

SMART SPECIALIZATION STRATEGY

**Slancio trasformativo e lettura dei bisogni:
una nuova sfida per l'HealthTechnology
Assessment per governare l'innovazione**

—
di ELISABETTA ANNA GRAPS

Siamo a una svolta epocale per diversi motivi: tentiamo di superare l'urto di una pandemia che ci ha mostrato l'utilità di pensare al nostro Servizio sanitario nazionale in termini di resilienza e al contempo possiamo pianificare investimenti che possono determinare la trasformazione del nostro Ssn. La transizione al secondo settennio di programmazione della Strategia di Specializzazione Intelligente europea, o Smart Specialization Strategy (S3) ne è un esempio. Il momento è quindi quello giusto per porsi qualche domanda: quanto è sta-

ta "smart" la passata S3? Quanto potrà esserlo la prossima?

Nel 2012, la Commissione europea ha introdotto il concetto di S3 nella Politica di Coesione dell'Ue 2014-2020 come "condizionalità ex ante" per le regioni europee per ottenere finanziamenti per ricerca e innovazione dal Fondo Europeo di Sviluppo Regionale. **Specializzazione Intelligente è un concetto di politica dell'innovazione basata sui territori, ai quali viene chiesto di scoprire la propria "imprenditorialità" e vocazione all'innovazione, secondo una presa di coscienza senza precedenti delle proprie risorse** (umane, tecnologiche, scientifiche). Questa capacità di analisi, in particolare nel settore salute, deve accompagnarsi all'abilità di intercettare l'innovazione, di valutarne l'impatto ed evidenziarne i gap, di dialogare con le istituzioni, i cittadini, le imprese, il mondo della ricerca. In definitiva, anche nella definizione della S3 un approccio metodologico multidimensionale come per l'Hta.

Siamo stati capaci di usarlo in passato? Saremo in grado di farlo nella prossima programmazione?

L'evento eccezionale del-

la pandemia ha rappresentato un innegabile banco di prova anche rispetto a scelte intraprese (o non intraprese) nella passata S3 e rispetto alla capacità di orientare e governare l'innovazione. Si pensi ad esempio all'area tematica "Salute, alimentazione, qualità della vita" e alla sua declinazione nelle rispettive traiettorie tecnologiche di sviluppo, fra cui: tecnologie per l'invecchiamento attivo, e-Health, diagnostica avanzata e Dispositivi medici (Dm), Medicina delle 3P, biotecnologie, bioinformatica e sviluppo farmaceutico. Fra queste traiettorie si intravedono elementi di specializzazione su cui le regioni hanno investito e che potenzialmente avrebbero potuto assicurare una maggiore resilienza del sistema all'impatto della pandemia ma, per molti versi, siamo apparsi impreparati.

Si guardi all'area tematica "Agenda Digitale, Smart Communities, sistemi di mobilità intelligente" e alla traiettoria "Tecnologie per la diffusione della connessione a Banda Ultra Larga ..."; come non ritenerla utile ad assicurare un'infrastruttura adeguata, ad esempio, alla diffusione

della sanità elettronica e della telemedicina in primo luogo. Da un anno a questa parte, grazie a una accelerazione dovuta all'esigenza di rispondere alla crisi, sono fiorite numerose esperienze in tal senso. Sono state queste risposte in emergenza che hanno spesso portato a soprassedere su aspetti cruciali come la sicurezza dei dati, la privacy, etc., invece rilevanti per un processo diagnostico-terapeutico. Tecnologie digitali che si interfacciano con Dm e archiviano dati in cloud devono tener conto di aspetti quali la certificazione del software come Dm, l'attenzione alla sicurezza dei dati in transito, l'archiviazione secondo le norme di sicurezza e privacy (Gdpr). L'assenza di rigore su questi aspetti può essere solo limitatamente giustificata da una situazione emergenziale, tanto più se si pensa che già dal 2012 esistevano linee guida a riguardo e che, nell'alveo di una S3 nazionale, una infrastruttura adeguata avrebbe potuto rappresentare un

obiettivo da perseguire, con adeguati modelli organizzativi a corredo. Simili considerazioni sul tema dei Dm: durante la prima ondata abbiamo vissuto in condizioni di sudditanza nella gestione del procurement dei più semplici (maschere chirurgiche) e dei più complessi (ventilatori polmonari), eppure nel settennio precedente una specifica traiettoria abilitava le regioni a intercettare fondi europei per potenziare la competitività dei territori, il know how, il knowledge transfer che, magari, avrebbero potuto condurre a una produzione "in house". Allora cosa è mancato? Forse la capacità di valutare i contesti con un approccio multidominio e multistakeholder; di analizzare i bisogni e ragionare accompagnando la crescita del tessuto imprenditoriale anche attraverso azioni di "cross fertilizzazione". Ciò vale, anche e soprattutto, in ambito salute, dove Ict, meccanica, mecatronica, tecnologie abilitanti in generale possono fungere da volano per l'innovazione

tecnologica.

E allora per la sfida programmatica che ci attende su cosa puntare? Sull'attitudine a leggere i bisogni e trasformarli in domanda di innovazione, sul "bridging the gap" per compiere ricerca dove serve, sul monitorare prototipi promettenti finché non raggiungono il mercato con le idonee certificazioni. Su uno strumento che ci dia anche la possibilità di compiere riflessioni su dimensioni spesso neglette quando si parla di tecnologie sanitarie, come il dominio etico e sociale. Ecco quindi che la specializzazione intelligente e l'industria della salute possono puntare a tecnologie che riducano le diseguità di accesso, che rispondano a bisogni inespressi più che a domande indotte dall'offerta, che perseguano la logica del "social design" anche per colmare ambiti in cui "prendersi cura" può semplicemente rappresentare progettare e sviluppare soluzioni con un occhio attento alle fragilità. E allora perché non puntare anche per la S3 sull'Hta?

“ PUNTIAMO SULL'ATTITUDINE A LEGGERE I BISOGNI E TRASFORMARLI IN DOMANDA DI INNOVAZIONE ”