



LA CURA LA SFIDA DELLA MEDICINA TERRITORIALE

MEDICINA DEL TERRITORIO LE CURE VICINO ALLA RESIDENZA DEL PAZIENTE

Un aspetto poco considerato dalla comunità scientifica e dai servizi sanitari è la conoscenza dei disagi che i pazienti e i loro familiari devono affrontare per i viaggi, i tempi, le spese necessarie per esami clinici, o per ricevere un trattamento antitumorale. La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio (*travel burden*) possono influenzare negativamente sia l'adeguatezza delle cure sia la sopravvivenza. Inoltre, la necessità di assistenza sul territorio delle malattie croniche, come quella oncologica, sta diventando di estrema attualità. Nell'Azienda Sanitaria di Piacenza, da diversi anni è stato strutturato un modello organizzativo che prevede l'intervento dei medici oncologi o ematologi che dalla rispettiva unità operativa dell'ospedale principale (Piacenza) si spostano giornalmente sul territorio e prestano la loro attività in ambulatori dedicati, con personale infermieristico *ad hoc* negli ospedali di prossimità.

Luigi Cavanna, Chiara Citterio, Camilla Di Nunzio, Elena Zaffignani, Gabriele Cremona, Stefano Vecchia, Maurice De Ponzio, Alessandra Riva, Manuela Proietto, Patrizia Mordenti, Costanza Bosi, Daniele Vallisa, Anna Maria Andena, Luca Zanlari, Eliana Palermo, Mariana Iofrida, Lisa Groppi, Giuseppe Civardi, Fabrizio Artioli

PROPOSTE DI RIFORMA DEL PROCESSO CIVILE

Il processo civile italiano presenta da anni elementi di criticità dovuti alla inidoneità a garantire una risposta giudiziaria in tempi tali da soddisfare le esigenze dell'economia e della società. Innegabili sono i danni economici dovuti ad un sistema che non permette uno snello soddisfacimento dei crediti e una efficace e rapida risoluzione delle controversie. Prima ancora di pur necessarie modifiche al codice di procedura civile, occorre dotare il sistema giustizia di idonee strutture e linee informatiche, così come occorre assumere e mantenere negli uffici personale e dirigenti qualificati, garantendo altresì un sistematico aggiornamento informatico dell'intero corpo amministrativo.

Anna Maria Gregori, Paolo Duvia

ENERGIA EOLICA OFFSHORE: L'ITALIA PUÒ DIVENIRE LEADER MONDIALE

Negli ultimi anni, l'attenzione verso i cambiamenti climatici e la necessità di ridurre le emissioni hanno portato a un crescente interesse verso la produzione di energia eolica, anche in relazione alla possibilità di ridurre i costi connessi all'importazione dei combustibili fossili e alle significative ricadute occupazionali. In particolare, grazie ai diversi vantaggi che essa offre, in relazione alla possibilità di incremento della producibilità energetica e di riduzione degli impatti acustici, visivi e paesaggistici, attualmente le più interessanti prospettive per lo sfruttamento dell'energia eolica riguardano prevalentemente l'eolico *off-shore* e in particolare modo quello in acque profonde.

Giuseppe R. Tomasichio



DIRETTORE SCIENTIFICO
Giuseppe Valditara

DIRETTORE RESPONSABILE
Salvatore Sfrecola

COMITATO DI REDAZIONE

area giuridica: Stefano Tarullo
area economica: Rosa Lombardi
area medica: Roberto Ciocchi
area scientifica: Cinzia Bisi, Alberto Lusiani
area umanistica: Marco Paolino
coordinamento: Felice Mercogliano

CONTATTI
lettera150.info@gmail.com



la Bussola

Copyright © MMXX

www.labussolaedizioni.it
info@labussolaedizioni.it
0039 06 87646960

ISBN 979-12-5474-095-8

Fascicolo: Anno II, 2/2022
pubblicato il 07 aprile 2022

Indice

- 5 *Comitato scientifico*
- 9 *Editoriale*
- 11 **MEDICINA DEL TERRITORIO**
Le cure oncologiche vicino alla
residenza del paziente.
*A CURA DI: Luigi Cavanna, Chiara Citterio,
Camilla Di Nunzio, Elena Zaffignani,
Gabriele Cremona, Stefano Vecchia, Maurice
De Ponzio, Alessandra Riva, Manuela Proietto,
Patrizia Mordenti, Costanza Bosi, Daniele
Vallisa, Anna Maria Andena, Luca Zanlari,
Eliana Palermo, Mariana Iofrida, Lisa Groppi,
Giuseppe Civardi, Fabrizio Artioli*
- 21 **PROPOSTE DI RIFORMA
DEL PROCESSO CIVILE**
di Anna Maria Gregori, Paolo Duvia
- 25 **ENERGIA EOLICA OFFSHORE:
L'ITALIA PUÒ DIVENIRE
LEADER MONDIALE**
di Giuseppe R. Tomasicchio

Comitato scientifico

GAETANO AIELLO – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	GIUSEPPE BERTAGNA – UNIVERSITÀ DI BERGAMO	FIAMMA BUTTITTA – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CHIETI	FRANCESCO CERTA – UNIVERSITÀ DI SIENA
ALBERTO ALOISIO – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	NINO BEVILACQUA – IMPRENDITORE CEO ITALCONSULT	FABRIZIO CALLIADA – UNIVERSITÀ DI PAVIA	UMBERTO CHERUBINI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
ANDREA ALUNNI – OXFORD UNIVERSITY INNOVATION	MICHELE BIANCHI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	CORREDINO CAMPISI – UNIVERSITÀ DI GENOVA	MASSIMI CHIAPPINI – INGV
EMANUELA ANDREONI FONTECEDRO – UNIVERSITÀ ROMA TRE	ANTONIO BIANCONI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	MAURA CAMBRA – UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE	GHERARDO CHIRICI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE
FABRIZIO ANTOLINI – UNIVERSITÀ DI TERAMO	EMANUELE BILOTTI – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA	FRANCESCA CANEPA – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI MILANO	MICHELE CIAVARELLA – POLITECNICO DI BARI
ALESSANDRO ANTONELLI – UNIVERSITÀ DI PISA	MARCO BINDI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	VITO VALERIO CANTISANI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	CRISTIANO CICERO – UNIVERSITÀ DI CAGLIARI
STEFANO ARDUINI – LINK CAMPUS	GUIDO BISCONTINI – UNIVERSITÀ DI CAMERINO	SALVATORE CAPASSO – UNIVERSITÀ PARTHENOPE NAPOLI	SALVATORE CIMINI – UNIVERSITÀ DI TERAMO
GIAMPAOLO AZZONI – UNIVERSITÀ DI PAVIA	CINZIA BISI – UNIVERSITÀ DI FERRARA	ALBA CAPPELLIERI – POLITECNICO DI MILANO	ROBERTO CIROCCHI – UNIVERSITÀ DI PERUGIA
MARIA PIA BACCARI – LUMSA	GIAN CARLO BLANGIARDO – UNIVERSITÀ BICOCCA	RICCARDO CARDILLI – UNIVERSITÀ ROMA TOR VERGATA	PIER ANGELO CLERICI – OSPEDALE DI LEGNANO
MICHELA BACCINI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	FERNANDO BOCCHINI – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	GIAMPAOLO CARRAFIELLO – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	DINO COFRANCESCO – UNIVERSITÀ DI GENOVA
ANGELO BAGGIANI – UNIVERSITÀ DI PISA	UGO BOGGI – UNIVERSITÀ DI PISA	NICOLA CASAGLI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	PAOLA COGO – UNIVERSITÀ DI UDINE
PIERO BAGLIONI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	ALESSANDRO BOSCATI – UNIVERSITÀ DI MILANO STATALE	ELENA CATALANO – UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA	EMANUELA COLOMBO – POLITECNICO DI MILANO
VINCENZO BARONE – UNIVERSITÀ DI PISA	GIAMPIO BRACCHI – POLITECNICO DI MILANO	FRANCESCO SAVERIO CATALIOTTI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	GIORGIO LORENZO COLOMBO – UNIVERSITÀ DI PAVIA
GIORGIO BARONI – UNIVERSITÀ CATTOLICA	MARINA BRAMBILLA – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	RAFFAELE CATERINA – UNIVERSITÀ DI TORINO	VALENTINA COLOMBO – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA
PIERLUIGI BARROTTA – UNIVERSITÀ DI PISA	PAOLO BRANCHINI – INFN	ENRICO CATERINI – UNIVERSITÀ DELLA CALABRIA	MARIO COMBA – UNIVERSITÀ DI TORINO
SERGIO BASILE – GIÀ CONSIGLIERE CORTE DEI CONTI	SERGIO BRASINI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	FRANCESCO CAVALLA – UNIVERSITÀ DI PADOVA	GIOVANNI COMELLI – UNIVERSITÀ DI TRIESTE
STEFANO BASTIANELLO – UNIVERSITÀ DI PAVIA	ANTONIO BRIGUGLIO – UNIVERSITÀ ROMA TOR VERGATA	JACOPO CAVALLINI – UNIVERSITÀ DI PISA	MASSIMO CONESE – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FOGGIA
ALESSANDRA BECCARISI – UNIVERSITÀ DI LECCE	DRAGANA BROZ – UNIVERSITÀ INTERNAZIONALE DI ROMA / UNIVERSITÀ AMERICANA IN LIBANO	LUIGI CAVANNA – PRIMARIO DI ONCOEMATOLOGIA OSPEDALE DI PIACENZA	ANNA CONTARDI – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA
MICHELE BELLETTI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	LUIGI BRUGNANO – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	ALESSIO CAVICCHI – UNIVERSITÀ DI MACERATA	PIERLUIGI CONTUCCI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
LORENZO BELLO – POLICLINICO DI MILANO	GIACOMO BÜCHI – UNIVERSITÀ DI TORINO	DANILO CECCARELLI MOROLLI – UNIVERSITÀ MARCONI	MASSIMILIANO MARCO CORSI ROMANELLI – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO
STEFANO BENUSSI – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI BRESCIA – DIRETTORE DIPARTIMENTO CARDIOTORACICO OSPEDALI CIVILI DI BRESCIA	FEDERICA BURATTINI – UNIVERSITÀ DI FERRARA	MAURO CERONI – UNIVERSITÀ DI PAVIA	ALFREDO COSTA – UNIVERSITÀ DI PAVIA
	EZIO BUSSOLETTI – GIÀ UNIVERSITÀ DI NAPOLI PARTHENOPE		FERDINANDO COSTANTINO – UNIVERSITÀ DI PERUGIA

