



7 ottobre 2007

A tutto il personale dell'IFC-CNR

1. NASCE LA FONDAZIONE

Cari tutti,

Con il 1 novembre prossimo diventerà operativa la Fondazione CNR/Regione Toscana Gabriele Monasterio per la Ricerca Medica e di Sanità Pubblica (FGM). Alla direzione dell'IFC subentrerà Dani Parodi, il cui mandato è previsto in prima istanza fino al 31 dicembre p.v., data entro la quale il CNR ipotizza (?) la conclusione dei lavori della Commissione per la selezione del nuovo direttore. Secondo le previsioni statutarie con il 1° novembre assumerò la direzione della FGM, cui verranno trasferite le attività sanitarie del CREAS IFC-CNR.

Con queste note mi propongo di riassumere e divulgare alcune implicazioni di questa transizione, per quanto riguarda le attività e il personale attualmente operante nell'istituto. In prima approssimazione e in via di semplificazione si potrebbe dire che non cambierà nulla, ma se questo vale certamente in termini generali per le attività, le finalità, le interazioni tra ricerca e sanità, in realtà nei meccanismi attuativi, nella gestione amministrativa, nell'organizzazione e nell'inquadramento del personale ci saranno cambiamenti che interesseranno molti di voi, e con alcuni dei quali molti di voi dovranno confrontarsi individualmente.

Per quanto riguarda l'assetto aziendale il cambiamento più importante, che costituisca tra l'altro l'obiettivo fondamentale di tutta l'operazione, è rappresentato dalla Legge Regionale n°40/2007 approvata il 24 luglio scorso, che prevede l'inquadramento della Fondazione nell'ambito del sistema sanitario regionale parificandola completamente alle Aziende Ospedaliero-Universitarie (AOU). Quindi una vera Azienda Ospedaliero-CNR, unica in Italia: se guardo indietro, partendo dai 16 letti del Laboratorio di Fisiologia Clinica del 1968, non mi sembra quasi possibile che si sia potuti arrivare a questo obiettivo, mantenendo sempre la barra sulla integrazione clinica/ricerca, sulla multidisciplinarietà e sulla centralità del malato.

Cosa vuol dire questo?

A parte le implicazioni di rilevante importanza sul piano istituzionale e sui meccanismi di finanziamento, significa che le attività della FGM:

- saranno definite in un organigramma/funzionigramma (orribile termine sindacalese) che identifica unità semplici come tali, unità semplici a valenza dipartimentale, unità complesse, a loro volta inquadrate in dipartimenti aziendali, e programmi strategici;
- saranno condotte da personale del SSN e da personale CNR o universitario, applicando anche al personale CNR le regole che nelle AOU regolano l'apporto del personale universitario.

Per quanto attiene all'organigramma/funzionigramma, in prima approssimazione si è prevista la strutturazione della FGM in 4 dipartimenti:

- cardiotoracico, con unità a Pisa e a Massa
- pediatrico, solo a Massa, con proiezione ambulatoriale a Pisa
- immagini, con unità a Pisa e a Massa
- medicina di laboratorio, con unità a Pisa e Massa

I criteri fondamentali per la formulazione della Pianta Organica Ospedaliera della FGM,

più volte discussa con le OO.SS. Ricerca e Sanità, sono riassunti nella nota ⁽¹⁾.

2. IMPLICAZIONI PER IL PERSONALE DEL CREAS IFC-CNR

Vediamo ora gli aspetti relativi al personale inquadrato a tempo indeterminato, ospedaliero, CNR e Universitario.

Personale attualmente inquadrato SSN: Questo personale (medici, infermieri, tecnici) è attualmente inquadrato nella AOUP (84 unità) o nella ASL1 (241 unità) ed è assegnato al CREAS IFC-CNR: con il 1° novembre, restando inquadrato nelle Aziende di appartenenza, questo personale verrà automaticamente assegnato alla FGM in quanto in essa confluisce il CREAS e quindi le attività sanitarie. E' a partire da questo momento che questo personale di ruolo potrà esercitare l'opzione di trasferimento alla FGM, diritto che vale per un periodo di tre anni, fermo restando che l'opzione eventualmente esercitata rimane reversibile per tutto il triennio.

