaccinazione.

Per evitare di essere frainteso preciso che non auspico un sistema statalista che non lasci spazio alla libera iniziativa, né criti-

ritti costituzionalmente garantiti in tutto il mondo occidentale.

Per tali motivi le Istituzioni devono imparare dagli errori e provare ad assumere una vera leadership nella gestione della ricerca scientifica, valorizzando le idee migliori ed allestendo piattaforme di ricerca a gestione pubblica o anche mista (pubblico-privato) in grado di competere con i laboratori delle grandi major.

E solo allora potremo avviare un percorso

virtuoso capace di correggere le anomalie a cui assistiamo.

DRIVER DI RICERCA

Oggi i veri driver di ricerca sono proprio le case produttrici di farmaci, configurando un certo conflitto di interesse.

Mi piace citare Federico II che, come re di Sicilia, nel 1230, vietò ai medici di associarsi con i farmacisti e anche di gestire quali proprietari una farmacia. Intuì che coloro che curano non possono farsi condizionare nelle proprie scelte terapeutiche da coloro che producono o commercializzano farmaci.

Se tale principio valeva nel 1230 quanto più avrà valore nel nostro secolo? Oggi la quota prevalente di ricerca sponsorizzata viene utilizzata per testare nuovi farmaci, che, spesso, rappresentano

ottenere risultati positivi venivano utilizzate le seguenti metodologie:

- comparare il proprio medicamento con un trattamento già conosciuto come meno efficace;
- comparare il proprio medicamento con una dose inferiore di un principio attivo concorrente (oppure con una dose superiore per far apparire meno tossico il proprio medicamento);
- disegnare lo studio in modo tale (ad esempio prevedendo un numero insufficiente di probandi oppure una corta durata della ricerca) che risulti statisticamente impossibile mettere in evidenza differenze con il medicamento concorrente oppure evidenziare effetti indesiderati;

Tutti, invece, auspichiamo una ricerca condotta con metodi rigorosi e che miri ad individuare le cause delle malattie oncologiche ed a testare farmaci potenzialmen-

vative che vanno nella direzione auspicata di studiare la patogenesi del cancro, ma serve una diffusa coscienza che in Italia e in tutto il mondo occidentale porti ad investire in Ricerca sia in termini finanziari che in termini di impegno e di indirizzo degli studi da condurre. Oggi tale funzione di indirizzo è affidato ai Comitati Etici che, nella sostanza, non possono andare oltre una valutazione di tipo formale.

ALTI COMITATI

Bisogna invece dotarci di Alti Comitati che indirizzino e selezionino i progetti di ricerca, che valorizzino le idee migliori e che sorvegliano affinché i risultati vengano resi pubblici con assoluto rispetto della verità. Il Recovery Fund rappresenta una occasione unica per invertire la tendenza attuale e costruire le basi per una ricerca



una evoluzione non sostanziale dei propri predecessori e vengono valutati per la capacità che hanno di prolungare di qualche settimana la sopravvivenza dei pazienti trattati.

In merito mi piace citare R. Smith, negli anni 2004-2005 pubblicò una serie di articoli su BMJ e PLoS Medicine in cui descrisse i bias che spesso caratterizzavano i trial clinici sponsorizzati; lo studioso affermò che in tali trials sponsorizzati, per

te capaci di guarire e non di offrire 3 o 4 mesi di vita in più, prescindendo peraltro dalla qualità stessa di tale sopravvivenza.

In Puglia si è preso da anni coscienza di tale anomalia e, nel 2018, la Giunta Regionale ha assunto l'impegno a finanziare ricerca libera e pubblica per 4 anni con un significativo impegno economico, inducendo a cooperare l'Università di Bari, l'IRCCS Oncologico "Giovanni Paolo II" ed il CNR Nanotech di Lecce; so che si stanno percorrendo strade inno-

configurata in maniera diversa e la Puglia, e Taranto in particolare, potrebbero rappresentare una sorta di paradigma per una nuova modellistica; auspico che si catalizzi attorno a questa idea la forza progettuale dei nostri migliori ricercatori affinché Taranto nei decenni futuri venga citato come un territorio virtuoso, una sorta di laboratorio vivente in cui si sono cambiati i destini dei cittadini grazie alla lungimiranza dei decisori politici ed alla intelligenza dei cervelli migliori.

Dal report si ricava un indicatore puramente finanziario

Monitoraggio AIFA della spesa farmaceutica: trionfo della burocrazia della cifra

di Nicola Rosato

Analista
 economico PA

L'Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA, ha pubblicato il 15 aprile scorso il report annuale della spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale. Il report è redatto secondo disposizioni di legge. Per cui, le osservazioni che seguono, circa l'utilità delle informazioni ai fini gestionali delle aziende e dei Servizi sanitari regionali, non sono dirette al lavoro di AIFA ma alle regole che l'Agenzia è costretta ad applicare

Dal report si ricava un indicatore puramente finanziario, che il legislatore ha modificato nel tempo. In origine venivano rilevate separatamente la spesa per i consumi di farmaci acquistati nelle farmacie convenzionate o distribuiti dalle stesse Usi direttamente (assistenza farmaceutica territoriale) e la spesa (consumi + scorte di fine esercizio) dei farmaci impiegati in ospedale. Attualmente vengono invece rilevate la spesa denominata "Tetto della spesa farmaceutica convenzionata" e la spesa denominata "Tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti". È il meccanismo del Pay back previsto dai contratti con i fornitori che sottostà a queste rilevazioni. Un meccanismo di cui la messa a punto è una tormentata ricerca in divenire.

AIFA, però, quasi per riflesso condizionato dalle origini dell'analisi, definisce il secondo tetto (acquisti diretti) come "il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera". Ma l'indicatore non è espressivo della spesa ospedaliera, perché ingloba la spesa dei farmaci direttamente distribuiti dalle aziende sanitarie per i primi cicli di cura domiciliare dei pazienti dimessi dagli ospedali o in controllo ambulatoriale:

quindi, spesa afferente all'assistenza distrettuale e non ospedaliera. (La tabella 1 riassume il report AIFA:)

Se ne ricava immediatamente una informazione di massima: la spesa farmaceutica ha sfiorato le previsioni di 797 milioni di euro, pari allo 0,67% del FSN definitivo 2020 e al 4,49% del tetto. Da anni i tetti sono sfiorati, per cui andrebbe fatta una riflessione sull'affidabilità dei criteri di stima che determinano un fabbisogno

"convenzionata", alias distrettuale, sia sensibilmente inferiore al fabbisogno stimato per circa il 20%; mentre la spesa "ospedaliera" (così letteralmente, ma erroneamente, definita da AIFA), sia notevolmente superiore alla stima del fabbisogno per circa il 33%, come si evince dalla tabella 2

Scostamenti consuntivi che oscillano da -1/5 a +1/3, circa, non depongono a favore dei criteri adoperati per la programmazione dei tetti. Ciò nonostante, sulla scorta di questi dati AIFA stila graduatorie della performance delle regioni che rispettano o meno i tetti programmati. Ma l'indicatore non è pertinente (non c'è effettivo collegamento col fenomeno da valutare: spesa distrettuale e spesa ospedaliera), non è specifico (perché la sua lettura implica il collegamento con altri fenomeni: acquisti in farmacie convenzionate e distribuzione diretta), non è preciso (non misura fedelmente le variazioni rispetto al valore di riferimento). Per cui, se le regioni assumessero decisioni correttive della spesa sulla



base di queste informazioni rischierebbero errori macroscopici. In realtà, gli acquisti diretti attengono in buona misura all'assistenza territoriale e non all'ospedaliera. Per determinarne correttamente l'entità occorrerebbe che AIFA ricavasse il dato dai bilanci delle aziende ospedaliere e dalle contabilità degli ospedali in gestione diretta delle unità sanitarie locali, rilevando la spesa per consumi e per scorte di fine esercizio e attribuendo la differenza ai consumi distrettuali. Non facendo questa operazione, il risultato è la perdita dell'informazione che distingue spesa farmaceutica territoriale (compresa nella quota finanziaria del 51% del FSN per il macro livello di assistenza distrettuale) e spesa farmaceutica

che risulta costantemente irrealistico. Lascia poi perplessi il fatto che la spesa netta risulti tale con lo scorporo delle compartecipazioni dei cittadini; che invece sono una fonte di finanziamento del FSN sotto la denominazione di "Entrate proprie convenzionali" compresa, quindi, nel FSN definitivo di euro 119.573,18 milioni di euro, sul quale si calcola la percentuale di fabbisogno per farmaci. Se non se ne deve tenere conto nel calcolo della spesa netta, si dovrebbe scomputare il valore delle compartecipazioni dal FSN definitivo. Tuttavia, in questa sede, l'aspetto più rilevante, che permette di trascurare l'argomento ticket, è un altro. Il report AIFA conduce soprattutto alla non corretta conclusione che la spesa

tica ospedaliera (compresa nella quota finanziaria del 44% del FSN per il macro livello di assistenza ospedaliera). Ci aiuta a ricostruire la ripartizione corretta, tra assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, il diverso criterio adottato nelle Intese annuali di riparto del FSN tra Stato e regioni. Quella del 2020 fissa all'11,76% del FSN il tetto "imposto" [sic] della spesa distrettuale. Per cui il tetto della spesa ospedaliera, per differenza sarebbe del 3,09 %, come si evince dalla tabella 3:

AIFA ha rilevato una diminuzione del 5,2% del numero di ricette (assistenza distrettuale) rispetto al 2019; per cui è verosimile che il disavanzo complessivo sia a carico della spesa ospedaliera, che raggiunge quindi il valore del 3,76% del FSN (100%) e dell'8,55% della sola quota ospedaliera (44%) del FSN come è riepilogato nella tabella 4:

La stima che precede (8,55% del LEA H) è sovrapponibile ad una precedente elaborazione fatta sul report 2014 di AIFA. La stima del valore della spesa farmaceutica ospedaliera era stata calcolata all'8% del finanziamento del macro livello di assistenza ospedaliera. La sovrapposibilità dei due dati, rilevati a distanza di tempo, ne rafforza l'attendibilità. Poiché al governo del SSN e delle sue aziende servono dati economici oltre che finanziari, l'analisi sul report AIFA 2014 metteva anche in rilievo che, per determina-

re correttamente i consumi farmaceutici ospedalieri di una regione, non era neppure sufficiente il calcolo sopra descritto (acquisti meno scorte dell'esercizio) limitato ai soli ospedali pubblici. I consumi pubblici, infatti, risentono della maggiore o minore presenza delle case di cura private accreditate e del saldo di mobilità dei pazienti da e verso ospedali pubblici o privati di altre regioni. Per cui i consumi ospedalieri effettivi sono la sommatoria

di quelli degli ospedali pubblici e delle case di cura accreditate nella regione più i consumi stimabili nel saldo di mobilità con le altre regioni. Ma chi raccoglie sistematicamente queste informazioni di sistema? Chi le analizza con riferimento alla casistica ospedaliera trattata per confrontarle con un appropriato benchmark? Soltanto se lo si facesse avrebbero valore

sa di Covid-19, per un valore di oltre 3,5 miliardi di euro. Né nel secondo semestre 2020 le attività ordinarie programmate e rinviate sono state recuperate. Per cui le più prudenti proiezioni del dato trimestrale su dodici mesi sono impressionanti.

Dato che i costi Covid sono rilevati separatamente per legge, che impatto si è avuto sui consumi dei farmaci ospedalieri e sui farmaci in distribuzione diretta alla dimissione, da una così rilevante riduzione delle attività ordinarie? E se l'impatto non si rilevasse, quali ne sono le cause?

Le informazioni che servono al governo dei SSR e delle rispettive aziende non sono le modalità di approvvigionamento dei farmaci (convenzionate, dirette) che AIFA rileva, bensì la loro destinazione (distrettuale, ospedaliera).

Se allarghiamo lo sguardo al confronto 2020 su 2019, la disponibilità del tetto complessivo è cresciuta di 858,55 milioni di euro (17.756,65 invece di 16.898,10); la spesa effettiva ha fatto registrare un +229,80 (18.553,80 invece di 18.324), nonostante il crollo dei ricoveri ospedalieri non Covid. Ciò che si percepisce è, in effetti, la mancanza di effettivi controlli della spesa e della sua appropriatezza. Semplicemente il trend beneficia dell'aumento annuale delle risorse per riallinearsi ai tetti.

Il peso dell'assistenza sanitaria sul bilancio dello Stato richiede valutazioni economiche sofisticate, puntuali e significative per il suo governo. Le logiche ministeriali e regionali, purtroppo, continuano a non essere sempre coerenti con questa esigenza. C'è da augurarsi che gli interventi di semplificazione legislativa e di promozione delle tecniche di valutazione dei risultati delle pubbliche amministrazioni, promessa dal Governo col recentissimo Piano nazionale di ripresa e resilienza, non trascurino i sistemi informativi del Servizio sanitario nazionale.

Tabella 1						
SPESA FARMACEUTICA SSN 2020	Valori					
	%	€/mln	€/mln	€/mln	€/mln	%
FSN definitivo						119.573,38
FABBISOGNO STIMATO (tetto)						17.756,65
Totale su FSN definitivo	14,85					
di cui						
convenzionata	7,96	9.518,04				
acquisti diretti	6,89	8.238,61				
SPESA EFFETTIVA						
Spesa lorda convenzionata						9.820,20 8,21
Sconti, compreso Pay back, e ticket						-2.204,80 -1,84
di cui						
ticket utenti				1.487,30		
Spesa netta convenzionata						7.615,40 6,37
Spesa per acquisti diretti						10.938,40 9,15
Totale spesa convenzionata + diretta						18.553,80 15,52
RIEPILOGO E QUADRATURA						
Totale fabbisogno stimato						17.756,65
Scostamento Spesa - Fabbisogno						797,15
su FSN definitivo	0,67					
su Fabbisogno (tetto)	4,49					
Quadratura						18.553,80 18.553,80
Rielaborazione da AIFA, 15.04.2021, MONITORAGGIO SPESA FARMACEUTICA NAZIONALE E REGIONALE GENNAIO-DICEMBRE 2020.						

