



ISS 2020

Improving health in Italy and in the world



L'Istituto Superiore di Sanità per la salute degli Italiani e lo sviluppo del Paese

Walter Ricciardi

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità





**L'Istituto Superiore di Sanità
per la salute degli Italiani
e lo sviluppo del Paese**

Walter Ricciardi

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Roma
2016

La *mission* dell'Istituto Superiore di Sanità

Promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

La *vision* dell'Istituto Superiore di Sanità

L'Istituto Superiore di Sanità produce conoscenze mediante la ricerca e la sperimentazione e diffonde le conoscenze e le evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini al fine di tutelare e promuovere la salute pubblica.

Si ringraziano per la preziosa collaborazione:

E. Azzolini, A. Borghini, G.E. Calabrò, A. Corsaro, C. De Meo, F. Di Nardo, E.M. Frisicale, G. Furia, D. La Milia, B. Michelazzo, P. Parente, M. Raponi e A. Silenzi
(Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma)

Redazione e progetto grafico:

Paola De Castro, Anna Maria Rossi, Giovanna Morini e Massimo Delle Femmine
(Settore Attività Editoriali)



INDICE

| | |
|---|----|
| Introduzione..... | i |
| 1. Contesto demografico | 1 |
| 2. Strategia internazionale | 13 |
| 3. Processo di cambiamento dell'ISS | 19 |
| 4. Nuova organizzazione dell'ISS | 25 |
| 5. ISS come riferimento della ricerca in Italia e a livello internazionale | 31 |
| 6. Nuova <i>governance</i> e <i>skill</i> necessari per i dirigenti dell'ISS | 35 |
| 7. Mappatura delle competenze | 39 |
| 8. Nuova tassonomia della salute e della sanità: triplo valore | 45 |
| 9. Prospettiva dell'ISS | 49 |
| Conclusioni | 53 |

Introduzione

Il necessario processo di cambiamento che ha caratterizzato l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) negli ultimi mesi è stato motivato anche dall'evoluzione delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del Paese, da una complessità sempre crescente in ambito sanitario e sociale e da una profonda riflessione in merito al ruolo che il maggiore "Istituto di ricerca per la salute italiano" deve svolgere per dare risposte ai molteplici bisogni sia del Sistema Salute che del Sistema Paese.

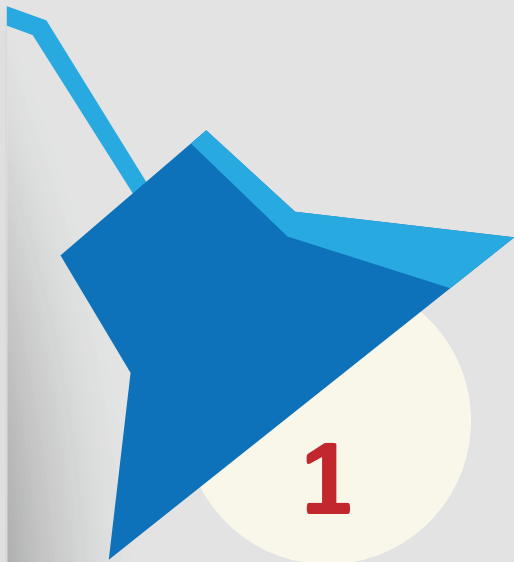
Da tale dinamica di cambiamento caratterizzata dall'invecchiamento della popolazione, dall'aumento delle patologie croniche, da nuove necessità che pongono l'accento su temi di straordinaria attualità e rilevanza sociale (ad esempio, disinformazione, malattie neglette, salute dei migranti, disuguaglianze crescenti, importanza della comunicazione, rapporti con i media ecc.) un'istituzione che lavora nel Paese per il Paese deve sapere cogliere nuove motivazioni.

Peraltro l'Istituto, nel senso di responsabilità che connota l'azione e il pensiero di chi produce scienza e vive la dimensione scientifica quotidianamente, deve saper creare nuovi ponti con i cittadini, in modo che il disinteresse e, talvolta, l'allontanamento di questi dalle istituzioni non trovino una possibile rappresentazione nell'allontanamento dall'evidenza scientifica e dai servizi sanitari e sociali che su tale evidenza devono essere fondati.

Proprio dalle criticità evidenziate nel corso degli ultimi anni per il Paese e per la ricerca italiana, si può trovare lo stimolo a migliorare, nel tentativo di fronteggiare le disuguaglianze di salute, il ritorno di malattie considerate non più prioritarie, le emergenze transnazionali e quelle nazionali, i problemi di salute, l'innovazione tecnologica e l'evoluzione dell'organizzazione sanitaria.

Solo la valorizzazione delle competenze tecnico-scientifiche e una rinata vocazione alla leadership della ricerca biomedica e sanitaria in Italia, in linea con il cambiamento organizzativo e strutturale dell'ISS, potranno essere strumento e driver di cambiamento, non solo per la sanità, ma per l'intero Paese.

L'occasione va colta e va colta subito.



Contesto demografico



pag.
1-11

L'attuale condizione del nostro Paese sembra caratterizzata da un paradosso: risultati di salute eccellenti e un sistema che non investe affinché tale valore venga mantenuto.

Ad esempio, una delle più grandi conquiste del nostro Paese è stato l'impressionante allungamento dell'aspettativa di vita osservato dall'Unità d'Italia (quando in media i nuovi nati potevano sperare di vivere poco meno di 30 anni) a oggi. Questa conquista è frutto, tra le altre, delle riforme del servizio sanitario, delle politiche vaccinali, dell'avanzamento nel campo della scienza e della tecnologia medica, dell'introduzione degli antibiotici, dei progressi nell'igiene personale e collettiva, del miglioramento delle condizioni economiche e dell'alimentazione, e del drastico abbattimento della mortalità infantile.

Oggi, l'Italia è uno fra i Paesi al mondo in cui si vive più a lungo e che può vantare un'aspettativa di vita alla nascita pari a 82 anni. Inoltre, gli italiani che raggiungono il sessantesimo anno d'età possono contare di vivere mediamente altri 25 anni. Al mondo, pochi Paesi presentano un'aspettativa di vita alla nascita superiore alla nostra (Figura 1).

Inoltre, in un quadro socioeconomico di particolare complessità quale quello attuale, specie nei grandi contesti urbani, l'invecchiamento della popolazione, insieme a isolamento sociale, abuso di alcolici, fumo, polimorbidità e polifarmacoterapia, possono implementare in maniera importante condizioni di fragilità e vulnerabilità (1, 2). Tali riflessioni appaiono ancora più importanti in considerazione dell'aumento del divario, nel nostro Paese, del livello di ricchezza tra le fasce più ricche e quelle più povere della popolazione e, conseguentemente, dell'impatto che tali disuguaglianze hanno sulla salute dei cittadini. Allo stesso modo, nella necessità di un approccio il più scientifico possibile al quadro epidemiologico e demografico, è importante ribadire che molte condizioni di malattia vedono nella povertà e nel divario all'interno dei Paesi del livello di povertà una delle principali cause e l'impossibilità di un approccio risolutivo alle stesse. È stato stimato, infatti, che l'eliminazione delle disuguaglianze associate al livello d'istruzione porterebbe, in Italia, a una riduzione di circa il 30% della mortalità generale maschile e quasi del 20% di quella femminile (3).

All'allungamento dell'aspettativa di vita, inoltre, ha corrisposto un altrettanto impressionante calo delle nascite. Il fenomeno interessa tutto il Paese, anche quelle Regioni un tempo considerate ad alto tasso di natalità (Figura 2). Oggi le donne italiane hanno in media 1,3 figli (1), un valore ben al di sotto dei 2,1 considerati necessari al ricambio generazionale. Ad aggravare la situazione, complice l'alto tasso di disoccupazione giovanile, che nel 2014 ha raggiunto un nuovo record (42,7%) (4), vi è la costante emorragia di giovani in cerca di fortuna all'e-

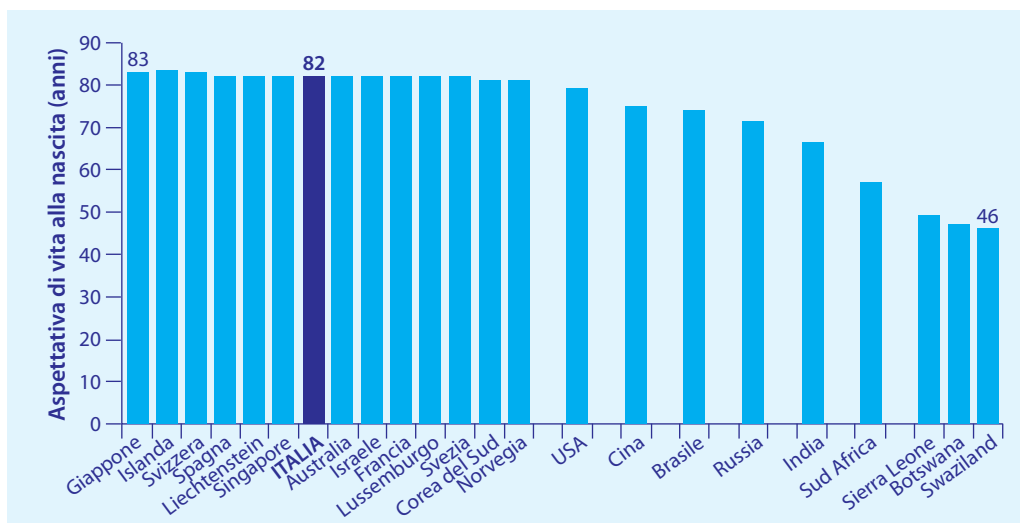


Figura 1 - Aspettativa di vita alla nascita in Italia e in altri Paesi a confronto nel 2013. Sono riportati: i Paesi con l'aspettativa di vita più elevata, gli Stati Uniti, i Paesi emergenti, i Paesi con l'aspettativa di vita più bassa. Evidenziati i valori estremi e il dato nazionale. Fonte dei dati: World Bank 2015 (accessibile da <http://data.worldbank.org/> - ultima consultazione 6 ottobre 2015)

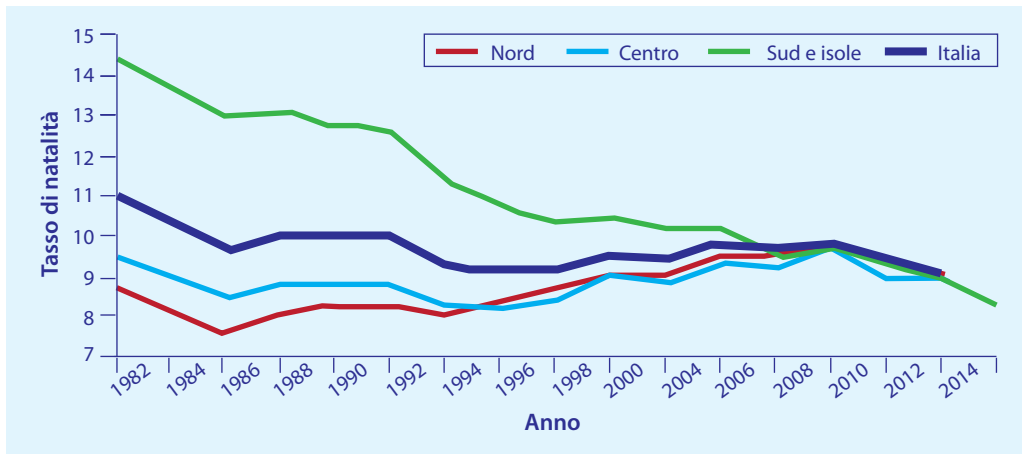


Figura 2 - Tasso di natalità in Italia dal 1982 al 2014. Il tasso di natalità si calcola come numero annuo di nascite ogni 1.000 abitanti. Fonte dei dati: Health for All - Italia, giugno 2015 (accessibile da www.istat.it/it/archivio/14562 - ultima consultazione 6 ottobre 2015)

stero. Secondo il "X Rapporto Italiani nel Mondo" (5) sono 4.636.647 gli italiani complessivamente iscritti all'Anagrafe degli Italiani Residenti all'Estero (AIRE). Si tratta principalmente di giovani tra i 18 e i 34 anni (35,8% del totale). Nel 2014 gli espatri sono stati 101.297, con una crescita del 7,6% rispetto al 2013 (94.126) e una crescita complessiva negli ultimi dieci anni del 49,3%. Prevedibile conseguenza di tutto ciò è un ulteriore invecchiamento della popolazione. Al mondo, solo Giappone e Germania sono "più anziani" (6). Oggi in Italia metà della popolazione ha un'età superiore a 45 anni, e quando gli attuali lavoratori invecchieranno troveranno pochi giovani a sostenere il sistema pensionistico (Figura 3). Un buon indizio di ciò che sta accadendo lo fornisce l'inversione del rapporto tra numero di giovani (rappresentati dai residenti di età pari o inferiore ai 14 anni) e anziani (rappresentati dai residenti di età pari o superiore ai 65 anni) che è stato osservato negli ultimi decenni. Tale inversione è avvenuta nel 1992 e da allora la forbice tra popolazione anziana e giovane si è continuamente allargata (a sfavore dei giovani). Questo fenomeno ha interessato molti Paesi nel mondo, ma non c'è dubbio che in Italia l'aumento della proporzione di anziani sul totale dei residenti sia particolarmente marcato (Figura 4).