FRANCO COTANA – UNIVERSITÀ DI PERUGIA	ANDREA DI PORTO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	ANDREA FUSARO – UNIVERSITÀ DI GENOVA	MAURIZIO GRIGO – GIÀ PROCURATORE DELLA REPUBBLICA IN ABRUZZO E MOLISE
LUCA CRESCENZI – UNIVERSITÀ DI TRENTO	PAOLO DUVIA – UNIVERSITÀ DELL'INSUBRIA	MICHELE GALEOTTI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	GABRIELE GRILLO – POLITECNICO DI MILANO
ANDREA CRISANTI – UNIVERSITÀ DI PADOVA	MARIO ESPOSITO – UNIVERSITÀ DEL SALENTO	MARCO GAMBINI – UNIVERSITÀ TOR VERGATA ROMA	FABIO GUARRACINO – UNIVERSITÀ DI PISA
RENATO CRISTIN – UNIVERSITÀ DI TRIESTE	ADRIANO FABRIS – UNIVERSITÀ DI PISA	PAOLO GASPARINI – UNIVERSITÀ DI TRIESTE	GABRIELE IANNELLI – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II
EDOARDO CROCI – SENIOR RESEARCH FELLOW AND MEMBER OF THE MANAGEMENT COMMITTEE – COORDINATOR – GREEN ECONOMY OBSERVATORY – COORDINATOR – SMART CITY OBSERVATORY	ROMANO FANTACCI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	CARLO GAUDIO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	CESARE IMBRIANI – GIÀ UNIVERSITÀ LA SAPIENZA
RAIMONDO CUBEDDU – UNIVERSITÀ DI PISA	FRANCESCO FASOLINO – UNIVERSITÀ DI SALERNO	DANIELE GENERALI – UNIVERSITÀ DI TRIESTE	PIER DOMENICO LAMBERTI – UNIVERSITÀ DI PADOVA
FRANCESCO CUCCA – UNIVERSITÀ DI SASSARI	FRANCESCO FAVOTTO – UNIVERSITÀ DI PADOVA	GINO GEROSA – UNIVERSITÀ DI PADOVA	ISABELLA LOIODICE – UNIVERSITÀ DI BARI
GIOVANNI CUDA – UNIVERSITÀ MAGNA GRAECIA DI CATANZARO	CLAUDIO FAZZINI – POLITECNICO DI MILANO	GIUSEPPE GHINI – UNIVERSITÀ DI URBINO	ROSA LOMBARDI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA
FRANCESCO CURCIO – UNIVERSITÀ DI UDINE	PIERGIORGIO FEDELI – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI CAMERINO	EDOARDO GIARDINO – UNIVERSITÀ LUMSA	ALBERTO LUSIANI – SCUOLA NORMALE SUPERIORE DI PISA
MAURIZIO D'AMATO – POLITECNICO DI BARI	FLAVIO FELICE – UNIVERSITÀ DI CAMPOBASSO	GUIDO GILI – UNIVERSITÀ DI CAMPOBASSO	ANDREA MACCARINI – UNIVERSITÀ DI PADOVA
VITO D'ANDREA – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	SILVIA FERRARA – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	MARIASTELLA GIORLANDINO – IMPRENDITRICE	ROLANDO MAGNANINI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE
MARIA D'ARIENZO – UNIVERSITÀ FEDERICO II NAPOLI	VITTORIO FINESCHI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	GIAMPIERO GIRON – UNIVERSITÀ DI PADOVA	BEATRICE MAGRO – UNIVERSITÀ MARCONI
FABRIZIO DAVIDE – UNIVERSITÀ TELEMATICA INTERNAZIONALE UNINETTUNO	ANTONIO FIORELLA – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	AMBROGIO GIROTTI – POLITECNICO DI MILANO	GIULIO MAIRA – HUMANITAS
ENRICO DEL PRATO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	RAFFAELE FIUME – UNIVERSITÀ DI NAPOLI PARTHENOPE	FELICE GIUFFRÉ – UNIVERSITÀ DI CATANIA	ORNELLA MALANDRINO – UNIVERSITÀ DI SALERNO
MAURIZIO DE LUCIA – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	MARCELLO FOA – GIORNALISTA	PIER FILIPPO GIUGGIOLI – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	FRANCESCO MANFREDI – UNIVERSITÀ JEAN MONNET BARI
RUGGERO DE MARIA – UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE	LUIGI FOFFANI – UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA	CARLO ALBERTO GIUSTI – UNIVERSITÀ ECAMPUS	STELIO MANGIAMELI – UNIVERSITÀ DI TERAMO
GIOVANNI DERIU – UNIVERSITÀ DI PADOVA	PIETRO FORMISANO – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	PAOLO GONTERO – UNIVERSITÀ DI TORINO	ARTURO MANIACI – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO
VINCENZO DE SENSI – LUISS	FRANCESCO FORTE – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	GIUSEPPE GORINI – UNIVERSITÀ MILANO BICOCCA	VINCENZO MANNINO – UNIVERSITÀ ROMA TRE
ALFONSO DI AMATO – UNIVERSITÀ FEDERICO II, NAPOLI	CLAUDIO FRANCHINI – UNIVERSITÀ ROMA TOR VERGATA	MARCO GRASSO – OSPEDALE SAN GERARDO MONZA	SALVATORE MARANO – UNIVERSITÀ DI CATANIA
GIUSEPPE DI FAZIO – UNIVERSITÀ DI CATANIA	LORENZO FRANCHINI – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA	ANDREA GRAZIOSI – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	STEFANO MARASCA – UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
AUGUSTO DI GIULIO – POLITECNICO DI MILANO	PAOLA FRATI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	ANNA MARIA GREGORI – MAGISTRATO ORDINARIO, TRIBUNALE DI ROMA	ANTONIO MARCHETTI – UNIVERSITÀ G. D'ANNUNZIO CHIETI
ROBERTO DI LENARDA – RETTORE UNIVERSITÀ DI TRIESTE	RAFFAELE FRESA – UNIVERSITÀ DELLA BASILICATA	DARIO GREGORI – UNIVERSITÀ DI PADOVA	GIUSEPPE MARCIANTE – GIÀ CONSIGLIERE DI CORTE D'APPELLO
	ALBERTO FROIO – UNIVERSITÀ BICOCCA DI MILANO	PAOLA GRIBAUDDO – PRESIDENTE MUSEO ACCADEMIA ALBERTINA TORINO	GIULIANO MARELLA – UNIVERSITÀ DI PADOVA
	ANTONIO FUCCILLO – UNIVERSITÀ DELLA CAMPANIA VANVITELLI		

MASSIMO MARIANI – UNIVERSITÀ DI GRONINGEN – OLANDA	MATTEO NEGRO – UNIVERSITÀ DI CATANIA	CRISTINA PEDICCHIO – UNIVERSITÀ DI TRIESTE	PAOLO RAVIOLO – UNIVERSITÀ E-CAMPUS
CARLO MARICONDA – UNIVERSITÀ DI PADOVA	MARCO NESE – GIORNALISTA	DARIO PEIRONE – UNIVERSITÀ DI TORINO	PAOLO RENON – UNIVERSITÀ DI PAVIA
GIUSEPPE MARINO – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO	PAOLO NESI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	PIER GIUSEPPE PELICCI – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	ANGELO RICCABONI – UNIVERSITÀ DI SIENA
BARBARA MARUCCI – UNIVERSITÀ DI MACERATA	ANNA MARIA NICO – UNIVERSITÀ DI BARI	ANTONIO PERETTO – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	GIOVANNA RICCARDI – UNIVERSITÀ DI PAVIA
MARTA MARSILIO – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI MILANO	IDA NICOTRA – UNIVERSITÀ DI CATANIA	DIEGO PERONI – UNIVERSITÀ DI PISA	MARCO RICOTTI – POLITECNICO DI MILANO
CARLA MASI – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	OLIMPIA NIGLIO – HOKKAIDO UNIVERSITY	DARIA PESCE – AVVOCATO	PIER PAOLO RIVELLO – GIÀ PROCURATORE GENERALE MILITARE PRESSO LA CORTE DI CASSAZIONE
MAURIZIO MASI – POLITECNICO DI MILANO	ALESSANDRA NIVOLI – UNIVERSITÀ DI SASSARI	ALESSANDRA PETRUCCI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	GIUSEPPE RIVETTI – UNIVERSITÀ DI MACERATA
PIERLUIGI MATERA – LINK CAMPUS UNIVERSITY ROMA	CARLO NORDIO – GIÀ PROCURATORE DELLA REPUBBLICA AGGIUNTO DI VENEZIA – GIÀ PRESIDENTE DELLA COMMISSIONE DI RIFORMA DEL CODICE PENALE	PAOLO PEZZINO – UNIVERSITÀ DI PISA	MARCO ROCCETTI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
DANIELE MATTIANGELI – UNIVERSITÀ DI SALISBURGO	GIOVANNI ORSINA – UNIVERSITÀ LUISS	RAFFELE PICARO – UNIVERSITÀ DELLA CAMPANIA VANVITELLI	RAFFAELE GUIDO RODIO – UNIVERSITÀ DI BARI
LUDOVICO MAZZAROLLI – UNIVERSITÀ DI UDINE	ALESSANDRO PACCAGNELLA – UNIVERSITÀ DI PADOVA	LUCIANO PIETRONERO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	MARIA GRAZIA RODOMONTE – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA
GIULIANA MAZZONI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA – UNIVERSITY OF HULL, UK	VINCENZO PACILLO – UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA	LUIGI PIEVANI – DIRIGENTE MINISTERO UNIVERSITÀ E RICERCA	FEDERICO ROGGERO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA
SAVERIO MECCA – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	DAVIDE PACINI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	NICOLA PISANI – UNIVERSITÀ DI TERAMO	MICHELE ROSBOCH – UNIVERSITÀ DI TORINO
GERRY MELINO – UNIVERSITÀ ROMA TOR VERGATA	ANDREA PANZAROLA – UNIVERSITÀ LUM BARI	ANNA POGGI – UNIVERSITÀ DI TORINO	GEN. DOMENICO ROSSI – GIÀ SOTTOCAPO DI STATO MAGGIORE ESERCITO ITALIANO
FRANCESCO MENICHINI – UNIVERSITÀ DELLA CALABRIA	MARCO PAOLINO – UNIVERSITÀ DELLA TUSCIA	FRANCESCO POLESE – UNIVERSITÀ DI SALERNO	GIORGIO ROSSI – POLITECNICO DI MILANO
FELICE MERCOTRIANO – UNIVERSITÀ DI CAMERINO	GIUSEPPE PAOLONE – UNIVERSITÀ PEGASO	ARISTIDE POLICE – UNIVERSITÀ LUISS	SANDRO RUBICHI – UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA
PAOLO MICCOLI – UNIVERSITÀ DI PISA	MAURO PAOLONI – UNIVERSITÀ ROMA3	SERGIO POLIDORO – UNIVERSITÀ DI MODENA E REGGIO EMILIA	STEFANO RUFFO – SISSA
MARIELLA MICELI – UNIVERSITÀ DI PALERMO	GIUSEPPE PARLATO – UNIVERSITÀ INTERNAZIONALE DI ROMA	PATRIZIA POLLIOTTO – ISTITUTO OSPEDALIERO GALEAZZI MILANO	FEDERICO RUSSO – PROCURATORE DELLO STATO
LEO MIGLIO – UNIVERSITÀ BICOCCA MILANO	ALESSANDRO PAROLARI – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	LUCA POMA – UNIVERSITÀ LUMSA	ROBERTO RUSSO – UNIVERSITÀ ECAMPUS
MARCELLO MIGLIORE – UNIVERSITÀ DI CARDIFF	ANDREA PASCUCCI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	ALBERTO PRESTININZI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	ALDO RUSTICHINI – UNIVERSITY OF MINNESOTA
GIAN LUCA MORINI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	GABRIELLA PASI – UNIVERSITÀ MILANO BICOCCA	GENNARO QUARTO – UNIVERSITÀ DI NAPOLI FEDERICO II	CESARE SACCANI – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
PAOLO NANNIPIERI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	FERDINANDO PATERMOSTRO – UNIVERSITÀ DI FIRENZE	EDOARDO RAFFIOTTA – UNIVERSITÀ DI BOLOGNA	ANTONIO SACCOCCIO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA
GIOVANNI NANO – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	ALBERTO PAVAN – POLITECNICO DI MILANO	STEFANO RAGAZZI – UNIVERSITÀ MILANO BICOCCA	AUGUSTO SAGNOTTI – SCUOLA SUPERIORE NORMALE DI PISA
CLAUDIA NAVARINI – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA	MARIA PIA PEDEFERRI – POLITECNICO DI MILANO	SALVO RANDAZZO – UNIVERSITÀ LUM BARI	RENATA SALVARANI – UNIVERSITÀ EUROPEA DI ROMA

