

# LA SANITÀ NON È UN'OPINIONE



**Testimonianze di autorevoli  
esperti sui modelli vincenti  
per la salute dei cittadini**

**Interviste di Alessia Fossi Fiaschetti**

**Progetto e introduzione  
Sen. Antonio Tomassini**

**TIZIANOMOTTI EDITORE\***

 **Europa dei Diritti**

## **LA SANITÀ NON È UN'OPINIONE**

Interviste di:

Alessia Fossi Fiaschetti, giornalista parlamentare.

Residente a Roma, giornalista radiotelevisiva in ambito parlamentare già dal 1994.

Ha seguito con particolare attenzione la politica sanitaria per diverse testate, integrando in seguito l'attività con incarichi di consulenza per gli uffici stampa.

[alessiafossifia@hotmail.com](mailto:alessiafossifia@hotmail.com)

Questo volume è disponibile in formato elettronico (PDF)  
anche nei seguenti portali internet:

[www.europadeidiritti.com](http://www.europadeidiritti.com)

[www.tizianomotti.com](http://www.tizianomotti.com)

# **LA SANITÀ NON È UN'OPINIONE**

**Testimonianze di autorevoli esperti  
su modelli vincenti  
per la salute dei cittadini**

**Progetto e introduzione:  
Sen. Antonio Tomassini**

**Coordinamento Editoriale:  
Tiziano Motti**

**Interviste:  
Alessia Fossi Fiaschetti**

**TIZIANO MOTTI EDITORE\***  
 **Europa dei Diritti**

© 2008 Tiziano Motti Editore  
Europa dei Diritti  
Prodotto da Gruppo Guide Italia Srl  
Via Guicciardi, 7 - 42100 Reggio Emilia  
Fax: 0522 019966 - email: [tiziano.motti@tizianomotti.com](mailto:tiziano.motti@tizianomotti.com)

Committente e responsabile: Dott. Luigi Zocchi  
Mandatario elettorale di Antonio Tomassini  
Elezioni per il Senato 13 e 14 Aprile 2008

## INDICE GENERALE

*Presentazione*..... pag. 7

### *Introduzione*

#### **Antonio Tomassini**

Medico, Parlamentare, Presidente commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia ed efficienza del SSN

*Tre obiettivi e dieci ricette per la sanità del futuro* » 9

#### **Valerio Alberti**

Direttore generale azienda ospedaliera Bassano del Grappa

*Manager efficienti scelti in base agli obiettivi aziendali* » 15

#### **Laura Bianconi**

Parlamentare, Capogruppo F.I. Commissione Igiene e Sanità del Senato

*Il mio pensiero per la salute della donna*..... » 17

#### **Luciano Bresciani**

Medico, Assessore alla Sanità Regione Lombardia

*L'inarrestabile spinta federalista in sanità*..... » 21

#### **Claudio Cricelli**

Medico di medicina generale, Presidente Soc. Italiana Medicina Generale

*Il medico di famiglia perno del Sistema di cure primarie* » 25

#### **Cesare Corsi**

Parlamentare, già Sottosegretario al Ministero della Salute

*La sanità romana:*

*le eccellenze ed il necessario risanamento*..... » 27

#### **Domenico Di Virgilio**

Parlamentare, Coordinatore Consulta Sanità di Forza Italia

*Liste di attesa e appropriatezza delle cure. Le priorità* » 31

**Massimo Fini**

Medico fisiatra, Direttore scientifico Ist. S. Raffaele - Roma  
*Sviluppare in Italia una cultura della riabilitazione..* ” 33

**Roberto Formigoni**

Presidente Regione Lombardia  
*Il modello lombardo  
con centralità della persona e libertà di scelta.....* ” 35

**Enrico Garaci**

Medico, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità  
*Sviluppare la cultura della ricerca scientifica  
per evitare la fuga dei cervelli.....* ” 37

**Enzo Ghigo**

Parlamentare, già Presidente della Regione Piemonte  
*I punti deboli del nostro SSN:  
poca innovazione e ospedali troppo vecchi.....* ” 41

**Rosaria Iardino**

Presidente NPS Italia Onlus  
*Associazionismo e advocacy, supporto indispensabile  
per l'assistenza socio-sanitaria.....* ” 45

**Andrea Lenzi**

Medico, Ordinario Endocrinologia Università La Sapienza  
di Roma, Presidente CUN  
*La Facoltà di Medicina guarda al futuro.....* ” 47