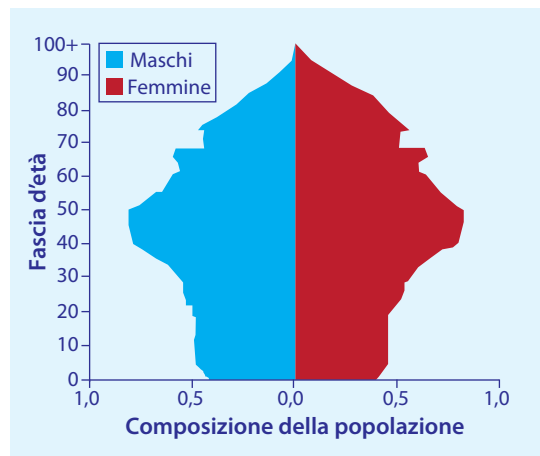


Figura 3 - Distribuzione della popolazione italiana per età (piramide delle età). Elaborata sul numero di residenti nell'anno 2015. Fonte dei dati: ISTAT 2015 (accessibile da <http://demo.istat.it/> - ultima consultazione 6 ottobre 2015)

Solo i residenti stranieri sono in grado di dare un significativo contributo al mantenimento della popolazione giovane, pur senza riuscire a compensare l'invecchiamento globale del Paese: circa l'80% degli stranieri ha un'età inferiore ai 45 anni, mentre il 93% ha un'età inferiore ai 55 anni (6). Senza dubbio, senza l'arrivo di cittadini stranieri negli ultimi vent'anni la popolazione italiana sarebbe diminuita (Figura 5).

Il futuro volto del Paese, se i trend non cambieranno, appare multietnico e anziano. L'Italia, pertanto, dovrà affrontare le grandi sfide dell'integrazione sociale dei cittadini stranieri e della sostenibilità del sistema pensionistico e del welfare in generale. Politiche a sostegno delle famiglie e dell'occupazione potrebbero stimolare le nascite e favorire la stabilità del sistema. Tutto ciò a patto che si riesca ad arginare il fenomeno dell'evasione fiscale: l'Italia, infatti, è il Paese europeo col massimo *VAT gap* (la differenza tra l'ammontare teorico del gettito da IVA e il gettito reale). Il differenziale per l'Italia, nel 2011, è attestato a più di 36 miliardi di euro, il 2,3% del PIL (7).

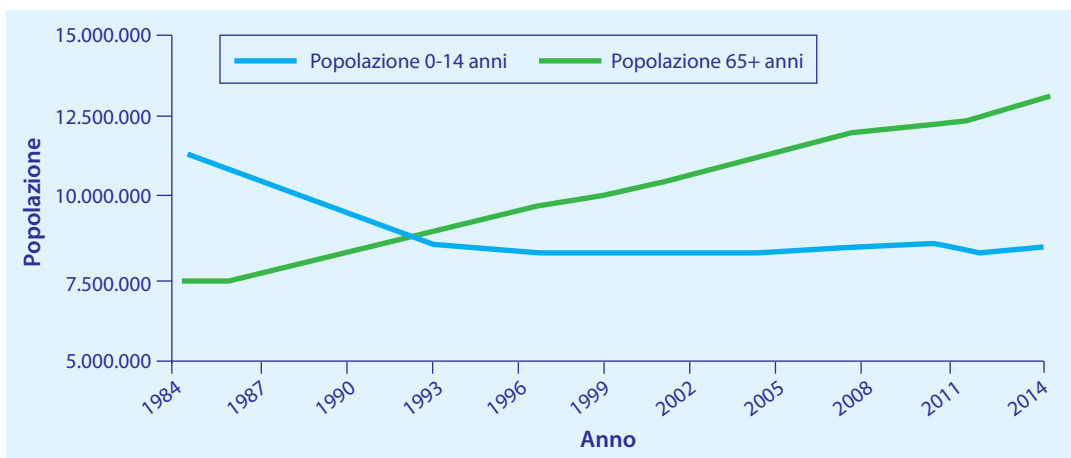


Figura 4 - Popolazione con 65 anni di età e oltre e popolazione di età pari o inferiore a 14 anni in Italia. Anni 1984-2014. Fonte dei dati: Health for All - Italia, giugno 2015 (accessibile da <http://www.istat.it/it/archivio/14562> - ultima consultazione 6 ottobre 2015)

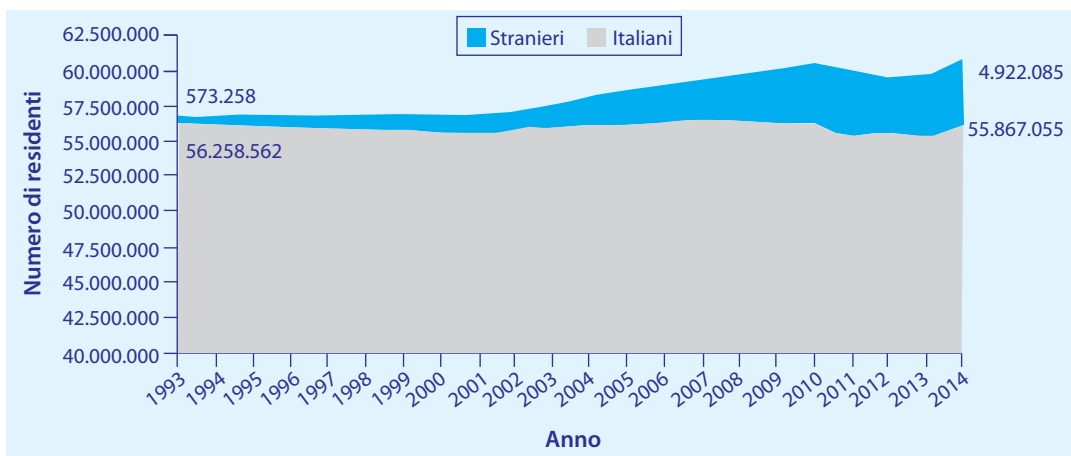


Figura 5 - Popolazione italiana. Numero di italiani e stranieri residenti in Italia, anni 1993-2013. Sono evidenziati i valori degli anni 1993 e 2014. Fonte dei dati: Health for All - Italia, giugno 2015 (accessibile da www.istat.it/it/archivio/14562 - ultima consultazione 6 ottobre 2015)

La salute degli italiani

Com'è noto, i soggetti più anziani sono a maggior rischio di essere affetti da almeno una malattia cronica, come il diabete, le patologie cardiovascolari, i problemi osteoarticolari e respiratori, le demenze e diversi tumori (Figura 6). Come prevedibile, visto l'invecchiamento della popolazione, negli ultimi venti anni la proporzione di italiani affetti da almeno una malattia cronica è aumentata dal 35,4 al 38,9%, mentre la proporzione di soggetti affetti da almeno due malattie croniche è aumentata dal 18,1 al 20,4% (dati ISTAT 2015). In valori assoluti, questo significa un incremento di circa 2,7 milioni di pazienti con almeno una malattia cronica, di cui circa 2 milioni con almeno due patologie croniche. In particolare, oggi in Italia il 5,5% degli abitanti è affetto da diabete, il 17,4% da ipertensione, il 5,8% da bronchite cronica, il 16,0% da artrosi o artrite, il 7,5% da osteoporosi, il 3,9% da malattie del cuore, il 10,3% da malattie allergiche, il 4,2% da disturbi nervosi e il 2,6% da ulcera gastrica o duodenale (1). Senza contare il problema della demenza, uno dei più seri problemi legati all'invecchiamento (sia essa senile, malattia di Alzheimer o altre forme di demenza). Questo gruppo di patologie costringe i familiari dei soggetti affetti a spese consistenti e ad allontanarsi spesso dal posto di lavoro.

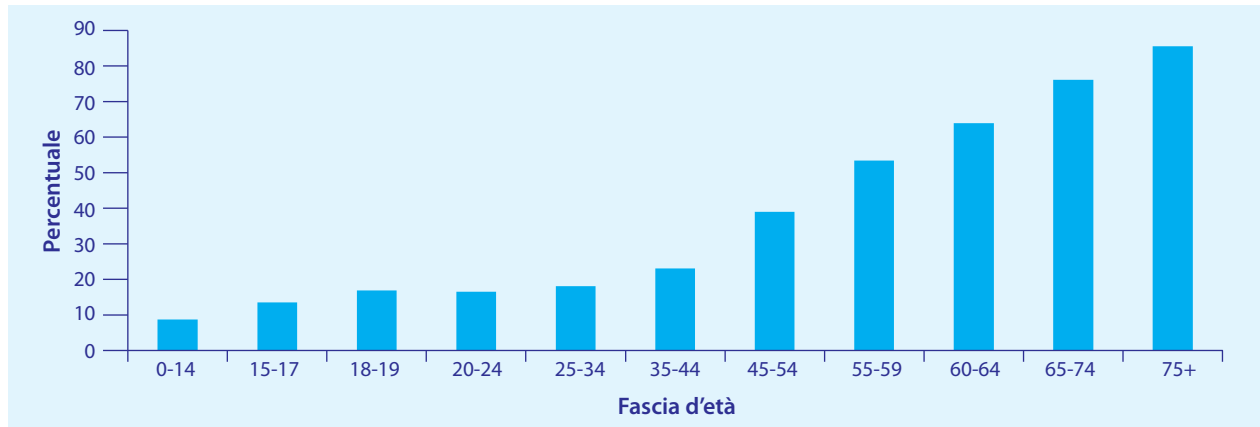


Figura 6 - Proporzione (in percentuale) di soggetti affetti da almeno una malattia cronica in Italia nel 2014. Distribuzione per fasce d'età. Fonte dei dati: ISTAT 2015 (accessibile da <http://dati.istat.it/> - ultima consultazione 7 ottobre 2015)

L'Italia è tra i 10 Paesi al mondo col maggior numero di soggetti affetti da demenza (1,1 milioni di persone) e sicuramente tra i Paesi con i tassi di prevalenza più elevati (basta pensare che la Cina, con una popolazione 20 volte superiore, ha solo circa 5 milioni di abitanti affetti da demenza).

Sono proprio le patologie croniche a essere responsabili della maggior parte delle disabilità con cui convivono molti italiani. Tra queste, sebbene in lieve riduzione, sono le malattie cardiovascolari a costituirne ancora oggi la principale causa (giustificando circa un 18,5% di anni di vita aggiustati per disabilità, *Disability Adjusted Life Year* o DALY), mentre aumenta il peso dei disturbi muscoloscheletrici e dei disturbi neurologici, e continuano a pesare molto le patologie neoplastiche e il diabete (Figura 7). Globalmente, aumentano gli anni vissuti con almeno una malattia (Years Lived with Disability o YLD). Se nel 1990 si vivevano 13.275 anni con malattia (per ogni causa) ogni 100.000 abitanti, nel 2013 sono stati registrati 14.672 YLD ogni 100.000 abitanti (8).

Molte delle patologie croniche si possono efficacemente prevenire contrastando i fattori di rischio comportamentali associati, quali fumo, alcol, abitudini alimentari non salutari e sedentarietà, e riducendo la diffusione dell'obesità. Fattore non meno importante è il rischio ambientale, per il quale diventano indispensabili interventi relativi al sistema dei trasporti, alle scelte in campo energetico e alle politiche agroalimentari. In questi ambiti il compito delle autorità sanitarie è quello di intervenire a monte sui determinanti distali della salute collettiva, negoziando in modo proattivo con i responsabili di altri settori, avvalendosi dei dati scientifici più aggiornati (9).

Anche se è stata osservata un'importante riduzione della proporzione di italiani fumatori (dal 25,8% del 1993 al 21,1% del 2013), e una lieve diminuzione nella proporzione di consumatori abituali di sostanze alcoliche (dal 70,0% del 1993 al 63% del 2014), negli ultimi dieci anni sono aumentati nettamente i soggetti in

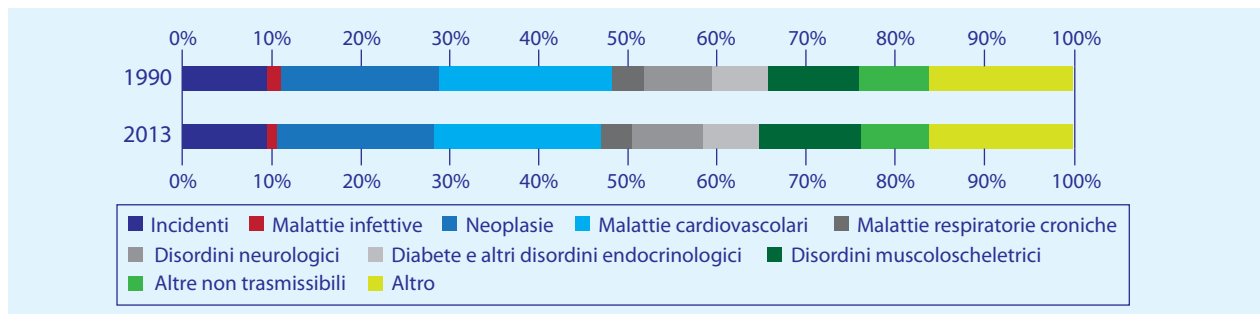


Figura 7 - Proporzione (in percentuale) di anni di vita aggiustati per disabilità (DALY) per causa in Italia. Periodo 1990-2013 a confronto. Fonte dei dati: Elaborazione su dati del The Global Health Data Exchange dell'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (accessibile da www.healthdata.org/)

sovrappeso (oggi oltre il 35%) e sono ancora troppo pochi gli italiani che praticano regolarmente attività fisica (appena il 21%), cosa che si rifletterà inevitabilmente in un'alta prevalenza di malattie cardiovascolari, diabete e disturbi muscoloscheletrici. Peraltro, le alte proporzioni di sovrappeso si osservano anche nell'età infantile (oltre il 30%) (10). Tra tutti i Paesi Membri dell'OCSE, solo i bambini greci e statunitensi mostrano tassi peggiori.