NOEMI SANNA – UNIVERSITÀ DI SASSARI	SALVATORE SFRECOLA – GIÀ PRESIDENTE DI SEZIONE DELLA CORTE DEI CONTI	PAOLA TODINI – UNIVERSITÀ ECAMPUS	FILIPPO VARI – UNIVERSITÀ EUROPEA
FABIO SANTINI – UNIVERSITÀ DI PERUGIA	MARCELLO SIGNORELLI – UNIVERSITÀ DI PERUGIA	ROBERTO TOMASICCHIO – UNIVERSITÀ DEL SALENTO	UMBERTO VATTANI – AMBASCIATORE, GIÀ SEGRETARIO GENERALE MINISTERO AFFARI ESTERI
FRANCESCO SANTINI – UNIVERSITÀ DI GENOVA	ASCANIO SIRIGNANO – UNIVERSITÀ DI CAMERINO	VINCENZO TONDI DELLA MURA – UNIVERSITÀ DI LECCE	MICHELA VELLINI – UNIVERSITÀ ROMA TOR VERGATA
RAFFAELE SANTORO – UNIVERSITÀ DELLA CAMPANIA VANVITELLI	ENZO SIVIERO – UNIVERSITÀ ECAMPUS	ALESSANDRO TORRONI – NOTAIO	ALESSANDRA VERONESE – UNIVERSITÀ DI PISA
LIVIA SAPORITO – UNIVERSITÀ DELLA CAMPANIA VANVITELLI	ANNA SOLINI – UNIVERSITÀ DI PISA	RENERO TRONCON – UNIVERSITÀ DI TRENTO	VINCENZO VESPRI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE
VINCENZO MARIA SARACENI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	VILBERTO STOCCHI – RETTORE UNIVERSITÀ TELEMATICA SAN RAFFAELE	ELDA TURCO BULGHERINI – UNIVERSITÀ TOR VERGATA ROMA	ANTONIO VICINO – UNIVERSITÀ DI SIENA
MANUEL SARNO – UNIVERSITÀ DI PADOVA	STEFANIA SUPINO – UNIVERSITÀ TELEMATICA SAN RAFFAELE ROMA	FRANCO TURRINI – UNIVERSITÀ DI PISA	MAURIZIO VIECCA – OSPEDALE SACCO MILANO
PIETRO SARUBBI – ATTORE	SEBASTIANO TAFARO – UNIVERSITÀ DI BARI	ANDREA UNGARI – UNIVERSITÀ MARCONI	GIANLUCA VINTI – UNIVERSITÀ DI PERUGIA
LEONARDO SECHI – UNIVERSITÀ DI UDINE	PAOLO TARTAGLIA POLCINI – UNIVERSITÀ SALERNO	ANTONIO URICCHIO – UNIVERSITÀ DI BARI	FEDERICO VISCONTI – RETTORE UNIVERSITÀ LIUC
PIETRO SELICATO – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	CHIARA TENELLA SILLANI – UNIVERSITÀ STATALE DI MILANO	BIANCA MARIA VAGLIECO – CNR	UGO VOLLI – UNIVERSITÀ DI TORINO
ALESSANDRO SEMBENELLI – UNIVERSITÀ DI TORINO	MARIO TESTINI – UNIVERSITÀ DI BARI	GIUSEPPE VALDITARA – UNIVERSITÀ DI TORINO	PIERO VOLPE – OSPEDALE REGGIO CALABRIA
PIERGIORGIO SETTEMBRINI – UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO	RICCARDO TISCINI – UNIVERSITAS MERCATORUM ROMA	ANNA VALVO – UNIVERSITÀ KORE DI ENNA	FILIPPO ZATTI – UNIVERSITÀ DI FIRENZE
GIANLUCA SETTI – POLITECNICO DI TORINO	GIACOMO TODESCHINI – UNIVERSITÀ DI TRIESTE	DARIO VANGI – UNIVERSITÀ LA SAPIENZA ROMA	CLAUDIO ZUCCHELLI – PRESIDENTE AGGIUNTO ONORARIO DEL CONSIGLIO DI STATO

EDITORIALE

Una delle sfide davanti alla quale il Covid ha messo il Paese è la sanità. Il servizio sanitario ha mostrato durante i mesi più duri dell'epidemia, nonostante gli sforzi degli operatori, tutti i propri limiti. L'eccessiva centralizzazione dell'assistenza e della cura dei malati Sars-Covid presso gli ospedali ha costretto le strutture a bloccare l'erogazione dei servizi ordinari, con il rinvio di terapie e interventi, ma ha prodotto anche danni in termini di efficacia delle cure stesse per i casi Covid: gli infetti arrivavano infatti al pronto soccorso con situazioni già gravi che richiedevano cure più costose e con esiti non sempre positivi.

Il sistema ha accusato il colpo del definanziamento del servizio sanitario nel suo complesso e anche dello smantellamento della medicina territoriale.

“Curare a casa curare subito” è stato lo slogan di Luigi Cavanna, medico nel senso più vero e nobile del termine, direttore del dipartimento di Oncologia-ematologia dell'Ospedale di Piacenza che già nella prima fase del Covid, quando veniva predicata “la vigile attesa” per i positivi, si recava presso gli ammalati a casa con un ecografo per somministrare le prime immediate cure. Riducendo così il numero delle ospedalizzazioni e quasi azzerando i morti tra i suoi pazienti.

Per Lettera150 la riorganizzazione del sistema sanitario è stata ed è una delle riforme decisive da perseguire con tenacia per un sistema più efficiente ma anche più equo. Ecco perché abbiamo deciso di pubblicare lo studio che Cavanna ed altri medici hanno eseguito negli ultimi quattro anni valutando il numero di pazienti gestiti sul territorio nei tre ospedali di prossimità e in una casa della salute per il delicato ambito delle malattie oncologiche. E lo studio dimostra, al di là dei vantaggi economici di una siffatta assistenza, i benefici per il paziente che ne guadagna in qualità della vita e in efficacia delle cure.

Una medicina dal volto umano, più moderna e capillare, che dovrebbe essere elevata a sistema, potenziando la rete territoriale e l'assistenza domiciliare in una molteplicità di ambiti, a partire dalle malattie croniche.



MEDICINA DEL TERRITORIO

LE CURE ONCOLOGICHE VICINO ALLA RESIDENZA DEL PAZIENTE

DI LUIGI CAVANNA, CHIARA CITTERIO, CAMILLA DI NUNZIO, ELENA ZAFFIGNANI, GABRIELE CREMONA, STEFANO VECCHIA, MAURICE DE PONZIO, ALESSANDRA RIVA, MANUELA PROIETTO, PATRIZIA MORDENTI, COSTANZA BOSI, DANIELE VALLISA, ANNA MARIA ANDENA, LUCA ZANLARI, ELIANA PALERMO, MARIANA IOFRIDA, LISA GROPPI, GIUSEPPE CIVARDI, FABRIZIO ARTIOLI

La storia naturale del cancro è notevolmente cambiata nell'ultima decade, con aumento della sopravvivenza anche per malati con forma avanzata/metastatica. Tuttavia sono ancora tanti gli ostacoli che deve affrontare un malato di tumore, ostacoli di natura economica, sanitaria, sociale, psicologica e anche familiare. Un aspetto poco considerato dalla comunità scientifica e dai servizi sanitari è la conoscenza dei disagi che i pazienti e i loro familiari devono affrontare per i viaggi, i tempi, le spese necessarie per esami clinici, o per ricevere un trattamento antitumorale. La distanza dal luogo di cura e i disagi legati al viaggio (*travel burden*) possono influenzare negativamente sia l'adeguatezza delle cure sia la sopravvivenza. Inoltre, la necessità di assistenza sul territorio delle malattie croniche, come quella oncologica, sta diventando di estrema attualità.

Nell'Azienda Sanitaria di Piacenza, da diversi anni è stato strutturato un modello organizzativo che prevede l'intervento dei medici oncologi o ematologi che dalla rispettiva unità operativa dell'ospedale principale (Piacenza) si spostano giornalmente sul territorio e prestano la loro attività in ambulatori dedicati, con personale infermieristico *ad hoc* negli ospedali di prossimità e in una casa della salute, favorendo

la possibilità di visite, esami e cure oncologiche vicino al domicilio dei malati che vengono inseriti nei percorsi diagnostico-terapeutici aziendali (PDTA). Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo degli ultimi 4 anni valutando: il numero di pazienti gestiti sul territorio nei tre ospedali di prossimità e in una casa della salute, il numero di accessi per terapie infusive, il numero di terapie praticate. Tali dati sono stati ottenuti

attraverso il data base dell'unità di farmaci anti-blastici (UFA) di Piacenza. Sono stati inoltre calcolati i km che ogni singolo paziente ha risparmiato mediamente, eseguendo le cure vicino al domicilio anziché doversi recare all'ospedale cittadino. Risultati. Durante gli ultimi 4 anni, da gennaio 2017 a dicembre 2020, sono stati curati 1339 pazienti oncoematologici in prossimità della loro residenza, 278 pazienti nel 2017, 347 nel 2018, 354 nel 2019, 360

nel 2020. Gli accessi totali nei 4 anni per eseguire i trattamenti sono stati 10.003: 2214 nel 2017, 2652 nel 2018, 2524 nel 2019 e 2613 nel 2020. I km mediamente risparmiati per ogni paziente anno sono stati 937 km circa nel 2017, 891 km nel 2018, 879 km nel 2019, 920 km nel 2020.

I dati riportati nel presente studio evidenziano come sia attuabile un'oncologia di prossimità secondo un modello che vede un unicum come

Abbiamo eseguito uno studio retrospettivo degli ultimi 4 anni valutando: il numero di pazienti gestiti sul territorio nei tre ospedali di prossimità e in una casa della salute, il numero di accessi per terapie infusive, il numero di terapie praticate

modalità gestionale e di cura dei pazienti fra ospedale centrale e cura territoriale: stessi medici, stessa modalità di preparazione dei farmaci, stessa modalità di accedere non solo alle cure antitumorali, ma anche di partecipare a protocolli di ricerca con conseguente risparmio economico, tempo e semplificazioni di accesso alle cure.