Personale attualmente inquadrato CNR o Università a tempo indeterminato: Il personale con questo tipo di inquadramento e che svolge attualmente attività sanitarie o ad esse correlate nel CREAS IFC-CNR (53 CNR e 11 universitari), a far data dal 1° Novembre prossimo, salvo esplicita rinuncia individuale, avrà automaticamente titolo a continuare tale attività nell'ambito della FGM, ovviamente mantenendo il proprio inquadramento CNR o universitario, e la sua partecipazione si esplicherà in modo analogo e con gli stessi diritti/doveri previsti per il personale universitario operante nelle AOU⁽²⁾.

Veniamo ora al personale con contratti CNR a tempo determinato (TD) che svolge attività sanitarie o correlate, tecniche o amministrative. Per tutti, dal 1° Novembre p.v. gli oneri finanziari relativi passano a carico della FGM, che da tale data li rimborserà a IFC-CNR. In particolare:

- Personale dipendente CNR a tempo determinato (artt.23,18,15): con decorrenza 1° aprile 2008 questo personale (oltre 150 unità) verrà direttamente assunto a tempo indeterminato dalla FGM e inquadrato con contratto del SSN, in relazione all'attuale

⁽¹⁾ I criteri che ispireranno la definizione della Pianta Organica Ospedaliera della FGM sono i seguenti:

1. rispetto delle responsabilità funzionali in essere nel CREAS IFC-CNR
2. rispetto dei criteri di parificazione del personale CNR al personale universitario nelle AOU ai sensi del DLgs. 21.12.1999 n.517:"Disciplina dei rapporti tra SSN e università, a norma dell'art.6 della L.30.12.1998, n.419"
3. rispetto dei criteri relativi agli incarichi dirigenziali del SSN di cui al Titolo IV, Capo I, art.26 e art.27, CCNL della Dirigenza Medica 1998-2001

Di conseguenza

- si è prevista l'articolazione delle attività in Strutture Complesse e Strutture Semplici;
- tra queste ultime si sono distinte quelle che costituiscono articolazioni interne della struttura complessa (Strutture Semplici Intra-Dipartimentali, SSID) da quelle a Valenza Dipartimentale (SSVD), dotate di autonomia e responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie;
- si è prevista la parificazione ai professori universitari di prima fascia (P1/uni) dei dirigenti di ricerca e tecnologi CNR (DRcnr e DTcnr), la parificazione ai professori universitari di seconda fascia (P2/uni) dei primi ricercatori e tecnologi CNR (PRcnr e PTcnr), e dei ricercatori e tecnologi CNR ai ricercatori universitari;
- di conseguenza per i dirigenti di ricerca CNR si è prevista la parificazione con i dirigenti di II livello del SSN, e conseguentemente l'affidamento della direzione di Strutture Complesse o la responsabilità e gestione di programmi finalizzati alla integrazione delle attività assistenziali e di ricerca, con particolare riguardo alle innovazioni tecnologiche e assistenziali e/o al coordinamento delle attività di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale (c.4 art.5 DLgs.517/99

⁽²⁾ C'è una nota dolente per il personale medico CNR, anche se non di estrema rilevanza: si tratta della copertura assicurativa per la cosiddetta "colpa grave": per legge questa è a carico dell'interessato e ciò vale già ora per il personale ospedaliero e per quello universitario che opera nelle AOU. Finora, essendo l'attività sanitaria svolta nell'ambito dell'istituto, si era riusciti a inglobare la "colpa grave" nell'assicurazione generale del personale CNR senza oneri aggiuntivi per l'Ente: questa facilitazione non sarà più possibile nella FGM.

profilo di attività ⁽³⁾

- Personale con assegni di ricerca o contratti d'opera (oltre 40 unità): fermo restando che gli oneri relativi, come già detto, passeranno subito a carico della FGM, entro il 2008, in relazione ai profili di attività da essi rappresentati, FGM bandirà (con progressività da determinare) specifiche selezioni per la copertura dei posti attualmente ricoperti da tale personale.
- Personale delle cooperative (circa 55 unità): anche in questo caso FGM procederà a specifiche selezioni per la copertura di buona parte delle posizioni attualmente ricoperte con questa tipologia di contratto; tali selezioni riguarderanno altresì una parte del personale che attualmente opera con rapporto libero professionale (attualmente 32 unità).