Inquietanti segnali vengono, inoltre, dal campo delle malattie infettive. Per quel che riguarda le patologie prevenibili attraverso le vaccinazioni, si registra oggi una copertura vaccinale per tutte le vaccinazioni del ciclo base inferiore al 95% in ben otto Regioni italiane, mentre solo nelle Marche si registra una copertura vaccinale superiore al 90% per il vaccino MPR - Morbillo, Parotite, Rosolia (11). Anche temi quali l'antibiotico-resistenza e le infezioni nosocomiali, che in Italia rappresentano un problema importante, assumono oggi una valenza internazionale a cui possono essere corrisposti solo sforzi ingenti, strategie mirate e un indirizzo socio-sanitario complessivo (12). Stesso discorso vale anche per le malattie infettive croniche quali epatite o HIV, per le quali è importante agire non solo attraverso l'implementazione di sistemi di sorveglianza e di laboratori specializzati, ma anche attraverso interventi e campagne di informazione e politiche sanitarie ad alto impatto, orientate agli stili di vita (13).

È doveroso, inoltre, tenere in considerazione che, come dimostrato da numerosi studi pubblicati negli ultimi anni, in tutta Europa i cittadini in condizioni di svantaggio sociale tendono ad ammalarsi di più, a guarire di meno, a perdere autosufficienza, a essere meno soddisfatti della propria salute e a morire prima, rendendo - in un contesto di crisi economica quale quello presente - il quadro complessivo della popolazione finanche peggiore, ponendo il contrasto delle disuguaglianze di salute quale priorità delle decisioni e delle azioni da intraprendere a livello nazionale e internazionale (3).

Molto deve essere fatto anche in termini di adesione ai test di screening. Anche in questo caso forti differenze sono state osservate tra le varie Regioni e, specialmente nel Mezzogiorno, l'adesione ai test di screening per i tumori della cervice uterina, della mammella e del colon-retto è bassa. Potrebbe aiutare, in questi termini, una maggiore scolarizzazione. L'Italia, infatti, ottiene risultati inferiori alla media dei Paesi dell'OCSE in matematica (si colloca tra la 30^a e 35^a posizione), in lettura (tra la 26^a e 34^a) e in scienze (tra la 28^a e 35^a) rispetto a 65 Paesi ed economie che hanno partecipato alla valutazione OCSE Pisa 2012 degli studenti quindicenni (14). Non va, inoltre, sottovalutato il problema dell'analfabetismo funzionale tra gli adulti: molti italiani hanno difficoltà a interpretare anche semplici grafici e tabelle, distinguere farmaci, analizzare etichette e istruzioni. Rispetto ai cittadini di altri Paesi dell'OCSE, gli italiani sono il fanalino di coda in termini di padronanza degli alfabeti e dei linguaggi (Figura 8). Inoltre, l'Italia è ultima in Europa per proporzione di laureati nella fascia d'età 30-34 anni (15).

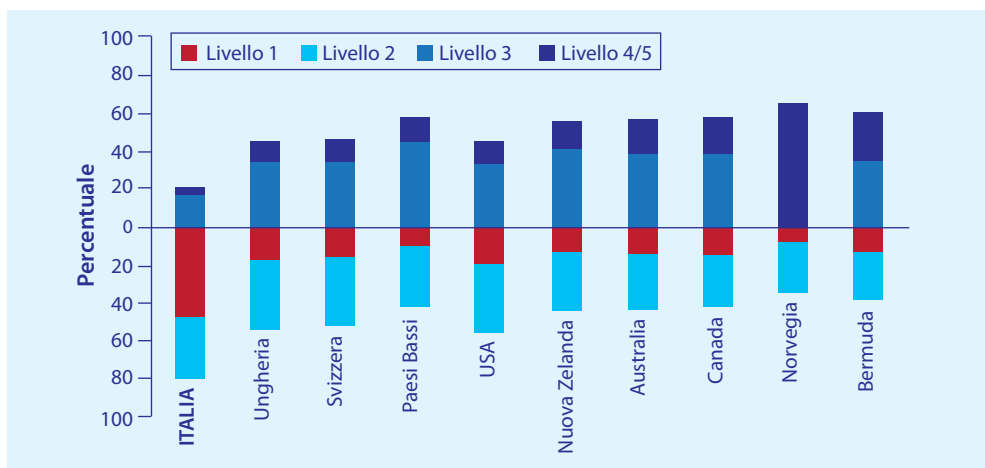


Figura 8 - Padronanza degli alfabeti e dei linguaggi in soggetti tra i 16 e i 64 anni (capacità di interpretare un testo). Livelli 1 e 2: basse competenze; livello 5: piena padronanza. Le evidenze suggeriscono che per partecipare attivamente e in maniera costruttiva alle attività della società moderna è richiesto un livello 3 o superiore (nella metà superiore del grafico). Fonte dei dati: OECD, Statistics Canada. Anno 2011. Literacy for Life: Further Results from the Adult literacy and Life Skills Survey

Disponibilità di risorse, costi, assetto strutturale

La spesa sanitaria italiana (che copre, oltre a farmaci e prestazioni, immobili, tecnologie e personale) è cresciuta, sin dagli anni '90, meno che negli altri Paesi e, a oggi, è sotto la media EU14 sia in percentuale del PIL che in valori assoluti. Nel 2011 la spesa sanitaria totale procapite in Italia era inferiore di circa il 24% rispetto ai Paesi appartenenti all'Unione Europea (UE). Nel 2001 tale *gap* era pari al 19,9% e, con il prolungato ristagno dell'economia italiana, si è ulteriormente allargato (16). Tuttavia, gli aumentati costi delle cure (grazie anche alla disponibilità di nuove opzioni terapeutiche) hanno portato in Italia a un aumento progressivo della spesa sanitaria fino al 2010, seguito da una riduzione nel periodo 2011-2013, determinata da una serie di manovre finanziarie. La spesa sanitaria ha ripreso a crescere dal 2014, divenendo pari a 111,47 miliardi di euro (17).

Secondo una recente indagine condotta dalla Protezione Civile su 802 ospedali italiani, circa un sesto di questi risulta collocato in edifici storici, ovvero con data di costruzione precedente al 1900 (e di questi oltre il 60% risulta edificato precedentemente al 1800). Questo comporta spesso importanti difficoltà di tipo tecnico e gestionale (nonché problemi di sicurezza) ed elevati costi di adeguamento e manutenzione. Alti costi di manutenzione sono richiesti anche per i grandi dispositivi diagnostici. In Italia, il 40% dei dispositivi per tomografia assiale, l'85% dei radiografi, il 30% degli angiografi e il 23% dei dispositivi per le risonanze magnetiche ha più di dieci anni (18). Non essendo sempre possibile la riparazione, spesso questi dispositivi vanno acquistati *ex novo*.

Circa un terzo della spesa è, infine, sostenuto per il personale (circa 36 miliardi di euro). Il nostro personale sanitario, anche a causa del blocco del turnover, sta invecchiando: l'età media è pari a 50,3 anni per i medici e a 44,5 anni per gli infermieri (19). Inoltre, a partire dal 2008, è in corso una vistosa contrazione dell'organico: per ogni 100 unità che lasciano, ne sono state assunte 97,2 nel 2008, 96,8 nel 2009, 81,9 nel 2010 e solo 78,2 nel 2011 (20). Sembra urgente invertire la tendenza al progressivo invecchiamento del personale, soprattutto nelle Regioni del Sud, gravate dal maggior peso della disoccupazione giovanile e dai piani di rientro. Inoltre, appare necessario investire in aggiornamento finalizzato al miglioramento continuo dei medici, degli operatori sanitari, dei professionisti coinvolti nella ricerca. Molti dei Paesi che, come l'Italia, non richiedono alcun rinnovo della licenza medica, basano la qualità della professionalità dei propri medici su una stringente normativa relativa all'aggiornamento professionale e all'educazione continua. Anche l'Italia ha previsto nella propria normativa l'aggiornamento obbligatorio dei professionisti tramite il sistema dell'Educazione Continua in Medicina (ECM), attivo dal 2002. In realtà, tale normativa non ha ancora trovato piena applicazione e l'educazione continua si configura spesso più come un business legato all'erogazione di corsi e congressi che come un reale strumento di controllo della qualità della professionalità e delle competenze dei medici italiani.

Altro grave problema è l'insufficiente investimento in ricerca e sviluppo, che rende il Paese meno all'avanguardia e competitivo e che purtroppo non riguarda solo la sfera pubblica, ma anche le imprese private (Figura 9).

A gravare sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si aggiungono, infine, corruzione e interessi di parte. Il *Libro bianco* sulla corruzione in sanità (22), pubblicato nel 2014, pone il tasso medio di corruzione e frode in sanità al 5,59% della spesa sanitaria, circa 6 miliardi di euro l'anno. Instabilità finanziaria, eccesso di dirigismo, interessi della sfera politica, contrazione degli stipendi, formazione inadeguata, precarietà del personale, pressione mediatica, vertenzialismo degli utenti, numerosi *stakeholder* e forme giuridiche poco adatte alle esigenze reali delle strutture rappresentano solo una parte della pluralità di fattori normativi, politici e finanziari che vincolano fortemente l'azione dei direttori generali operanti nella sanità. Un'adeguata programmazione è resa ancora più difficile dalla brevità del mandato di questi ultimi: in media, infatti, un direttore generale in Italia dura solo 3,6 anni (in Calabria si arriva a 1,7) (23) a dispetto di una durata massima teorica di cinque anni.

Conseguenza di tutto ciò è che oggi, in Italia, il 41,6% degli utenti reputa non adeguati i servizi offerti dall'SSN nella propria Regione (e secondo il 31,7% degli utenti è peggiorato negli ultimi anni) (2, 24). Se i servizi sanitari non possono essere ricevuti dal servizio pubblico per motivi di qualità, di tempi d'attesa o di costi, allora non rimane che "scappare" verso altre Regioni o pagare di tasca propria il sistema privato. Le Regioni possono

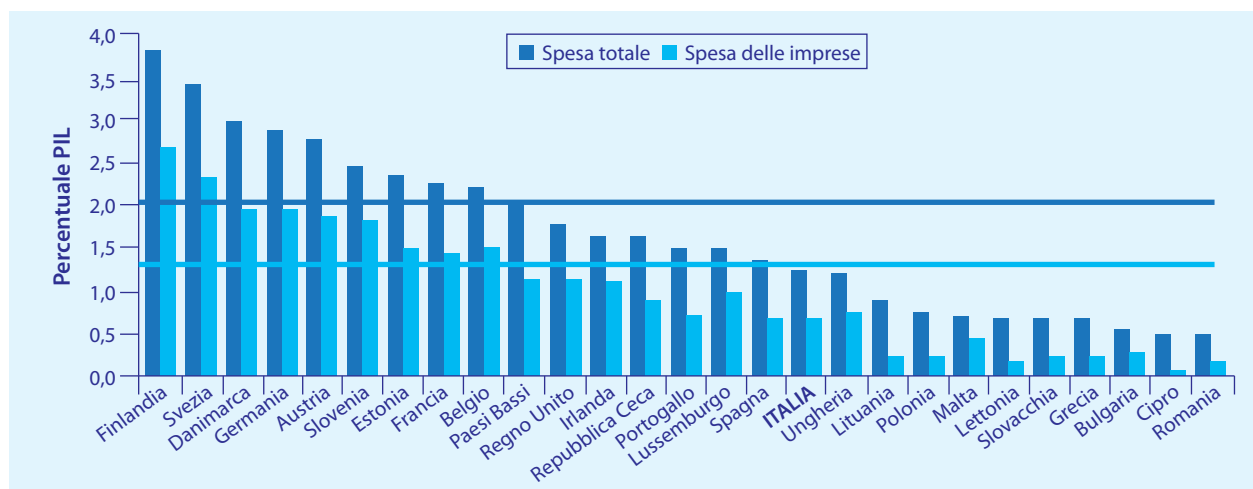


Figura 9 - Spesa in ricerca e sviluppo in Europa, percentuale del PIL (2011). Modificata da Ricciardi W. *et al.* (21); dati ISTAT 2012

raggiungere flussi di emigrazione piuttosto consistenti rispetto ai ricoveri effettuati dai propri residenti. Ne sono chiari esempi la Calabria (17,2%), l'Abruzzo (16,5%) e la Provincia Autonoma di Trento (15,5%). I cittadini più poveri, tuttavia, non possono permettersi continui spostamenti e qualora i servizi offerti dall'SSN dovesse essere seriamente ridimensionati, ne soffrirebbero certamente più degli altri, accentuando le già consistenti disuguaglianze registrate nel Paese. La fetta di popolazione più fragile dal punto di vista economico è peraltro piuttosto ampia: oggi vivono sotto la soglia di povertà assoluta oltre quattro milioni di italiani (Figura 10) (21).