La risposta sanitaria

Le persone che vivono con una diagnosi di tumore, in Italia e più in generale nel mondo occidentale, sono in costante aumento; da un lato i programmi di screening permettono diagnosi sempre più precoci, dall'altro terapie specifiche e mirate permettono un aumento di guarigioni o comunque un aumento di sopravvivenza anche in pazienti con malattia metastatica e quindi raramente guaribile¹. A differenza di un recente passato, oggi molte persone con malattia metastatica possono vivere anni e lavorare e vivere un vita relativamente "normale". Tutto questo comporta la necessità di controlli clinici, esami strumentali, terapie ripetute nel tempo, ecc. Tuttavia, la risposta sanitaria, in termini organizzativi, è rimasta sostanzialmente invariata rispetto ai decenni passati: l'unico punto di riferimento per i pazienti oncologici, pur con bisogni diversi, è rimasto l'ospedale, è rimasta l'oncologia ospedaliera presso ASL o università o IRCCS spesso con sede in ospedali di medie/grandi dimensioni, capoluogo di provincia. Inoltre, l'aumento della speranza di vita e l'invecchiamento della popolazione rappresentano fattori non eliminabili favorenti lo sviluppo del cancro, la cui incidenza è aumentata nettamente dalla quinta decade di vita, e il tumore spesso si sviluppa in persone che per età presentano co-patologie quali ipertensione, cardiopatia, diabete, con necessità a loro volta di terapie e controlli ripetuti.

Non si deve, comunque, dimenticare le problematiche che si trova ad affrontare il malato oncologico, oltre alla malattia – complessa e spesso pericolosa per la vita come il cancro –, problematiche di ordine psicologico, sociale,

economico, lavorativo e anche familiare. Una componente di cui si è poco dibattuto e di cui si parla molto poco in ambito sanitario è la distanza dalla sede di cura, il tempo impiegato, le spese e i disagi per il viaggio (*travel burden*), come evidenziato in una meta-analisi pubblicato dal nostro gruppo, oltre alla più nota "financial toxicity", disagi importanti derivanti anche dai viaggi per ricevere la cura, soprattutto se ripetuti ogni settimana, ogni 2 o 3 settimane, per lunghi periodi, spesso per tutta la rimanente vita.

Si è evidenziato che la distanza dal luogo di cura influenza negativamente 4 item rilevanti per il malato oncologico: 1) malattia diagnosticata in fase più avanzata (ritardo diagnostico); 2) terapie inadeguate; 3) peggiore esito; 4) peggiore qualità di vita.

Inoltre, nella realtà italiana, molti pazienti oncologici anziani riescono, con i propri mezzi, a raggiungere il "piccolo" ospedale di prossimità, o strutture sanitarie

diffuse sul territorio come le case della salute (in Emilia-Romagna), ma non si sentono in grado di arrivare autonomamente all'ospedale capoluogo di provincia, sede dell'Unità Operativa di Oncologia, e per questo devono essere accompagnati da un *caregiver*, da volontari, da trasporti dedicati, ecc. con dispendio economico e perdite di giornate di lavoro da parte dei familiari.

Nella realtà di Piacenza, avendo preso coscienza da parte degli oncologi e degli amministratori della ASL, dei bisogni dei malati oncologici, da oltre 18 anni, si è cercato di rispondere alle esigenze dei malati e dei loro *caregiver*, affrontando la problematica dei loro bisogni, prendendo in considerazione la geografia della provincia e la distribuzione della popolazione complessiva anche in aree sub-urbane, rurali e montane. Si è così concretizzata una vera e propria rete territoriale che porta l'oncologo/ematologo e le cure oncologiche/ematologiche vicino al domicilio del malato sfruttando l'esistenza di presidi ospedalieri periferici. Un servizio periferico integrato tra il Dipartimento di Oncoematologia e i Dipartimenti delle Medicine e delle Cure Primarie dell'ASL di Piacenza che coinvolge le unità operative di medicina sul territorio nei tre presidi ospedalieri periferici e una casa della salute (CdS),

per consentire ai malati residenti nelle zone più decentrate della provincia di vedere garantite le stesse opportunità di cura di chi vive vicino alla città e di conseguenza vicino all'ospedale principale. Da oltre 10 anni, all'attività di oncologia territoriale si è affiancata quella di ematologia sul territorio e più recentemente, da 5 anni, analizzando i bisogni dei malati e perseguendo l'obiettivo dell'equità di accesso alle cure in oncologia, il servizio in essere si è ulteriormente potenziato aprendo la possibilità delle cure oncoematologiche in una CdS posizionata in un territorio della provincia di Piacenza, privo di presidi ospedalieri, con necessità da parte dei pazienti di percorrere oltre 80 km (1 ora e 40 minuti di tempo, con una parte importante di percorso stradale in zone di montagna). Nel presente lavoro vengono riportati i risultati degli ultimi 4 anni delle cure oncologiche ed ematologiche praticate sul territorio di Piacenza presso gli ospedali periferici e la CdS della Val Nure di Bettola.

Materiali e metodi

Il modello organizzativo della modalità di gestione e cura del paziente oncologico/ematologico su territorio prevede ambulatori, day service, day hospital dedicati presso i 3 ospedali di prossimità e in una CdS in modo da poter coprire l'offerta di servizi di diagnosi e cura ai pazienti oncologici/ematologici. Gli ambulatori sono collocati presso spazi dedicati all'interno delle UOC di Medicina dei 3 ospedali e nella CdS. L'attività oncologica ed ematologica viene svolta da specialisti oncologi ed ematologi delle UOC di oncologia/ematologia che dall'ospedale principale si spostano nelle periferie, tale modello garantisce un unicum di gestione e continuità di cura per i malati: sono gli stessi medici che eseguono le prestazioni sul territorio.

Il paziente affetto da neoplasia accertata o sospetta viene preso in carico dal servizio di day hospital/day service/ambulatoriale presso l'ospedale di prossimità; l'oncologo/ematologo programma esami di stadiazione, imposta la terapia antitumorale per via informatizzata secondo il modello LOG80 e la stessa viene preparata presso l'Unità di Farmaci Antiblastici (UFA) dell'Ospedale di Piacenza, permettendo tracciabilità informatizzata della terapia effettuata. Dal luglio 2016 è stata iniziata attività analogica non in un ospedale, ma in una CdS in una zona priva di ospedali, completando così l'offer-

ta oncologica/ematologica su tutta la provincia di Piacenza.

La CdS è organizzata come una struttura con più ambulatori in cui vengono fornite prestazioni da parte di specialisti di varie discipline, oltre a medici di medicina generale (MMG), infermieri e operatori socio-sanitari. L'organizzazione dell'attività oncologica prevede la presenza presso la CdS di un team medico-infermieristico dedicato, oncologo/ematologo e infermiere di oncologia, un giorno alla settimana. Oltre alla valutazione clinica dei malati candidati alla terapia antitumorale o alla terapia di supporto, vengono effettuati prelievi per esami ematochimici, alcuni esami strumentali non invasivi, quali elettrocardiogramma, ecografia di addome e torace, di tessuti molli, ed eventuali procedure diagnostico-terapeutiche invasive eco-guidate quali paracentesi, agoaspirati, ecc. I malati presi in carico presso la CdS, così come quelli in carico nei tre presidi periferici della rete oncologica provinciale, vengono sempre discussi collegialmente con il personale medico-infermieristico dell'UO di Oncologia del capoluogo al fine di condividere le scelte terapeutiche e valutare la possibilità di inserimento dei malati in protocolli di ricerca. La prescrizione del trattamento antitumorale e/o di supporto viene fatta dall'oncologo/ematologo per via informatizzata, previa visione degli esami ematochimici effettuati il giorno precedente la terapia. I chemioterapici preparati in sede centralizzata a Piacenza presso l'UFA e portati negli ambulatori oncologici alla CdS e ospedali periferici con mezzi dell'Azienda Sanitaria Locale garantendo in tal modo sicurezza ed equità nell'allestimento; allo stesso modo vengono trasportati anche i farmaci per le terapie orali. La presenza del team medico-infermieristico dedicato rende possibile l'utilizzo sia di tutte le classi di chemioterapici orali ed endovena della comune pratica clinica sia di farmaci biologici orali ed endovena, oltre a terapie ormonali nelle varie formulazioni.

Gli oncologi/ematologi si spostano dall'UOC di Oncologia-Ematologia dell'Ospedale di Piacenza nei tre ospedali della provincia e nella CdS; ogni giorno si recano negli ospedali della provincia e assicurano le prime visite oncologiche/ematologiche, impostano i programmi di terapia, in collaborazione con infermieri specializzati, formati appositamente per le cure dei pazienti oncologici, capaci sia nell'accoglienza del malato, sia nella somministrazione di farmaci antitumorali, sia nella gestione degli effetti collaterali.

Nel presente lavoro sono state analizzate tutte le schede di terapia somministrate e registrate in modo informatizzato presso l'UFA della ASL di Piacenza. Le schede sono comprensive di dati anagrafici dei pazienti, tipo di malattia, stadio, e relativi alla terapia: tipo, fase e linea di trattamento (chemioterapia, immunoterapia, ecc.; neoadiuvante, adiuvante, metastatica, e quale linea di cura della fase metastatica). Sono stati analizzati i dati degli ultimi 4 anni (2017, 2018, 2019 e 2020) e sono stati calcolati i km risparmiati con la cura di prossimità. Il consenso informato per la raccolta dei dati e il loro utilizzo a uso di ricerca è stato ottenuto da ogni singolo paziente.

Risultati

I farmaci antitumorali prescritti, preparati presso l'UFA di Piacenza da farmacisti dedicati e somministrati negli ospedali periferici da parte di personale specializzato sono quelli comunemente utilizzati nelle oncologie/ematologie e sono riportati in tabella 1.

Le patologie oncologiche ed ematologiche curate sul territorio sono riportate in tabella 2.

Come risulta dal sistema informatizzato dell'UFA della ASL di Piacenza, i pazienti sottoposti a cure antitumorali nel territorio piacentino negli ospedali di prossimità e nella CdS sono stati: 278 nel 2017, 347 nel 2018, 354 nel 2019 e 360 nel 2020, per un totale di 1.339 pazienti nei 4 anni (tabella 3); in questi anni la percentuale di pazienti oncologici ed ematologici è stata rispettivamente del 92% e 8% nel 2017, 87% e 13% nel 2018, 89% e 11% nel 2019, e 87% e 13% nel 2020. Gli accessi complessivi per eseguire trattamenti antitumorali sono stati 2214 (anno 2017), 2652 (anno 2018), 2524 (anno 2019) e 2613 (anno 2020), per un totale di 10.003 accessi per cure nei 4 anni. Le infusioni di terapie sono state 3897 nel 2017, 4323 nel 2018, 4152 nel 2019, 4290 nel 2020, per un totale di 16.662 infusioni in 4 anni. I km risparmiati mediamente per ogni singolo paziente sono stati rispettivamente 937 km nel 2017, 891 nel 2018, 879 nel 2019, 920 nel 2020; mentre considerando globalmente i km risparmiati per ogni singolo paziente in 4 anni di cure oncologiche/ematologiche sono stati circa 3628.