**Lorenzo Mantovani**

Direttore Scientifico del Centro di Farmacoeconomia  
dell'Università Federico II di Napoli  
*Le risorse per la sanità non sono solo una spesa .....* ” 53

**Romano Marabelli**

Direttore Generale Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria  
Nutrizione e Sicurezza degli Alimenti, Ministero della Salute  
*Sanità veterinaria italiana, un modello vincente .....* ” 57

**Mauro Massa**

Direttore Servizio studi e relazioni esterne Chiesi  
Farmaceutici - Parma

*Settore farmaceutico poco competitivo e troppo penalizzato* » 61

**Isabella Mastrobuono**

Medico, Direttore Sanitario aziendale, Policlinico  
Tor Vergata - Roma

*Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi.....* » 69

**Claudio Mastrocola**

Già Capo Dipartimento del Ministero della Salute  
*Professioni sanitarie e medicine non convenzionali:*

*le eredità per il prossimo Governo.....* » 77

**Massimo Michaud**

Presidente e Amministratore delegato di AXA Italia,  
Vicepresidente ANIA

*Fondi integrativi per ottimizzare la spesa  
e ridurre gli sprechi.....* » 81

**Gabriele Pelissero**

Medico, Ordinario di Igiene Università di Pavia, Vicepresidente  
Nazionale Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)

*Settore privato, componente essenziale del SSN italiano* » 83

**Guido Riva**

Presidente del Comitato Sanità di Confindustria

*Il difficile equilibrio tra sanità e politica.....* » 89

**Gloria Saccani Jotti**

Medico, Ordinario di Patologia clinica - Università di Parma,  
Giornalista scientifico

*La complicata gestione delle malattie rare.....* » 91

**Umberto Scapagnini**

Medico, Ordinario di Farmacologia Università di Catania, già  
Sindaco di Catania

*Luci e ombre della sanità siciliana .....* » 93

**Carlo Signorelli**

Medico, Ordinario di Igiene - Università di Parma,  
Consulente Commissione d'inchiesta del Senato sul SSN,  
Sindaco di Perledo

*La prevenzione secondaria in Italia.....* ” 97

**Maria Grazia Siliquini**

Parlamentare, Responsabile professioni A.N.

*Come rinnovare gli ordini professionali.....* ” 101

**Giuseppe Vegas**

Parlamentare, già Sottosegretario all'Economia

*Il “mercato” della sanità chiede interventi strutturali..* ” 109



## *Presentazione*

La salute dei cittadini è uno dei temi al centro del dibattito politico, ma prima ancora è un diritto la cui tutela è sancita dalla Costituzione. Di fronte alle carenze strutturali e funzionali del Servizio Sanitario Nazionale, l'opinione pubblica si interroga ogni giorno sulle soluzioni e soprattutto chiede fatti a chi ha il compito di garantirne il miglior funzionamento. Purtroppo negli ultimi anni sono state poche le iniziative che lo Stato ha portato a termine per dare una risposta chiara ai dubbi dei cittadini e per segnare la svolta che molti stanno aspettando.

Nel mare delle buone intenzioni e delle tante parole, ci apprestiamo con i contributi raccolti in quest'opera ad individuare alcuni obiettivi e percorsi concreti per una nuova sanità, auspicando che sia il migliore inizio per un'azione finalizzata a fornire, nei fatti, le risposte che i cittadini cercano.

La ricerca è stata promossa dal Senatore Antonio Tomassini, uno dei decani del settore sanitario in Parlamento. Alla vigilia della sua quarta legislatura, ha ricoperto la Presidenza della Commissione Igiene e Sanità del Senato per cinque anni (2001-2006) e per due volte la Presidenza della Commissione d'inchiesta sull'efficacia ed efficienza sul Servizio Sanitario Nazionale.

Le interviste ad autorevoli rappresentanti a vari livelli del sistema sanitario, raccolte da Alessia Fossi Fiaschetti,

permettono di tracciare una via che non è un programma elettorale, ma rappresenta la risposta di amministratori ed esperti scientifici ai temi più attuali in tema di Sanità. Mi auguro che i percorsi tracciati da questo primo confronto, oltre che interessanti spunti per il dibattito in sede pubblica e istituzionale, siano la base di un lavoro in grado di portare in breve tempo ai cittadini un servizio adeguato ed equilibrato in tutto il territorio nazionale.