Soluzioni emerse dal contesto

Abbiamo tutti i dati necessari a identificare le priorità del Paese e a programmare le attività dell'ISS. Ai dati è necessario aggiungere una chiara visione e precisi obiettivi, cercare e creare coerenza tra questi ultimi e le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e logistiche a disposizione e identificare una strada logica, razionale e fattibile per raggiungere i risultati auspicati. Se si vuole un Paese sano che offra servizi sanitari equi, efficaci ed efficienti, è necessario guidare con decisione le singole Regioni e armonizzarne il lavoro affinché non siano ulteriormente accentuate le differenze nella qualità dei servizi, lo stato di conflitto latente e la frammentazione esasperata alla quale assistiamo oggi. Bisogna preservare la salute degli italiani con le risorse attualmente a disposizione. Ciò non è

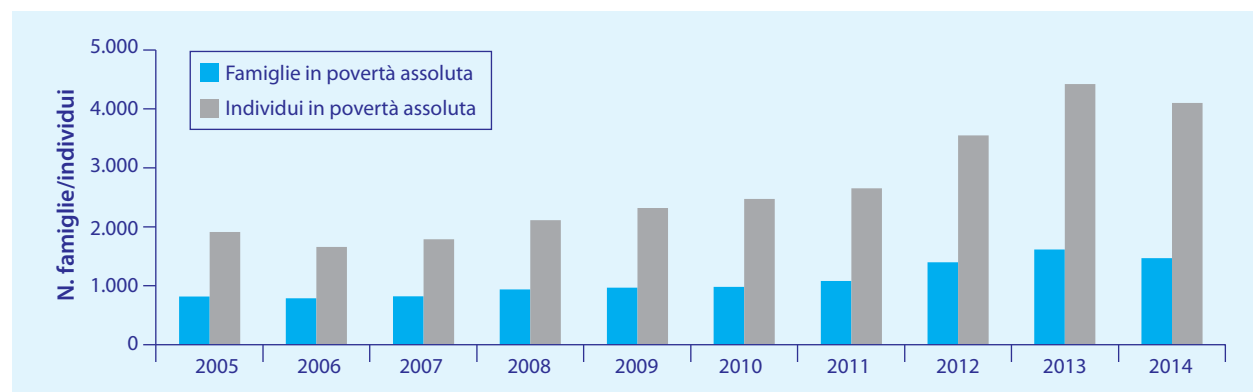


Figura 10 - Famiglie e individui in condizione di povertà assoluta in Italia (anni 2005-2014). Fonte dei dati: ISTAT 2015 (accessibile da <http://www.istat.it/it/archivio/164869> - ultima consultazione 8 ottobre 2015)

impossibile, purché esse vengano utilizzate correttamente, ad esempio riducendo gli sprechi e riallocandole facendo attenzione all'andamento degli indicatori di processo e di risultato, premiando le buone pratiche e incentivando trasparenza e merito. È necessario che i cittadini comprendano le regole essenziali per una vita lunga e in salute, che adottino comportamenti e stili di vita adeguati e che non cadano in trappole di disinformazione e di ciarlatani. È sempre più necessaria, inoltre, l'adozione di un approccio sinergico tra il sistema ricerca e i *policy maker*, come tra l'altro indicato durante l'ultima Assemblea del Regional Committee della Regione Europea del WHO, ove è stata ribadita la necessità di perseguire un'azione intersettoriale, ponendo però attenzione ai nuovi obiettivi di sviluppo sostenibile per i prossimi 15 anni.

Sarà necessario diffondere la conoscenza "giusta" e proporre interventi *science-based* da parte delle autorità sanitarie in merito alla necessità di contrastare la diffusione di alimenti ricchi di zucchero e di carni conservate, ovvero di perseguire politiche di trasporto attivo che ridimensionino l'uso urbano dell'automobile, o che mettano in discussione gli accordi di collaborazione fra governi e multinazionali del tabacco. In assenza di *policy* di questo tipo, il richiamo ai soli comportamenti individuali virtuosi non potrà essere più considerato sufficiente.

Dobbiamo, infine, ambire a spostare risorse economiche e umane dalla cura delle malattie alla prevenzione, la quale potrebbe aiutare ad abbattere i costi sostenuti dall'SSN. Questo imporrà di dover "re-ingegnerizzare" l'intero sistema, formando una nuova classe di professionisti (costantemente aggiornati) e trasformare, mettendole in rete, le strutture già esistenti sul territorio (ad esempio, strutture sanitarie, scuole primarie e secondarie, palestre pubbliche ecc.) per educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute, favorendo e premiano i comportamenti virtuosi.

Riferimenti bibliografici

1. Regione Toscana. *La fragilità dell'anziano*. (Linea Guida Consiglio Sanitario Regionale, SNLG Regioni 21); 2013.
2. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *Rapporto annuale 2015. La situazione del Paese*. Roma: ISTAT; 2015 (www.istat.it).
3. Costa G, Bassi M, Gensini GF, et al. (Ed.) *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli Editore; 2014.
4. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute 2014*. 2014 (www.osservasalute.it).
5. Fondazione Migrantes. *Rapporto Italiani nel mondo 2015*. Udine: TAU Editrice; 2015.
6. US Central Intelligence Agency (CIA). *The World Factbook 2015*. Washington (DC): CIA; 2015 (<https://www.cia.gov/library/publications/resources/the-world-factbook/>).
7. Commissione Europea. Direzione Generale Affari Economici e Finanziari. *Squilibri macroeconomici - Italia 2014*. Bruxelles: 2014.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (www.healthdata.org).
9. Drain PK, Primack A, Hunt DD, et al. Global health in medical education: a call for more training and opportunities. *Acad Med* 2007;82(3):226-30.
10. Health For All - Italia (www.istat.it/it/archivio/14562).
11. Ministero della Salute (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_811_listaFile_itemName_17_file.pdf).
12. Cecchini M, Langer J, Slawomirski L. *Antimicrobial resistance in G7 countries and beyond: economic issues, policies and options for action*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD); 2015.
13. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *A CDC framework for preventing infectious diseases. Sustaining the essentials and innovating for the future*. Atlanta (Georgia): CDC; 2011.
14. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE). *OCSE Pisa 2012. Rapporto Nazionale. A cura di INVALSI. Le competenze in matematica, lettura e scienze degli studenti quindicenni italiani*. OCSE; 2012.

15. European Institute of Statistics (http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Tertiary_education_statistics).
16. Centre for Economic and International Studies (CEIS Tor Vergata). *IX Rapporto CEIS Sanità 2013*. Roma: CEIS; 2013 (www.sossanita.it/ceis2013_166.html).
17. Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. *Patto per la Salute per gli anni 2014-2016*. Seduta del 10 luglio 2014 (www.statoregioni.it/Documenti/DOC_044351_82%20CSR%20PUNTO%20%2016%20ODG.pdf).
18. Assobiomedica. *Produzione, ricerca e innovazione nel settore dei dispositivi medici in Italia. Rapporto 2013*. Roma: Assobiomedica; 2013.
19. Ministero della Salute. Direzione Generale del Sistema informativo e statistico sanitario. Direzione Generale delle Professioni sanitarie e delle Risorse Umane del SSN. *Il personale del Sistema Sanitario Italiano - Anno 2011*. Roma: 2013 (www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=1668).
20. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Rapporto Osservasalute 2013*; 2013 (www.osservasalute.it).
21. Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, et al. *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?* Milano: Vita e Pensiero; 2015.
22. Istituto per la Promozione dell'Etica in Sanità (ISPE). *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*. Roma: ISPE; 2014.
23. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (OASI). *Rapporto OASI 2013*. (Collana CERGAS Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi). Milano: Egea Editore; 2013.
24. Centro Studi Investimenti Sociali (CENSIS). *46° Rapporto sulla situazione sociale del Paese 2012*. Roma: CENSIS; 2012.



2

Strategia internazionale

A red rounded rectangular tab with a white icon of a network diagram and the text 'pag. 13-17'.



pag.
13-17

In un mondo ormai globalizzato, oltre al quotidiano impegno per il nostro Paese, è necessario promuovere la tutela della salute pubblica anche a livello internazionale, come da *mission* del nostro Istituto (1). È, pertanto, necessaria e improrogabile la promozione dell'eccellenza scientifica anche attraverso una sempre più forte collaborazione internazionale.

Già sono numerose le collaborazioni con l'estero, i programmi di studio, le sperimentazioni cliniche e i riconoscimenti ottenuti in ambito internazionale dall'ISS. Le attività che hanno caratterizzato quest'ultimo anno si sono ampiamente svolte nel quadro delle collaborazioni tecnico-scientifiche con Paesi in transizione, in via di sviluppo e industrializzati.

È in costante aumento il numero dei Paesi nei vari continenti con cui l'ISS intrattiene rapporti formali (istituzionalizzati) di cooperazione scientifica e tecnologica, ovvero di assistenza tecnica. Pur continuando i progetti intrapresi precedentemente, si è incominciato a esplorare potenziali collaborazioni nel settore di tecnologie altamente specializzate per la gestione dei servizi sanitari, con particolare riguardo a tematiche di interesse globale: dal controllo della trasmissione e diffusione di patologie infettive endemiche ed emergenti allo sviluppo di percorsi di formazione a distanza caratterizzati dall'interattività, fino alla formazione di alta specializzazione manageriale destinata ai quadri apicali dei servizi di sanità pubblica. Sono state condotte missioni *in loco* per promuovere lo sviluppo di collaborazioni su queste tematiche con i Paesi Membri dell'UE, dell'area del Mediterraneo, dei Balcani e dell'Europa dell'Est, riconoscendo e valorizzando il ruolo di snodo culturale, scientifico ed economico che l'Italia riveste tra i Paesi del Nord Europa e quelli del Sud e dell'Est Europa. Inoltre, è proseguita la partecipazione a Tavoli di lavoro del Ministero della Salute per progetti di cooperazione con altri Paesi, come pure la partecipazione ai Tavoli di lavoro attivati dal Ministero degli Affari Esteri per attività riguardanti le collaborazioni internazionali. Sono state organizzate, anche in diretta collaborazione con il Ministero della Salute, visite di delegazioni estere.

Meritano una menzione particolare le attività di formazione di quadri dirigenti manageriali a livello internazionale e il coordinamento dei nodi nazionali di tre infrastrutture di ricerca europee nel campo delle scienze biomediche e della salute (European Advanced Translational Research Infrastructure in Medicine - EATRIS, European Clinical Research Infrastructures Network - ECRIN e Biobanking and Biomolecular Resources Research Infrastructure - BBMRI). Inoltre, l'Istituto rappresenta il punto di riferimento nazionale a livello europeo per numerose attività di controllo e monitoraggio, quali ad esempio le attività connesse ai Laboratori Ufficiali di Controllo dei Medicinali, le attività dei Centri di Riferimento nazionali, sopranazionali e internazionali per la lotta alle malattie infettive, il controllo delle sostanze di abuso tradizionali e delle nuove sostanze psicoattive, o le attività di gestione delle sostanze chimiche in qualità di interfaccia italiana dell'Agenzia Europea per le Sostanze chimiche (ECHA), oltre che alle attività connesse ai Laboratori Nazionali ed Europei di Riferimento in materia di sicurezza alimentare (2).

L'ISS potrebbe, inoltre, rappresentare ancora maggiormente il Paese per il suo specifico background, a livello continentale e internazionale in tema di ambiente e salute. Il processo europeo su ambiente e salute, promosso dalla Regione Europea del WHO, ha sinora portato alla realizzazione di cinque Conferenze dei Ministri dell'ambiente e della salute, nell'ambito delle quali è stato fatto molto lavoro sull'interfaccia fra conoscenza scientifica e processi decisionali, lotta alle disuguaglianze, individuazione delle priorità. Alle prime tre Conferenze (Francoforte 1989, Helsinki 1994, Londra 1999), l'Istituto non è stato presente; alle ultime due (Budapest 2004, Parma 2010) sono stati invece presenti alcuni ricercatori dell'ISS, seppur con ruoli nel complesso marginali. L'Italia ha da sempre avuto un ruolo importante ma occorrerà, anche in tale ambito, muoversi in modo tale da essere presente nella delegazione italiana con una funzione più coesa e autorevole, commisurata alle potenzialità dell'Istituto e del Paese.

Le attività e le collaborazioni internazionali promosse dall'ISS per quanto numerose, soprattutto in determinate aree, non esauriscono la necessità di sviluppare una nuova strategia comune a tutti i Centri e Dipartimenti dell'ISS, volta a promuovere ulteriormente la collaborazione nella ricerca internazionale

e facilitare l'accesso ai dati, alle strutture e alle risorse migliori per i nostri ricercatori, favorendone la mobilità. Una strategia che miri, dunque, a garantire che l'Italia diventi polo d'attrazione per la ricerca e l'innovazione.