Discussione e conclusioni

I cambiamenti di tipo diagnostico e terapeutico sono stati enormi, merito prevalentemente del-

le innovazioni di tipo diagnostico/farmacologico; parallelamente sono cambiati anche i bisogni della popolazione, che è progressivamente invecchiata, con conseguente aumento di patologie croniche, spesso plurime nello stesso individuo. Anche la malattia oncologica prima a prognosi sfavorevole a breve termine, sta ora entrando in una fase di cronicizzazione con necessità di terapie, controlli, esami clinici ripetuti nel tempo, spesso per tutta la durata della vita. Se da un lato le nuove terapie permettono un prolungamento della durata di vita, dall'altro si rende necessaria una riorganizzazione dell'assistenza oncologica che dovrebbe essere erogata non solo presso l'ospedale, ma anche sul territorio in ambulatori di prossimità in modo da garantire la riduzione dei disagi legati ai viaggi, alle spese, alle perdite di tempo, ecc. e permettere così una migliore qualità di vita. Nella revisione della letteratura si è evidenziato quanto negativamente influisca il "travel burden" nel bilancio complessivo del paziente oncologico. Inoltre, se da un lato la recente e ancora persistente pandemia covid-19 ha evidenziato molti limiti della gestione ospedalocentrica della salute, dall'altro il background culturale e organizzativo dell'assistenza oncologica diffusa sul territorio nell'ASL di Piacenza ha permesso la messa in atto molto precocemente di un intervento domiciliare dei pazienti affetti da tumore e covid-19, estesi poi successivamente anche ad altri malati Covid-19 per le cure a domicilio.

I dati riportati nel presente studio evidenziano come sia possibile una cura oncologica sul territorio, con modalità omogenee per tutti i pazienti, sia curati sul territorio sia presso l'ospedale principale, senza differenze sia per quanto riguarda i medici oncologi/ematologi, sia per quanto riguarda la preparazione dei farmaci e la loro somministrazione, la disponibilità di posti letto nei reparti di oncologia/ematologia in caso di necessità. Questo si è tradotto, oltre che in equità di accesso alle cure oncologiche, anche in miglioramento della qualità di vita, in risparmio di tempo, fatica e denaro per raggiungere la sede di diagnosi e terapia, in minor impatto sulla dipendenza da altre persone per essere accompagnati nei luoghi di cura e, in definitiva, nella possibilità di mantenere uno standard di vita più vicino alla normalità anche durante la malattia oncologica. Il numero dei pazienti trattati per malattie oncologiche sul territorio della provincia di Piacenza è progressivamente aumentato nel corso degli anni raggiungendo il numero di 1339 (89%

pazienti oncologici e 11% pazienti ematologici) negli ultimi 4 anni; così pure sono aumentati gli accessi per terapia, con un totale di 10.003 nei 4 anni. Nel corso degli anni si è progressivamente persa la gestione in termini di cura del malato al domicilio e sul territorio seguendo una logica di centralizzazione presso gli ospedali, meglio presso “il grande ospedale”; questa logica ha dimostrato tutta la sua

debolezza e inadeguatezza per dare risposta ai bisogni dell’utenza nella recente e ancora in corso pandemia. È sufficiente pensare a due dati epidemiologici inconfutabili: circa il 25% della popolazione italiana è costituito da persone con età superiore ai 65 anni, e in Italia sono oltre 3 milioni e 650 mila le persone viventi con una pregressa diagnosi di cancro, alcuni in cura per guarire (fase adiuvante), altri in cura per vivere, ma non guarire (fase metastatica), altri in follow-up, altri guariti/lungo sopravvissuti. Queste categorie di pazienti hanno bisogni sanitari e sociosanitari molto diversi tra loro, tuttavia hanno in comune un unico riferimento sanitario: l’oncologia ospedaliera, sia essa presso l’ospedale di una ASL, di un IRCCS o di un’azienda ospedaliera/universitaria. Nel dibattito sviluppatosi prima della pandemia covid-19, ma incrementato in questi ultimi mesi, l’attenzione alle cure territoriali e domiciliari è sicuramente aumentata; se da un lato la spinta principale alla territorialità è fondamentalmente di tipo economico, per il contenimento dei costi, e la sostenibilità del sistema, dall’altro, riteniamo che il fattore economico, pur di fondamentale importanza, debba essere associato a un altro elemento molto importante, la qualità di vita del paziente oncologico, basata anche sul riappropriarsi del tempo per la propria vita, altrimenti spesa in viaggi, lunghe e logoranti attese nei sovraffollati day hospital degli ospedali, spese economiche non indifferenti per i viaggi, perdite di giornate lavorative del *caregiver*.

Questo si è tradotto, oltre che in equità di accesso alle cure oncologiche, anche in miglioramento della qualità di vita, in risparmio di tempo, fatica e denaro per raggiungere la sede di diagnosi e terapia, in minor impatto sulla dipendenza da altre persone per essere accompagnati nei luoghi di cura e, in definitiva, nella possibilità di mantenere uno standard di vita più vicino alla normalità anche durante la malattia oncologica

È quindi necessario che la “cura” oncologica si possa avvicinare alla residenza del malato come già esposto in alcuni esempi in letteratura recente e dimostrato nella realtà della provincia di Piacenza. Si ritiene tuttavia fondamentale che vi sia un unicum nelle modalità di cure oncologiche/ematologiche con personale medico/infermieristico e modalità omogenee fra l’ospeda-

le e il territorio per garantire un unicum di cura e permettere così un’equità sostanziale e non formale di offerta di servizi sanitari, soprattutto in una categoria di pazienti affetti da una malattia che, nell’immaginario collettivo, cambia per sempre la vita del paziente e dei familiari, una malattia che spesso toglie tempo alla vita, e una medicina “dal volto umano” non può non essere tenuta in considerazione.

Ringraziamenti

Gli autori ringraziano tutti i Direttori Generali che si sono succeduti nell’ASL di Piacenza: dr. Francesco Ripa di Meana, dr. Andrea Bianchi, dr. Luca Baldino che hanno sempre sostenuto la rete oncologica territoriale. Si ringraziano i malati oncologici e le loro famiglie.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano l’assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

- SALUTE.GOV.IT [Internet]. *L’incidenza dei tumori in Italia*. 2019. Disponibile su: <https://bit.ly/3zetgaN> [ultimo accesso 17 settembre 2021].
- PARRY C., KENT E.E., MARIOTTO A.B., et al., *Cancer survivors: a booming population. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2011; 20: 1996-2005.

- ASTROW A.B., *A Piece of my mind. Cancer survivorship and beyond*. JAMA 2012; 308: 1639-40.
- INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. *From cancer patient to cancer survivor: lost in transition: an American Society of Clinical Oncology and Institute of Medicine Symposium*. Washington, DC: The National Academies Press 2006.
- LAGERGREN P., SCHANDL A., AARONSON N.K., *et al.*, *Cancer survivorship: an integral part of Europe's research agenda*. Mol Oncol 2019; 13: 624-35.
- AMBROGGI M., BIASINI C., DEL GIOVANE C., *et al.*, *Distance as a barrier to cancer diagnosis and treatment: review of the literature*. Oncologist 2015; 20: 1378-85.
- PERRONE F., DI MAIO M., EFFICACE F., *et al.*, *Assessing financial toxicity in patients with cancer: moving away from a one-size-fits-all approach*. J Oncol Pract 2019; 15: 460-1.
- La provincia, uno spaccato che dice molto*. Il Sole 24 Ore 2014; 19 maggio.
- MORDENTI P., PROIETTO M., CITTERIO C., *et al.*, *La cura oncologica nel territorio. Esperienza nella casa della salute: risultati preliminari nella provincia di Piacenza*. Recenti Prog Med 2018; 109: 337-41.
- TRALONGO P., GEBBIA V., MERCADANTE S., *et al.*, *Cancer: new needs, new models. Is it time for a community oncologist? Another brick in the wall*. Cancer 2021; 13: 1919.
- STROPPA E.M., TOSCANI I., CITTERIO C., *et al.*, *Coronavirus disease-2019 in cancer patients. A report of the first 25 cancer patients in a western country (Italy)*. Future Oncol 2020; 16: 1425-32.
- CAVANNA L., CITTERIO C., TOSCANI I., *et al.*, *Cancer patients with COVID-19: a retrospective study of 51 patients in the district of Piacenza, Northern Italy*. Future Sci OA 2020; 7: FSO645.
- CAVANNA L., CREMONA G., CITTERIO C., *et al.*, *COVID-19 outbreak in Italy. report on the first 124 consecutive patients treated at home*. Tohoku J Exp Med 2021. In press.
- ROSENBAUM L., *Facing Covid-19 in Italy - ethics, logistics, and therapeutics on the epidemic's front line*. N Engl J Med 2020; 14: 1873-5.
- Reti oncologiche: il progetto SMARTCare e la presa in carico territoriale*. Instant Book di PharmaStar 2021. Disponibile su: <https://bit.ly/3ioAkCr> [ultimo accesso 17 settembre 2021].
- MOONEY K., TITCHENER K., HAALAND B., *et al.*, *Evaluation of oncology hospital at home: unplanned health care utilization and costs in the huntsman at home real-world trial*. J Clin Oncol 2021; 39: 2586-93.
- CALVETTI L., TEALDO M., SIMIONATO F., *et al.*, *Home-based management of patients with cancer experiencing treatment-induced toxicities with a nurse-led telephone triage (the NTT study)*. JCO Oncol Pract 2021; OP2100192.
- WOOFER K., KENNEDY E.B., ADELSON K., *et al.*, *Oncology Medical Home: ASCO and COA Standards*. JCO Oncol Pract 2021; 17: 475-92.

Tabelle

Tabella 1. Patologie oncologiche ed ematologiche curate sul territorio

SEDE NEOPLASIA		
ONCOLOGICA		EMATOLOGICA
ENCEFALO	POLMONE	SINDROME LINFOMIELO PROLIFERATIVA CRONICA
GASTRO-ENTERICO	SARCOMA	LINFOMA
GENITO-URINARIO	TESTA E COLLO	MIELOMI
MAMMELLA	ALTRA SEDE ONCOLOGICA	SINDROMI MIELODISPLASICHE
MELANOMA		ALTRA SEDE EMATOLOGICA

Tabella 2. Pazienti trattati negli ospedali di prossimità e casa della salute, percentuale di pazienti oncologici ed ematologici, numero di accessi, di infusioni di farmaci antitumorali, risparmiati, per anno e complessivi dal 2017 al 2020.