Tabella 2				
Scostamento tra spesa farmaceutica 2020 effettiva e programmata				
Scostamento convenzionata				
Spesa	Effettiva	Stimata		Δ
valore assoluto	7.615,40	9.518,04		-1.902,64
%				-19,99%
Scostamento acquisti diretti				
Spesa	Effettiva	Stimata		Δ
valore assoluto	10.938,40	8.238,61		2.699,79
%				32,77%

Tabella 3						
Spesa farmaceutica secondo Intesa CFR n. 55-2020	Valori					
	€/min	€/min	%	€/min	€/min	%
FSN definitivo						100,00
Fabbisogno complessivo farmaceutica						14,85
di cui						
distrettuale		14.061,83	11,76			
ospedaliera		3.694,82	3,09			
Spesa effettiva						18.553,80
Disavanzo				797,15		0,67
Totale quadratura				18.553,80	18.553,80	15,52

Tabella 4	
Spesa farmaci ospedalieri rapportata a finanziamento LEA ospedaliero	
FSN definitivo	100,00%
Spesa farmaci ospedalieri + disavanzo tabella 3 in FSN	3,76%
Assistenza ospedaliera su FSN (LEA H)	44,00%
Spesa stimata farmaci su LEA H	8,55%

le graduatorie sul rispetto degli standard, che andrebbero, anche loro, costruiti con minore approssimazione, e metterebbero a disposizione informazioni su qualità ed efficienza dei costi e della spesa. L'attualità, poi, presenta ancora ulteriori aspetti problematici. L'Università Cattolica - ALTEMS - ha calcolato che nel solo periodo marzo - giugno 2020, rispetto allo stesso periodo 2019, sono stati effettuati oltre 1,1 milioni di ricoveri in meno a cau-

Scenari di un secolo fa, quando la scienza e le sue risorse erano assenti

Fenomenologia del COVID-19

di Giuseppe Miragliotta

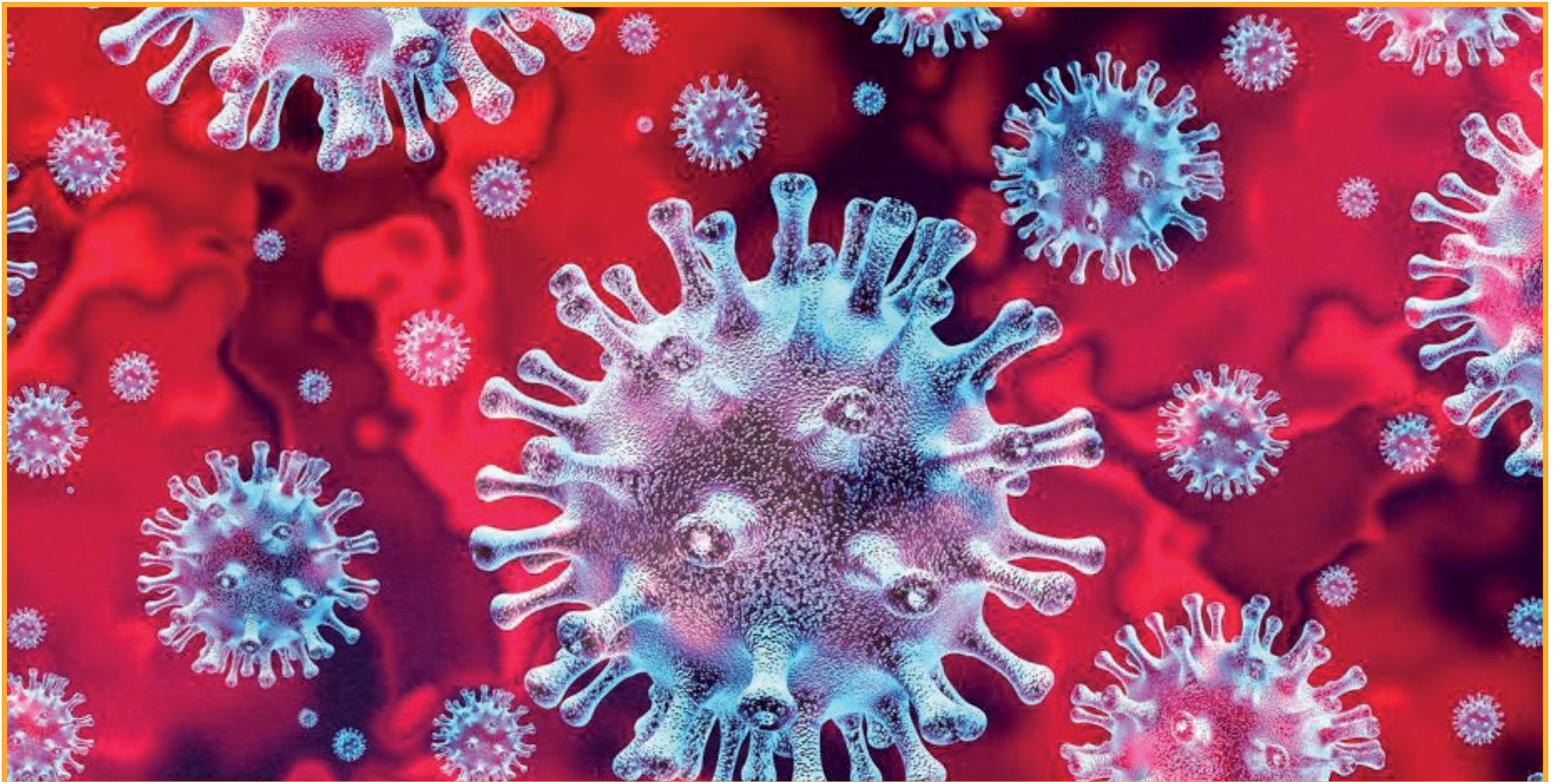
Ordinario di Microbiologia presso la Facoltà di Medicina nell'Università degli Studi di Bari

Lo straordinario impegno profuso dai massmedia nell'aggiornare il pubblico, l'incessante sovrapporsi di notizie - spesso ...fake - sull'andamento della pandemia da Sars-CoV-2, la proposta

tiva. Dunque esattamente il contrario. La stessa adesione alla vaccinazione viene turbata ora dai no-vax, ora dai negativi, ora dalle notizie spesso ingigantite e amplificate sui rari effetti collaterali. Turbano e impauriscono le varianti virali che pongono anche esse interrogativi sull'efficacia degli anticorpi monoclonali, dei tamponi antigenici e molecolari e dei vaccini, tutti indiscutibili successi della scienza mo-

derna. Scenari che richiamano altri, di un secolo fa, quando la scienza e le sue risorse erano assenti.

Nel 1918 la pandemia di influenza spagnola (detta in breve "La Spagnola" come una cantante o un'attrice) colpì nel mondo circa un miliardo di persone con milioni di morti. Il virus che a un certo punto scomparve dall'ambiente non fu identificato per-



di miracolosi protocolli domiciliari salvavita prontamente dimenticati il giorno dopo la loro divulgazione, le perentorie affermazioni su vaccini, anticorpi, plasmaterapia da parte di chiunque ne abbia anche sentito soltanto parlare da qualche "televirologo", aumentano lo sconcerto e il disorientamento del pubblico che stenta a "fare squadra" contro il nemico. Stupisce non meno l'uso errato di termini tecnici da parte dei comunicatori come quello di parlare di vaccino denominandolo siero. Una vera assurdità poiché il siero che contiene anticorpi specifici è l'immunizzazione passiva, transitoria; il vaccino con i suoi antigeni è l'immunizzazione at-



Prof. Giuseppe Miragliotta

Professore ordinario f.r. di Microbiologia dell'Università di Bari. Specialista in Microbiologia, Ematologia, Farmacologia. Consigliere Nazionale della Associazione Microbiologi Clinici Italiani. Commendatore dell'Ordine al Merito della Repubblica Italiana.

ché ancora non esistevano il microscopio elettronico e le indagini mediante biologia molecolare. La virologia era agli albori e si parlò di virus perché "filtrabile" attraverso le candele porose di Chamberland. Non esisteva ancora la penicillina che fu scoperta da Alexander Fleming anni dopo ed è lecito pensare che l'assenza di antibiotici possa aver contribuito al numero elevato di morti. Ma anche oggi i morti sono tanti, troppi, malgrado ci siano antibiotici e tanti farmaci di supporto, ben altro rispetto a canfora, chinino, benzoato di sodio disponibili all'epoca. Pur con le nuove armi terapeutiche e tutte le risorse della tecnologia il virus persiste, presentandosi sotto for-

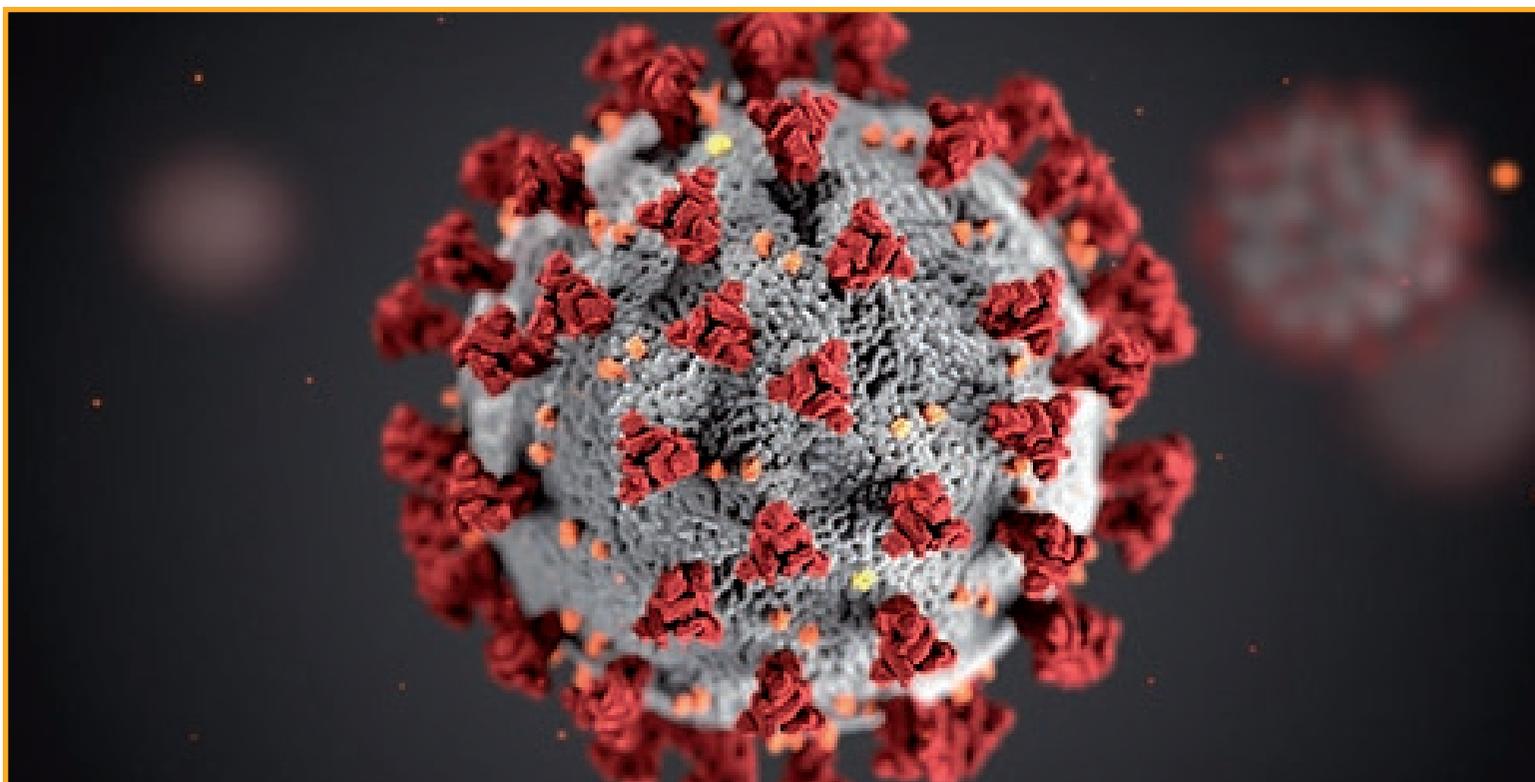
ma di nuove varianti. Un quadro che ricorda l'incubo della peste scarlatta, immaginata e descritta nell'omonimo romanzo da Jack London ove si legge: "Il fatto più strano era che ogni giorno comparivano batteri nuovi".

Si era nel 1912! Poiché il virus cammina con le gambe della gente – come giustamente è stato detto – si dovrebbe insistere con piena fiducia nella vaccinazione di massa e nell'evitare il più possibile i contatti interumani. Ma l'isolamento crea disagio e danno a tutti i livelli. Impedire i contatti crea danni enormi al benessere economico e a quello psicofisico e la politica non

può rimanere insensibile al "grido di dolore". Con la speranza però ben presto delusa di un uso saggio della libertà, da quanto "fenomenologicamente" riscontrabile, in fotografie e filmati, con gli assembramenti riprovevoli e incoscienti dal Nord al Sud dell'Italia. Come la scienza di un secolo fa, la moderna scienza non sa dare spiegazioni esaustive e quindi non può elargire esatte previsioni; le ondate succedutesi nel tempo lo hanno dimostrato. Immutata nel tempo, come un secolo fa, rimane la certezza del ruolo giocato dal contatto ravvicinato nella propagazione della infezione. Ma diversa la capacità di convincere

la gente a rimanere isolata: non ne sono stati capaci neppure giovani e idolatrati influencer pur così abili nell'indurre all'acquisto di scarpe, creme, profumi... Le cronache dell'epoca riportano che ben altro successo fece seguito alle parole del Direttore del giornale "Popolo d'Italia", cavalier Benito Mussolini, il quale scriveva: "Che si impedisca ad ogni Italiano la sudicia abitudine di stringere la mano, e la pandemia sparirà nel corso di una notte."

A parte questa differenza, possiamo lecitamente chiederci: "1919-2019. COVID-19: ora come allora?".



A.F.O.R.P.
X
anni
VIVILASANITA'
PERIODICO A.F.O.R.P.
PERIODICO VIVI LA SANITA'

I primi dieci anni di Vivilasanita al servizio della Puglia
Giornale del personale A.F.O.R.P.

www.aforp.it

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

Più sguardi, una visione

Le donne imprenditrici dell'AFORP aderiscono al percorso partecipativo

Il Coordinamento Donne AFORP ha aderito al percorso partecipativo di Agenda di Genere. Grazia Guida, Vicepresidente AFORP e Responsabile regionale del Coordinamento Donne, ha partecipato al Tavolo istituzionale di Agenda di Genere a cui sono intervenuti, tra gli altri, l'assessora al Welfare Rosa Barone, l'On. Titti De Simone, rappresentanti istituzionali e del mondo associativo e professionale. Il Coordinamento Donne che negli anni scorsi

gico di cui la Regione Puglia si è dotato per ridurre il divario di genere economico e sociale. Attraverso il percorso partecipativo che sta coinvolgendo le istituzioni pubbliche territoriali, il partenariato economico e sociale, le associazioni femminili, i gruppi informali e le reti di imprese e di organizzazioni saranno definitivi gli obiettivi da raggiungere. Per partecipare al percorso, inviare contributi scritti, consultare i documenti e per rimanere informati sui

dell'innovazione;

- un potenziamento dell'istruzione e delle misure di welfare;
- un miglioramento della qualità della vita.

Le dichiarazioni delle Assessore Barone, Maraschio e Maurodinoia. "L'approvazione in Giunta del documento di proposta dell'Agenda di Genere e l'avvio del confronto con il partenariato e le associazioni femminili, sono un passo avanti fonamen-



ha svolto un prezioso lavoro sul territorio, lancia un invito alle donne imprenditrici affinché siano parte attiva con la partecipazione ai prossimi Tavoli tematici che si andranno a promuovere attraverso Agenda di Genere, ma anche ad eventi proposti dalla stessa associazione.