Fino a oggi la Commissione Europea ha avuto un ruolo chiave di guida per quanto riguarda le politiche sanitarie (3, 4). Tuttavia, per l'emergere di nuove priorità nell'agenda politica europea (migranti, cambiamento climatico ecc.), questo ruolo si sta riducendo, in ragione di una crisi tanto della *governance* globale quanto dei settori chiave dell'economia internazionale. Pertanto, i Paesi Membri sono tenuti, in maniera indipendente, a sopperire a questa crescente riduzione del peso specifico della *governance* internazionale (5) dovendo assumere scelte importanti e ridisegnando i confini della *governance* dei servizi sanitari nazionali.

Sono molteplici gli scenari che si possono prospettare come esito della crisi internazionale (6). Il più ottimista è quello in cui il mondo trova forme di collaborazione per affrontare i problemi globali, favorite anche dalla pressione "dal basso" dei popoli che, soprattutto grazie a reti di collaborazione, tendono ad avere valori comuni. In tale scenario, l'Europa gioca la sua parte e trova un nuovo equilibrio tra poteri federali e Stati nazionali, divenendo in grado di contare davvero sulla scena internazionale, con una moneta unica affidabile e una crescita "inclusiva e sostenibile". L'Italia, allo stesso tempo, supera la crisi, porta a compimento le riforme essenziali, debella o comunque contiene la corruzione e gli sprechi, la popolazione è più fiduciosa e si riduce il divario tra Nord e Sud.

Lo scenario peggiore prevede la disgregazione totale, la "tempesta perfetta" (7) in cui nessuno è risparmiato. Ogni Paese si barrica nei suoi confini e nei suoi interessi, le nazioni si dividono, le ideologie estreme prevalgono. L'irrisolta ed eterna crisi italiana non ha nessun ancoraggio, l'Italia si ritrova a essere sempre meno attrezzata per competere nel contesto internazionale, non rinnova la sua classe dirigente, si esaspera il divario tra Nord e Sud, vengono proposte soluzioni di breve periodo e attuate azioni di sola emergenza, non in grado di conciliare i diversi punti di vista di cittadini, pazienti, medici, direttori generali, assessori regionali, politici e industria. In questo scenario, l'Italia non può contare sull'appoggio dell'Europa che, impegnata nel trovare un'efficace unità politica e nella competizione mondiale, non può più supportare i Paesi da cui non riceve un celere *feedback* e un reciproco supporto. Questo è lo scenario che vogliamo scongiurare.

A prescindere dagli sviluppi più o meno rosei che ci attenderanno nel prossimo futuro, il ruolo guida dell'ISS non potrà venire meno sia nel contesto italiano che in quello europeo, mettendo a supporto di Governo, imprese, cittadini, enti e istituti nazionali e internazionali il proprio *know-how* nella ricerca e nella sperimentazione, nel controllo, nella consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica e contribuendo alla ridefinizione delle priorità dell'SSN. In Europa, l'obiettivo sarà quello di porsi al centro di un meccanismo virtuoso di partenariato con le principali istituzioni scientifiche e garantire dunque il proprio contributo nelle dinamiche decisionali europee.

Per svolgere questi ruoli è fondamentale una continua valutazione del rischio, atta a identificare tanto i problemi prioritari quanto quelli emergenti; allo stesso modo, è fondamentale che le Agenzie europee vengano sostenute ancor più da una rete di istituzioni scientifiche nazionali, in grado di produrre evidenze e di contribuire ai processi decisionali con le proprie *expertise*. Pertanto, è necessario che il Paese sia sempre adeguatamente rappresentato nella rete che sostiene e alimenta le Agenzie europee che si occupano di ambiente, alimentazione, sicurezza e salute: tale contributo non potrà che derivare dall'ISS.

Infine, in un'ottica di sostenibilità ed efficacia dell'ISS e di mantenimento dei successi conseguiti negli ultimi anni, è necessario da parte di tutti i ricercatori mantenere sempre viva e proattiva la partecipazione a bandi di finanziamento europei e internazionali.

Riferimenti bibliografici

1. Istituto Superiore di Sanità. Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto Superiore di Sanità. Articolo 1. Finalità e principi generali. 2015.
2. *Relazione dell'Istituto Superiore di Sanità sui risultati dell'attività svolta nel 2014*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015 (Rapporti ISTISAN 15/17).
3. Commission of the European Communities. *White paper. Together for health: a strategic approach for the EU 2008-2013*. Brussels; 2007.
4. Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-13). *OJEU* L 301/3, 20.11.2007.
5. The Hague Institute for Global Justice. *Confronting the crisis of global governance*. Report of the Commission on Global Security, Justice and Governance. The Hague: The Hague Institute for Global Justice; June 2015.
6. Friedrich Ebert Stiftung. *Future Scenarios for the Eurozone. 15 Perspectives on the Euro Crisis*. (Scenario Team Eurozone 2020); Bonn: Friedrich Ebert Stiftung. International Policy Analysis Unit; March 2013.
7. Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, et al. *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?* Milano: Vita e Pensiero; 2015.



3

**Processo
di cambiamento
dell'ISS**



pag.
19-23

I sistemi sanitari europei si trovano a fronteggiare sfide comuni sempre più pressanti: l'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, l'invecchiamento demografico connesso a un aumento delle malattie croniche e della multimorbilità, da cui derivano un incremento della domanda di prestazioni sanitarie, la carenza e la ripartizione non omogenea degli operatori sanitari, le disuguaglianze in campo sanitario e le ingiustizie nell'accesso all'assistenza sanitaria. Inoltre, in questi ultimi anni, la crisi economica ha limitato le risorse finanziarie disponibili, aggravando così le difficoltà incontrate dai Paesi dell'UE a garantire la sostenibilità dei propri sistemi sanitari. Ciò ha compromesso, in alcuni casi, la loro capacità di offrire un accesso universale a un'assistenza sanitaria di buona qualità (1).

In un contesto del genere, la sfida per gli Stati Membri dell'UE, quindi, anche per il nostro Paese e per il nostro SSN, si fa sempre più impegnativa. Nell'immediato futuro dovranno essere avviati interventi importanti affinché l'SSN torni a essere economicamente sostenibile, mantenendo però saldi quei punti di forza che lo hanno reso uno dei migliori servizi sanitari al mondo (2).

I servizi sanitari moderni devono restare accessibili ed efficaci e, nel contempo, essere sostenibili nel lungo periodo. Affinché ciò sia possibile, la sostenibilità non deve essere relativa ai soli bilanci pubblici, ma estendersi a fattori non esclusivamente di natura finanziaria. I sistemi sanitari e tutto ciò che ne rappresenta parte costituente, dalle istituzioni di ricerca a chi opera in corsia, dai medici e professionisti sanitari ai *decision maker*, dovranno capire l'importanza di un efficace adattamento a un contesto in evoluzione e trovare e applicare metodi innovativi per affrontare con risorse limitate situazioni complesse quali, ad esempio, la carenza di competenze o gli aumenti imprevisti della domanda. In altre parole, i sistemi e i singoli attori devono accrescere e mantenere la loro resilienza (3). L'indicazione è chiarissima: il futuro dei sistemi sanitari europei si gioca sulla capacità di gestire il cambiamento al meglio e rivelarsi resilienti.

Resilienza, durezza e resistenza alle sollecitazioni, in ingegneria, sono proprietà meccaniche di un corpo ovvero i modi in cui si comporta un materiale sottoposto a sollecitazioni esterne di tipo meccanico. In particolare, la resilienza è la capacità di un materiale di sopportare sforzi applicati bruscamente, senza rompersi e senza che si propaghino fessure al suo interno; pertanto, resilienza non è solo resistenza, ma rappresenta proprietà di flessibilità e adattamento (4).

Il concetto è stato ripreso dalle scienze sociali, applicato allo studio e alla presa in carico di situazioni di grande vulnerabilità, quali ad esempio traumi, abusi, guerre, malattie e disabilità, implicando maggiormente una spinta positiva e la possibilità di uscire da una situazione paralizzante (5).

La sanità europea ha mutuato il termine resilienza dal lessico di ingegneri e psicologi per farne la parola d'ordine della riscossa di oggi, ma anche della solidità di domani.

I sistemi sanitari, dunque, devono essere resilienti, cioè devono avere la capacità di adattarsi a contesti in evoluzione e di affrontare sfide significative seppure con risorse limitate (6).

La Commissione Europea, particolarmente sensibile a tale aspetto, in una Comunicazione del 4 aprile 2014 relativa ai sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti (1), ha proposto alcuni "fattori di resilienza" (Figura) in grado di far sì che i sistemi sanitari possano mantenere servizi accessibili ed efficaci per la popolazione.

Alla luce del contesto attuale, dunque, è necessario che tutte le istituzioni nazionali, ivi compreso l'ISS, sappiano essere resilienti.

Nella fase del pre-commissariamento, l'ISS presentava un'organizzazione interna e un modello di *governance* ereditati da processi di cambiamento strutturale e funzionale verificatisi diversi anni fa e non più allineati con le necessità del presente, non più in grado di garantire tanto la sostenibilità economico-finanziaria dell'Istituzione quanto effettive prospettive di miglioramento delle sue funzioni. L'ISS risultava costituito da 14 strutture, tra Dipartimenti e Centri. A fronte della considerevole *expertise* presente all'interno dei singoli Dipartimenti e Centri, risultava meno presente una coerenza interna all'organizzazione scientifica dell'ISS che fosse realmente funzionale agli obiettivi dell'Istituto stesso. Infatti, alcune funzioni e competenze di diversi Dipartimenti e Centri risultavano sovrapponibili o non era possibile ravvisare una netta divisione di



Figura - Fattori di resilienza dei sistemi sanitari

ambiti. Tutto ciò ha portato, da una parte, a duplicazioni di attività con conseguente spreco di risorse umane ed economiche, dall'altra, alla mancanza di un esaustivo sviluppo di alcuni settori per i quali è stato impossibile dedicare specifiche competenze non ben delineate tra differenti Dipartimenti o Centri.

Inoltre, in seguito all'aggravarsi delle condizioni economico-finanziarie del Paese, l'ISS è andato incontro a una progressiva riduzione dei trasferimenti da parte dello Stato, che ha reso effettivamente necessaria un'inversione di rotta. Dal 2010 al 2014 si è assistito a un decremento di circa il 20% dei finanziamenti pubblici all'Istituto, che sono scesi da 125 milioni circa a poco più di 100 milioni con una conseguente decrescita negli investimenti, strutturali e di personale.

Ciononostante, il grande valore dell'Istituto è stato manifestato, negli stessi anni, da un incremento senza precedenti dell'Impact Factor (IF) delle pubblicazioni, che è cresciuto da circa 2.300 punti del 2010 a circa 3.000 punti nel 2014, risultato ottenuto grazie alla professionalità e alle straordinarie competenze delle più preziose risorse che l'Istituto possiede: le persone che vi lavorano.

Come accade spesso in Italia, i singoli e le capacità individuali riescono a sopperire alle mancanze di un "sistema" e nell'ISS le *skill* e il *know-how* dei singoli ricercatori è riuscito a compensare le carenze organizzative e strutturali. Poiché, tuttavia, non si può demandare al singolo ciò che il gruppo non è in grado di fare, la riorganizzazione dell'Istituto sta rappresentando una premessa indispensabile per la sua sostenibilità e per una nuova fase di sviluppo.

In quest'ottica, il primo step del processo che ha portato al cambiamento dell'ISS è stato il commissariamento. Con Decreto dei Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze è stato disposto il commissariamento dell'ISS, ai sensi dell'articolo 15, comma 1-bis del DL 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111, a causa della situazione di disavanzo finanziario registrato in bilancio per due esercizi consecutivi. Con il sopraccitato Decreto chi scrive è stato nominato commissario dell'ISS e gli sono stati conferiti i poteri previsti dalla legge per ricondurre in equilibrio finanziario il bilancio dell'Ente.

La fase di commissariamento ha permesso non solo di ricondurre in equilibrio i conti dell'Ente, ma anche di eseguire i primi importanti interventi di efficientamento necessari affinché l'ISS potesse continuare la sua opera al servizio della scienza, della ricerca, della salute e del Paese.

La proposta di riorganizzazione dell'Ente è stata conseguente a un attento e scrupoloso lavoro di diagnostica organizzativa durante la quale ogni Centro/Dipartimento è stato analizzato, in ragione dei suoi punti di forza e criticità.

Questa fase dell'Istituto ha rappresentato un vero e proprio esempio di resilienza, nonché il presupposto per un cambiamento necessario affinché l'ISS continui a essere l'Istituto di riferimento per la ricerca e la sanità pubblica in Italia e uno dei più importanti al mondo.

In questa nuova ottica, l'ISS si propone con una nuova *mission* e una nuova *vision*.

Mission

Promozione e tutela della salute pubblica nazionale e internazionale attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione.

Vision

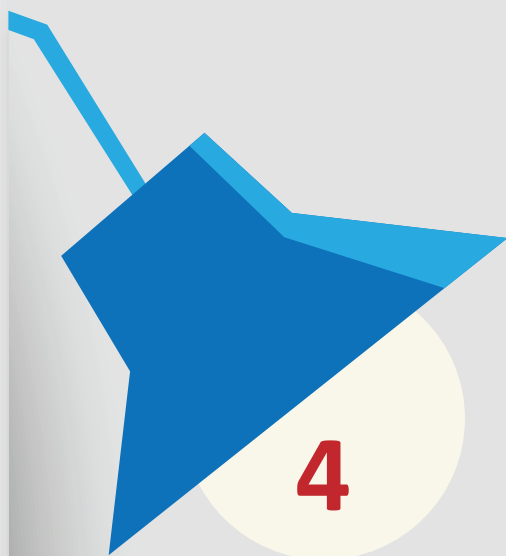
L'Istituto Superiore di Sanità produce conoscenze mediante la ricerca e la sperimentazione e diffonde le conoscenze e le evidenze scientifiche ai decisori, agli operatori e ai cittadini al fine di tutelare e promuovere la salute pubblica.