In sintesi:

Delle circa 800 unità di personale che operano tra Pisa e Massa circa 670 lavorano nel CREAS e quindi hanno titolo a confluire funzionalmente nella FGM: ciò avverrà automaticamente per il personale SSN attualmente assegnato e, salvo rinuncia individuale, per il personale CNR e Universitario, mantenendo ciascuno il proprio stato giuridico e il proprio contratto; il personale dipendente a tempo determinato CNR operante nell'ambito delle attività sanitarie o ad esse correlate, diverrà invece dipendente di ruolo della FGM, in relazione al proprio profilo di competenza ⁽⁴⁾.

3. IMPLICAZIONI SULL'ASSETTO DELL'ISTITUTO IFC-CNR

Vediamo ora l'assetto di IFC-CNR dopo il conferimento delle attività sanitarie del CREAS alla Fondazione:

Il personale totale che oggi opera nell'ambito CREAS IFC-CNR e nelle sue sezioni ammonta a circa 850 unità, di cui 450 a Pisa, 350 a Massa, 16 a Lecce, 10 a Milano, 9 a Roma, 4 a Siena, e 7 decentrati in varie regioni per i programmi di epidemiologia.

Le circa 140 unità di personale CNR e universitario di Pisa e di Massa che non concorrono alle attività sanitarie, non diverranno operatori FGM come già oggi non sono operatori del CREAS, e costituiranno il nucleo principale dell'IFC-CNR, cui si aggiungono le circa 50 unità di personale operante nelle sezioni come sopra specificato.

Dal punto di vista funzionale, lo Statuto della FGM e gli accordi sottoscritti tra CNR e Regione, prevedono e auspicano la più ampia collaborazione tra le due istituzioni, come già ora accade, come innesco e banco di prova di nuove iniziative di ricerca e valutazione delle attività sanitarie e delle tecnologie relative, Essendo FGM specificamente orientata verso le attività sanitarie e quindi la ricerca clinica applicata, in futuro IFC-CNR sarà probabilmente maggiormente connotato verso la ricerca di base, sperimentale, tecnologica e valutativa: insieme, dovranno continuare a garantire alla sanità toscana la funzione di "pesce pilota" del nuovo.

Reciprocamente i medici e i tecnici inquadrati nella FGM o ad essa assegnati dalle Aziende di appartenenza (46 medici del SSN), avranno pieno titolo per partecipare alle attività di ricerca dell'IFC, ed anche a mantenere o acquisire, su richiesta individuale, lo stato di ricercatori associati, secondo la normativa già oggi vigente e della quale si auspica l'estensione alla FGM, assicurandone anche la rappresentanza nel Comitato d'Istituto.

La dimensione risultante dell'IFC-CNR sarà quindi di circa 250 unità di personale. Complessivamente, tra Pisa e Massa, questo numero comprende circa 80 unità non di ruolo, di cui solo 2 a carico di fondi centrali dell'Ente, e circa 75 contratti tra tempo determinato, assegni di ricerca, e contratti d'opera (circa 1/3 per ciascuna tipologia). Questo personale è

⁽³⁾ Questo personale può anche aspirare alla stabilizzazione CNR secondo la legge finanziaria 2007.

⁽⁴⁾ I medici che non hanno ancora conseguito la specializzazione operare in essa restando inquadrati nell'IFC, con retribuzione a carico della FGM, per essere poi inquadrati nella FGM dopo il conseguimento del titolo di specialità

attualmente per circa l'80% a carico di contratti di ricerca dell'IFC, e per il 20% a carico delle attività sanitarie.

La tranquillità delle posizioni non di ruolo ovviamente dipende dalla capacità di IFC di acquisire risorse sul mercato della ricerca, e di conseguenza dalla consistenza dei contratti in essere. Negli ultimi anni IFC è riuscito a portare a casa contratti di ricerca per un valore intorno ai 6-8 milioni€, di fronte ad un finanziamento del CNR che è dell'ordine di 700.000 €, oltre alle retribuzioni del personale a tempo indeterminato (circa 7 mln €) e alla quota di costi condominiali dell'area di ricerca di Pisa (circa 1,9 mln €).