Agenda di Genere

L'Agenda di genere è il documento strate-

gico di cui la Regione Puglia si è dotato per ridurre il divario di genere economico e sociale. Attraverso il percorso partecipativo che sta coinvolgendo le istituzioni pubbliche territoriali, il partenariato economico e sociale, le associazioni femminili, i gruppi informali e le reti di imprese e di organizzazioni saranno definitivi gli obiettivi da raggiungere. Per partecipare al percorso, inviare contributi scritti, consultare i documenti e per rimanere informati sui

Gli assi prioritari sono:

- una dimensione del lavoro e della formazione di qualità;
- una nuova visione della sostenibilità e

tale per la costruzione dell'Agenda di Genere della Regione. Ringraziamo la consigliera per l'attuazione del programma Titti De Simone e gli uffici per l'enorme lavoro che stanno facendo per far sì che la Puglia diventi la prima Regione a dotarsi di questo strumento". Lo hanno dichiarato, nei giorni scorsi, l'assessora al Welfare Rosa Barone, l'assessora all'Ambiente Anna Grazia Maraschio e l'assessora ai Traspor-

ti Anita Maurodinoia. "Quella per la redazione dell'Agenda di Genere - dichiara l'assessora al Welfare Rosa Barone - è un'attività che vede coinvolti i diversi assessorati, alla luce degli aspetti trasversali legati alle tematiche di genere. Il 2020 è stato un anno orribile per quello che riguarda il mercato del lavoro e, purtroppo a pagarne maggiormente le conseguenze sono state le donne, con l'occupazione femminile diminuita del 2,5% e di fatto i progressi degli ultimi quattro anni praticamente vanificati. Metteremo in campo azioni per liberare le donne dall'obbligo del lavoro di cura, sostenerle nel lavoro, nelle professioni e nella formazione, per dare la possibilità di vivere in un mondo sostenibile, innalzando gli standard regionali in materia di servizi sociali e livelli essenziali delle prestazioni. Vogliamo conciliare i tempi della vita la-

portante Le donne non devono più essere costrette ad abbandonare il lavoro per mancanza di servizi".

"L'Agenda di genere rappresenta un elemento di svolta per le politiche della Regione Puglia - dichiara l'assessora all'Ambiente Anna Grazia Maraschio - grazie a questo documento la Regione Puglia definirà una strategia integrata per il superamento dei divari di genere individuando i suoi assi prioritari nella dimensione del lavoro di qualità e della formazione, nella sostenibilità e nell'innovazione, nell'istruzione e nel welfare, nella qualità della vita e nel contrasto agli stereotipi e alla violenza di genere. Approvando la delibera odierna compiamo un primo, ma significativo passo verso il raggiungimento di un obiettivo cruciale, che non può e non deve essere più rimandato. Anche nella nostra regione

si di sviluppo sostenibile e all'innovazione. Voglio ringraziare le colleghe assessore Anna Maurodinoia e Rosa Barone - conclude l'assessora Maraschio -, per la preziosa e imprescindibile collaborazione, e la dottoressa Titti De Simone per aver coordinato in maniera impeccabile un complesso lavoro interassessorile".

"Il settore dei trasporti - dichiara l'assessora ai Trasporti Maurodinoia - insieme al comparto delle costruzioni, è quello dove l'occupazione femminile raggiunge una delle percentuali più basse a livello europeo. Per questo con l'approvazione in Giunta dell'Agenda di Genere, la Regione Puglia persegue l'obiettivo di garantire una presenza qualificata delle donne nella vita sociale ed economica attraverso la partecipazione e la condivisione di obiettivi e strategie. Il superamento dei divari di ge-



vorativa e di quella familiare; promuovere forme d'incentivazione o criteri preferenziali nell'attribuzione di incentivi alle aziende che adottino un'organizzazione del lavoro family friendly: promuovere un'offerta di servizi diversificati rivolti a minori e anziani. Per farlo ci confronteremo con il partenariato sociale, in modo da accogliere proposte e suggerimenti. Insieme daremo vita a un documento davvero atteso e im-

il divario di genere si registra a più livelli: sociale, lavorativo, politico, culturale. E la crisi dovuta alla pandemia dell'ultimo anno non ha fatto che acuire queste odiose differenze. Oggi, con questo documento, diamo vita a un nuovo percorso con il quale intendiamo raggiungere traguardi concreti come migliorare le condizioni di vita delle donne, favorirne l'occupazione, promuovere la partecipazione delle donne ai proces-

nere e il miglioramento delle condizioni di vita delle donne, passano anche attraverso la mobilità sostenibile: sostenendo i servizi e guardando con attenzione particolare al potenziamento del trasporto pubblico locale a favore di 'soggetti vulnerabili'. Oggi è un bel giorno: abbiamo mosso i primi passi per percorrere coralmemente la strada, contro qualunque forma di discriminazione. Con orgoglio andiamo avanti, insieme".

Medici di frontiera che hanno affrontato in corsia l'emergenza covid

I reparti covid si stanno svuotando

Nicla Campobasso, dirigente medico del Policlinico, gli ultimi 15 mesi li ha vissuti tutti in trincea tra i reparti del Policlinico e negli ultimi mesi occupandosi come Responsabile dell'Unità Operativa semplice di Nefrologia covid, presso l'ospedale per la maxi emergenza in fiera del levante e combattendo il covid per salvare vite umane. Il periodo più terribile pare che sia alle nostre spalle.

"Si stanno svuotando le terapie intensive e i reparto infettivi. Abbiamo ancora solo tre pazienti positivi e li stiamo tenendo noi, perché in famiglia, non li vogliono accogliere perché hanno paura

che c'aveva preso alla sprovvista, che le ultime due ondate. L'ultima pandemia, risale con la spagnola, al 1920. Da mia nonna ho sentito parlare di famiglie sterminate. Con la prima ondata noi siamo stati solo sfiorati però non eravamo attrezzati, ci siamo dovuti organizzare, la gente aveva paura. All'inizio non c'erano neanche i dispositivi di protezione individuale. La situazione è stata davvero tragica nonostante non ci fossero grandi numeri di contagiati. Ma la preoccupazione era tanta".

Da quando ha cominciato ad occuparsi di malati covid?

specializzandi del terzo e quarto anno e con loro siamo riusciti a superare le emergenze".

E con la realizzazione dell'ospedale in fiera vi siete trasferiti nella nuova struttura?

"Si con la realizzazione dell'ospedale in fiera ci siamo trasferiti dove c'è stata una migliore organizzazione, più dispositivi di protezione individuale, conoscevamo il virus, avevamo qualche farmaco in più, che ci ha permesso di affrontare le emergenze con armi in più. Con l'ospedale in fiera abbiamo fatto il salto di qualità, perché, ad esempio, c'erano i respiratori per tutti i 70 pazienti ricoverati. Meno male che è stata aperta la struttura in fiera perché al Policlinico, le rianimazioni e i reparti delle malattie infettive, erano tutti pieni".

Secondo lei la scelta di realizzare l'ospedale in fiera è risultata una decisione appropriata e opportuna?

"Assolutamente sì e secondo me dovrebbe anche rimanere aperto. Lo dicono i virologi non sarà la prima e non sarà l'ultima di queste pandemie. L'ospedale in fiera è stato costruito con grande efficacia e qualità, con tutti i criteri, per la maxi emergenza, un percorso per il covid all'interno tutto collegato con l'aspirazione a pressione nega-

tiva, ha messo tranquillità all'operatore sanitario e al paziente. E successivamente nell'ospedale in fiera, abbiamo fatto entrare anche i parenti vaccinati dei pazienti ricoverati. C'è stata un'organizzazione migliore che è stata messa in piedi e attualmente ci sono pochissimi ricoverati ma spero comunque che rimanga aperta.

Anche perché non sappiamo cosa potrà accadere a settembre".



di contrarre virus e quindi non vogliono rischiare".

Lei ha vissuto le diverse ondate del covid, che differenze ha notato?

"Io ho vissuto sia l'ondata dello scorso anno, che è stata tremenda, non in termini quantitativi perché non c'è stata la quantità di vittime che hanno coinvolto altre regioni come la Lombardia. Però, per la paura di questo virus sconosciuto,

"Dal febbraio dell'anno scorso. Non ho mai mollato. Insieme al prof. Gesualdo Loreto, che è il mio Direttore. All'inizio siamo stati gli unici insieme al Direttore ad occuparci di covid. Abbiamo affrontato da soli la prima ondata. Poi il Direttore ha fatto assumere gli specializzandi del quarto anno e abbiamo superato la prima ondata. Con la seconda ondata il prof. Gesualdo Loreto, che è un lungimirante, ha fatto assumere a novembre 2020 altri colleghi giovani

Con l'arrivo della bella stagione, lo scorso anno il virus sembrava sconfitto?

“Non sappiamo cosa accadrà nei prossimi mesi, ma quest'anno abbiamo un'arma in più che è il vaccino. Non sappiamo cosa potrà accadere con le varianti. Dobbiamo restare allertati, tenere tutte le precauzioni possibili, non fare l'errore dell'estate scorsa”.

Lei come è riuscita a superare le forti criticità dovute all'aumento sconsigliato dei casi e con i reparti pieni di ammalati?

“È stato un momento terribile. L'abbiamo superato perché la nostra motivazione era quella di prestare aiuto agli ammalati. Il momento drammatico avveniva quando, pur avendo fatto l'impossibile per gli ammalati, alcuni non respiravano più. Dopo il covid è stata valorizzata la figura del medico. In questa emergenza mi sono sentita più medico del solito. Avevo la grande soddisfazione di aiutare le persone ricoverate e quando riuscivamo a farle uscire dalla rianimazione, per noi era un grande momento. In alcuni casi abbiamo usato l'autotrasfusione a base di ozono, terapia, che non ha ancora avuto il suggello scientifico, che ha permesso di aiutare tantissime persone. Mi sono battuta perché con un armamentario molto povero, cortisoni e antibiotici, vaccini, l'ozono ha aiutato molte persone”.



Perché in Puglia c'è stato un numero elevato di vittime, oltre seimila?

“Perché la medicina territoriale non ha funzionato molto bene. È mancato un vero e proprio coordinamento. Chi si ammalava di covid arrivava in ospedale con la polmonite in uno stadio avanzato e non c'era più niente da fare, se non ricoverarli in rianimazione. La popolazione anziana è stata più di tutte attaccata

ed ha subito più danni. Anche giovani obesi e con patologie e comorbidità. Molti pazienti obesi che pesavano oltre 100 chili”.

Attualmente qual'è la situazione in rianimazione?

“Da almeno 15 giorni non ci sono positivi che arrivano dal pronto soccorso. Ci sono 35 persone che sono tutte covid negativo. Dati riferibili al Policlinico di Bari.

Anche all'ospedale in fiera ci sono circa trenta ricoverati, che è la parte rimanente degli ultimi pazienti che sono nelle corsie da un bel po di tempo. Quasi tutti sono negativizzati”.

Ci sono cure adeguate per combattere il covid?

“Ci sono tanti tentativi con gli antivirali, dei quali alcuni inizialmente sono stati presi in considerazione poi scartati, alcuni monoclonali. Di terapie d'urto che diano garanzie assolute, ancora non c'è nulla”.

E quale risposta reale danno i monoclonali?

“Se gli anticorpi monoclonali, vengono

somministrati all'inizio della malattia, funzionano alla grande. Vanno somministrati a casa durante le prime fasi della malattia e non quando si è in una fase più acuta, perché non offrono nessun beneficio”.

Per lei non sarà stato facile conciliare la vita familiare con la professione di medico?

“Da donna non è stato facile affrontare nulla. L'anno scorso mi sono isolata completamente, non ho visto più nessuno dei miei familiari. Perché avevo paura di portare il covid a casa. Li ho fatti andare via tutti da casa. Anche i miei colleghi sono andati a dormire in albergo. Avevano il terrore di portarlo nelle famiglie. Proprio il prof. Gesualdo che è il mio direttore, aveva fatto un accordo con l'Hilton di Bari, con noi che lavoravamo in reparti covid e andavamo a dormire in albergo, isolati, per evitare contagi tra le nostre famiglie. Da novembre 2020 invece non ci siamo più isolati, perché conoscevamo meglio il virus e avevamo meno paura”.

Con i vaccini la situazione è decisamente migliorata?

“Il virus purtroppo continua a circolare. Noi abbiamo avuto casi di pazienti vaccinati che in maniera asintomatica hanno contratto il virus. Forse perché avevano le difese basse. E comunque sia non si sono ammalate gravemente. Adesso stanno bene. Sono rimasti ricoverati in fiera perché in famiglia non erano vaccinati e potevano contagiare tutto il nucleo. Il vaccino non uccide il virus ma ci protegge dal virus perché genera gli anticorpi”.

Bisogna ancora prestare attenzione al virus?

“Sì. Non bisogna abbassare la guardia. Dobbiamo continuare ad utilizzare le mascherine e osservare il distanziamento sociale. Perché circolano ancora le varianti che potrebbero colpirci. Lo dice anche il ministro Speranza. A settembre faremo il richiamo della terza dose di vaccino”.

Grande contributo professionale per la crescita della Puglia

Pionieri dell'associazionismo imprenditoriale

Sono trascorsi 37 anni dalla fondazione dell'A.F.O.R.P.. Era il 10 maggio 1984 quando alcuni imprenditori della sanità, 25 soci fondatori, intuirono che il mettere insieme idee, progetti, proposte può rappresentare una svolta nell'ambito di un settore troppo spesso lasciato al suo destino. Una sfida che comincia con l'apporto di alcuni associati che ne cominciano a delineare mission, statuto, programmi. Tra questi pionieri dell'imprenditoria vi sono alcuni soci onorari che hanno superato i 25 anni di adesione all'associazione e sono :

FASE - Giovanni Spagnoletta

LORAN - Pasquale Lorusso

MEDIC'S BIOMEDICA - Paolo Petrucci

MEDICAL CHIRURGICA - Silvana Valentini

MEDICAL CALO' - Antonio Caponio

PUGLIA MEDICAL - Vito Laselva e Onofrio Decarlo

SISMED - Giuseppe Iavazzo

TEKNOLAB - Enzo Mastronardi.

Ad alcuni soci onorari, abbiamo posto tre domande sul passato e sul futuro

dell'associazione:

1) Come e quando ha avuto inizio la tua partecipazione al progetto associativo?

2) Quali sono state le tappe più significative e le problematiche affrontate in questi ultimi 25 anni?

3) Quali prospettive prevedi per il futuro dell'associazione e quali nuove problematiche dovrà affrontare?



FASE Giovanni Spagnoletta

1) La mia partecipazione è stata prima della costituzione della stessa Associazione, mi sono incaricato di estendere lo statuto stesso, con l'egregio Prof. Dalfino per poter rendere attiva l'associazione stessa con le Istituzioni.

2) Le problematiche sono state quelle relative alla vita stessa delle aziende as-

sociate; per anni le multinazionali hanno utilizzato i distributori come banche, poiché i ritardi nei pagamenti erano mostruosi, il sistema è andato avanti grazie ai piccoli imprenditori.