La capacità dell'ISS di diventare un Istituto di riferimento per la ricerca e la sanità pubblica a livello nazionale e internazionale dipenderà, dunque, dalla sua capacità di "adattarsi" e affrontare le sfide future, anticipando - per quanto possibile - il cambiamento e sfruttando appieno i nuovi strumenti di comunicazione, come i social media, in maniera strategica e per il Paese, e impegnandosi in ambiti che avranno un peso specifico sempre crescente per la popolazione quanto per il singolo cittadino quali le scienze psico-socio-comportamentali, l'attenzione alle nuove tecnologie, all'ambiente, all'innovazione sociale.

Sarà sempre più importante la collaborazione funzionale a precisi obiettivi all'interno dei Centri, dei Dipartimenti e dei Servizi e con altri Centri e Istituti di ricerca nazionali e internazionali, allo scopo di mettere a sistema le conoscenze per ottenere risultati di salute sempre maggiori e la ricerca in sanità pubblica più funzionale al bene e al benessere del Paese. Per certi aspetti possiamo affermare che la sopravvivenza stessa dell'ISS non può prescindere dalla sua volontà di imporsi come Istituto di riferimento per la ricerca e la sanità pubblica, perché il segreto del cambiamento è focalizzare tutta la propria energia, non nel combattere il vecchio, ma nel costruire il nuovo.

Riferimenti bibliografici

1. Commissione Europea. Comunicazione della Commissione relativa a sistemi sanitari efficaci, accessibili e resilienti. Bruxelles; 4.4.2014 (http://ec.europa.eu/health/systems_performance_assessment/docs/com2014_215_final_it.pdf).
2. Nemeth C, Wears R, Woods D, et al. Minding the gaps: creating resilience in health care. In: Henriksen K, Battles JB, Keyes MA, et al. (Ed.). *Advances in patient safety: new directions and alternative approaches (Vol. 3: Performance and Tools)*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2008.
3. Building resilient and innovative health systems. Special Issue. *Eurohealth* 2013;19(3).
4. Institute of Development Studies (IDS). *Strengthening health systems for resilience*. (Practice Paper in Brief;18). Brighton: IDS; February 2015 (<http://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/bitstream/handle/123456789/5851/ID559%20Online%20rev.pdf?sequence=1>).
5. Kickbusch I, Behrendt T. *Implementing a Health 2020 vision: governance for health in the 21st century. Making it happen*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2013 (www.euro.who.int/).
6. Carthey J, de Leval MR, Reason J. Institutional resilience in healthcare systems. *Qual Health Care* 2001;10(1):29-32.
7. Thomas S, Keegan C, Barry S, et al. A framework for assessing health system resilience in an economic crisis: Ireland as a test case. *BMC Health Serv Res* 2013;13:450.



4

Nuova organizzazione dell'ISS



pag.
25-28

Uno degli aspetti più evidenti della nuova organizzazione dell'ISS, esitati dall'analisi funzionale dei Centri e dei Dipartimenti (Figura 1), è stata la loro riorganizzazione al fine di rendere quanto più omogenea e coerente possibile la loro strutturazione con il nuovo indirizzo strategico dell'ISS e, al contempo, massimizzare l'esperienza e l'alta professionalità propria dell'Istituto.



Figura 1 - Analisi funzionale dei Centri e dei Dipartimenti dell'ISS: pre-commissariamento

Dal processo di diagnostica organizzativa effettuato durante il periodo di commissariamento è emersa la necessità di riorganizzare l'Istituto articolandolo (Figura 2) in Dipartimenti, Centri e Servizi più omogenei.

Il nuovo Statuto dell'Istituto, entrato in vigore nell'ottobre 2014, ha previsto infine la distinzione, all'interno dell'Ente, tra programmazione e controllo, da un lato, e gestione tecnico-amministrativa, dall'altro, che si concretizza con la realizzazione di due Aree operative: area tecnico-scientifica; area operativo-amministrativa.



Figura 2 - Proposta di riordino dell'ISS post analisi funzionale

Il nuovo Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'Istituto prevede l'articolazione dell'Area operativa tecnico-scientifica in 6 Dipartimenti, 16 Centri Nazionali, 2 Centri di Riferimento, 5 Servizi Tecnico-scientifici e un Organismo notificato.

Area operativa tecnico-scientifica

Dipartimenti

Ambiente e salute
Malattie cardiovascolari, dismetaboliche e dell'invecchiamento
Malattie infettive
Neuroscienze
Oncologia e medicina molecolare
Sicurezza alimentare, nutrizione e sanità pubblica veterinaria

Centri Nazionali

Controllo e valutazione dei farmaci
Dipendenze e doping
Eccellenza clinica, qualità e sicurezza delle cure
Health Technology Assessment
Malattie rare
Prevenzione delle malattie e promozione della salute
Protezione dalle radiazioni e fisica computazionale
Ricerca su HIV/AIDS
Ricerca e valutazione preclinica e clinica dei farmaci
Salute globale
Sostanze chimiche, prodotti cosmetici e protezione del consumatore
Sperimentazione e benessere animale
Tecnologie innovative in sanità pubblica
Telemedicina e nuove tecnologie assistenziali

Sangue
Trapianti

Centri di Riferimento

Medicina di genere
Scienze comportamentali e salute mentale

Servizi Tecnico-scientifici

Biologico
Coordinamento e supporto alla ricerca
Grandi strumentazioni e *core facilities*
Grant Office e trasferimento tecnologico
Statistica

Organismo notificato

Organismo notificato per le attività di cui alle Direttive 93/42/CEE, 90/385/CEE e 98/79/CE

Ai Dipartimenti e ai Centri è conferita, nel quadro della programmazione annuale e triennale dell'Istituto, autonomia scientifica, organizzativa e di gestione nella definizione dei contenuti dell'attività di ricerca, controllo e formazione e nell'utilizzazione delle risorse umane e delle attrezzature scientifiche assegnate.

L'Area operativa tecnico-scientifica, prevista dal nuovo Regolamento, comprende anche i Servizi tecnico-scientifici, che rappresentano strutture aventi lo scopo di realizzare, sviluppare e gestire attività strumentali e di supporto al fine di perseguire criteri di efficienza e di efficacia nella conduzione delle missioni istituzionali dei Dipartimenti e dei Centri dell'Istituto.

Questi Servizi dipendono per la parte strategica dalla Presidenza e per le attività gestionali dalla Direzione Generale. Sono previste, inoltre, Strutture di supporto alla Presidenza.

Presidenza

Strutture di supporto

Segreteria del Presidente
Servizio Conoscenza e comunicazione scientifica
(documentazione, biblioteca ed attività editoriali)
Servizio Relazioni esterne e centro rapporti internazionali
Unità di Bioetica
Ufficio Stampa





**ISS come riferimento
della ricerca in Italia
e a livello internazionale**



pag.
31-34

L'ISS si è sempre proposto, conseguendolo, l'obiettivo di poter guidare la ricerca per la salute promuovendo tanto la ricerca di base quanto la ricerca traslazionale e applicata, in funzione del benessere dei cittadini e del Paese. La ricchezza di esperienza e il capitale umano rendono la prospettiva di partecipare all'innovazione del Paese non solo possibile, ma un atto doveroso e necessario.

La ricerca scientifica necessita, infatti, dello sforzo delle istituzioni, dei governi, del mondo accademico e di tutti i motori dell'innovazione affinché un Paese come l'Italia, privo di risorse naturali, possa nelle risorse intellettuali e nell'impegno dei suoi ricercatori collocarsi nella direzione della modernità verso il progresso e lo sviluppo che il nostro Paese merita.

Oltre alla produzione scientifica di valore, oggi assume primaria importanza anche come tale valore possa essere premiato in un contesto sempre più globalizzato; la produzione scientifica deve e può, anche attraverso il trasferimento delle tecnologie e dell'innovazione, produrre ricchezza muovendo e promuovendo ulteriormente l'economia italiana verso la competitività e l'innovazione sociale (1).

La ricerca scientifica è caratterizzata da una nuova dimensione e la ricerca biomedica ne rappresenta la parte più ingente. Nel 2012 la spesa per la ricerca *intra muros* sostenuta da imprese, istituzioni pubbliche, istituzioni private non profit e università è risultata essere pari a 20,5 miliardi di euro, aumentata rispetto all'anno precedente sia in termini nominali (+3,5%) sia in termini reali (+1,9%). L'incidenza percentuale di tale spesa sul PIL (Prodotto Interno Lordo) è risultata essere dell'1,26%, in aumento, anch'essa, rispetto al 2011 (+1,21%). Il contributo del settore privato, sebbene in lieve calo dal 2011 al 2012, è ben oltre il 50% del totale (57,2% del 2012) mentre quello delle istituzioni pubbliche è del 14,8% al 2012 (+1,4%).

Sempre nel 2012, il personale impegnato in Italia in attività di ricerca (espresso in termini di unità equivalenti a tempo pieno) risulta pari a 240.179 unità, con una crescita complessiva del 5,3% rispetto al 2011, che riguarda tutti i settori: imprese (+6,8%), istituzioni pubbliche (+4,7%), istituzioni private non profit (+3,8%) e università (+3,4%). In merito ai ricercatori, nel 2012 il loro numero (espresso in termini di unità equivalenti a tempo pieno) era pari a 110.695 unità, in crescita del 4,3% sul 2011. Anche in questo caso, l'aumento investe tutti i settori: istituzioni pubbliche (+9,2%), istituzioni private non profit (+4,6%), imprese e università (+3,2%) (2).

Oggi, inoltre, la ricerca si caratterizza per la richiesta sempre maggiore di multidisciplinarietà e di integrazione di competenze, atte a gestire la complessità propria di una sempre maggiore richiesta di innovazione tecnologica e organizzativa a fronte di risorse stagnanti.

Si ritiene di fondamentale importanza sottolineare che l'ISS continuerà a svolgere ai più alti livelli l'opera meritoria finora condotta nell'ambito della ricerca di base e finalizzata - come da Statuto - ambito che costituisce un patrimonio consistente e attuale da non disperdere e da continuare a valorizzare. Anche per questo scopo, il processo di cambiamento dell'ISS non muterà la tensione a una ricerca indipendente e comprensiva, forte e finora permeante l'Istituto stesso, tenendo in considerazione priorità epidemiologiche e la sostenibilità del Sistema Salute. Tutto ciò sarà possibile garantendo, tra l'altro:

- il mantenimento del "bene ricerca" come priorità fondamentale dell'ISS al fine di garantire immutata e crescente la sua rappresentatività in ambito internazionale e rafforzando il suo ruolo di coordinamento in ambito nazionale;
- il supporto alle attività attraverso meccanismi di finanziamento pubblico stabili che consentano di lavorare in una struttura logistica moderna, dotata di una strumentazione adeguata che garantisca qualità e competitività;
- il sostegno tecnico-politico attraverso procedure amministrative adeguate;
- la promozione delle eccellenze che contribuiscano a una maggiore sostenibilità della struttura/dipartimento;
- l'attivazione di un sistema di valutazione della ricerca il più oggettivo possibile;
- la garanzia dell'indipendenza della ricerca, non vincolata a finalità altre dal benessere dei cittadini e del Paese;
- la definizione di meccanismi di controllo tesi ad assicurare la trasparenza di eventuali finanziamenti terzi;
- la comunicazione efficace delle conoscenze scientifiche ai decisori, ai cittadini, al Paese.

Oltre alla competenza, alle strutture, all'innovazione tecnologica e all'esperienza, quanto ancora occorre all'Italia è la consapevolezza che le istituzioni possano pienamente soddisfare tali richieste attraverso una leadership trasparente e un'organizzazione meno avvezza a burocratismi o manicheismi ideologici.

La ricerca per la salute in Italia, oggi più che mai, ha bisogno di un ISS che continui a creare scienza, a supportare le migliori menti del Paese, a rafforzare il ruolo dell'Italia nel panorama europeo e internazionale, a promuovere la ricerca tesa alla creazione di valore, a coordinare quanto c'è di meglio in ambito scientifico nazionale, incentivando, parimenti, le nuove realtà scientifico-imprenditoriali presenti in Italia e nel mondo (*start-up*, *spin off* accademici e non), a integrarsi con il Ministero della Salute, le Agenzie per la salute, le Università, gli IRCCS e tutte le altre istituzioni che credono ancora nel valore della ricerca e nel Sistema Paese.

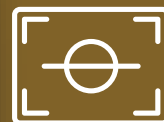
Il processo di cambiamento dell'ISS può divenire concretamente uno stimolo forte per lo sviluppo della ricerca in Italia.

Riferimenti bibliografici

1. Ricciardi W, Atella V, Cricelli C, et al. *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del Servizio Sanitario Nazionale: come evitarlo?* Milano: Vita e Pensiero; 2015.
2. Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). *La ricerca e sviluppo in Italia*. Roma: ISTAT; 2014 (www.istat.it/it/archivio/141001).