*Tiziano Motti*

Editore

Presidente “Europa dei Diritti”

## *Introduzione*

# Tre obiettivi e dieci ricette per la sanità del futuro

ANTONIO TOMASSINI

Se dovessi riassumere sinteticamente i principali obiettivi d'azione in tema di sanità del nuovo Governo dividerei le azioni in tre grandi settori che rappresentano altrettanti bisogni di tutte le componenti del pianeta sanità. E quindi, secondo me, dovremmo:

- rendere concreto l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i cittadini, omogeneizzando le prestazioni fornite nelle varie regioni e abbattendo ogni barriera riguardo tempi di attesa, protocolli restrittivi, cure non disponibili;
- favorire risposte per necessità non garantite dal Servizio Sanitario Nazionale introducendo progressivamente forme di mutualità integrativa e sostitutiva per le prestazioni non incluse nei LEA con l'obiettivo di ottenere la piena sostenibilità del sistema;
- introdurre meccanismi che valorizzino la professionalità degli operatori e prevedano sistemi di controllo sulla efficacia e sicurezza delle prestazioni erogate ai cittadini.

Ho riassunto in un breve decalogo quelle che potrebbero essere le linee di sviluppo della politica sanitaria del nuovo Governo.

Ho identificato dieci settori dove servono immediati interventi statali, molti dei quali potrebbero essere anche condivisi da una parte della opposizione:

1 RISOLVERE IL CAOS ISTITUZIONALE nel settore sanitario delineando senza la possibilità di interpretazioni fuorvianti i compiti di ciascun livello (centrale, regionale, locale) e di ciascun Organismo attraverso norme che recepiscano i termini della sussidiarietà e fissino, secondo l'articolo 117 della Costituzione, i principi fondamentali in materia sanitaria dello Stato e che guidino modernamente il sistema per il prossimo decennio. Tutti gli altri compiti saranno "devoluti" alle Regioni.

2 GARANTIRE L'ACCESSO UNIVERSALE AI SERVIZI perché oggi sono ancora troppi gli ostacoli per un libero e rapido accesso di tutti i cittadini alle cure necessarie e fondamentali.

Bisogna intervenire rendendo la revisione dei LEA un processo dinamico, abbattendo le liste di attesa, migliorando il sistema delle visite specialistiche e degli esami diagnostici, sfruttando al meglio l'informatizzazione, investendo nella long term care e rendendo disponibili i farmaci e gli altri trattamenti per la cura di tutte le malattie.

3 MUTUALITÀ INTEGRATIVA perché i Fondi sanitari pubblici non sono oggi in grado di garantire tutte le prestazioni sanitarie ai cittadini, come i dati economici fanno rilevare.

Diventa quindi indilazionabile la concreta attuazione di una proposta in discussione da molti anni e cioè quella dell'introduzione progressiva di un sistema di mutualità integrativa per le prestazioni non finanziabili dal SSN con regole certe ed eque. A riguardo dovranno essere incentivate sperimentazioni gestionali e partecipazione del privato.

- 4 **GOVERNANCE CLINICA E FORMAZIONE** che rivaluti il ruolo del medico come professionista, che migliori il rapporto con i pazienti da considerare al centro del sistema, che riveda il meccanismo di nomina dei dirigenti, sottraendoli alle logiche politiche e premiando la meritocrazia, e che non ostacoli le possibilità di esercitare la libera professione come accade oggi. In questo ambito assume rilevanza anche la riforma del sistema ECM che - dopo l'introduzione durante il Ministero Sirchia - necessita di un miglior coordinamento tra le attività accreditate a livello nazionale e regionale, garantendo la qualità degli eventi e permettendo al personale sanitario di detrarre le spese sostenute per la loro formazione continua. Dovrà essere inoltre chiarito il ruolo dei diversi soggetti coinvolti nelle attività formative (ordini professionali, aziende sanitarie, università, ecc).
- 5 **RISK MANAGEMENT E MALPRACTICE** sono problemi attuali e fondamentali che incidono sulla funzionalità complessiva del sistema sanità e che richiedono l'intervento tempestivo del legislatore nazionale con provvedimenti tendenti a: ridurre i rischi per pazienti e operatori; attenuare ed abbreviare i contenziosi medico-legali; identificare responsabili e sistemi di monitoraggio continuo del rischio sanitario e tecnologico, anche attraverso l'istituzione di idonee strutture centrali e periferiche.
- 6 **LE PROFESSIONI SANITARIE non mediche** devono essere valorizzate mediante l'auspicata istituzione degli Ordini professionali che è saltata nell'ultima legislatura per scadenza dei termini, la rivisitazione e modernizzazione dei percorsi formativi e l'introduzione dell'attività libero-professionale per tutte le professioni sanitarie.