Allo stato appaiono solide soprattutto le posizioni del personale afferente al settore Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari (contratti per Programmi sull'abuso di droga), al settore di Epidemiologia Polmonare (contratto AIFA), al Progetto GENOCOR, al settore organi artificiali (contratto "Scaffolds 3D nanostrutturati"), al settore della ricerca metabolica (progetto Pfizer), e alla unità sensori (progetto UE Careman).

Per quel 20% di contratti a carico delle attività sanitarie, a favore di personale non impegnato in attività FGM, la Fondazione potrebbe temporaneamente assicurare la continuità di finanziamento, ed eventualmente anche la stabilizzazione del personale a tempo determinato, ribilandone i costi sull'IFC con il meccanismo di conguaglio di cui si dirà più avanti. Analoga possibilità potrà essere considerata, in via eccezionale e transitoria, per consentire di far fronte a contratti su fondi IFC che si trovassero in difficoltà per scadenza o ritardo dei finanziamenti, o a transitori di difficoltà per la normativa CNR.

Infine, appare molto verosimile che FGM affidi commesse di ricerca o di fornitura di servizi a IFC-CNR (radiofarmaci, ecc.), i cui ricavi potranno anche ovviamente assicurare il finanziamento di posizioni non di ruolo.

L'Istituto dovrà naturalmente avere una struttura amministrativa autonoma, in quanto dovrà adeguarsi ai regolamenti contabili e gestionali del CNR. Questo problema presenta seri elementi di difficoltà per la ben nota insufficienza di personale amministrativo negli Istituti del CNR. A tal fine per un istituto di queste dimensioni, si deve prevedere una struttura gestionale di almeno 8 unità. Questa dimensione può essere raggiunta integrando due unità di personale amministrativo di ruolo CNR con sei unità che saranno inquadrare nei ruoli della FGM ma distaccate a IFC, che ne rimborserà i costi alla FGM con il meccanismo di conguaglio rispetto ai crediti di IFC verso FGM di cui al paragrafo precedente.

Altro capitolo importante è quello delle spese condominiali nell'Area della Ricerca di Pisa: poichè lo stabilimento di Pisa della FGM opererà nell'edificio corrispondente al Corpo C (Unità Clinica) dell'Area della Ricerca del CNR di Pisa, FGM subentrerà a IFC pro-quota nei costi di gestione dell'Area, facendosi carico di circa il 70% del 1.900.000 €, che rappresenta l'importo degli oneri condominiali di IFC-CNR che attualmente gravano su capitoli centralizzati del CNR.

Un aspetto particolare poi riguarda anche il personale dei servizi tecnici e di supervisione degli impianti dell'Area di Ricerca, che, in ottemperanza alla vigente normativa CNR, risulta inquadrato in IFC, con rimborso dei costi pro-quota da parte degli Istituti insediati nell'Area. Divenendo FGM uno dei principali utenti dell'Area, si può prevedere che il meccanismo che consente la stabilizzazione nell'ambito della Fondazione di personale a tempo determinato inquadrato in IFC possa consentire l'assunzione/stabilizzazione da parte di FGM anche di questo personale (in servizio da tanti anni!), naturalmente mantenendone l'assegnazione e pertanto le attuali funzioni nel servizio tecnico CNR dell'area, sotto la direzione dello stesso, e rimborso dei costi relativi, pro-quota, a IFC-CNR, come già accade, da parte degli altri istituti.

Il meccanismo di conguaglio dei costi di Area resterebbe quindi identico a quello attuale: attualmente IFC paga all'Area la sua quota condominiale comprensiva del corpo C dove ha sede l'unità clinica, tramite una specifica assegnazione CNR che viene direttamente accreditata all'Area, e viene rimborsato dall'Area dei costi del personale dei servizi tecnici e di supervisione; nel nuovo assetto tutto procede nello stesso modo, ma il CNR ricarica su FGM la quota di costi di Area corrispondente al Corpo C, detraendo a conguaglio da questo importo i costi del personale FGM (amministrativo e non) distaccato per i servizi di Area. Naturalmente queste procedure dovranno essere regolate da un accordo CNR/FGM.