**Nuova *governance*
e *skill* necessari
per i dirigenti dell'ISS**



pag.
35-38

Affinché si ottenga una consapevole partecipazione di tutti coloro che lavorano in Istituto nel processo di innovazione dello stesso è necessaria una premessa: per gestire il cambiamento bisogna essere pronti a guidarlo. La prospettiva di una *governance* che tenga conto dell'evoluzione strutturale e funzionale della nostra Istituzione non può prescindere da una tensione crescente al miglioramento personale e collettivo che, oltre allo spessore tecnico-scientifico, possa assecondare le necessità di un sistema caratterizzato da un elevato livello di complessità.

Affinché ciò sia possibile, bisogna ripensare, innanzitutto, all'attuale processo di formazione e "formazione continua" tanto del personale dirigente quanto di quello non dirigente, che in prospettiva possa assumere ruoli di *governance* all'interno dell'Istituto e nell'ambito del Sistema Salute.

La moderna formazione di un professionista della salute richiede un'opera pedagogica forte e integrata che, pur basandosi sulle conoscenze tecniche, deve tenere conto degli ampi risvolti civili e sociali dell'azione e della ricerca in sanità e per la salute, rispetto alle quali occorre condividere responsabilità, esperienze e competenze per formare professionisti preparati e adeguati al contesto sociale e sanitario attuale. I processi formativi pre e post laurea dovrebbero, infatti, tener conto della necessità di momenti focalizzati su *skill* che permettano la crescita di una nuova classe di professionisti competenti per la lettura delle criticità dei sistemi e per dare risposte appropriate e utili a risolvere le crescenti problematiche di gestione e sostenibilità dei servizi (1).

Tra queste competenze sembra utile ricordare:

- conoscenza e comprensione degli ambiti affini alla propria *expertise*, comprese le scienze biomediche, le scienze psicosociali, le nozioni fondamentali della ricerca basata sul paziente, di ordine clinico e sociale;
- comprensione generale delle scienze epidemiologiche e di popolazione, delle scienze cliniche e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione;
- abilità nella comunicazione, nella capacità di pianificazione e gestione del tempo, nell'analisi e nel trattamento delle informazioni, e nella capacità di gestione;
- abilità correlate alla ricerca e all'insegnamento;
- capacità di soluzione di problemi;
- abilità nella collaborazione multidisciplinare e nel lavoro di gruppo (2).

Pertanto, è palese che scienza e conoscenza dovranno armonizzarsi verso un orientamento manageriale per coloro che avranno ruoli di responsabilità nella ricerca e per la sanità pubblica, italiana e non solo. La formazione dei presenti e futuri leader deve considerare anche i *non-technical skill (soft skill)* per comprendere l'importanza strategica della valorizzazione delle risorse umane. Affinare le capacità di comunicazione e di relazione - dimensioni informali che giocano un ruolo fondamentale nei processi quotidiani - risulta indispensabile per valorizzare la performance individuale e organizzativa, contribuendo al raggiungimento di una migliore qualità delle attività.

Un buon professionista scientifico, sia esso un ricercatore, un clinico o un tecnico, dovrà avere le capacità per essere riconosciuto come leader del proprio gruppo di lavoro e porre particolare attenzione nell'allineare il proprio team con quanto definito in termini di obiettivi e priorità strategiche, creando impegno da parte dell'intera squadra di lavoro per la reale comprensione delle scelte auspiccate e il perseguimento delle stesse (3). Pertanto, bisognerà approcciarsi alla leadership come strumento necessario e da costruire nella prospettiva, in questo caso, di orientare l'ISS ai cambiamenti del presente e alle prossime sfide. La leadership disegna, infatti, i confini del futuro, allinea le persone a una *vision* comune e orienta gli sforzi alla realizzazione del progetto, nonostante gli ostacoli.

A tale proposito è importante definire un altro necessario livello di competenza per coloro che assumono ruoli di responsabilità nella struttura ove si è presenti: la *stewardship*, ovvero la gestione responsabile di beni che appartengono ad altri (4). Dal punto di vista organizzativo e manageriale la logica della *stewardship* tende a superare la logica del controllo e della gerarchia per livelli sostituendola con una più adeguata logica della condivisione e della partnership, della responsabilità e della affidabilità nella prospettiva dello sviluppo etico di beni comuni.

La *stewardship* non è però soltanto un principio etico, ma un insieme di pratiche, di procedure, di standard e di norme, che mirano a orientare in modo responsabile le decisioni e i comportamenti delle organizzazioni e dei soggetti, i processi amministrativi e decisionali, e i processi produttivi, logistici e di consumo.

In definitiva, guidare nell'etica per essere parti qualificanti del sistema ove si opera.

Riferimenti bibliografici

1. Frenk J. *Globalization and health: the role of knowledge in an interdependent world*. (David E Barmes Global Health Lecture). Bethesda: National Institution of Health; 2009.
2. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, *et al.* Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet* 2010;376(9756):1923-58.
3. David SJ, Podolsky SH, Greene JA. The burden of disease and the changing task of medicine. *N Engl J Med* 2012;366:2333-8.
4. Burger J. Restoration, stewardship, environmental health, and policy: understanding stakeholders' perceptions. *Environ Manage* 2002;30(5):631-40.



Mappatura delle competenze



pag.

39-43

Il processo di cambiamento dell'ISS, in risposta alle dinamiche prima descritte, ha portato a una riorganizzazione strutturale, tarata sulle necessità del nostro Paese e del Sistema Salute. Il nuovo indirizzo strategico, supportato da un chiaro orientamento di sanità pubblica a guidare il notevole patrimonio tecnico-scientifico e il capitale umano e professionale dell'Istituto, ha quali obiettivi prioritari:

- massima valorizzazione del capitale umano;
- promozione di qualità, flessibilità e innovazione;
- autonomia e responsabilizzazione sull'uso delle risorse e sui risultati;
- essenzialità e semplicità dei percorsi tecnico-scientifici e amministrativi;
- tolleranza zero:
 - per il "preariato cronico", perseguendo processi di stabilizzazione e rendendo rigorosi i confini tra formazione e altre forme contrattuali lavorative;
 - per l'autoreferenzialità, introducendo strumenti obiettivi e concordati di valutazione.

Negli ultimi decenni, nel contesto di una crisi che, di fatto, ha palesato i limiti dell'organizzazione dei sistemi complessi (governi, istituzioni, sanità), l'unica risorsa ancora viva e potenzialmente in crescita è quella del capitale umano con le sottese competenze professionali. Inoltre, in ambito medico si è visto chiaramente il passaggio da un'impostazione "paternalistica" della medicina a una maggiormente tecnologica, declinata nella pratica clinica attraverso l'*evidence based medicine* e in sanità pubblica con la *evidence based prevention* e la *evidence based healthcare* (1). Il concetto stesso di valore, come si argomenterà puntualmente nel prossimo capitolo, sta cambiando radicalmente in relazione alla notevole contrazione delle risorse complessive a disposizione dei servizi sanitari nazionali, e il nuovo concetto di "valore in sanità" è definibile attraverso il rapporto tra i risultati di salute ottenuti e il costo sostenuto dal sistema per erogare i servizi a questi dedicati.

Da tali considerazioni diviene essenziale, quindi, una nuova consapevolezza culturale al fine di capire quali scelte sia opportuno mettere in campo per "fare le cose giuste al momento giusto", così come una più condivisa assunzione di responsabilità sia nelle decisioni sull'allocazione delle - sempre meno - risorse disponibili, che nel ruolo ricoperto dai singoli professionisti all'interno dei percorsi di cura. E anche per chi crea salute attraverso la ricerca, la valutazione e il monitoraggio, l'impegno quotidiano, la voglia di superare inerzia e difficoltà, l'obiettivo della creazione di valore si configura possibile solo se accompagnato da una tensione al miglioramento continuo, individuale e sistemico.

Infatti, l'approccio basato sulla competenza individuale e unicamente tecnico-professionale del ricercatore, del medico e del professionista della salute:

- non riesce a stare al passo con i progressi e le scoperte scientifico-tecnologiche e con la maggiore conoscenza necessaria alla loro messa in pratica;
- non riesce a fronteggiare la complessità delle cure, né a rispondere alle aspettative del sistema, né a governare i cambiamenti nel lavoro di squadra.

In questo contesto, la "struttura", ovvero l'organizzazione burocratica, diviene l'elemento più semplice da modificare e pertanto l'oggetto più frequente di cambiamento, rappresentando anche la dimensione meno rilevante dell'organizzazione (in senso lato) se comparata agli aspetti delle conoscenze, delle relazioni e, soprattutto, delle competenze.

Se modificare la "struttura" non paga, la soluzione è di nuovo ribaltare il ragionamento, ovvero cambiare la "cultura".

Il cambiamento culturale porta a una forte chiamata a leggere in chiave sistemica e in una prospettiva nazionale e internazionale la propria attività, maturando le competenze necessarie ad assecondare i bisogni scientifici e intellettuali del Sistema Salute. Pietra angolare di tale processo di cambiamento è il tentativo di rendere la ricerca biomedica e la sanità vicine alle necessità della popolazione. La popolazione dovrà sentirsi pienamente "tutelata" dalla ricerca e da tutti i suoi attori, per poter credere pienamente nelle istituzioni, specie quelle scientifiche.

Un processo di cambiamento concretamente proteso a tali obiettivi necessita di attori le cui tecniche e peculiarità intellettuali possano essere pienamente valorizzate in un sistema armonico, dove la competenza venga premiata non nella prospettiva dell'autoreferenzialità, ma nella necessità del bene comune.

Proprio per questo, oggi, una formazione innovativa per una competenza diffusa e rivolta al perseguimento dell'eccellenza richiede la coerenza verso principi guida fondamentali, quali:

- uguaglianza;
- integrità;
- collaborazione;
- motivazione;
- dinamicità;
- sostenibilità (2, 3).

Ai valori di riferimento, guida di una consapevolezza etica e di un comune sentire istituzionale, deve essere affiancata una programmazione:

- inclusiva;
- coinvolgente;
- partecipata;
- trasparente;
- fattibile;
- misurabile.

Competenze coerenti con le complessità odierne devono poter affrontare il bisogno di portare la salute in tutte le politiche, nella scia del programma *Health in All Policies* (4), per cui l'impegno del professionista e del ricercatore per la sanità pubblica dovrà essere sempre più diretto al supporto del decisore affinché le scelte possano essere motivate da evidenza scientifica e prove di efficacia. In tutte le politiche la salute dovrà essere declinata in tutte le scelte tese alla preservazione dell'ambiente in cui viviamo, in quelle tese a una pianificazione strategica del trasporto, dell'alimentazione e della cultura, tutti elementi impattanti la salute dei singoli e della popolazione.

In merito alla pianificazione di interventi o allo sviluppo di politiche sanitarie saranno senza dubbio da incentivare gli approcci comunicativi, specie nella resa efficace delle ricerche e degli indirizzi verso i decisori e i pazienti. Allo stesso modo, professionisti e *stakeholder* dovranno essere maggiormente consapevoli degli aspetti delle disuguaglianze di salute e dei determinanti socio-economici delle stesse. Una visione sistemica della sanità e delle azioni rivolte alla salute dovrà essere parte di un processo di miglioramento continuo, che abbia i propri pilastri nella possibilità di un'adeguata formazione alla leadership e alla *stewardship*.

Il processo di responsabilizzazione nei confronti del sistema, in funzione del merito e della trasparenza, dovrà passare attraverso una definizione dei nuovi gruppi di lavoro mediante un'innovazione dei processi di selezione e di scelta nella prospettiva della trasparenza tramite, ad esempio, l'implementazione di un portale di *knowledge sharing* per il quale sarà possibile:

- ricercare personale in base alle competenze;
- personalizzare direttamente il proprio curriculum;
- aggiornare ulteriori competenze in base al proprio background;
- creare una bacheca con le posizioni vacanti;
- autocandidarsi sulla base delle proprie competenze.

In virtù della partecipazione di tutti i portatori d'interesse ai processi decisionali e di scelta, da parte dell'Istituto vi sarà, pertanto, l'impegno a mappare - in maniera partecipata ed *evidence based* - il profilo di competenze di ciascun professionista dell'Istituto al fine di delineare una prospettiva *bottom up* coerente con le risorse presenti. Tale prospettiva sarà tesa al miglioramento continuo tanto dei Centri che dei Dipartimenti, i quali fungeranno da teatro per la valorizzazione delle competenze dei singoli attori coinvolti nella grande opera di innovazione e incentivazione della ricerca e della sanità italiana.

Riferimenti bibliografici

1. Gray JAM. *Defining the population for systems of care*. Thebmjblogs 23 October 2012. (<http://blogs.bmj.com/bmj/2012/10/23/muir-gray-defining-the-population-for-systems-of-care/>).
2. World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. *European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services*. Malta: WHO Press; 2012.
3. The Council on Linkages Between Academia and Public Health Practice. *Core competencies for public health professionals*. Washington (DC): Public Health Foundation; 2014.
4. Puska P. Health in all policies. *Eur J Public Health* 2007;17(4):328.



**Nuova tassonomia
della salute e della sanità:
triplo valore**



pag.
45-48

La crisi che fronteggiamo non sarà risolta da un aumento delle conoscenze scientifiche o da più denaro [...].