ANNO	NUMERO PAZIENTI TRATTATI (% ONCO, % EMATO)	NUMERO ACCESSI	NUMERO INFUSIONI	KM RISPARMIATI/ PAZIENTE
2017	278 (92,8)	2.214	3.897	937
2018	347 (87,13)	2.652	4.323	891
2019	354 (89,11)	2.524	4.152	879
2020	360 (87,13)	2.613	4.290	920
TOTALE COMPLESSIVO NEI 4 ANNI	1.339 (89,11)	10.003	16.662	3627

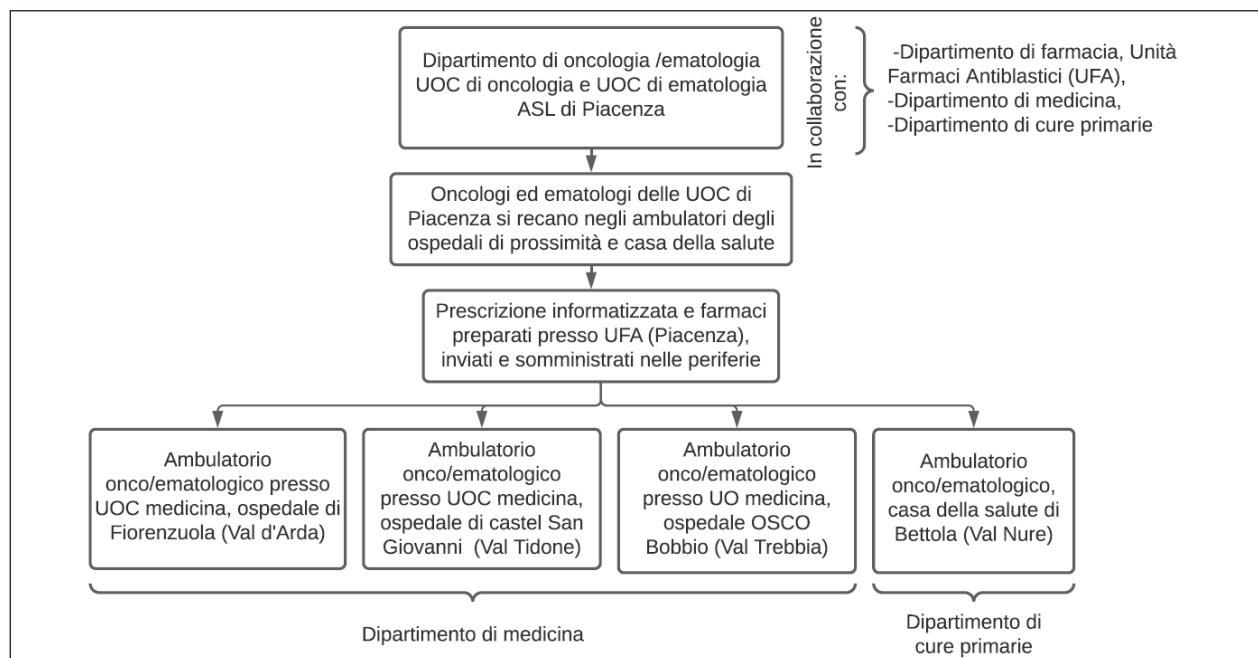


Figura 1. Modello di cure oncologiche ed ematologiche territoriali ASL di Piacenza (Modello Piacenza). OBIETTIVO: fornire terapie ed assistenza oncologica/ematologica di prossimità, garantendo facilità di accesso, equità ed appropriatezza delle cure.

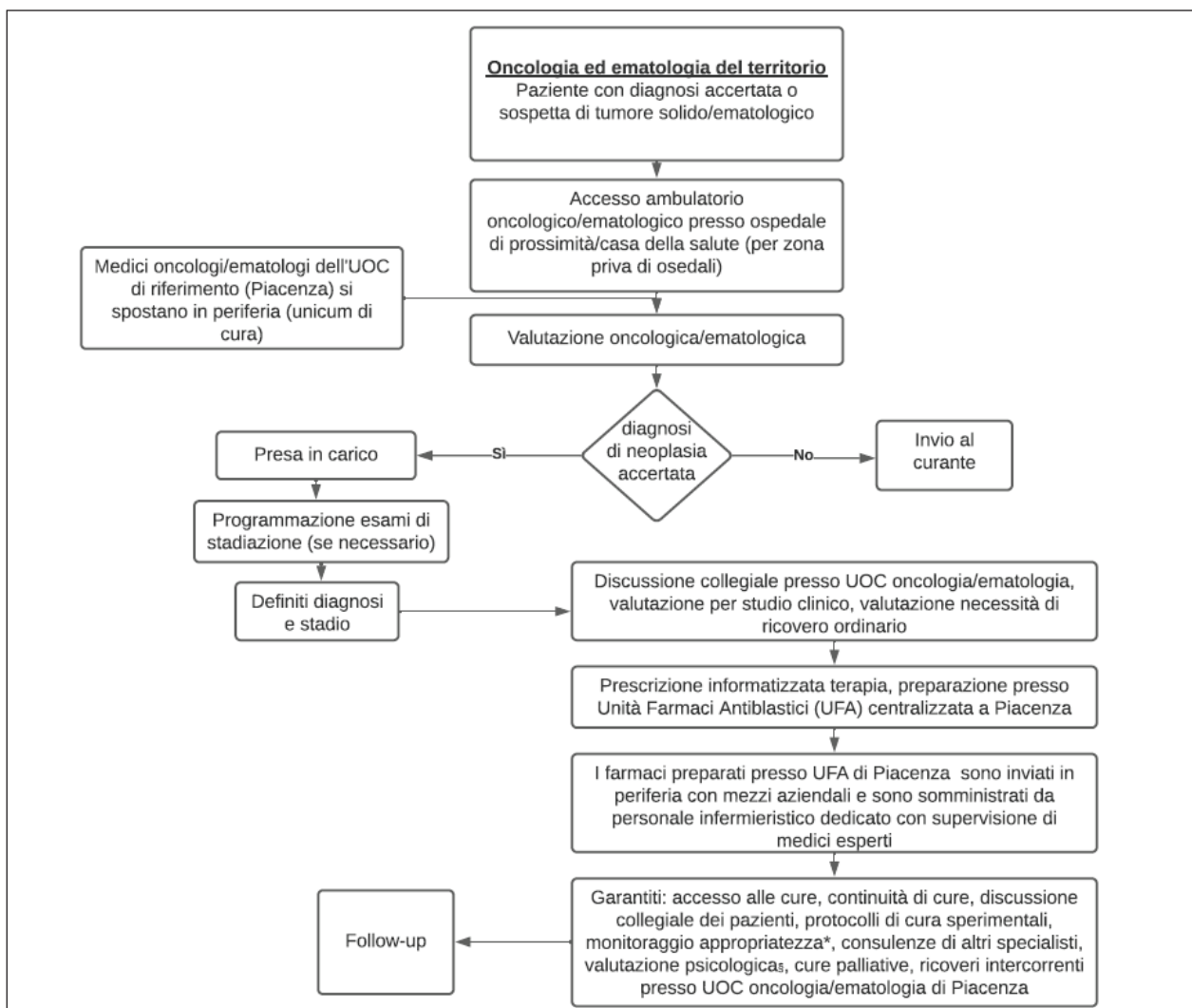


Figura 2. Modalità di presa in carico e di cura di pazienti oncologici/ematologici sul territorio ASL di Piacenza (Modello Piacenza).
 *Attraverso database oncologico regionale che monitora indicatori del trattamento in base a stadio, linea di cura ed indicazioni AIFA e GREFO (Gruppo Regionale Farmaci Antitumorali). §Da luglio 2021 la psicologa è presente sul territorio per pazienti/parenti/personale.



Figura 3. Rete oncologica provinciale

LUIGI CAVANNA⁽¹⁾, CHIARA CITTERIO⁽¹⁾, CAMILLA DI NUNZIO⁽¹⁾, ELENA ZAFFIGNANI⁽¹⁾,
GABRIELE CREMONA⁽¹⁾, STEFANO VECCHIA⁽²⁾⁽³⁾, MAURICE DE PONZIO⁽²⁾, ALESSANDRA
RIVA⁽²⁾⁽³⁾, MANUELA PROIETTO⁽¹⁾⁽⁴⁾, PATRIZIA MORDENTI⁽¹⁾, COSTANZA BOSI⁽¹⁾, DANIELE
VALLISA⁽¹⁾, ANNA MARIA ANDENA⁽⁴⁾, LUCA ZANLARI⁽⁵⁾, ELIANA PALERMO⁽⁶⁾, MARIANA
IOFRIDA⁽⁷⁾, LISA GROPPI⁽¹⁾⁽⁴⁾, GIUSEPPE CIVARDI⁽⁸⁾, FABRIZIO ARTIOLI⁽⁹⁾

- (1) Dipartimento di Oncologia-Ematologia, Azienda USL Ospedale di Piacenza.
- (2) Dipartimento di Farmacia, Azienda USL Ospedale di Piacenza.
- (3) Unità di farmaci antitumorali (UFA), Azienda USL Ospedale di Piacenza.
- (4) Dipartimento delle Cure primarie, Casa della Salute, Bettola.
- (5) Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Fiorenzuola.
- (6) Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Castel San Giovanni.
- (7) Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale di Bobbio.
- (8) Casa di Cura S. Antonino, Piacenza.
- (9) Unità operativa di Oncologia, Ospedale di Carpi e Mirandola (MO).



PROPOSTE DI RIFORMA DEL PROCESSO CIVILE

di Anna Maria Gregori e Paolo Duvia

Il processo civile italiano presenta da anni elementi di criticità dovuti alla inidoneità a garantire una risposta giudiziaria in tempi tali da soddisfare le esigenze dell'economia e della società.

Innegabili sono i danni economici dovuti ad un sistema che non permette uno snello soddisfacimento dei crediti e una efficace e rapida risoluzione delle controversie.

L'introduzione dell'uso di strumenti informatici, quale la *console* del magistrato, non ha reso più fluido il processo, avendo di fatto costituito un mezzo per supplire alla sistematica carenza del personale amministrativo, spesso peraltro non adeguatamente preparato all'uso di questi strumenti e neppure supportato da idonee strutture come *computer* sufficientemente potenti e linee adeguate all'enorme scambio di dati.

Ne consegue che, prima ancora di pur necessarie modifiche al codice di procedura civile, occorre dotare il sistema giustizia di idonee strutture e linee informatiche, così come occorre assumere e mantenere negli uffici personale e dirigenti qualificati, garantendo altresì un sistematico aggiornamento informatico dell'intero corpo amministrativo.

In questa prospettiva, altrettanto imprescindibili appaiono l'implementazione dell'organico della magistratura, la riorganizzazione degli uffici secondo criteri di specializzazione, la previsione di meccanismi premiali volti a incentivare la produttività dei magistrati. Si tratta di misure

irrinunciabili e indispensabili per scongiurare il rischio che qualsiasi riforma dell'*iter* processuale risulti "parziale" – se non del tutto inefficace – a fronte di provvedimenti che talvolta vengono attesi per mesi/anni, ovvero a fronte di udienze che talvolta vengono fissate a mesi/anni di distanza dalla precedente.