4. RAPPORTI TRA IFC-CNR E FGM NELLA RICERCA

Un quesito fondamentale è quello del futuro dei rapporti tra IFC e FGM nel settore della ricerca: si è detto che probabilmente in futuro IFC sarà maggiormente connotato verso la ricerca di base, sperimentale, tecnologica e valutativa, e FGM verso la ricerca clinica applicata. Ma cosa vuol dire questo? Non vuole in alcun modo segnare una separazione tra le due tipologie di attività scientifica. Il concetto è questo, come ben precisato nello statuto e negli accordi tra le parti: l'Istituto del CNR avrà pieno accesso alla casistica e alle tecnologie di FGM non solo per lo sviluppo congiunto di protocolli di ricerca clinica e applicata in genere, ma anche per le tecnologie più complesse gestite da FGM dovrà essere assicurato l'accesso ai ricercatori IFC, attraverso appositi protocolli, per la conduzione di indagini sperimentali. Anche questa attività dovrà essere regolata da appositi accordi, secondo i principi generali già solidamente sanciti nei patti sottoscritti dalle parti.

Naturalmente la configurazione di FGM secondo le norme di Azienda Ospedaliera impone alcuni vincoli cogenti per la gestione delle procedure e delle tecnologie.

Questi vincoli sono particolarmente rilevanti per le procedure informatiche e telematiche che gestiscono le attività sanitarie e quelle di amministrazione e governo ad esse correlate. Noi siamo giustamente molto orgogliosi del livello di informatizzazione dell'attività clinica che è stato raggiunto nell'istituto. L'istituto e i suoi ricercatori sono stati capaci di sfruttare l'opportunità Sperigest in modo straordinario, e grazie al contributo di tanti, si è arrivati ad un livello che desta sempre la sorpresa e l'ammirazione dei visitatori. Ma noi sappiamo che questo sistema difetta in sicurezza, omogeneità, robustezza e adeguamento alle tecnologie informatiche più avanzate e raccomandate per la gestione di ambiti clinici. I recenti drammatici episodi avvenuti in alcuni ospedali italiani, a seguito dello scambio di reperti tra pazienti, sottolinea più di qualunque altro argomento la criticità e l'urgenza di soluzione del problema. Avendo in casa il gruppo di informatici cui il Dipartimento per Innovazione Tecnologica della Presidenza del Consiglio ha affidato il progetto 'Sanità Elettronica' era più che naturale affidare allo stesso gruppo l'incarico di riprogettare e gestire il sistema infotelematico del CREAS IFC-CNR per FGM, interfacciandosi con tutti gli specialisti di prodotto e di settore che hanno negli anni sviluppato e gestito il software specifico delle diverse applicazioni, al fine di dar vita ad un sistema omogeneo e affidabile: il sistema dovrà essere pronto a recepire l'innovazione dei singoli ambiti, ma l'introduzione dell'innovazione nel sistema dovrà essere soggetta a vincoli e controlli di compatibilità con la funzionalità e affidabilità del sistema stesso, fino alla predisposizione degli eventuali adeguamenti. Nascono in questa direzione due nuovi servizi: INFOTEL per la gestione infotelematica delle procedure sanitarie e delle attività di gestione e di governo correlate, e un Servizio Sperimentale per la Conservazione Sostitutiva (SSCS) dei documenti clinici, affrontando così un problema irrisolto anche nei maggiori centri ospedalieri nazionali. L'attivazione di questi servizi porrà il problema del rapporto tra la rete infotelematica clinica di FGM e la rete di ricerca dell'IFC, che dovrà essere sviluppato in modo da non limitare la capacità di ricerca IFC, assicurando però che questa non possa mettere a rischio l'affidabilità della rete clinica. Questa operazione sarà un collaudo della buona volontà di tutti a Pisa e a Massa.

Sono numerose le evoluzioni importanti oggi in cantiere, che incideranno in modo rilevante nei rapporti tra clinica e ricerca, e quindi tra IFC e FGM. Tra quelle allo studio, cito, a solo scopo esemplificativo:

- Il probabile sviluppo di un progetto Superimaging, che prevede un potenziamento di notevole portata dei sistemi multimodali di immagine (a Pisa e a Massa) e dei laboratori di sviluppo e preparazione di markers e traccianti radioattivi e non, che coinvolgerà medici, fisici, chimici, biologi, e informatici;
- il possibile sviluppo di un progetto di medicina rigenerativa, in collaborazione tra le Regioni Emilia-Romagna e Toscana, che coinvolgerebbe i nostri laboratori di medicina sperimentale (S.Piero e S.Cataldo), il sistema di imaging multimodale, i laboratori di biologia cellulare di Pisa e di Massa, e le nostre unità di cardiocirurgia.