7 NUOVA POLITICA DEL FARMACO che premi l'innovazione e la ricerca dell'industria soprattutto svolta in Italia, favorisca il libero accesso a tutte le terapie e promuova la diffusione dei farmaci equivalenti; il tutto garantendo il rispetto dei previsti tetti di spesa in tutte le regioni e riducendo gli sprechi ancora esistenti. Particolare impulso dovrà essere dato allo sviluppo delle biotecnologie e di ogni altro sistema innovativo di diagnosi e cura.

8 CURE ODONTOIATRICHE GRATIS AI BAMBINI perché il nuovo quadro epidemiologico delle patologie odontoiatriche nei bambini e le varie iniziative di prevenzione consentirebbe oggi la sostenibilità di un'assistenza odontoiatrica universale e gratuita almeno per tutti i nuovi nati. Da questo ne deriverebbe uno sgravio per le famiglie e una riduzione in futuro della patologia odontoiatrica dell'adulto. In attesa di un intervento statale non impossibile, il problema potrebbe essere valutato a livello di fondi integrativi e polizze sanitarie.

9 TERRITORIO E PREVENZIONE che devono essere al centro del sistema in un'ottica di efficienza organizzativa che riduca la spesa, alleggerisca il sistema delle emergenze e migliori la salute della popolazione. L'istituzione sistematica delle unità di cure primarie tra i medici di famiglia, così come una stabilizzazione dei loro iter formativi, appare prioritaria, assieme a una diffusione su larga scala delle iniziative di informazione ed educazione sanitaria, della telemedicina e del telesoccorso. Ma gli interventi del legislatore dovranno anche tenere conto e valorizzare le attività mediche e veterinarie dei dipartimenti di prevenzione e dei distretti.

- 10 LE FASCE DEBOLI che devono essere protette grazie anche ad una rinnovata interazione tra servizi sanitari e sociali per i quali si attendono i livelli minimi di prestazioni garantite. Oltre a bambini ed anziani, iniziative specifiche dovranno essere indirizzate ai disabili, agli immigrati, ai pazienti con patologie invalidanti e ai malati psichiatrici per i quali è necessaria una revisione della Legge 180 con rafforzamento dei servizi territoriali ed eventuale creazione di fondi ad hoc per assistenza socio-sanitaria. Un'efficace long term care dovrà essere tenuta in grande considerazione in un contesto di sostenibilità economica del sistema.





## Manager efficienti scelti in base agli obiettivi aziendali

VALERIO ALBERTI

### ***Qual è il miglior sistema di reclutamento dei manager sanitari?***

E' necessario premettere che il disporre di manager validi è molto importante anche per la qualità dell'assistenza e non solo (come troppo spesso si ritiene) per una corretta ed efficiente gestione amministrativa delle Aziende Sanitarie. E' infatti ampiamente noto che i risultati dell'assistenza sono il frutto non solo delle competenze tecnico-specialistiche della componente sanitaria medica e non medica, ma anche di una adeguata organizzazione dei servizi. Per raggiungere quest'ultimo obiettivo bisogna creare collaborazioni strutturate fra specialità diverse in Ospedale o tra specialisti ospedalieri e medici di famiglia (percorsi diagnostico-terapeutici, continuità assistenziale, presa in carico dei pazienti in Ospedale o tra Ospedali e territorio) il che richiede capacità manageriali specifiche che si affiancano a quelle più tradizionali ancorché fondamentali di capacità di lavorare ad esempio con il metodo della programmazione. Clinical governance, modelli di erogazione dell'assistenza, programmazione, approccio di HTA, politiche di valorizzazione del personale, capacità di migliorare il clima organizzativo generale dell'Azienda sono tutte dimensioni che si riflettono sul risultato finale dell'assistenza e sulle quali la Direzione Generale può incidere in modo significativo.

Ciò premesso, quali aspetti rilevanti per il reclutamento dei manager sanitari, si segnalano:

- requisiti di accesso adeguati, relativi a documentata esperienza pluriennale in attività manageriale;

- presenza di un elenco nazionale nel quale le singole regioni possono scegliere i curricula attraverso una valutazione comparativa;
- individuazione da parte regionale del Direttore Generale attraverso la evidenziazione delle caratteristiche del candidato rispetto al posto da ricoprire ed agli obiettivi specifici attesi.