È importante osservare come qualsiasi riforma delle norme processuali (a meno che non si tratti di limitatissimi dettagli) da un lato comporti un

inevitabile costo in termini di studio e "acclimatazione" degli operatori del processo (giudici, avvocati e spesso anche cancellieri) e, dall'altro, non sia da sola bastevole – come la esperienza degli ultimi trent'anni ampiamente dimostra – a migliorare l'efficienza del servizio giustizia. Da qui la necessità che si metta mano, in particolare oggi che si prospetta la possibilità di un consistente investimento di risorse economiche, anzitutto ad incisive misure organizzative, e ciò anche al fine di evitare la

inutilità e/o inefficacia di modifiche della normativa processuale.

Tornando alla struttura del giudizio civile, va in primo luogo evidenziato come la modifica della mediazione obbligatoria introdotta con la Legge di Conversione 9 agosto 2013, n. 98 non abbia deflazionato la domanda giudiziale nell'entità e nei tempi sperati, traducendosi anch'essa non di rado in procedimenti della lunghezza di anni, sebbene la loro durata formale sia determinata in tre mesi. Peraltro, la mediazione è stata resa ob-

L'introduzione dell'uso di strumenti informatici, quale la console del magistrato, non ha reso più fluido il processo, avendo di fatto costituito un mezzo per supplire alla sistematica carenza del personale amministrativo

bligatoria esclusivamente in materia di condominio, diritti reali, divisione, successioni ereditarie, patti di famiglia, locazione, comodato, affitto di aziende, risarcimento del danno derivante da responsabilità medica e sanitaria e da diffamazione con il mezzo della stampa o con altro mezzo di pubblicità, contratti assicurativi, bancari e finanziari, con esclusione di tutte le materie economiche/contrattuali più complesse.

Dopo i primi due anni dalla introduzione (2012 e 2013) gli accordi raggiunti non hanno mai superato il 28%, come risulta dai dati del Ministero della Giustizia, riferendosi peraltro ad ipotesi limitate e a struttura processuale non complessa (con ciò intendendo quelle che necessitano per lo più di una istruttoria semplice e breve); la capacità deflattiva dell'istituto in esame non ha di fatto condotto ad un abbattimento della purtroppo lunga soglia di definizione del processo civile più complesso, cioè quello che più incide sulla crescita economica del Paese.

Ne consegue che una delle priorità del sistema processuale civilistico italiano – fermo quanto premesso in ordine alla contestuale e indispensabile implementazione del funzionamento degli Uffici giudiziari – deve essere quella di snellire la procedura, in primo luogo eliminando i lunghi termini obbligatori previsti dal codice di procedura civile, che impongono 8 mesi di stasi sostanzialmente “obbligatoria”.

Di seguito un elenco semplificato dell'attuale situazione e delle principali proposte di modifica ritenute applicabili.

(1) Allo stato, tra il giorno della notificazione della citazione e quello dell'udienza di comparizione devono intercorrere **90 giorni** se il luogo della notificazione si trova in Italia e 150 se si trova all'estero (cfr. art. 163-bis c.p.c.).

Il termine è estremamente lungo e andrebbe ridotto, quantomeno con riferimento a quelle materie che non presentano particolare complessità e/o alle controversie di limitato valore economico.

Nel rito del lavoro, tra la data di notificazione del ricorso e quella dell'udienza di discussio-

ne deve intercorrere un termine non minore a gg. 30 (cfr. art 415, comma 5, c.p.c.) e il resistente deve costituirsi almeno 10 gg. prima dell'udienza (idem per il processo sommario di cognizione).

Questo termine sarebbe però sicuramente troppo breve per i procedimenti civili di complessità medio/alta; un giusto temperamento potrebbe comunque essere l'adozione del rito lavoro, con conseguente introduzione del procedimento a mezzo del ricorso che sostituisce l'atto di citazione, prevedendo però che tra la data di notificazione del ricorso e quella dell'udienza

di discussione debba intercorrere un **termine non minore di gg. 60**, salvo mantenere il termine di 90 gg. per alcune materie di elevata complessità tecnica e/o documentale tassativamente individuate (es/risarcimento del danno ambientale, controversie in materia *antitrust*).

(2) I termini per la proposizione delle richieste istruttorie sono molto lunghi ed ammonitano, allo stato, a **80 giorni** (art. 183, comma 6, c.p.c.).

Il rito del lavoro prevede invece che le richieste istruttorie siano inserite nel ricorso introduttivo del procedimento e nella memoria di costituzione di parte resistente, con possibilità di proporre mezzi istruttori che non potevano essere proposti prima (cfr. art 420, commi 5 e 6, c.p.c.).

Analoga disciplina potrebbe essere applicata per il rito civile, considerando che, allorché si intenta una causa, l'attore molto spesso ben sa di quali strumenti istruttori dispone. La regola giuslavoristica potrebbe comunque essere “attenuata” mantenendo ferma la possibilità per l'attore/ricorrente di richiedere, entro 15 giorni dalla prima udienza, quei mezzi istruttori che sono conseguenza delle domande riconvenzionali del convenuto o anche solo delle difese del convenuto (si tenga presente, infatti, che la necessità di dedurre determinati mezzi istruttori può sorgere anche solo dalla circostanza che il convenuto abbia contestato determinati fatti; laddove invece, in mancanza di siffatta contestazione, non vi sarebbe necessità di deduzioni ulteriori rispetto a quelle già formulate nell'atto introduttivo).

I l termine è estremamente lungo e andrebbe ridotto, quantomeno con riferimento a quelle materie che non presentano particolare complessità e/o alle controversie di limitato valore economico

In alternativa, ma nella medesima prospettiva – quella cioè di “ridurre i tempi morti” della fase preistruttoria e istruttoria – gli attuali termini ex art. 183 c.p.c. potrebbero essere ulteriormente ridotti, facendo poi in modo che l’inutile udienza di discussione sulla ammissione dei mezzi di prova, che nella prassi è “risorta dalle ceneri” in modo generalizzato, ritorni ad essere una limitata eccezione e che di regola, dopo lo scambio delle memorie, il giudice, con ordinanza fuori udienza, fissi la seconda udienza per l’assunzione dei mezzi di prova o per p.c. Ancora, sarebbe opportuno prevedere che in qualsiasi momento le parti possano chiedere, di comune accordo, di precisare le conclusioni, avviando così la causa su binari decisori senza ulteriori tempi morti spesso ultra-annuali lasciati alla discrezione del giudice.

L’introduzione di queste innovazioni (nell’una o nell’altra direzione sopra delineata) permetterebbe di strutturare una prima parte del processo civile molto più snella, con l’ulteriore vantaggio che una più rapida dipanazione dei mezzi istruttori aumenterebbe le reali possibilità di accordo tra le parti. Infatti, come si evince dalla pratica, sovente gli accordi vengono raggiunti proprio all’esito del provvedimento di ammissione delle prove.

Inoltre, l’ulteriore correttivo di estrazione giuslavoristica attinente al potere d’ufficio del giudice di disporre in qualsiasi momento integrazioni istruttorie (art. 421 c.p.c.) renderebbe il procedimento forse meno formale, ma molto probabilmente più efficiente.

È pur vero che l’adozione del rito del lavoro con riferimento ad alcune cause particolarmente complesse (ad es. una azione sociale di responsabilità con numerose parti) potrebbe presentare qualche difficoltà; ma ciò dimostra una volta ancora come qualsiasi riforma dell’*iter* processuale non possa prescindere da un’adeguata riorganizzazione e implementazione degli uffici, che consenta ai magistrati di avere a che fare con un carico di ruolo tollerabile.

(3) I termini per le comparse conclusionali, dopo l’assunzione in decisione, sono allo stato di **80 gg.** (più 20 gg per le repliche).

Nel rito del lavoro questi termini non sussistono: il dispositivo viene letto in udienza all’esito della discussione delle parti e la motivazione viene depositata entro 30 gg. Se anche questa regola fosse mutuata al processo civile, da una parte ciò renderebbe più snello il procedimento; dall’altra, la lettura immediata del dispositivo cristallizzerebbe immediatamente la soluzione della controversia.

Anche in questo caso, con riferimento alle controversie più complesse potrebbe essere mantenuta ferma la possibilità del deposito di una sola memoria conclusionale prima della discussione (con esclusione delle repliche), purché, a seguito dello svolgimento di attività istruttoria (così escludendo tale facoltà ove di istruttoria non ve ne sia stata alcuna), almeno una delle parti ne faccia richiesta.

(4) Resta infine inteso che, a seguito dell’adozione del rito del lavoro – con i cor-

rettivi di cui sopra – verrebbe definitivamente abrogata la c.d. “udienza di precisazione delle conclusioni”, che potrebbe essere sostituita (quantomeno nei casi in cui abbia avuto luogo un’istruttoria) dal mero deposito di un foglio di precisazione delle conclusioni.

Beninteso: si ribadisce ancora l’imprescindibilità di quanto illustrato all’inizio della trattazione, ossia che la riduzione dei tempi morti “intermedi”, così come più in generale qualunque modifica e/o riduzione dei termini intraprocessuali, rischia di essere poca cosa se non si riducono i tempi effettivi di decisione, il che appare impossibile senza contestualmente razionalizzare e ridurre i carichi di ruolo.

Ferma questa non rinunciabile prospettiva, si ritiene che applicando il rito del lavoro si possa ottenere **un risparmio di più di otto mesi di “stasi obbligatoria” del processo** e che, rendendo più “elastici” e flessibili i poteri istruttori del giudice, l’istruttoria ne risulti più agile e funzionale.

Ulteriore modifica meritevole di valutazione potrebbe essere la possibilità che la prescrizione sia rilevata di ufficio, al fine di eliminare una serie di processi inutili che vengono instaurati nonostante il credito sia già (spesso ampiamente) prescritto

Ulteriore modifica meritevole di valutazione potrebbe essere la possibilità che la prescrizione sia rilevata di ufficio, al fine di eliminare una serie di processi inutili che vengono instaurati nonostante il credito sia già (spesso ampiamente) prescritto. Appare francamente discutibile l'attuale scenario, nel quale i decreti ingiuntivi devono essere emessi nonostante l'intervenuta prescrizione, in quanto la relativa eccezione può essere sollevata solo in sede di opposizione al provvedimento monitorio da parte del

debitore ingiunto (il quale, com'è naturale, non ha potuto partecipare al procedimento monitorio). Questi procedimenti potrebbero essere evitati semplicemente prevedendo, come detto, che la prescrizione possa essere rilevata di ufficio. In tal modo si potrebbero anche evitare, o immediatamente definire, numerosi altri processi, con il vantaggio di rafforzare la stabilità e la certezza dei diritti patrimoniali della persona o dell'impresa, non più soggetti ad azioni esperibili senza limiti temporali.



ANNA MARIA GREGORI

Giudice presso il Tribunale di Roma



PAOLO DUVIA

*Avvocato e professore associato di Diritto privato
Università degli Studi dell'Insubria*

ENERGIA EOLICA OFFSHORE

L'ITALIA PUÒ DIVENIRE LEADER MONDIALE

DI GIUSEPPE ROBERTO TOMASICCHIO

Negli ultimi anni, l'attenzione verso i cambiamenti climatici e la necessità di ridurre le emissioni hanno portato a un crescente interesse verso la produzione di energia eolica, anche in relazione alla possibilità di ridurre i costi connessi all'importazione dei combustibili fossili e alle significative ricadute occupazionali. In particolare, grazie ai diversi vantaggi che essa offre, in relazione alla possibilità di incremento della producibilità energetica e di riduzione degli impatti acustici, visivi e paesaggistici, attualmente le più interessanti prospettive per lo sfruttamento dell'energia eolica riguardano prevalentemente l'eolico *off-shore* e in particolar modo quello in acque profonde.