5. EDILIZIA A MASSA E A PISA

Una delle conseguenze più importanti della approvazione della legge regionale 40/2007 è che FGM acquisisce pieno titolo ai finanziamenti regionali per il potenziamento delle strutture edilizie sanitarie.

Per Massa questo vuol dire finalmente poter affrontare il riassetto del complesso immobiliare dello stabilimento, con la sua messa a norma quanto a tetti, infissi, pareti e quant'altro, e alla ristrutturazione interna delle terapie intensive, delle sale operatorie, dell'emodinamica, ecc., con la prospettiva di recuperare spazi idonei per riunioni e conferenze, ed altre attività

Per Pisa questo vuol dire poter dar corso agli interventi previsti e già approvati dal Provveditorato alle Opere Pubbliche, con i lavori che interessano la Risonanza, la Radiofarmacia, la PET, la Medicina Nucleare e gli ambulatori.

Il complesso di questi interventi di riqualificazione, potenziamento e messa a norma degli edifici e strutture in cui opera FGM, è già stato sottoposto alla Regione per l'importo complessivo di circa 11 mln € di interventi immediati.

6. PUBBLICO O PRIVATO?

FGM nasce come fondazione di diritto privato essendo questo l'unica modalità di partecipazione consentita dalla normativa CNR: questa necessità, peraltro condivisa da tutti gli interlocutori, comprese le Organizzazioni Sindacali, assicura certamente un meccanismo di maggiore snellezza ai fini dell'assunzione del personale con contratti a tempo determinato del CNR.

L'intesa sottoscritta dal CNR e dalla Regione è peraltro quella di trasformare al più presto (2008-2009) la Fondazione in Ente Pubblico essendo questa ovviamente la naturale vocazione di entrambi gli Enti Fondatori.

7. CONCLUSIONI

FGM nasce il 1° novembre 2007, ma viene da molto lontano, e rappresenta il punto di arrivo di un processo iniziato 40 anni or sono, nella Clinica Medica di Gabriele Monasterio, come Unità Sperimentale di Fisiologia Clinica del CNR: la maggior parte di voi, e mi riferisco agli 850 operatori del CREAS IFC-CNR, non ha vissuto questa storia, e parecchi di voi non erano ancora nati quando è cominciata. Ma alcuni di voi, purtroppo non molti ormai, ricordano tutte le tappe successive, avendole vissute, dal Laboratorio poi Istituto di Via Savi, con i suoi 16 letti convenzionati con gli Spedali Riuniti di Santa Chiara, al riconoscimento ottenuto con la legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, alla prima convenzione con la Regione Toscana del 1989 che riconosceva l'Unità Operativa Malattie Cardiovascolari e Discipline Affini, con l'assegnazione di spazi ospedalieri aggiuntivi nel leggendario IV medico, e poi la casa degli spiriti di via Bonanno, fino alla donazione di via Trieste, e l'evoluzione aziendale felicemente impostaci dalla legge 502 del 1992.

Gli anni 93-95 furono quelli del grande salto, con l'affidamento a IFC-CNR dell'Ospedale Pediatrico Apuano, il decreto del Ministro della Sanità che riconosceva il complesso IFC (Pisa più Massa) come **Centro di Ricerca per l'Erogazione di Attività Sanitarie** di rilievo nazionale e internazionale, il riconoscimento del CREAS come Azienda di Ente di Ricerca nella Legge Regionale Toscana n°49 del 1994, e infine nel 1995 il salto rappresentato dall'inizio della gestione autonoma dell'attività di ricovero e cura che ci portò a partire dal 1997 alla piena autonomia gestionale di tipo Aziendale con la necessità di darci una nuova e robusta gestione amministrativa, fino al 2001 e al trasferimento a San Cataldo.