Con la regolarizzazione dei pagamenti, parecchie multinazionali hanno disdetto i contratti di distribuzione per andare in vendita diretta.

Il percorso degli acquisti è peggiorato applicando una mostruosa burocrazia

che ha aumentato inutilmente i costi per le aziende e inoltre ha posto in essere impedimenti notevoli alla partecipazione delle piccole imprese.

E' vergognoso che il territorio continui ad operare in tal senso!

Con la pandemia tutte le incongruenze sono state evidenziate;

3) Il futuro?...è nel cambiamento delle persone e del rispetto del lavoro altrui.

LORAN Pasquale Lorusso

1) Appena terminai i due anni in marina, sulla mitica Vittorio Veneto, con incarico ai radar guida missili ed acquisita la specializzazione in informatica presso il CSATA, come tanti giovani dell'epoca e molti di oggi, mi trasferii a Milano, per cercare lavoro. Correva l'anno 1972.

In modo casuale contattai una multinazionale che produceva apparecchiature per la sanità. Mi chiesero se ero disponibile a "trasferirmi a Bari", presso il loro agente Valerio Maggiolini. In quel periodo la Regione Puglia contava 92 ospedali: molti erano fatiscenti, altri erano vecchi monasteri, trasformati con attrezzature primordiali ed il management era formato da politici locali nel ruolo di presidenti, affiancati da ragionieri economi e da medici, con suore che si occupavano dei servizi infermieristici. Tra gli operatori della sanità conobbi Agostino Moro, Motolese, Carabellese, Perilli, con i loro giovani collaboratori.....Spagnoletta.....ed altri.

La voglia di migliorare le attività nella sanità, i tempi di pagamenti che erano molto lenti, i mancati riconoscimenti professionali, indussero alcuni piccoli imprenditori di promuovere l'associazione professionale AFORP, presso la sede storica dell'AMOVVAL, a Ceglie del Campo (Ba). Ascoltare le esperienze di fornitori di successo, che affrontavano le nuove attività occupandosi di assistenza tecnica delle apparecchiature, partecipare ad eventi formativi per operatori sanitari, proporre servizi di forniture di prodotti tecnologici, mi consentì di conoscere un mondo nuovo. Dove l'apprendimento della conoscenza avveniva attraverso il trasferimento delle esperienze degli "anziani" ai più giovani.

Unimmo quindi l'esperienza degli esperti con l'entusiasmo e la voglia di innovazione dei giovani e fondammo l'AFORP.

2) Creare associazionismo nei nostri ter-

ritori è tuttora molto complesso. Qualche decennio fa, sicuramente era più difficile mettersi insieme per costituire un'associazione, per la forte personalità e il carisma degli imprenditori del settore, che generavano rapporti diretti con gli amministratori pubblici e con la classe medica. Ebbene la caparbieta e la costanza di un esiguo gruppo, permise, nel tempo, di aggregare sempre più aziende. Nel frattempo che i giovani, formati presso le multinazionali, maturassero l'idea di mettere su piccole e medie imprese, con specializzazioni sempre più spinte.

Il settore della sanità permetteva, con l'aumentare delle richieste di servizi, la nascita di organizzazioni commerciali e di servizi locali e provinciali, prima come agenzie e dopo in qualità di distri-



butori. Nella Regione Puglia, proliferavano nuove strutture sanitarie pubbliche e private. Un rappresentante di farmaci, Cavallari, imboccò la strada che portò alla creazione di un piccolo impero, con la realizzazione delle CCR. Purtroppo all'apice del successo, problemi giudiziari portarono al fallimento delle CCR, travolgendo molte piccole aziende locali, che erano diventate fornitrici, con esposizioni finanziarie elevate. Anche la mia azienda, la Loran, ha molto sofferto per il mancato recupero di ingenti somme,

però siamo riusciti nel tempo, con la tenacia e la competenza, a superare questo difficile momento.

Sono sempre stato promotore di innovazione e, insieme ad un gruppo di aziende, creammo il Consorzio Consanit, con l'obiettivo di interessarsi delle gare centralizzate. Vincemmo una delle prime gare indette dalla Regione Puglia, per la distribuzione su tutto il territorio delle siringhe, coordinando un servizio di massima efficienza, dove tutte le sedi del consorzio risultavano magazzini, pronti a soddisfare le richieste in tempo reale. Abbiamo sempre sofferto uno scarso riconoscimento dalle istituzioni del ruolo dell'AFORP e delle capacità delle aziende associate; negli ultimi anni, grazie ad un progetto di comunicazione via web ed alla rivista Vivilasanità, oltre ad un costante impegno del presidente e dei membri del direttivo, si sta cercando di aumentare e migliorare il dialogo con le Istituzioni ed con il management sanitario.

3) Il ruolo degli associati ed il nanismo delle aziende saranno le sfide del futuro.

In futuro prevarranno le proposte di aggregazione delle competenze e delle stesse aziende nonché la tendenza a promuovere gare "Chiavi in Mano", con interi reparti ed ospedali da realizzare. Con la partecipazione a Tavoli tecnici degli stakeholder e specialisti, dove prevarrà la competenza e la capacità di innovazione. Infatti, negli ultimi anni, molte aziende stanno investendo in innovazione e ci auguriamo che, quello che avviene già in altre regioni, di mettere in

rete e al servizio pubblico del territorio i prodotti innovativi, magari con la collaborazione di Università ed Ospedali. Mi preme evidenziare con grande orgoglio, che in molte aziende regionali, è in atto l'affiancamento e lo sviluppo delle competenze con la nuova generazione formata dai nostri giovani, pronti ad acquisire nuove esperienze, per imporsi sul piano tecnologico, dell'innovazione e con il patto generazionale, per guidare al meglio le imprese del presente e del futuro.

SISMED Giuseppe Iavazzo

1) La Sismed srl di Cassano delle Murge nasce nel Dicembre del 1985. Giuseppe Iavazzo che da Napoli, sua città natale, si trasferì in Puglia per lavorare con una multinazionale di primaria importanza nel settore dei dispositivi sin dal 1979, dette l'avvio alla società. L'esperienza maturata insieme alla possibilità di intraprendere l'attività di distributore della stessa multinazionale, la voglia di mettersi in gioco hanno dato l'impulso iniziale alla Sismed. Il costante impegno, la massima disponibilità la preci-

Regione per assistere al meglio i nostri concittadini. Tale attività svolta dall'AFORP, con continua e costanza, mi ha fatto capire che aderire a tale associazione, sarebbe stato in linea con la mia idea imprenditoriale. Pertanto ho deciso di aderire. Fin dal primo giorno di adesione ho rappresentato la mia azienda all'interno della ns associazione, nei primi anni come semplice iscritto, che partecipava alla vita associativa, presenziavo sempre alle assemblee convocate dal direttivo aperte ai soci e molte volte ho avuto anche inviti a partecipare a particolari riunioni su specifici argomenti.

2) Ho partecipato anche a molti degli

rinunce agli interessi maturati, dai pagamenti dipendeva sicuramente la vita delle ns aziende.

A mio avviso una delle tappe più significative ottenute dall'AFORP è stata quella di promuovere e far nascere, diventare realtà, la FIFO "Federazione Italiana Fornitori Ospedalieri", che raggruppassse sotto un'unica federazione le associazioni regionali, che nel frattempo erano nate anche in altre regioni, guardando all'AFORP. Fu grazie all'impegno del presidente Carabellese insieme a Grazia Guida ed all'attuale ns presidente Beppe Marchitelli che la FIFO si riuscì a costituire.



3) In questi 45 anni di attività imprenditoriale il ruolo del Fornitore Regionale Ospedaliero è molto cambiato, ma a mio avviso non sono cambiate le motivazioni che possono far continuare a far vivere e possibilmente crescere le nostre aziende.

La prima è a mio avviso fare la differenza con le aziende, che sono fuori regione in riferimento a presenza e vicinanza agli operatori sanitari tutti: medici, infermieri, farmacisti economi etc. per garantire sempre la massima assistenza ai loro bisogni.

Ovviamente altro punto fondamentale credo sia il rafforzamento e la massima visibilità dell'FIFO.

sione delle forniture e la qualità delle stesse hanno consentito un continuo e costante incremento dei fatturati.

Nello stesso tempo insieme agli incrementi di fatturati, crescevano gli impegni con il sistema bancario, visti gli allora gravi ritardi nei pagamenti della P.A. Sempre nello stesso tempo, sentivo spesso parlare di questa associazione AFORP, nata da qualche anno che si impegnava nella difesa delle realtà imprenditoriali locali, non solo per avere riconosciuta la nostra funzione di persone/aziende vicine agli operatori sanitari tutti, ed a tutta l'organizzazione sanitaria della ns

eventi che allora AFORP promuoveva insieme e con l'associazione degli economisti di Puglia e Basilicata, cui partecipavano sempre i farmacisti degli stessi territori. Sono stati anni di crescita comune di condivisione di obiettivi e di "miglioramento" delle relazioni tra fornitori/clienti nel rispetto delle norme e delle leggi. Successivamente sotto la presidenza del Dr. Vittorio Carabellese sono stato eletto al consiglio direttivo della ns associazione, al quale ho sempre partecipato con entusiasmo e spirito collaborativo. Ricordo bene le battaglie sostenute per vedere riconosciuti ns diritti a pagamenti più rapidi a fronte di

La strategia condotta da Assobiomedica, necessariamente non potrà essere la stessa che deve portare avanti al FIFO, per cui l'attività da svolgere sarà importante e dovrà a mio avviso vedere coinvolti tutte le associazioni regionali. Infine e non ultima dovremmo portare avanti delle modalità operative che ci vedano coinvolti in collaborazione con le istituzioni per offrire beni e servizi in modo innovativo con maggior nostro coinvolgimento al fine di garantire riduzione di sprechi e spese inutili in un percorso virtuoso che ci faccia diventare un partner indispensabile alla "Buona Sanità"

TEKNOLAB

Enzo Mastronardi

1) Nel 1980 inizia la mia attività nel mondo della sanità occupandomi prevalentemente di assistenza tecnica. Nel 1981 entro a far parte della Teknolab, società che si occuperà di vendita e assistenza tecnica, nel settore diagnostico.

2) Da subito in Teknolab abbiamo condiviso e creduto nell'associazione e nel ruolo positivo che avrebbe potuto avere nell'accompagnare le diverse necessità dei singoli imprenditori, nel mondo complesso della sanità. Il mio impegno è stato sem-

confuso. Dal mio punto di vista l'associazione in questi ultimi anni, è cresciuta moltissimo e c'è sempre di più, rispetto al passato, una partecipazione più attiva degli associati stessi. Con queste premesse vedo un futuro sempre più attivo e propositivo nei confronti delle istituzioni regionali, e questo sarà possibile, se l'associazione continuerà ad avere anche conduzione molto autorevoli e competenti come è accaduto fino ad oggi. In conclusione vedo un futuro e sempre più impegnato sui diversi fronti delle problematiche esistenti e con una partecipazione sempre più attiva di tutti gli imprenditori della sanità che sapranno sicuramente fare il salto di qualità che le nuove sfide richiedono.

2) Sicuramente un evento che ha segnato la storia del Paese e del nostro settore è stata l'inchiesta di Tangentopoli del 1991 e tutti gli effetti che si sono riverberati negli anni successivi. Niente è stato più come prima nel mondo degli appalti. Soprattutto ricordo la necessità di ristrutturare rapidamente le aziende per "trasformare" il fatturato del settore Pubblico con il Privato. A partire da questo evento che abbiamo orientato il nostro FOCUS verso la Riabilitazione spostando l'interesse della nostra azienda molta verso il privato. Grazie alle difficoltà affrontate in quel periodo, ho trovato la forza per reagire a questo ultimo anno in cui la pandemia di COVID ha "stravolto" la nostra quotidianità operativa. Le qualità che abbiamo affina-



pre crescente e concreto avendo ricevuto la fiducia degli associati, che nei diversi mandati mi hanno eletto e nominato anche vicepresidente.

Le attività affrontate sono state molteplici e che hanno spaziato dai rapporti con le istituzioni regionali alla partecipazione delle risoluzioni di varie problematiche, anche di quelle finanziarie, che in certi periodi, erano diventati uno dei problemi più gravosi degli imprenditori che avevano rapporti con la sanità.

3) Per il futuro auspico che gli associati dovranno fare uno sforzo nel capire il vero ruolo dell'associazione, che spesso viene

MEDICAL CALO'

Antonio Caponio

1) Sono passati oltre 20 anni da quando scelsi di iscrivermi Medical Calò all'AFORP. Ero convinto che far parte di una rete strutturata potesse rendere più forte un'impresa, che distribuisce elettromedicali come la mia. Per questo decisi di contattare l'allora presidente Dottor Caraballese e accettai con piacere di associarmi. Svolgere attività di relazioni istituzionali con aziende sanitarie locali e regionali, per risolvere i problemi specifici e promuovere iniziative a beneficio del settore, ha portato nel tempo a grandi risultati.

to col tempo e che si sono rivelate preziose, oggi più che mai, sono la VERSATILITA' e la COMPETENZA, che ci aiutano a traghettare l'azienda verso nuovi porti.

3) L'ingresso nell'AFORP delle nuove generazioni spero rinnovi l'orientamento associativo. Spero che i soci stessi collaborino per dar vita a progetti che possano sostenere le aziende sia sul piano regionale che nazionale. L'associazione è composta da membri che perseguono obiettivi di business differenti, ma sarebbe auspicabile trovare una convergenza, affinché ogni singola impresa possa trovare in un orizzonte condiviso una più soddisfacente prospettiva di mercato non solo regionale.

Case della Comunità, potenziamento dell'assistenza domiciliare e Ospedali di Comunità

Reti di prossimità per l'assistenza sanitaria territoriale

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 Per la Puglia**

“Recovery Plan”. Argomento più discusso e dibattuto negli ultimi mesi. Dr Gigantelli, può brevemente illustrarlo soffermandosi al punto Salute?

“Già nel 2018 si pensava a come migliorare il Servizio Sanitario Nazionale, che presentava alcune criticità e che definivamo “non sostenibile”. Il decorso degli eventi, ed in particolare la pandemia, ne ha reso necessaria una

immediata rivalutazione ed una conseguenziale riforma, cristallizzata nel testo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), noto anche come “Recovery Plan”. Tale Piano comprende un corposo pacchetto di riforme che toccano, tra gli altri, gli ambiti della pubblica amministrazione, della giustizia, della semplificazione normativa e della concorrenza. Si tratta di un intervento epocale orientato a riparare i danni economici e sociali ar-

recati dall'attuale crisi pandemica, a contribuire nel risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana e a timonare il Paese verso un percorso di transizione ecologica e ambientale. Principali beneficiari del Piano sono le donne, i giovani ed il Mezzogiorno. Esso contribuisce, altresì, sostanzialmente a favorire l'inclusione sociale e a ridur-



re i divari territoriali. Nel complesso, il 27% del PNRR è dedicato alla digitalizzazione, il 40% agli investimenti per il contrasto al cambiamento climatico e più del 10% alla coesione sociale. La missione “Salute” è una delle sei missioni previste dal Piano in parola. Essa mira a potenziare e riorientare il Servizio Sanitario Nazionale, conformandolo maggiormente ai bisogni di cura della popolazione, e punta, in particolare, sulla prevenzione e sull'assistenza sul territorio, oltre che sulla integrazione

fra servizi sanitari e sociali, tutti elementi indispensabili a garantire l'equità di accesso alle cure e l'erogazione delle prestazioni sanitarie”.