Il Ministero della Transizione Ecologica Italiano (MITE) intende favorire lo sviluppo degli impianti eolici *off-shore* galleggianti, collocati al largo delle coste Italiane con lo scopo di limitarne l'impatto sul paesaggio. Infatti, è noto che, qualora realizzati, gli impianti eolici galleggianti, posti sulla batimetrica 70 m e oltre, potranno certamente contribuire in modo sensibile al processo di decarbonizzazione che l'Unione Europea persegue. Prova del fatto che l'energia da eolico *off-shore* in mare risulta assai più concreta, matura e competitiva rispetto all'energia da moto ondoso è l'impetuoso interesse dei privati a sviluppare progetti e depositare manifestazioni di interesse. Dunque, il risultato è che sono giunte al MITE ben 64 manifestazioni di interesse, il che è incoraggiante se non fosse per il fatto che esse

sono tra loro completamente disorganiche, non rispettando, in molti casi, il presupposto di limitare l'impatto sul paesaggio perché prevedono impianti troppo prossimi alla costa e il presupposto di avere prossimità alla rete principale elettrica gestita da TERNA: può apparire che, in taluni casi, la localizzazione dell'impianto proposta dall'Impresa non sia dettata da un ampio ragionamento che comprende aspetti ambientali e meteorologici, ma piuttosto dalla ricerca dell'ultima area di mare ancora libera.

Purtroppo, l'Italia soffre di un ritardo nello sviluppo dell'energia eolica *off-shore* che, soprattutto in Europa del nord, ha già sperimentato tre fasi: fase di ricerca iniziale nel periodo 1980-1990, fase di test sperimentale nel periodo 1991-2000 e fase di commercializzazione dal 2001. Tuttavia, nel corso di recenti giornate di studio della Associazione di Ingegneria Offshore e Marina tenutasi a Napoli (www.aiom.info), si è constatato come l'Università, i Centri di Ricerca

Il Ministero della Transizione Ecologica Italiano (MITE) intende favorire lo sviluppo degli impianti eolici offshore galleggianti, collocati al largo delle coste Italiane con lo scopo di limitarne l'impatto sul paesaggio

Italiani e le aziende metalmeccaniche, nonostante il tardivo avvio, sono al livello delle competenze che si sono sviluppate in nord Europa nel corso dei 40 anni appena detti, grazie al forte supporto dell'industria dell'energia e metalmeccanica. Anche il coordinamento di progetti europei in tema (<https://youtu.be/WZlc7QABp4Q>) e il crescente interesse a formare Partenariati Estesi (*Scenari energetici del futuro*) da parte delle Università attive nel settore dell'eolico *off-shore* mostra che l'Accademia Italiana è

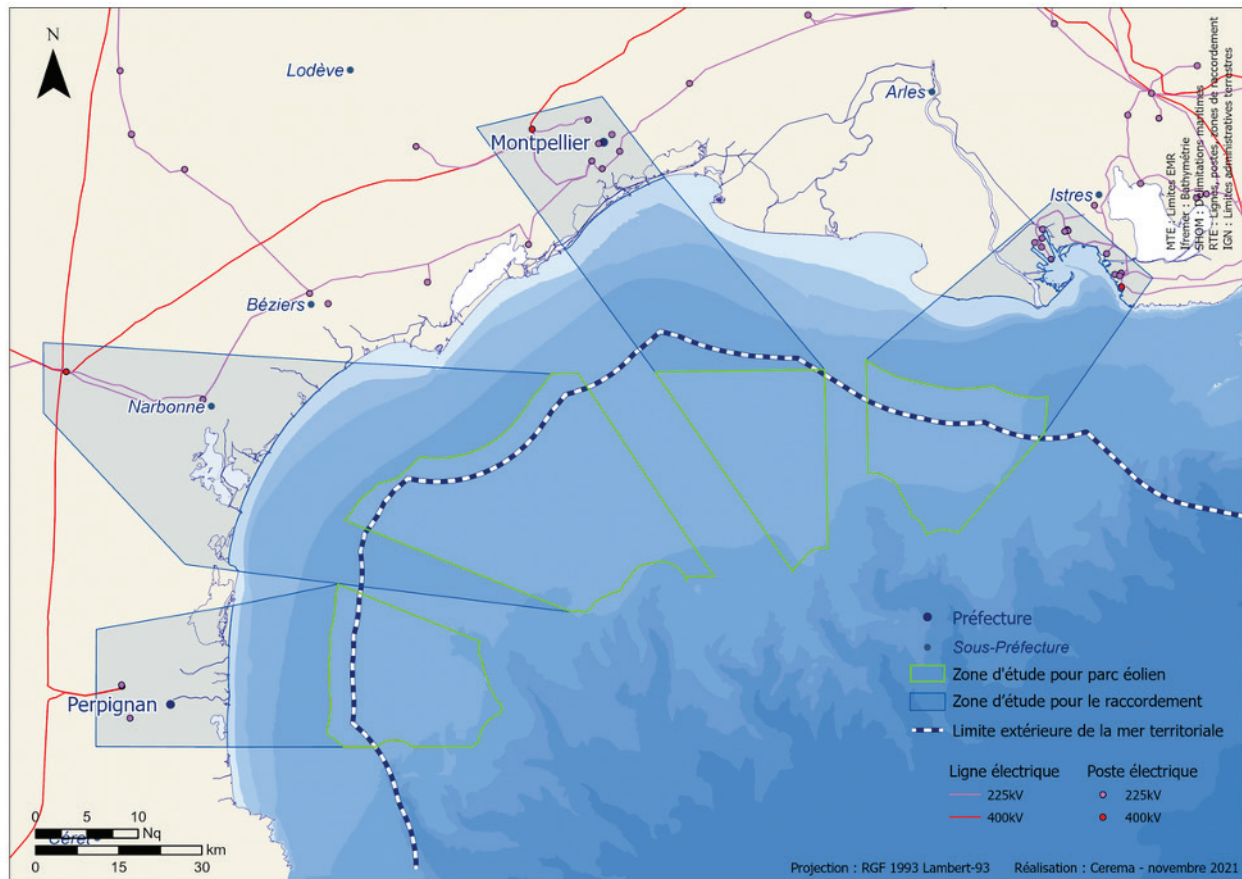


Figura 1. Eux projets en Méditerranée, Zone d'étude soumise au débat public

<https://www.eoliennesenmer.fr/facades-maritimes-en-france/facade-mediterranee/deux-projets-en-mediterranee>

al passo con i Paesi ove tali impianti sono già in funzione da tempo.

Dunque, l'Italia è posta in una condizione in cui il *know how* è disponibile e le aziende, soprattutto i Fondi internazionali, desiderano investire (ad esempio, Renexia del gruppo Toto di Chieti è azienda leader negli Stati Uniti). Questo deve essere reso ben chiaro alla pubblica amministrazione e agli investitori; altrimenti, si corre il serio rischio che i giganteschi investimenti che verranno per lo sviluppo dell'eolico offshore in Italia arricchiranno solo la Ricerca e le aziende metalmeccaniche all'estero. Ciò che va certamente migliorato è la politica energetica italiana che non coordina, in modo adeguato, le manifestazioni di interesse che i privati avanzano. Infatti, al contrario di altri Paesi europei, anche essi impegnati nella transizione ecologica, la nostra Nazione non si è dotata di un piano che individua, delimitandole, le aree marine ove è possibile localizzare impianti eolici, stabilendone anche la potenza e il numero. Tale individuazione e delimitazione andrebbe effettuata sulla base della valutazione degli impatti che riguardano l'aumento del li-

vello di rumore, il rischio di collisione, le modifiche all'habitat bentonico e pelagico, l'introduzione di ulteriori campi elettromagnetici, il clima anemometrico, la batimetria, la grid connection, etc..

Quanto appena detto è stato sapientemente effettuato dal Ministero della Transizione Ecologica Francese (<https://www.eoliennesenmer.fr/>). A titolo di esempio, la Figura seguente mostra le zone oggetto di esame da parte del Ministero Francese per il mar Mediterraneo, mare per il quale è anche indicata la potenza massima cumulata dei due soli impianti eolici che potranno esservi installati. Dette zone sono ora nella fase di Dibattito Pubblico al termine del quale saranno elemento guida indispensabile per gli investitori per definire le proprie manifestazioni di interesse. Sarebbe opportuno che anche il MITE si dotasse di un piano di individuazione delle aree marittime Italiane ove è possibile localizzare impianti eolici in mare, tanto più che i dati ambientali e meteomarini sono ben noti (e.g. ISPRA). In tal modo si darebbero indicazioni chiare su ciò che il MITE si attende e si sfonderebbe il nume-

ro di manifestazioni di interesse, limitandole ai soli *stakeholders* davvero concreti nell'effettuare i poderosi investimenti necessari.

Infatti, appare che in Francia lo Stato ha voluto governare/regolare i processi sin dall'inizio, dando ferme e chiare indicazioni al Mercato (localizzazione, potenza installabile, numero di impianti massimo); in Italia si è optato per lasciare che chiunque manifesti interesse e per ogni dove lungo i mari della penisola e delle sue isole.

Non va taciuto che anche il MIMS deve giocare un ruolo nel processo di decarbonizzazione legato all'eolico offshore; infatti, occorre stabi-

lire e realizzare aree portuali adeguate alle attività di fabbricazione (auspicabile), deposito, assemblaggio dei galleggianti, imbarco delle torri, degli ormeggi, delle turbine e delle pale eoliche.

Con questi apparentemente piccoli accorgimenti, l'Italia potrà realmente bruciare i tempi necessari per la progettazione e realizzazione di impianti eolici offshore, agendo in modo efficace per la decarbonizzazione. In più, sia la Ricerca che l'Industria italiane potranno compiere un balzo enorme che le renderà competitive in un settore al quale tutto il pianeta guarda con notevole attenzione.



GIUSEPPE ROBERTO TOMASICCHIO

*Professore ordinario di Costruzioni marittime
Università del Salento*

*Presidente dell'Associazione di Ingegneria
Offshore e Marina*

Il latino è una lingua precisa, essenziale. Verrà abbandonata non perché inadeguata alle nuove esigenze del progresso, ma perché gli uomini nuovi non saranno più adeguati ad essa. Quando inizierà l'era dei demagoghi, dei ciarlatani, una lingua come quella latina non potrà più servire e qualsiasi cafone potrà impunemente tenere un discorso pubblico e parlare in modo tale da non essere cacciato a calci giù dalla tribuna. E il segreto consisterà nel fatto che egli, sfruttando un frasario approssimativo, elusivo e di gradevole effetto "sonoro", potrà parlare per un'ora senza dire niente. Cosa impossibile col latino.

"Chi sogna nuovi gerani?"

GIOVANNINO GUARESCHI