Ciò di cui abbiamo bisogno sono nuovi sistemi decisionali e di gestione della cura, nonché di una nuova cultura centrata sul paziente e sul rifiuto degli sprechi.

Una nuova cultura richiede una buona leadership, ma anche un linguaggio comune e concetti condivisi sui quali fondare decisioni e gestione della cura.

Sir Muir Gray

La chiave per avviare un nuovo percorso di gestione del cambiamento è fondare il Sistema Salute su nuovi valori. Il termine valore, nel linguaggio comune, che si applica anche all'esperienza sanitaria, assume un duplice significato: da un lato, il pregio, l'importanza che qualcosa ha dal punto di vista estetico, culturale, storico, scientifico o morale, dall'altro, la caratteristica che indica il rapporto quantitativo di scambio con altri beni o con moneta o l'utilità che esso rappresenta per chi lo possiede. Fino a ora, in campo sanitario, i valori portanti sono stati dapprima quelli dell'efficienza e dell'efficacia e poi del costo-efficacia, e il concetto di valore si applicava soltanto alla dimensione strutturale organizzativa e produttiva del sistema sanitario nazionale (1).

La situazione critica attuale richiede invece di prendere sempre più in considerazione una triplice dimensione del valore:

1. valore tecnico-professionale: determinato dal rapporto tra gli *outcome* di salute e le risorse impiegate per ottenerli, intendendo come risorse non solo quelle meramente finanziarie ma anche, ad esempio, il tempo dei pazienti e dei clinici;
2. valore allocativo: misura quanto il denaro sia ben distribuito tra le diverse parti di un sistema sanitario e tra i sottogruppi delle singole popolazioni, in relazione, da un lato, con gli obiettivi politici, dall'altro, con il valore tecnico e quello personale;
3. valore personale: ciò che il singolo paziente considera importante in relazione ai suoi *outcome* di salute. Sarà necessariamente diverso da persona a persona (ad esempio, in base alle occupazioni e all'abilità che il paziente ha a cuore di mantenere nel suo tempo libero), da gruppo a gruppo (ad esempio, diverso per giovani e anziani), e in base alla gravità della condizione considerata. In altre parole, dipende dalle aspettative del paziente su ciò che sarà in grado di fare dopo il trattamento (2). Ad esempio, un uomo di 80 anni reputerebbe di valore il fatto di riuscire ancora a camminare dopo un intervento all'anca, mentre un giovane darebbe per scontato di poter camminare e vorrebbe piuttosto anche tornare a correre dopo lo stesso tipo di operazione. Quindi, il valore personale si definisce come una fornitura di servizi basata su ciò che importa all'individuo, a ciò che il singolo ritiene importante relativamente alla sua percezione di salute.

Le scelte di allocazione delle risorse in un sistema sanitario si estrinsecano a tre differenti livelli:

- livello di programma: i principali programmi di salute sono, ad esempio, quelli dedicati alle macroaree, quali le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie, la salute mentale ecc.;
- livello di sistema: all'interno di ogni singolo programma si possono declinare differenti sistemi basati sulla specifica patologia o sul problema espresso dal paziente, ad esempio, all'interno del programma cardiovascolare si deve scegliere se allocare più risorse al sistema dello scompenso cardiaco o a quello della fibrillazione atriale;
- livello di trattamento: ad esempio, tra i diversi trattamenti disponibili per la fibrillazione atriale si deve scegliere quello di maggiore valore tecnico-professionale, ma anche di maggiore valore per la persona (3).

Programmi, sistemi e trattamenti devono quindi essere riorganizzati in modo nuovo, in relazione alla disponibilità di investimenti, al valore tecnico delle varie tecnologie e procedure, e alle aspettative del paziente, e l'ISS dovrà essere pronto a supportare tali nuove esigenze.

Proprio in questo momento, infatti, il Public Health England, ente teso a preservare la qualità e gli obiettivi della sanità pubblica britannica, sta proponendo una nuova classificazione di programmi e sistemi di salute, costituita dai problemi di salute "classici" (le patologie definite dalla International Classification of Diseases (ICD) e da nuove entità complesse che prendono in considerazione la fragilità sociale e psicologica (multi-morbosità) (4).

Ne deriva un elenco di trenta programmi di salute, articolati in cento sistemi e ordinati sulla base dell'entità di investimenti che essi richiedono.

Un sistema sanitario rinnovato, che si fondi sulla triplice dimensione del valore, dovrà quindi essere in grado di:

- allocare le risorse nel miglior modo possibile nei vari programmi e sistemi;
- garantire la fornitura di trattamenti efficaci, basati sull'evidenza, costo-efficaci e il disinvestimento da quelli con scarso valore;
- aiutare il cittadino ad avere accesso alle cure con modalità che rispettino il suo valore personale.

È, quindi, importante costruire dei percorsi di cura che tutelino queste premesse.

I percorsi sono definiti come la "strada" che la maggior parte dei pazienti percorre attraverso la rete, dove per rete si intende l'insieme di tutte le organizzazioni e i professionisti che lavorano per il raggiungimento dell'obiettivo del sistema (5).

Il ruolo dell'ISS

In questa nuova cornice l'ISS può assumere un ruolo di guida, colmando la necessità di *stewardship* espressa da tutti i livelli della sanità italiana che dovrà essere sempre più considerato quale valore della comunità di ricercatori, dirigenti e personale dell'Istituto, attraverso la messa a sistema delle sue eccellenze nell'ambito della ricerca di base e applicata al fine di strutturare sistemi assistenziali per patologia basati sulla popolazione.

Riferimenti bibliografici

1. Gray M. From public health to population medicine: the contribution of public health to health care services. *Eur J Public Health* 2010;20(4):366-7.
2. Value in Healthcare Forum. The Triple Value Agenda. 2015 (www.vihf.net/#triple-value/c176x).
3. Gray JAM. The shift to personalised and population medicine. *The Lancet* 2013;20;382(9888):200-1.
4. NHS England. RightCare Programme (www.rightcare.nhs.uk/index.php/programme/).
5. Gray JAM. *Defining the population for systems of care*. Thebmjblogs 23 October 2012 (<http://blogs.bmj.com/bmj/2012/10/23/muir-gray-defining-the-population-for-systems-of-care/>).



9

Prospettiva dell'ISS



pag.
49-52

Il miglior servizio sanitario del futuro non sarà più quello che fornisce tutto a tutti, ma quello che stabilisce ciò che la società desidera spendere per l'assistenza sanitaria e che di conseguenza eroga, con criteri espliciti, servizi basati su prove di efficacia in modo umano e trasparente e senza chiedere l'impossibile al personale sanitario.

In altre parole, in un futuro non troppo lontano potrebbe non essere più possibile erogare tutte le prestazioni che si sono dimostrate efficaci o costo-efficaci a tutti coloro che ne trarrebbero un giovamento. Pertanto, i nuovi sistemi sanitari e coloro che li guideranno dovranno essere in grado di valutare e stabilire degli obiettivi di salute che la società si aspetta di raggiungere.

Emerge, a tale proposito, un imperativo etico che deve spingere tutti gli attori a compiere uno sforzo collettivo e coordinato per indirizzare la politica verso scelte sostenibili e illuminate dalle evidenze.

Nel quadro sopra descritto, il nuovo ISS potrebbe rappresentare una struttura centrale nei processi decisionali sanitari italiani.

L'ISS, infatti, sarà un organo tecnico-scientifico del Ministero della Salute, che si interfacerà con le principali Istituzioni europee, scientifiche e non, in raccordo con altre Istituzioni nazionali (AIFA, AGENAS, Regioni), Ministeri (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare, Ministero delle Politiche Agricole Alimentari e Forestali), Società scientifiche e Centri di ricerca italiani (IRCCS, Università, CNR ecc.) e internazionali (ECDC, CDC, ANSES, RIVM, BfR, Danish EPA), privati (industria) e cittadini (associazioni).

L'ISS del futuro sarà attore sempre più centrale all'interno dei processi decisionali nazionali e internazionali (Figura).



Figura - Il nuovo ruolo dell'Istituto Superiore di Sanità

In particolare:

- l'ISS dovrà affermarsi come l'Istituto che propone le linee di indirizzo e coordina la ricerca nel Paese;
- il nuovo ISS potrebbe rappresentare l'Istituto nazionale responsabile della mediazione delle decisioni tra le Istituzioni europee e le Regioni. Questo grazie anche all'*expertise* di cui gode;
- il nuovo ISS, grazie all'esperienza maturata nel campo della formazione e alle personalità presenti nel suo organico, potrebbe configurarsi come Istituto di coordinamento e raccordo dell'attività didattico-formativa-informativa del Paese;
- l'ISS dovrà confrontarsi con i principali Istituti e Centri di Ricerca europei e internazionali nel settore della *Public Health* con lo scopo di rafforzare le collaborazioni già esistenti e istituirne di nuove per affermarsi quale attore imprescindibile nel panorama della sanità pubblica internazionale.

Quelli appena citati rappresentano solo alcuni dei ruoli chiave che l'ISS potrebbe ricoprire nel presente e nel prossimo futuro. Tutto ciò in un'ottica di servizio per tutelare e promuovere la salute degli italiani, che ha sempre contraddistinto il ruolo dell'Istituto nei confronti del Paese.

Conclusioni

Come più volte è stato sottolineato all'interno dei precedenti capitoli, il processo di rinnovamento dell'ISS ha nel cambiamento del nostro Paese le sue premesse.

L'Italia è uno dei Paesi al mondo in cui si vive di più e, di conseguenza, stanno aumentando gli individui affetti da una o più patologie croniche. A fronte di questa transizione epidemiologica e della scarsità di risorse, occorre sempre di più offrire ai cittadini servizi sanitari di qualità - efficaci, efficienti, equi e accessibili - per garantire loro il bene "salute".

Promuovere e tutelare la salute pubblica attraverso attività di ricerca, sorveglianza, regolazione, controllo, prevenzione, comunicazione, consulenza e formazione, rappresenta, difatti, la nuova mission dell'ISS.

Per perseguire tale mission, tuttavia, occorre che l'Istituto, grazie alla propria expertise nella ricerca, nel controllo e nella consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità pubblica, assuma un ruolo guida, sia all'interno del contesto italiano che europeo ponendosi a supporto di Governo, imprese, cittadini, Enti e Istituzioni nazionali e internazionali con cui instaurare delle partnership virtuose. Occorre sottolineare, tuttavia, che di fronte alle sfide comuni più pressanti (aumento dei costi dell'assistenza sanitaria, transizione epidemiologica, risorse limitate, disuguaglianze nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari), tutti i sistemi sanitari, nonché le istituzioni che ve ne fanno parte, devono avere la capacità di adattarsi e di affrontare tali sfide significative con risorse limitate (resilienza).

La chiave per avviare un nuovo percorso di gestione del cambiamento risiede nel fondare l'assistenza sanitaria su nuovi valori e, precisamente, nel considerare la triplice dimensione del valore: il valore tecnico-professionale, il valore allocativo e il valore personale.

La riorganizzazione dell'Istituto va a porsi, pertanto, all'interno di tale contesto rispecchiando così sia le necessità del nostro Paese che quelle del Sistema Salute.

L'ISS può rafforzare il proprio ruolo guida nel contesto italiano ed europeo, mettendo a sistema le proprie e altrui eccellenze con il proposito, ad esempio, di dotare il nostro SSN di sistemi assistenziali per patologia, come già avviene in altri Paesi europei. La riorganizzazione dell'ISS secondo quest'ottica non può prescindere, tuttavia, dalla massima valorizzazione dell'unica risorsa ancora viva e potenzialmente in crescita, ovvero il capitale umano con le sottese competenze professionali. Divengono sempre di più necessari per i professionisti che operano in sanità sviluppare la consapevolezza di "fare le cose giuste al momento giusto" (priority setting) e assumere responsabilità sia per quanto riguarda le decisioni che l'allocazione delle risorse. La massima valorizzazione dei professionisti dell'ISS si inserisce, pertanto, in questo contesto: le tecnicità e le peculiarità intellettuali dei vari professionisti vanno a localizzarsi all'interno di un sistema armonico teso al bene comune e in cui la competenza viene premiata, ma non in una prospettiva di autoreferenzialità.

I principi guida tesi a garantire una competenza diffusa e rivolta al perseguimento dell'eccellenza si configurano nell'uguaglianza, nell'integrità, nella collaborazione, nella motivazione, nella dinamicità e nella sostenibilità. I professionisti dell'ISS dovranno essere in grado sia di possedere competenze cosiddette tecniche e specifiche per il loro profilo, ma dovranno sviluppare quelle competenze non-tecniche (soft skill) - capacità comunicative, di problem solving, di lavorare in gruppo, di leadership ecc. - che permetteranno loro di fronteggiare le sfide a cui il nostro sistema sanitario e tutte le Istituzioni che ne fanno parte sono chiamati a rispondere.

Tali considerazioni valgono per tutti, ma in particolar modo per i dirigenti dell'ISS, i quali sono ulteriormente chiamati a gestire i propri Centri/Dipartimenti in maniera etica, secondo i principi della stewardship, ovvero in una logica di condivisione di responsabilità, di comportamenti e di decisioni riguardanti sia la struttura organizzativa, con i processi che la caratterizzano, sia i singoli soggetti e le loro azioni.

Stampato in proprio
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299
00161 Roma
Marzo 2016

Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma