

Sintetica memoria in riferimento audizione informale presso Commissione Affari sociali Camera dei deputati, nell'ambito dell'esame del disegno di legge C. 3475, recante "Delega al Governo per il riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, di cui al decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 28"

1. Definizione di IRCCS e relativo inquadramento come *legal entity* (punto a). L'attuale definizione fa riferimento ad un Ospedale (ricovero e cura) in un sistema sanitario nazionale progressivamente regionalizzato, ma con che deve al tempo stesso dimostrare livello di eccellenza nella ricerca così come riconosciuta da MdS, e che sia di rilevanza nazionale. La valutazione tra tale definizione e la situazione attuale avrebbe conseguenze su alcuni degli attuali IRCCS (non Ospedali?, non rilevanza nazionale?). Modifiche di questa definizione potrebbero comportare l'allocazione degli IRCCS ad Enti di Ricerca vigilati e/o verso lo status di Ospedali di Ricerca , entrambe soluzioni con aspetti positivi e negativi da chiarire.
2. Criteri di riconoscimento, conferma ed eventuale revoca (diversi punti b,c,i).
Si considera positivamente l'indicazione che le aree di riconoscimento siano nell'ambito delle aree tematiche internazionalmente riconosciute (MDC) per motivi di trasparenza (superamento di aree di riconoscimento generiche che di fatto permettevano di aumentare la capienza scientifica per finanziamento della ricerca corrente) e di più immediata comprensione a livello internazionale sulla natura di un IRCCS. Analogamente positiva è la valutazione di una scadenza quadriennale per la valutazione e l'integrazione di criteri come ruolo di centro regionale e sovraregionale (*hub*) e la promozione/partecipazione a reti nazionali ed internazionali. Si richiama l'attenzione su aspetti di criticità: 1. Valutazione delle soglie di produzione scientifica (IF normalizzato) in relazione alle diverse MDC (perché differenti? visto che sono comunque normalizzate?); 2. Riconoscimento mono vs pluri-specialistico. Tale criticità pertiene non agli IRCCS mono-specialistici (area di riconoscimento coincide con tutta l'attività dell'istituzione), ma al riconoscimento degli IRCCS di Ospedali ad Alta specializzazione: come potrà essere gestito eventuale passaggio da una singola area di riconoscimento iniziale all'eventuale integrazione su più di un'area, quando siano in essere le competenze cliniche e di ricerca necessarie? 3. Non si ritiene necessario alcuna classificazione di specifiche caratteristiche nella MDC pediatria, ma solo la coerenza a livello nazionale del riferimento all'età (0-18 anni).
3. Governance, interazione e coordinamento tra DS e DG (punto h). Molto positiva è l'indicazione della necessità di una stretta sinergia da DG e DS che oggi rappresenta in molti IRCCS un aspetto di assoluta criticità. L'inserimento del DS nella Direzione strategica dell'Istituto è un richiamo fondamentale al superamento del dualismo che intrinseco alla natura dell'IRCCS (regionalizzazione del SSN e controllo del MdS sulla ricerca). E' estremamente importante che il management stesso della ricerca sia assunto come priorità sia in relazione alla necessità di una regia nazionale (linee strategiche che possono essere favorite anche dalle reti per MDC) sia regionale (funzione di *hub* per la ricerca delle strutture sanitarie non IRCCS).
4. Ruolo e attenuazione dell'incompatibilità/esclusività del DS (punto i). Si suggerisce che tale "apertura" possa essere individualizzata alle specifiche realtà e bisogni dei diversi IRCCS.
5. Revisione del percorso in applicazione della legge 17 Dicembre 2017 (punto n) con possibilità di riduzione del percorso e contratta a TD (ore 5+5) per quei casi in cui il ricercatore abbia raggiunto gli obiettivi prefissati prima dei 10 aa

Prof. Andrea Biondi

Monza, 29 Marzo, 2022