Presidente, può illustrarci cosa prevede in pillole il PNRR per il territorio?

“Il Piano, rispetto al tema Salute, prevede un intervento su due direttrici principali. La prima è volta a creare “Reti di prossimità”, ovvero strutture intermedie dotate di telemedicina per l'as-

sistenza sanitaria territoriale: si pensa alla costruzione di 380 Ospedali di Comunità ed al potenziamento dell'assistenza domiciliare con la creazione di 1.288 Case della Comunità. La seconda, invece, punta alla realizzazione di innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN attraverso diverse azioni, quali l'ammodernamento tecnologico e digitale, la ricerca scientifica ed il trasferimento tecnologico. Ulteriori obiettivi sono costituiti dal potenziamento del Fascicolo Sanitario Elettronico, dallo

sviluppo delle competenze e delle qualità del capitale umano e dalla creazione di un Centro Nazionale di eccellenza per l'individuazione delle epidemie. Si prevedono, all'uopo, più borse per la Medicina Generale e per le specializzazioni mediche".

Ci può dare ulteriori dettagli su come rafforzare la Sanità Territoriale?

"Case della Comunità, potenziamento dell'assistenza domiciliare e Ospedali di Comunità rappresentano l'architrave della riforma dell'assistenza territoriale contemplata nel PNRR italiano, per il quale verranno utilizzati 7 mld di euro tra il 2022 e il 2026. Tuttavia, per mantenere a regime siffatta organizzazione, dal 2027 occorreranno ul-

teriore il 16% in meno di MMG a fronte delle attuali 42.000 unità in servizio. Nel contempo, si prevede un aumento della dotazione di personale infermieristico del 21%".

Tornando alle Case della Comunità, come saranno organizzate?

"La Casa della Comunità sarà una struttura fisica in cui opererà un team multidisciplinare di medici di Medicina Generale, Pediatri di libera scelta, Medici Specialistici, Infermieri di Comunità ed altri professionisti della salute, compresi gli Assistenti Sociali. Essa rappresenterà un punto di riferimento costante per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, una strumentazione

Potranno, inoltre, essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti agli anziani ed ai fragili. Nel Piano si prevede di attivare 1.288 Case della Comunità entro la metà del 2026, con un investimento stimato in circa 2 mld di euro. Si calcola che ognuna costerà, a livello strutturale e tecnologico, circa 1,6 mln di euro ed occuperà in media 5 unità di personale amministrativo, 10 di medici di Medicina Generale e 8 unità infermieristiche.

Sarà, dunque, inevitabile una nuova convenzione con i medici di famiglia, che sancisca la loro adesione al progetto, ineludibile al fine della concreta realizzazione del Piano! Non a caso, in precedenza, esattamente nel 2006, un simile tentativo di riforma - promosso dall'allora Ministro della Salute Livia



teriori risorse per almeno 1,3 mld, che il Governo conta di recuperare incrementando di 180 mln la dotazione del Fondo Sanitario Nazionale, limitando le ospedalizzazioni dei pazienti cronici e gli accessi impropri al Pronto Soccorso - ove dovrebbero giungere solo i pazienti che richiedono una valutazione clinica complessa - e riducendo la spesa dei farmaci attraverso l'eliminazione di eventuali inapproprietezze. Si stima, poi, un ridimensionamento della Medicina Generale che, a partire dal 2027,

polispecialistica, con la finalità di garantire la promozione e la prevenzione della salute, oltre alla presa in carico della Comunità di riferimento.

Per un'assistenza capillare, l'ideale sarebbe avere una "Casa" ogni 20 mila abitanti, che offra assistenza dalle 8 alle 20. Tra i servizi inclusi è previsto il Punto Unico di Accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali ed i servizi dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari, secondo un approccio di medicina di genere.

Turco - fallì proprio per l'indisponibilità dei medici di famiglia, oltre che per le diverse politiche regionali. La differenza con allora è che questa volta sarà il Governo ad imporre alle Regioni la tabella di marcia, gli obiettivi da raggiungere ed il controllo sui risultati, proprio perché i fondi provengono dal "Recovery Plan".

Nel PNRR si punta molto al Potenziamento dell'assistenza domiciliare. Secondo Lei, si potranno in questo

modo gestire a domicilio pazienti che prima accedevano in modo improprio al Pronto soccorso o all'Ospedale?

“Il Piano mette sul piatto 4 mld di euro per potenziare le cure presso il domicilio del paziente, con l’obiettivo di assistere il 10% dei soggetti over 65, ovvero circa 808 mila persone in totale. Il primo intervento prevede l’assistenza a casa con costi variabili a seconda della frequenza delle visite necessarie: si va da un minimo di una visita al mese fino ad un massimo di 15 giorni al mese di assistenza nel caso di cure palliative. Per il potenziamento delle cure domiciliari è prevista, poi, l’attivazione di 602

di telemedicina proposti dalle Regioni sulla base delle priorità e delle linee guida definite dal Ministero della Salute. I progetti potranno riguardare ogni ambito clinico e promuovere un’ampia gamma di funzionalità lungo l’intero percorso di prevenzione e cura: tele-assistenza, tele-consulento, tele-monitoraggio e tele-refertazione.

Ai fini del finanziamento, tali progetti dovranno potersi integrare con il Fascicolo Sanitario Elettronico, raggiungere target quantitativi di performance legati ai principali obiettivi della telemedicina e del Sistema Sanitario Nazionale, nonché garantire che il loro sviluppo si traduca in una effettiva armonizzazio-

che di riadattare e riconvertire quelle già esistenti.

Ciascuna di queste strutture, di norma, sarà dotata da un minimo di 20 fino ad un massimo di 40 posti letto e avrà una gestione prevalentemente infermieristica.

Funzioni precipue saranno quelle di contribuire ad una maggiore appropriatezza delle cure - favorendo una riduzione degli accessi impropri ai servizi sanitari di livello Ospedaliero, quali Pronto Soccorso o altre strutture di ricovero o di prestazioni specialistiche -, facilitare la transizione dei pazienti dalle strutture ospedaliere per acuti verso il proprio domicilio, rappresentando un ricovero



Centrali Operative Territoriali (COT), una ogni 100 mila abitanti e, comunque, una in ogni distretto, con la funzione di coordinare e collegare i servizi domiciliari coi vari servizi sanitari, assicurando il raccordo con gli ospedali e la rete della emergenza/urgenza. Esse costituiranno il punto di riferimento per i familiari caregiver.

Un coordinatore e 5 infermieri di Comunità saranno preposti al servizio.

Infine, un ulteriore intervento per il potenziamento delle cure domiciliari riguarda il finanziamento di progetti

ne dei servizi sanitari”.

All’inizio ha nominato gli Ospedali di Comunità, differenti dalle Case di Comunità. Quali le novità?

“L’intervento prevede la costruzione di 381 Ospedali di Comunità, ovvero strutture sanitarie della rete territoriale a ricovero breve, destinate a pazienti che necessitano di interventi sanitari a media/bassa intensità clinica e per degenze di breve durata.

E’ necessario che ce ne sia uno ogni 50 mila abitanti. Non si tratta, tuttavia, di edificare tutte strutture nuove, ma an-

di transito che consentirà alle famiglie di provvedere all’adeguamento dell’ambiente domestico alle esigenze di cura dei pazienti.

Nell’Ospedale di Comunità vi sarà un medico in servizio per 4-5 ore al giorno, 6 giorni su 7, e 9 infermieri e 6 OSS a tempo pieno in organico.

Il Piano prevede che dette strutture diventino pienamente operative a partire dal 2027”.

A Suo giudizio, Dr Gigantelli, il Piano della riforma del territorio può definirsi “sostenibile”?

“Personalmente ritengo che il Piano così come delineato debba essere oggetto di chiarimento e approfondimento, in quanto prevede una serie di cambiamenti necessari ed importanti da avviare in tempi ristretti.

Il mutamento organizzativo e culturale sotteso al Piano per il Sistema Sanità dovrà essere attentamente verificato e perfezionato mediante numerose azioni intermedie idonee, atteso che non basta la disponibilità di risorse economiche a garantire la buona riuscita del Piano. Gli interventi ipotizzati (Case della Comunità, Adi e Ospedali di Comunità), una volta portati a regime, non solo

rappresenteranno un investimento verso il cambiamento, ma avranno anche il compito di assicurare l’appropriatezza e la qualità delle cure, attraverso l’utilizzo della tecnologia.

Tutto ciò, nell’ottica di risparmiare sui ricoveri ospedalieri per i pazienti cronici e ridurre l’accesso improprio al Pronto Soccorso per codici bianchi e verdi, oltre che favorire un uso più appropriato di farmaci cardiovascolari, antibiotici e gastrointestinali.

Lo smantellamento dell’assistenza sul territorio da anni costringe ormai ad andare al Pronto Soccorso per qualunque

cosa, soprattutto diabete, malattie polmonari ed ipertensione. Difatti, su 21 mln di accessi al P.S. ogni anno 16 mln sono codici bianchi e verdi e l’87% di questi non sfocia in un ricovero. Questo vuol dire che medici di famiglia e strutture intermedie potrebbero evitare una spesa annua di ben 700 mln di euro.

Insomma, più forte sarà il potenziamento della medicina territoriale e minori saranno i costi totali del sistema sanitario.

La sostenibilità sarà, quindi, condizionata dalla realizzazione di questi aspetti. Difficile fare previsioni, ma la strada appare obbligata ed il percorso tracciato”.



TRASPARENZA

SEZIONE DOCUMENTALE SANITA' REGIONE PUGLIA

DETERMINAZIONI - LEGGI - DELIBERE

WWW.AFORP.IT



I dati della campagna vaccinale

Prosegue l'attività di prevenzione al Covid-19 per i soggetti "fragili"

Presso l'IRCCS "Saverio de Bellis" prosegue alacremente l'attività di prevenzione al Covid-19 per i soggetti "fragili". La campagna di vaccinazione per questa categoria di pazienti vede coinvolte circa duemila persone seguite presso l'Istituto con terapia immunosoppressiva e immunomodulante. Per quanto riguarda i pazienti seguiti dall'equipe medica afferente all'UOSD di Oncologia diretta dal Dott. Ivan Lolli i dati sono i seguenti:

Per quanto, invece, riguarda i pazienti dall'equipe medica Unità Operativa Semplice dedicata a coloro i quali soffrono di malattie infiammatorie croniche intestinali (IBD) diretta dal dott. Mauro Mastronardi coadiuvato dalla dott. ssa Margherita Curlo si rappresenta la seguente situazione:

- Su 805 pazienti IBD (Inflammatory bowel disease):

**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 Per la Puglia**

i seguenti dati:

- Su 10 pazienti malattie rare:
- 9 hanno ricevuto la 1^a dose.
- Su 3 caregiver pazienti malattie rare:
- 2 hanno ricevuto la 1^a dose.



In merito ai pazienti con malattie infiammatorie croniche intestinali l'organizzazione di questa campagna vaccinale, che giunge quasi a conclusione, è stata fortemente voluta dal Commissario Straordinario, dott. Tommaso Stallone, e dal Direttore Sanitario, dott. Roberto Di Paola, ed è stata curata dal dott. Mauro Mastronardi, responsabile della U.O.S. interessata.

Inoltre, grazie ad una convenzione attiva tra l'Ente e la Onlus pugliese M.I.Cro. (Associazione di malati e di medici curanti che si occupa

- Su 414 pazienti oncologici:
- 373 hanno ricevuto la 1^a e la 2^a dose;
- 17 in attesa della seconda dose;
- 7 hanno dichiarato di essere stati già vaccinati in hub per età;
- Su 495 caregiver pazienti oncologici:
- 226 hanno ricevuto la 1^a dose;
- 94 hanno dichiarato di aver effettuato già vaccinazione;
- 13 riceveranno la 1^a dose il 05/06/2021;
- 18 hanno rifiutato;
- 11 in fase di conferma;
- 3 hanno ricevuto la 1^a e la 2^a dose.

- 508 hanno ricevuto la 1^a e la 2^a dose;
- 64 in attesa della seconda dose;
- 80 hanno dichiarato di essere stati già vaccinati in hub per età;
- 69 rifiutano per gravidanza, allattamento, fuori regione;
- 55 hanno rifiutato/altro.

Per quanto, infine, riguarda i pazienti affetti da malattie rare seguiti dal dott. Raffaele Cozzolongo, responsabile di Gastroenterologia I, e dal dott. Massimo De Carne, responsabile dell' U.O.S. di Fisiopatologia Digestiva, si evidenziano

di aiutare i malati di malattie infiammatorie croniche intestinali) si è anche raggiunto l'importante obiettivo di aver somministrato il vaccino ai loro pazienti. Tutto questo si traduce in un grande sforzo compiuto dal personale medico, sanitario e amministrativo che si è prontamente messo a disposizione a vantaggio, come è nelle corde dell'Istituto "Saverio de Bellis", dei cittadini. I pazienti continueranno ad essere attentamente monitorati per valutare la risposta immunitaria e la protezione nei confronti del SARS-Cov-2.

Sindrome dell'intestino irritabile

Low Fodmap e vitamina D strategia vincente

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

Una dieta a basso contenuto in Fodap, ovvero carboidrati cosiddetti fermentabili (oligosaccaridi, disaccaridi, monosaccaridi e polioli), migliora i sintomi dei pazienti con Sindrome dell'intestino irritabile (Ibs), influenzando diversi fattori biochimici coinvolti in questo disturbo, incluso lo stato di salute della barriera intestinale e i livelli di vitamina D.

Queste le conclusioni di uno studio da poco pubblicato su Nutrients teso proprio a valutare la relazione tra livelli di vitamina D, misurata come 25(OH)D, la permeabilità intestinale e l'integrità della barriera gastrointestinale in pazienti con Ibs diarroica sottoposti a dieta a basso contenuto in Fodmap per 12 settimane.

In merito al suddetto studio riproponiamo l'intervento del Dott. Francesco Russo, coordinatore del laboratorio di Fisiopatologia della nutrizione dell'IRCCS "Saverio de Bellis" che ha promosso la ricerca, intervistato dalla rivista web <https://www.nutrientiesupplementi.it/>.

Dr. Russo, che ruolo gioca la Low Fodmap diet in caso di Ibs?

La maggior parte dei pazienti con Ibs si lamenta del fatto che alcuni cibi siano responsabili della sintomatologia gastrointestinale. Ciò è possibile in virtù della loro capacità di trattenere acqua e di fermentare a livello del colon. Complessivamente, questi cibi sono raccolti nell'acronimo Fodmaps che sta per Fermentable oligo-di-mono-saccharides and polyols. Sono, in pratica, carboidrati capaci di causare una serie di disturbi propri dell'Ibs, soprattutto nella sua variante a prevalenza diarroica, quali, per esempio, meteorismo, gonfiore addominale e, ovviamente, diarrea. La loro eliminazione dalla dieta comporta una evidente riduzione della sintomatologia, addirittura nel 75% dei pazienti. In tale contesto, il ruolo della barriera intestinale, con le sue interazioni con il microbiota intestinale, è fondamentale per il mantenimento dello stato di salute così come per l'insorgenza o il perpetuarsi di diverse patologie, sia funzionali che organiche. I meccanismi molecolari che regolano in particolare la permeabilità intestinale in risposta ai nutrienti sono anco-

ra poco definiti, ma sicuramente la dieta può condizionarne il funzionamento attraverso diversi meccanismi, come, per esempio, modulazione del microbiota e rilascio di peptidi Gi.

In questi pazienti, quali sono generalmente i livelli di vitamina D?

La principale forma circolante di vitamina D è la 25-idrossivitamina D. Non esiste un livello ottimale di 25(OH)D unanimemente accettato. Tuttavia, un comitato nordamericano di esperti ha dichiarato che i livelli sierici devono superare i 20 ng/ml per essere adeguati a soddisfare i bisogni del 97,5% della popolazione. In linea con questa conclusione, una



revisione approfondita dei livelli di 25(OH)D in una popolazione mediterranea ha recentemente stabilito che un cut-off pari a 20 ng/mL sembrerebbe riflettere al meglio la normale fisiologia anche delle nostre aree geografiche. Una percentuale considerevole della popolazione con Ibs può essere effettivamente carente di vitamina D, così come riportato in un trial clinico pubblicato nel 2020. A ogni modo, nel nostro studio, considerando complessivamente il gruppo dei pazienti con Ibs, i livelli di 25(OH)D non erano differenti da quelli riscontrati nella popolazione generale.

Che tipo di studio avete condotto e con quali obiettivi?

La vitamina D è coinvolta non solo nel metabolismo delle ossa, ma anche nel buon funzionamento del sistema immunitario e nel controllo dell'infiammazione. Diversi studi scientifici hanno recentemente evidenziato come ridotti livelli sierici si associno anche

a maggiore frequenza e intensità di disturbi gastrointestinali, tra cui l'Ibs. Inoltre, è ormai acquisito che la vitamina D abbia un ruolo nel modulare le funzioni della barriera intestinale. Dato il legame esistente tra le alterazioni di tale barriera e la dieta, la potenziale azione benefica di una dieta a basso contenuto in Fodmap ha destato molto interesse, non solo nel controllo dei sintomi dei pazienti con Ibs, ma anche sull'infiammazione e, più in generale, sullo stato di salute della barriera intestinale. La nostra ricerca è stata intrapresa per investigare la relazione tra livelli di vitamina D, misurata come 25(OH)D, la permeabilità intestinale e l'integrità della barriera gastrointestinale in pazienti con Ibs diarroica sottoposti a dieta a basso contenuto in Fodmap per 12 settimane. Abbiamo, pertanto, confrontato i sintomi gastrointestinali e i succitati marcatori in pazienti con livelli di vitamina D inferiori a 20 ng/mL rispetto a quelli con livelli normali, prima e dopo 12 settimane di dieta. È stata presa in considerazione anche l'eventuale presenza di flogosi e disbiosi intestinale mediante il dosaggio, rispettivamente, di interleuchine 6 e 8 e di indolo e scatolo urinari.

Che risultati avete potuto osservare?

I pazienti che all'inizio dello studio avevano bassi valori di vitamina D, non solo soffrivano di sintomi più gravi, ma presentavano anche una peggiore condizione della barriera intestinale, disbiosi fermentativa nel piccolo intestino e aumentate concentrazioni ematiche di marcatori di infiammazione quali interleuchine e Lps, rispetto ai pazienti con livelli normali. Inoltre, è stata riscontrata una correlazione negativa tra livelli di vitamina D e sintomi Ibs: a più bassi livelli di vitamina D corrispondeva un profilo sintomatologico più grave. Dopo tre mesi di dieta a basso contenuto in Fodmap, si assisteva non solo a un aumento significativo dei livelli circolanti di vitamina D in entrambi i sottogruppi, ma anche a un significativo miglioramento della funzione di barriera, soprattutto tra chi che avevano bassi livelli di vitamina D all'inizio dello studio.

Nicola Miglino

Il caso dei tamponi falsamente negativi

La diagnosi di Covid-19 attraverso la valutazione clinica e radiologica

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

La diagnosi di Covid-19 attraverso la valutazione clinica e radiologica si dimostra affidabile e mostra alta sensibilità e specificità anche in pazienti con tampone nasofaringeo negativo. Uno studio dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza - il primo condotto in contesto di pratica clinica quotidiana - ha rilevato che l'accuratezza della valutazione radiologica e clinica è risultata molto buona rispetto a quella della sierologia, utilizzata come gold standard.

molecolari negativi. La ricerca si inserisce all'interno dello studio osservazionale COVID-19-SGR, che ha permesso la creazione di un database con dati clinici e campioni biologici dei pazienti affetti da Covid-19 ricoverati nell'Ospedale di San Giovanni Rotondo durante la prima ondata pandemica. "Esistono pochi dati riguardanti la diagnosi di Covid-19 in pazienti con tampone negativo e questo è il primo studio a valutare, in un contesto di pratica clinica quotidiana, l'affidabilità e

per i clinici." L'analisi dei dati è avvenuta dopo la raccolta di un campione di siero, per la determinazione della sierologia anti-Sars-Cov-2, ottenuto dopo almeno 15 giorni dal ricovero o durante follow-up dei pazienti. I dati dei pazienti sono quindi stati valutati da un team di radiologi e di clinici, senza fornire loro i risultati sierologici. I radiologi, all'oscuro delle cartelle cliniche dei pazienti, hanno rivalutato in modo indipendente le Tac del torace; allo stesso modo, i clinici hanno valutato indipendentemente le cartelle cliniche e stabilito la probabilità della diagnosi di Covid-19.



Dei 254 pazienti con sospetta infezione i cui dati hanno popolato il database ospedaliero sono stati esclusi quelli con tampone positivo e quelli deceduti durante il ricovero. Quindi, un totale di 63 pazienti sono stati sottoposti a sierologia e inclusi nella valutazione dell'accuratezza diagnostica. "Al giorno d'oggi, la necessità di isolare e trattare rapidamente un numero elevato di pazienti affetti da insufficienza respiratoria da Covid-19 richiede una modulazione delle attività ospedaliere al fine di garantire la limitazione del rischio di trasmissione virale ad altri pazienti e al personale sanitario", spiega Salvatore De Cosmo, direttore dell'Unità di Medicina Interna dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

Oggi il principale strumento per diagnosticare la malattia da Coronavirus 2019 (Covid-19) è rappresentato dalla positività al tampone naso-faringeo molecolare (PCR). Tuttavia, una significativa percentuale di tamponi possono risultare falsamente negativi. Un recente studio coordinato dalle Unità Operative di Medicina Interna e Neurologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza e pubblicato sulla rivista "Diagnostics" ha valutato l'affidabilità della diagnosi radiologica e clinica, misurandone l'accuratezza rispetto ad un successivo esame sierologico, in un campione di pazienti ricoverati presso l'ospedale per sospetto Covid-19, ma con tamponi nasofaringei

l'accuratezza della valutazione radiologica e clinica in questo particolare sottogruppo di pazienti", hanno specificato i coordinatori dello studio Antonio Mirijello, medico internista, e Michele Zarelli, neurologo, dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza. "Grazie ai dati dei pazienti con molteplici tamponi nasofaringei negativi inclusi nella valutazione, siamo stati in grado di verificare l'affidabilità della diagnosi radiologica e clinica di Covid-19, utilizzando la valutazione sierologica come termine di paragone. L'accuratezza della valutazione radiologica e clinica rispetto alla sierologia è risultata molto buona, con una sensibilità dell'85% per i radiologi, e del 92%

"Tuttavia, confermare o escludere con certezza una diagnosi di Covid-19 è di fondamentale importanza per una corretta allocazione e per prevenire la diffusione virale intraospedaliera. I nostri dati confermano che le valutazioni radiologiche e cliniche identificano correttamente la maggior parte dei pazienti Covid-19 ed escludono la maggior parte dei pazienti non affetti, essendo sufficientemente accurate e affidabili per consentire una diagnosi di Covid-19 in pazienti con ripetuti tamponi negativi", conclude Maurizio Leone, direttore dell'Unità di Neurologia dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza.

Arruolati nel trial clinico di Fase I per il trapianto con cellule staminali

Sclerosi Multipla: conclusa la fase di follow-up dei 15 pazienti

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
Per la Puglia

I prossimi obiettivi vedranno la stesura della relazione finale della Fase I e la conseguente richiesta ad AIFA per l'autorizzazione a procedere con la Fase II della sperimentazione. In occasione della settimana nazionale dedicata alla Sclerosi Multipla (SM), che si svolge dal 31 maggio al 6 giugno, il team di ricercatori guidati dal professor Angelo Vescovi annuncia un nuovo traguardo per il trial clinico di Fase I per la SM basato sul trapianto intracerebrale di

sforzi e sono riusciti a tutelare i pazienti senza interrompere la sperimentazione. Lo stesso è avvenuto per la fase di monitoraggio che, nonostante la pandemia, non si è fermata. Oggi dunque si conclude in maniera definitiva la fase di monitoraggio del trial clinico di Fase I, mentre entro il 25 agosto sarà fatta pervenire ad AIFA la relazione finale ad interim. Questo passaggio è molto importante poiché permette di iniziare a lavorare alla relazione finale che sarà

finale, passaggio chiave per chiedere ad AIFA l'autorizzazione a procedere con la seconda fase del Trial clinico. Tutto questo non sarebbe stato possibile senza l'insostituibile opera del nostro team di giovani ricercatori e dei colleghi neurologi e neurochirurghi e ringrazio in loro rappresentanza, il dr. Carlo Conti e la dr.ssa Cristina Spera della AOSP S. Maria di Terni ed il dr. Maurizio Leone del nostro IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza a San Giovanni Rotondo." La sperimentazione di Fase I, autorizzata dalle competenti commissioni dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Agenzia Italiana del Farmaco, AIFA, è iniziata a gennaio 2018 con il ricovero del primo paziente e costituisce il primo passo verso lo sviluppo di un protocollo sperimentale per trattare i pazienti di Sclerosi Multipla con il trapianto di cellule staminali cerebrali umane di grado clinico. Scopo del trial è verificare la sicurezza del trattamento e le possibili azioni neurologiche. "La ricerca non può e non deve fermarsi ma ha bisogno del sostegno dell'intera collettività" aggiunge il prof. Vescovi. "Penso a questa sperimentazione e a tutte quelle per le malattie neurodegenerative che ancora non hanno una cura. Proviamo a immaginare che cosa si potrebbe fare esportando il modello di cooperazione e sinergie sviluppate per combattere il Covid agli altri ambiti della ricerca scientifica: potremmo ridurre gli anni di attesa aggiungendo qualche speranza di cura in più. Un dono per la collettività, per chi soffre di queste malattie ma anche per le famiglie dei malati".

Le cellule staminali cerebrali umane usate nello studio di Revert Onlus e dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza sono scelve da qualsivoglia problematica etica legata alla loro origine, poiché derivate da gestazioni che si sono interrotte per cause naturali e prelevate attraverso biopsia cerebrale, in accordo alle stesse regole che disciplinano la donazione degli organi.



cellule staminali cerebrali umane: a distanza di un anno dal trapianto l'ultimo paziente trattato è appena stato sottoposto agli ultimi accertamenti previsti dal protocollo sperimentale. Si conclude così la delicata fase di monitoraggio dei 15 pazienti arruolati. Tutti i pazienti reclutati nella sperimentazione finalizzata al trattamento sperimentale della SM Secondaria Progressiva sono stati sottoposti al trapianto di cellule staminali nervose nei ventricoli cerebrali. Nonostante l'emergenza COVID-19 i clinici, i responsabili della produzione del farmaco, i ricercatori, i neurologi ed i neurochirurghi del team hanno unito i loro

consegnata ad AIFA e che consentirà di richiedere l'autorizzazione a procedere con la Fase II della sperimentazione. "A nome dell'intero team da anni impegnato nella sperimentazione per la cura delle malattie neurodegenerative attraverso l'utilizzo delle cellule staminali, sono soddisfatto dei risultati finora raggiunti e dell'attuale andamento del trial sulla SM" – afferma il prof. Vescovi – direttore scientifico dell'IRCCS Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo, presidente dell'Advisory Board di Revert Onlus e professore dell'Università degli Studi di Milano Bicocca - ora siamo pronti a lavorare alla relazione

Intervista alla dott. Tommaso Micelli Ferrario, Direttore dell'Unità Operativa Complessa di Oculistica

Glaucoma: l'Ospedale Miulli primo in Puglia per chirurgia mini-invasiva

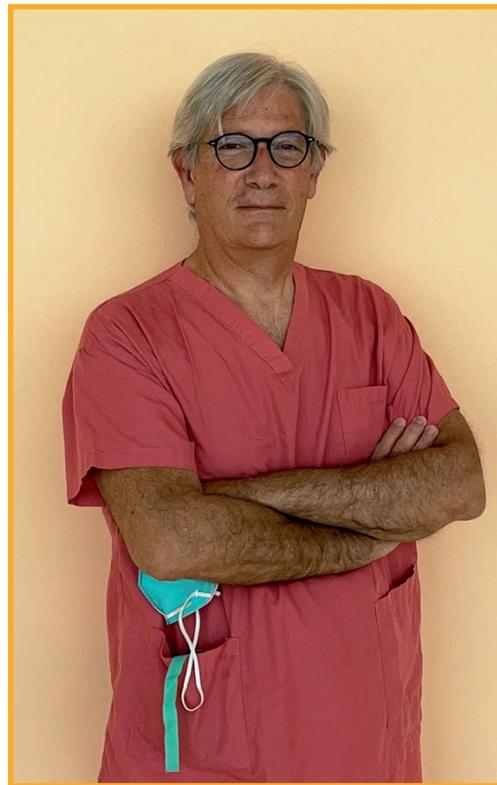
**COLLABORAZIONI
 INTERPROFESSIONALI
 E OPPORTUNITÀ
 per la Puglia**

La Minimally Invasive Glaucoma Surgery (MIGS) è il nuovo approccio chirurgico per la cura del glaucoma, una malattia che oggi la prima causa al mondo di cecità irreversibile, con oltre 70 milioni di persone che ne soffrono. L'Unità Operativa Complessa di Oculistica dell'Ospedale Miulli, diretta dal dott. Tommaso Micelli Ferrario, prosegue nel percorso di implementazione di chirurgia mini-invasiva ed è la prima in Puglia – e fra i pochi nosocomi del Merdione – ad aver introdotto Stent Xen Gel e PreserFlo MicroShunt, due device di altissima precisione che permettono un'elevata sicurezza ed un minor rischio di ipotono postoperatorio rispetto agli approcci chirurgici tradizionali. Il glaucoma è una malattia nella quale la pressione all'interno dell'occhio danneggia il nervo ottico. Il trattamento del glaucoma si basa sull'abbassamento della pressione intraoculare e l'obiettivo è rallentare la progressione della malattia. «È una malattia infida», spiega il dott. Micelli Ferrario, «in quanto non dà alcun sintomo. Il paziente non si accorge di essere malato. Quando i sintomi appaiono, questi sono irreversibili. È una malattia caratterizzata da un graduale e continuo restringimento del campo visivo e porta a cecità». Le scelte di trattamento possono essere:

- **Medicinali (collirio)**
- **Laser**
- **Chirurgia**

Le problematiche terapeutiche nel caso della terapia medica sono rappresentate dalla necessità di instillare colliri ad orari precisi, tenendo conto dell'emivita del farmaco. Questa peculiarità comporta spesso una scarsa attitudine del paziente a curarsi in maniera accurata. La laser terapia, d'altronde, riscontra ottimi risultati nella fase iniziale ma tuttavia ha un'efficacia ridotta nel tempo, pertanto la terapia chirurgica è quella che allo stato attuale dà un miglior risultato. L'obiettivo principale della chirurgia del glaucoma è dunque il raggiungimento di una pressione intraoculare (IOP) target senza farmaci aggiuntivi. La forma

più comune di chirurgia del glaucoma è la trabeculectomia, una procedura per alleviare la IOP rimuovendo parte della rete trabecolare dell'occhio e le strutture adiacenti. Consente il drenaggio dell'umore acqueo dall'interno dell'occhio al di sotto della congiuntiva, dove viene assorbito. Tale tecnica chirurgica, ormai consolidata nel tempo, non è tuttavia scevra di complicanze e presenta un decorso post-operatorio quanto mai problematico, in quanto il rapido crollo della pressione oculare



può favorire la comparsa di componente emorragica o di componente essudativa della coroide. Questo decorso post-operatorio comporta spesso l'ospedalizzazione e una degenza più o meno prolungata fino alla risoluzione delle problematiche menzionate. Accanto alla trabeculectomia dobbiamo inoltre ricordare la sclerectomia profonda, tecnica che ha delle indicazioni per forme ben precise di glaucoma. Infine vi sono le chirurgie canalicolari, anch'esse con indicazioni specifiche. La micro invasive glaucoma surgery comprende diversi sistemi a ridotta invasività e tutti hanno lo

scopo di ridurre la pressione intraoculare riducendo al minimo le possibili complicanze legate alla chirurgia tradizionale. In risposta a questa vera e propria malattia social, l'U.O.C. di Oculistica del Miulli da oggi utilizza lo Stent Xen Gel e il PreserFlo MicroShunt. Lo Stent Xen Gel è un dispositivo da 6 mm. composto da gelatina di origine suina cross-linkata con glutaraldeide. Questo dispositivo viene inserito tramite una procedura chirurgica "ab interno". «Si realizza un tunnel corneale nel settore temporale inferiore», spiega il dott. Micelli Ferrario, «attraverso il quale si inserisce il device precaricato su un ago o cannula, che viene rilasciato tra il trabecolato e lo spazio sottocongiuntivale. Il tutto è preceduto da un bolo di mitomicina inserito in corrispondenza della zona di rilascio. La procedura può essere condotta sotto controllo gonioscopico per essere sicuri del posizionamento dell'inserito». Il PreserFlo MicroShunt è un piccolo tubo di 8,5mm visibile solo con il microscopio o con lampada a fessura che serve ad abbassare la pressione. Questo dispositivo viene inserito tramite una procedura chirurgica "ab externo". «In questo caso», prosegue il direttore dell'U.O.C. di oculistica del Miulli, «eseguiamo una apertura congiuntivale, con preparazione del letto sclerale, liberandolo dalla capsula di tenone; dopo averlo preparato con mitomicina si esegue un tunnel con lancia precalibrata a partire da 3 mm. Dal limbus si entra in camera anteriore, indi si posiziona il PreserFlo. Si controlla quindi che si abbia il passaggio dell'acqueo e si sutura».

Il PreserFlo è costituito da un materiale chiamato SIBS (polystyrene-block-isobutylene-blockstyrene), molto flessibile, morbido e sottile.

La chirurgia mini-invasiva per la cura del glaucoma rappresenta dunque una soluzione poco traumatica per i tessuti oculari, per una procedura standardizzata che dura in media 20-30 minuti con un ottimo profilo di sicurezza e che permette in molti casi il trattamento ambulatoriale.

A due anni di distanza dal lancio del progetto "Miulli in Rosa"

Medicina di genere: un nuovo passo del Miulli a supporto delle donne

COLLABORAZIONI
INTERPROFESSIONALI
E OPPORTUNITÀ
per la Puglia

A due anni di distanza dal lancio del progetto "Miulli in Rosa", L'ospedale di Acquaviva delle Fonti prosegue nel ricco e complesso percorso a tutela della salute della donna, una tappa imprescindibile per un cammino virtuoso di conoscenza e di consapevolezza. L'obiettivo è quello di coinvolgere non solo gli aspetti medici delle principali patologie, ma anche i molteplici elementi del quotidiano e del sociale, poiché anche stili di vita scorretti, fin dalla giovane età, possono comportare danni per la salute generale, sessuale e riproduttiva dell'individuo. In questo senso anche la prima parte del 2021

– anno destabilizzante a causa degli effetti della pandemia, che hanno contingentato le attività di prevenzione e cura a livello multidisciplinare – ha rappresentato un ulteriore passo nel processo di valorizzazione di questo percorso, soprattutto con due iniziative di particolare rilevanza sanitaria e sociale. Sabato 8 maggio si è infatti celebrata la giornata mondiale sul tumore ovarico, la neoplasia ginecologica più aggressiva, di cui soffrono oltre 250mila donne nel mondo. L'Ospedale Miulli, che adotta un approccio multidisciplinare nella lotta al tumore, ha realizzato un video in cui ha raccolto alcune testimonianze particolarmente significative delle donne che hanno affrontato la neoplasia. L'intento è stato quello di far raccontare a chi conoscere questa malattia la necessità di controlli di prevenzione, così da migliorare le possibilità di diagnosi e consentire l'accesso a cure di qualità. L'iniziativa è stata realizzata in collaborazione con le associazioni ACTO Puglia, aBRCA d'Abbruzzo e Una Rosa Blu Per Carmela, mentre Luigi Porzia ha elaborato il video in cui alcune donne hanno voluto raccontare la loro difficile esperienza. Storie di coraggio, di impegno e di dubbi, di dolore e di speranza, ma soprattutto racconti di vita anche commoventi, che possono essere di aiuto per altre donne che potranno trovar-

si in questa delicata situazione. L'iniziativa di informazione ha dunque messo in luce alcuni aspetti, come gli elementi che possono mettere in allarme una donna sul tumore ovarico: la distensione addominale, l'inappetenza e la sazietà a digiuno, la dolenzia continua pelvico/addominale, la minzione frequente e la stitichezza. Attenzione va sollecitata soprattutto se in famiglia vi sono stati tumori della mammella o dell'ovaio. Ma cosa fare in caso di avvisaglie di questo tipo? È consigliata la visita e l'ecografia ginecologica con dosaggio di markers tumorali (Ca125). Per curarsi è necessario af-

e dei luoghi dell'accoglienza per l'evento nascita nel rispetto della fisiologia; i primi giorni insieme, strumenti e conoscenze necessarie per affrontare in autonomia e serenità l'evento post nascita; il diabete in gravidanza, un'informazione su diagnosi, trattamento, complicanze ostetriche e prevenzione; BRCA, gestione clinica delle donne con predisposizione genetica alle neoplasie della mammella e dell'ovaio. Accanto ai webinar sono state poi garantite alcune visite gratuite di senologia chirurgica, supporto psicologico, ecografia transvaginale, pap-test, screening con pap-test cervico vaginale e counseling rivolto a donne vittime di violenza. L'Ospedale Miulli prosegue dunque nel suo impegno a favore della medicina di genere, dato che da tempo ha focalizzato la sua attenzione e le sue attività verso attività di dialogo e ascolto, per supportare le donne nelle diverse fasi della loro vita, indipendentemente dalla loro estrazione sociale e dal grado della eventuale patologia. Si sono sviluppati, pertanto, percorsi assistenziali specifici per la patologia ostetrica, per le patologie dell'età fertile, per



fidarsi a un centro di Ginecologia Oncologica che garantisca un approccio multidisciplinare, ove integrare una chirurgia ottimale ad una chemioterapia personalizzata. L'iniziativa per la giornata mondiale del tumore ovarico è seguita all'Open Week che l'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia del Miulli, diretta dal dott. Francesco Legge, ha realizzato in occasione della Giornata nazionale della Salute della Donna. L'Ente Ecclesiastico, che ha già ricevuto dalla Fondazione Onda, Osservatorio Nazionale sulla salute della donna e di genere, due Bollini Rosa per l'eccellenza delle cure dedicate alle donne, ha garantito visite gratuite, incontri online e supporto psicologico per tutte le donne che ne facessero richiesta. Data l'emergenza Covid, buona parte degli incontri di approfondimento si sono svolti online e hanno riguardato i seguenti temi: il percorso nascita ai tempi del Covid, con l'indicazione dei servizi

l'endometriosi, per la patologia mammaria, per la ginecologia oncologica, per l'endocrinologia e per la menopausa. Attraverso un lungo percorso di attenzione specifica alle diverse fasi della vita, le donne possono imparare a prendersi cura prima di tutto di sé stesse, in modo da essere pronte ad occuparsi della salute della propria famiglia e della propria comunità. È attraverso la donna, infatti, che passano le buone pratiche salutari, è lei che guida le scelte sugli stili di vita della famiglia (health driver) e si dedica a chi le è vicino e ha bisogno di cure (care giver). È utile, alla luce di quanto detto, far sorgere nelle donne la curiosità verso la conoscenza di sé stesse. È infatti chiaro che avere una maggiore consapevolezza dei cambiamenti del proprio corpo, sapere come contrastare o prevenire una patologia, parlare di vaccini o prevenzione, diventano elementi indispensabili per combattere la disinformazione dilagante.

Manutenzione preventiva e correttiva delle tecnologie biomedicali

Bonifiche microbiologiche degli impianti aeraulici ed idrici in ambito ospedaliero

La Tecnomedica s.r.l. è una azienda che nasce negli anni '70 operando nel settore ospedaliero, in Puglia e Basilicata, nell'ambito della distribuzione di tecnologie biomedicali e dispositivi medici specialistici.

Il settore delle tecnologie biomedicali vede la società impegnata nella commercializzazione di apparecchiature impiegabili nell'ambito del monitoraggio dei parametri vitali, della cardiocircolazione, della ventilazione respira-

torica meccanica e quindi assistita per mezzo di apparecchiature impiegabili tanto in terapia intensiva quanto in ambito anestesilogico. Completano la gamma delle tecnologie anche le apparecchiature per sale operatorie (letti operatori, pensili e lampade scialitiche), i sistemi per intubazioni difficili in ambito laringoscopico ed infine le apparecchiature e strumenti per endoscopia. Col passare degli anni, avendo ampliato il numero delle tecnologie biomedicali

installate, l'azienda ha colto le necessità del mercato sviluppando il servizio, oramai divenuto indispensabile e qualificante, inerente la manutenzione preventiva e correttiva delle tecnologie biomedicali. E' così sorta la collaborazione con importanti aziende multinazionali con le quali è stato sviluppato un rapporto di partnership volto ad offrire al cliente non solo un servizio manutentivo di elevato livello, ma anche la formazione sull'impiego delle tecno-



logie biomedicali, soprattutto quelle ad elevato contenuto informatico.

L'esperienza pluriennale sviluppata nell'ambito manutentivo ha consentito poi all'azienda di potersi affiancare, di recente, ad una azienda leader operante in ambito nazionale, nella gestione di diversi ospedali in Puglia, cooperando alla realizzazione del Servizio Integrato di Ingegneria Clinica. Circa 10 anni or sono, la società ha realizzato una ulteriore diversificazione nell'ambito dei servizi, investendo nello sviluppo del

settore delle bonifiche microbiologiche degli impianti aeraulici ed idrici in ambito ospedaliero.

Il servizio delle bonifiche microbiologiche degli impianti aeraulici, coglie spunto dalla esigenza di garantire la decontaminazione sia chimica che microbiologica dei medesimi, ottenendo l'abbattimento degli agenti microbiologici patogeni (batteri, muffe e lieviti, virus) presenti nell'aria immessa dagli impianti canalizzati, negli ambienti indoor. Le cariche patogene difatti colo-

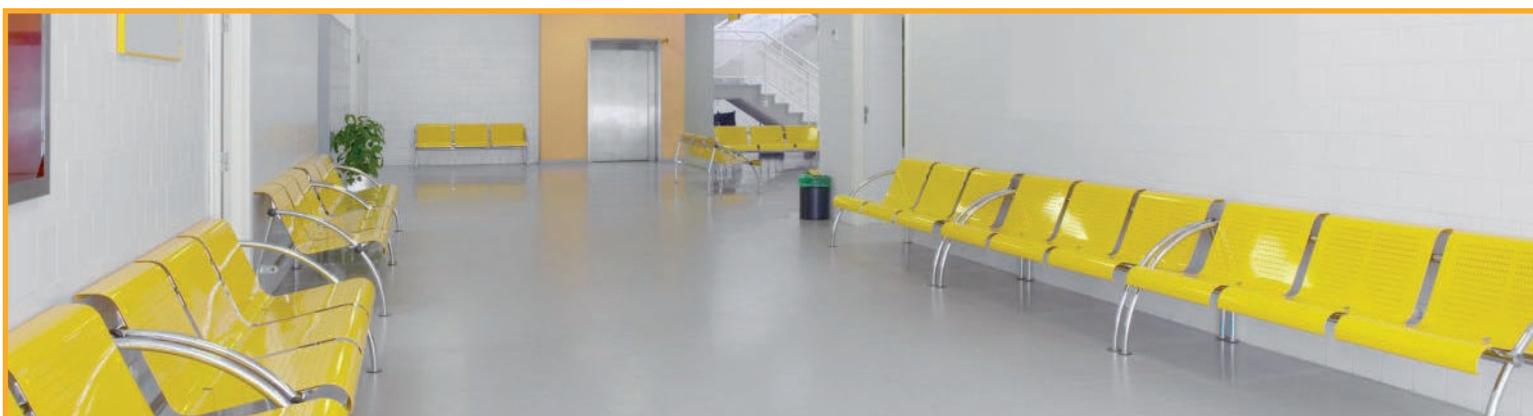
nizzano gli impianti poiché provenienti dall'ambiente esterno e proliferano all'interno delle condotte aerauliche a causa della scarsa igiene. La bonifica quindi è mirata dapprima ad eliminare le sedimentazioni accumulate nel tempo all'interno dell'impianto e poi ad eliminare la carica patogena e non patogena che lo ha colonizzato, impiegando prodotti chimici (certificati quali presidi medico-chirurgici) ad azione mirata. Le attività di bonifica sono svolte con l'impiego di macchinari

di diversa tipologia, tecnologicamente avanzati, in grado di garantire un elevato standard qualitativo. Fondamentale infine è la conoscenza e l'esperienza dei nostri tecnici, maturata in diversi anni di attività in questo ambito, in grado di garantire l'impiego di tecniche di lavoro differenziate in relazione alle diverse tipologie impiantistiche.

Il servizio di bonifica microbiologica delle reti idriche è realizzato con lo scopo di ridurre od annientare la carica batterica patogena eventualmente presente all'interno delle reti idriche trasportanti acqua per uso alimentare. I patogeni passano dalla rete idrica all'uomo a causa della nebulizzazione dell'acqua erogata dai rubinetti dei lavabi o dai soffioni delle docce. All'interno delle goccioline, casualmente in-

late dagli ospiti della struttura, vi sono i patogeni che quindi passano dall'ambiente all'apparato respiratorio dell'ospite, generando infezioni talvolta letali ma comunque molto fastidiose poiché richiedono, per essere smaltite, terapie farmacologiche prolungate, richiedendo, nei casi estremi, anche il ricovero del paziente in reparti di Terapia Intensiva. Al fine di ridurre le contaminazioni microbiologiche quindi è necessario applicare alla rete idrica alcune specifiche tecnologie di recente ideazione, mantenendola e monitorandola anche microbiologicamente con continuità, pur sempre nel rispetto dei parametri di potabilità dell'acqua e garantendo al cliente la tracciabilità di quanto svolto. La decontaminazione microbiologica impiantistica (aeraulica ed idrica) in

ambito ospedaliero riduce notevolmente i casi di infezioni crociate riscontrabili nei pazienti soprattutto affetti da gravi patologie (immunodepressione, diabete, patologie tumorali, patologie cardiologiche acute, etc...), riducendo conseguentemente l'uso di antibiotici impiegati in fase preventiva o terapeutica nonché anche le ipotesi di contenziosi legali con i pazienti che hanno contratto le gravi infezioni durante il periodo del ricovero. Non di meno è importante ricordare che il rischio microbiologico deve essere eliminato o quanto meno ridotto laddove non eliminabile, a cura del datore di lavoro (D.Lgs. 81/08) il quale è il principale responsabile della sicurezza dei lavoratori sul luogo di lavoro, derivando dall'eventuale inadempimento non solo la possibile commina-



zione, da parte degli organi preposti, di misure preventive (sequestro di reparti o di intere strutture ospedaliere) ma anche la comminazione di sanzioni pecuniarie o penali, nei casi più gravi ed accertabili dal magistrato. La Tecnomedica s.r.l. oggi conta nel proprio organico 14 lavoratori dipendenti adibiti in vari ambiti aziendali. La sede operativa si trova nella zona industriale del comune di Modugno e dispone di 800 mq di uffici e circa 900 mq di deposito.

Attivati otto centrali di monitoraggio per un totale di 100 posti letto

Digitalizzati i reparti Covid degli ospedali di 4 Comuni del tarantino

L'ASL di Taranto ha affidato all'azienda informatica barese LORAN la digitalizzazione dei reparti Covid degli ospedali di Martina Franca, Manduria, Grottaglie e Castellaneta. Con 8 centrali di monitoraggio attivate, il sistema intelligente copre 100 posti letto.

Nell'ambito della digitalizzazione dei processi sanitari, l'impiego di tecnologie avanzate per il monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti Covid, rappre-

senta una priorità per la sanità regionale. Al fine di prevenire la congestione dei reparti Covid dei principali ospedali pugliesi e garantire assistenza ai malati anche a livello territoriale nei presidi ospedalieri secondari, l'ASL Taranto ha attrezzato otto centrali di monitoraggio per un totale di 100 posti letto nelle strutture ospedaliere di Martina Franca, Grottaglie, Manduria e Castellaneta.

Ad allestire negli ospedali tarantini le nuove centrali con questo sistema in-

telligente di monitoraggio multi-letto è stato il Gruppo Loran, azienda informatica barese con 40 anni di esperienza nel settore healthcare, che ha sviluppato sistemi informativi tecnologicamente avanzati in campo diagnostico, clinico, chirurgico e gestionale, in alcune tra le principali strutture ospedaliere del Centro-Sud come il Policlinico di Bari e l'Osp. Papa Giovanni XXIII, Umberto I di Roma, l'ASL di Salerno e l'80% degli ospedali regionali in Sicilia.



La fornitura delle apparecchiature fornite da Loran negli ospedali tarantini comprende 100 monitor per il monitoraggio dei parametri vitali, e consente di assistere il paziente in tempo reale e seguirlo dal prericovero fino alle sue dimissioni.

L'azienda pugliese basata a Modugno e con sedi anche a Roma, Matera e Catania, è specializzata infatti nella digitalizzazione del percorso chirurgico e con il

suo team di ricercatori, offre le migliori soluzioni per efficientare i processi della sanità pugliese e per la teleassistenza a domicilio.

«Nella gestione sanitaria della pandemia, la digitalizzazione dei reparti Covid degli ospedali della ASL Taranto con le stesse tecnologie avanzate in uso presso i più grandi ospedali pugliesi, è sicuramente un segnale importante – spiega Nicola Lorusso, IT Manager di Loran – e siamo orgogliosi di poter contribuire con

il nostro laboratorio di ricerca e le nostre soluzioni avanzate all'ammodernamento del sistema sanitario regionale».

Oltre alla gestione dei processi chirurgici e dei reparti Covid delle principali strutture ospedaliere pugliesi, l'azienda informatica Loran supporta con una piattaforma informatica dedicata le attività assistenziali nelle residenze private (RSA) e offrire soluzioni per la telemedicina, ideali per la teleassistenza dei pazienti direttamente dal loro domicilio.

LORAN lancia "Start & Speed Up", il programma di accelerazione per startup del mondo health

Con lo scopo di stimolare una nuova cultura imprenditoriale legata all'economia digitale, valorizzare i risultati della ricerca scientifica e tecnologica e incoraggiare giovani imprenditori, l'azienda LORAN ha presentato "Start & Speed Up", un nuovo programma di accelerazione dedicato alla creazione di nuove imprese, all'interno del proprio hub di Modugno. Il percorso è dedicato a singoli o gruppi con un progetto di business in ambito socio-sanitario e ambientale, da portare sul mercato. LORAN mette al servizio del progetto il know-how e le infrastrutture tecnologiche, aiutando la creazione di nuove imprese anche attraverso soluzioni finanziarie ad ampio raggio. Per candidarsi e partecipare alla "Call for Ideas" il progetto deve rispondere ad alcuni requisiti, tra cui: 1) avere un significativo contenuto tecnologico e innovativo; 2) essere orientato allo sviluppo di prodotti, servizi o soluzioni nel campo dell'economia digitale, dell'intelligenza artificiale, della blockchain e dell'internet of things; 3) essere finalizzato alla valorizzazione economica dei risultati della ricerca pubblica e privata. La mission del progetto Start & Speed Up è quella di supportare e accelerare il processo di digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. Azienda giovane e dinamica, al centro della filosofia di LORAN vi è il capitale umano: è considerata, infatti, da partner e clienti come un "laboratorio di talenti" perché è fatta di professionisti in costante aggiornamento, che promuove attività di collaborazione con tutte le Università pugliesi, Enti di Ricerca ed investe nei mercati esteri.

Per info e candidature, visitare la pagina dedicata alla selezione: <https://www.loransrl.net/startspeedup/>



GLI ASSOCIATI DELLA RETE AFORP

<p>L'A2 è esclusivista di prestigiose marche e/o aziende leaders di settore, ne cura, con personale altamente specializzato, l'assistenza tecnica con ricambi originali in tempi brevissimi.</p>	<p>L'Aesse Hospital opera nel settore delle forniture ospedaliere proponendo una gamma completa di materiali per chirurgia e per diagnosi prevalentemente dedicati a: Oftalmologia, Cardiocirurgia e Anestesia e Rianimazione.</p>	<p>L'AF Medical affonda le sue radici nella ventennale esperienza e competenza di professionisti in settori specialistici quali: l'ortopedia, la chirurgia, l'oculistica e la traumatologia.</p>	<p>L'Alfa Hospital commercializza presidi medico chirurgici, prodotti per medicazione, apparecchiature elettromedicali, strumentario chirurgico ed arredi sanitari.</p>	<p>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.</p>	<p>La Bio Sud Medical System, dal 1998 con una nuova organizzazione aziendale e commerciale ha ampliato il numero di aziende rappresentate occupandosi anche della rivendita di dispositivi medici in tutte le strutture ospedaliere pubbliche e private della regione.</p>
<p>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.</p>	<p>La Diatek è specializzata nella commercializzazione e assistenza post vendita, nelle aree della Diagnostica in Vitro, Diagnostica per immagini, Citologia, Istologia ed Informatica per la Sanità, con trentennale presenza sul territorio regionale.</p>	<p>La Eurohospital offre dispositivi medici, apparecchiature, attrezzature e prodotti ortopedici e strumentari in particolare e nel campo sanitario in generale.</p>	<p>La società Euromed può considerarsi partner globale della classe medica, delle strutture sanitarie e degli operatori del soccorso T18, offrendo prodotti all'avanguardia, competenza scientifica e supporto tecnico-applicativo.</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>
<p>Il Gruppo GDA-Officina tessile (circa 300 dipendenti in Italia) vanta una storia pluriennale nel campo dell'alta Moda, al servizio dei Brand più importanti al mondo. Nel 2020 è stata aggiunta una divisione a GDA Srl, per la produzione industriale di mascherine chirurgiche omologate CE e secondo le Norme UNI EN 14683:2019.</p>	<p>La Innotec si occupa della commercializzazione, installazione ed assistenza di apparecchi e reagenti per la diagnostica, apparecchiature mediche ed elettromedicali. Ma anche della vendita e assistenza di software per applicazioni mediche: cartelle cliniche informatizzate, produzione e gestione PACS-DICOM, acquisizione video e immagini.</p>	<p>La Eurohospital offre dispositivi medici, apparecchiature, attrezzature e prodotti ortopedici e strumentari in particolare e nel campo sanitario in generale.</p>	<p>La LAVIT Soc. Coop. P.L attualmente è un'importante struttura industriale di lavanderia, per il lavaggio e noleggio di biancheria piana e confezione 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.</p>	<p>La Loran opera nel settore scientifico/sanitario dal 1988. Essa si compone di diverse divisioni: Sanità, Ambiente, Informatica, Servizi. Loran progetta e sviluppa soluzioni informatiche ad alto contenuto tecnologico, in particolare nel settore della sanità digitale (E-Health).</p>	<p>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'assistenza propagandistica e l'assistenza tecnica.</p>
<p>La Medical Calo' è nata nel 1986 con un obiettivo chiaro e ambizioso: il benessere globale della persona. Per raggiungerlo, si è messa a disposizione dei centri riabilitativi, fisioterapisti, medici, nutrizionisti e operatori sanitari in generale interessati a migliorare la propria offerta di servizi, attraverso l'uso di apparecchiature elettromedicali di fascia medio-alta.</p>	<p>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'equipe.</p>	<p>La direzione commerciale di Ortopedica si adopera per uno sviluppo maggiore delle aree di vendita, partecipando ad attività congressuali, dimostrative e promozionali dei prodotti commercializzati in esclusiva, per consentire ai medici utilizzatori di conoscere e apprezzare tali prodotti. Con l'aggiornamento sulle nuove tecniche operatorie e sullo sviluppo tecnico-scientifico dei nuovi prodotti.</p>	<p>Puglia Life offre: OTD (ossigenoterapia domiciliare) - VTD (ventiloterapia domiciliare) - Areosolterapia - Apnee nel sonno - Nutrizione Artificiale - Monitoraggio Sids - Ausili terapeutici e tecnologici.</p>	<p>La Pu.Ra. è una società costituita il 12/01/2012 al fine di commercializzare e vendere prodotti per Laboratori Analisi pubblici e privati ed Anatomie Patologiche. Prodotti per Laboratorio Analisi e Anatomia Patologica, arredi di laboratorio. Assistenza di apparecchiature e reagenti per laboratori di analisi, di genetica, di biologia molecolare, di anatomia patologica e centri trasfusionali.</p>	<p>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.</p>
<p>La SisMed 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.</p>	<p>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.</p>	<p>La Surgical è una società a responsabilità limitata costituita il 26 Ottobre 1990. Attività principale della Surgical 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 Surgical è rivolta soprattutto agli enti pubblici quali A.S.L., ospedali, cliniche, istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e singoli medici.</p>	<p>La TECNOMEDICA S.p.A. 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 aereali ed idrici in ambito ospedaliero.</p>	<p>La TEKNOLAB S.p.A. 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.</p>	<p>Tecnolife S.p.A. 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.</p>

Per gli Imprenditori del Servizio Sanitario Regionale Con AFORP si conta di più!

 <p>Antares ha il suo core business nella commercializzazione di prodotti medicali</p>	 <p>L'azienda APULIA HOSPITAL S.R.L., creata nel 2008, che opera nel settore Medicina e chirurgia - Articoli e forniture. E' presente anche nei settori Articoli a perdere per medicina e chirurgia e Bende e fasciature</p>	 <p>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</p>	 <p>L'azienda di Vittorio si occupa di commercializzazione di prodotti medicali, elettromedicali articoli, impianti ed apparecchi medicali.</p>	 <p>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.</p>	 <p>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 Cinecologia, la Cardiologia, la Rianimazione e l'Anestesia, e Soluzioni per Sala Operatoria.</p>
 <p>La Medica Chirurgica opera nell'ambito del Commercio all'ingrosso di attrezzature ospedaliere, medicali e apparecchiature mediche e chirurgiche.</p>	 <p>Si occupa di commercio di prodotti medicali ed ortopedici</p>	 <p>Mythras è nata nel 2016 come naturale continuità della attività di assistenza tecnica della ditta Teknolab s.r.l. di Bari; attualmente svolge attività di Assistenza Tecnica operando a regola d'arte nel settore pubblico e privato, coprendo principalmente l'area di Puglia e Basilicata, ma anche altre regioni ove richiesto. Da Giugno 2017 l'azienda si occupa anche della revisione e rigenerazione in sede degli strumenti usati.</p>	 <p>La Texa si occupa di emergenza, chirurgia, terapia intensiva, anestesia e rianimazione, terapie intensive, sala operatoria.</p>		

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.eL. (Associazione Economisti Puglia e Lucania), l'A.Re.S.S. (Agenzia Regionale 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.

Chi può diventare socio A.F.O.R.P.

Tutte le aziende che esercitano attività commerciale per la fornitura di beni e servizi nel settore delle forniture ospedaliere comprese società cooperative, laboratori, Rsa.



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



GRAFICAZEROTTANTA

Via dei Gladioli, 6 - Modugno (Ba)