Siamo cresciuti molto, e basta guardarci indietro: le 850 unità di personale del 2007 vanno confrontate con le 250 del 1993, quando ci fu affidata l'OPA. I ricoveri annui del 1993

erano poco più di 1500 (1000 Pisa e 500 Massa) da confrontare con i 4500 del 2006. Il fatturato complessivo del 2006, pari a circa 67 milioni di Euro è circa 20 volte il fatturato di 3,7 milioni del 1995. Ma finora la nostra istituzione aveva fragili piedi di argilla, tanto più pericolosi quanto più si cresceva: il rapporto con il Servizio Sanitario su base convenzionale era ovviamente esposto a tutti i cambiamenti di umore e di indirizzo, sia a Firenze che a Roma. Passare da un rapporto convenzionale ad un consolidamento istituzionale era quindi fondamentale, e la Fondazione ci ha portato questo.

Anche questa ultima tappa non è stata facile, e via via ha generato incomprensioni, all'interno e all'esterno: a parte il nostro impegno, e non posso non citare la dedizione di Luciano Ciucci, ci ha molto aiutato la ferma volontà di Enrico Rossi e dei suoi collaboratori ed anche, non poco, il clima estremamente costruttivo che abbiamo trovato nei sindacati della sanità e della ricerca. Francamente, ci ha anche spronato e aiutato l'inconsistenza culturale e strategica e la miopia dei non pochissimi che hanno cercato di ostacolare o almeno rallentare questo percorso, dall'interno o dall'esterno.

Ritengo una rara fortuna aver potuto seguire personalmente, in posizione direttiva, tutto questo percorso quarantennale, e devo ringraziare tutti voi per quello che avete dato di intelligenza, energia, competenza e dedizione a questa avventura e per avermi sopportato per tanto tempo. E' certo una anomalia che la stessa persona abbia gestito per 40 anni una istituzione scientifico-sanitaria, e questa anomalia ha fatto parlare qualcuno di voi di regime teocratico: forse è vero, anche se io, poco pratico di teocrazie, ho sempre preferito parlare di monarchia moderatamente costituzionale.

Ma qualche dato a volte mi fa pensare che forse in questo nostro strano paese, capace soprattutto di rivolgere sempre il massimo delle sue forze contro sè stesso, la continuità e caparbieta teocratica non siano state sempre e dovunque il male peggiore, soprattutto nella seconda metà dello scorso millennio.

Il Lancet, certo un osservatore indipendente, fece alcuni anni or sono la classificazione delle 4 "*leading institutions*" nella sanità italiana: oltre al nostro Istituto di Fisiologia clinica, nella classifica c'era il Mario Negri di Silvio Garattini, l'Istituto Europeo di Oncologia di Umberto Veronesi, e il San Raffaele di don Verzé. Credo che (a parte don Verzé cui spetta di diritto) anche Silvio Garattini e Umberto Veronesi meritino l'incoronazione teocratica, avendo pilotato le loro istituzioni, nella loro crescita e nella loro evoluzione, per almeno gli ultimi 40 anni. Ed è curioso che proprio negli anni 80 con Garattini e Veronesi avessimo ipotizzato un patto federativo tra le nostre tre istituzioni e che queste quattro istituzioni abbiano in comune questa anomalia, che ciascuno leggerà come crede.

Finisco qui per non annoiarvi, perchè questa missiva si va facendo troppo lunga e rischia di cadere nel patetico. Ma c'è ancora una cosa che voglio dirvi. Sto per lasciare il CNR, l'istituzione nella quale ho servito per 40 anni, in una quantità di ruoli diversi, e attraverso le mille traversie che questa istituzione ha dovuto affrontare per la straordinaria insipienza o indifferenza che ha caratterizzato la massima parte dei governi nazionali nei confronti della ricerca, e la presunzione di ogni nuovo ministro, da dieci anni in qua, di proporre una nuova riforma dell'Ente. Credo che il CNR sia ancora quanto di meglio c'è in questo paese nel campo della ricerca, compresa la criticatissima amministrazione centrale, infinitamente migliore di quella di qualunque ministero: e io credo che proprio per la qualità delle persone (o per lo meno di non poche persone che vi operano) nessuno riuscirà a distruggere il CNR, nonostante l'impegno profuso da tanti grandi orchi e piccoli insetti.

La Fondazione è nata per rafforzare la presenza del CNR nel settore delle scienze mediche, e sono convinto che potrà svolgere efficacemente questo ruolo, consentendo a IFC di continuare la sua missione, mantenendo l'alto profilo che gli è unanimemente riconosciuto. Buon lavoro a tutti

Luigi Donato

PS: Matilde, il mio vecchio cane maremmano, mi seguirà nella Fondazione.