***Che suggerimenti darebbe per implementare il settore delle cure primarie?***

Lo sviluppo delle cure primarie richiederà una più forte e decisa modifica degli assetti organizzativi della medicina di famiglia nel solco di quanto già prefigurato e solo parzialmente avviato (Medicina di gruppo, UTAP, presa in carico delle fragilità, rapporto con la medicina ospedaliera, ecc ...).

***Crede che sia necessario, per dare spazio a competenze e professionalità, ridurre ai minimi termini l'ingerenza della politica nella gestione della sanità stabilendo all'interno delle Asl un reale equilibrio dei poteri?***

Ritengo che il modello legato al D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni mantenga la sua validità laddove prevede un ruolo della politica finalizzato alla individuazione degli obiettivi generali e dei risultati da raggiungere, delle risorse da allocare nel complesso e nei diversi settori ed articolazioni del Servizio Sanitario, di definizione della programmazione generale dei servizi, di controllo/ valutazione dei risultati raggiunti rispetto a quanto previsto. Tra queste due dimensioni si colloca l'aspetto gestionale inteso come migliore (più efficiente ed efficace) utilizzo dei fattori produttivi messi a disposizione che rientra nei compiti del management aziendale che si caratterizza per il binomio inscindibile di autonomia e responsabilità.

## Il mio pensiero per la salute della donna

LAURA BIANCONI

### ***Il Ministro Turco ha fatto della salute della donna un obiettivo primario del suo mandato. Secondo Lei ha centrato questo obiettivo?***

La sensibilità e l'attenzione con cui il Ministro Livia Turco ha voluto sostenere la salute della donna sono senza alcun dubbio un merito che dobbiamo riconoscerle. Ma devo dire che in questa, che possiamo chiamare, "battaglia per la salute di genere" non è mai stata sola. Le mie colleghe della commissione Igiene e Sanità e io stessa l'abbiamo sempre sostenuta ed aiutata con le nostre azioni legislative. Mi riferisco, ad esempio, a quelle in cui l'ho spronata con costanza e tenacia ad impegnarsi, tanto che insieme si è riuscite ad arrivare alla vaccinazione gratuita per le dodicenni contro HPV, al riconoscere l'endometriosi come malattia socialmente invalidante per la donna e quindi a porre in essere delle azioni volte ad aiutarle, ed ancora ad abbassare l'età per lo screening della mammografia. Attuando, quindi, una maggiore cultura della prevenzione, soprattutto verso quei tipi di tumori che ancora oggi colpiscono in larga percentuale le donne, con un tasso di mortalità, come per quello alla mammella, molto elevato. Mi dispiace, però, che in alcuni casi il Ministro abbia dovuto agire più da esponente politico che da Ministro "donna"; e mi riferisco alla sua poca fermezza nel guardare ad una attenta applicazione della Legge 194 volta a prevenire l'aborto, pratica che sempre di più, invece, viene usata come contraccettivo. Non sono d'accordo con l'introduzione nel nostro Paese della pillola abortiva RU486, i cui effetti devastanti sia dal punto di vista medico che psico-

logico saranno presto sotto gli occhi di tutti, così come trovo poco incisiva la sua difesa della rianimazione dei feti abortiti nati vivi, e di contro la linea troppo permissiva sull'uso degli stupefacenti. Su questi argomenti mi sarebbe piaciuto che l'amica Livia avesse avuto più coraggio nel garantire le donne ed i giovani ed anche nell'adoperarsi per sostenere coloro che soffrono di quelle patologie considerate "malattie rare", una vera piaga per la nostra società.

### ***I diritti delle donne sono adeguatamente tutelati nella società italiana?***

Le politiche di genere sono uno strumento fondamentale per una equilibrata crescita economica, sociale e lavorativa di uno Stato. La rimozione delle disuguaglianze tra donne e uomini aiuterebbe a realizzare il potenziale lavorativo e personale delle donne così da contribuire contemporaneamente sia a favorire una migliore coesione sociale e sia a cambiare in meglio il sistema di "protezione sociale". Da lungo tempo è noto che l'appartenenza sessuale costituisce uno dei fattori d'influenza centrali nell'evoluzione umana in ogni ambito. Nel sistema di protezione sociale, così come ci viene richiesto anche dall'Europa e dagli altri Organismi Internazionali, diventa, quindi, indispensabile che l'Italia guardi diversamente anche alle politiche sanitarie, soprattutto per quanto riguarda le condizioni della salute e delle malattie che sono diverse tra uomini e donne, cambiando l'analisi della dimensione di genere nel settore sanitario troppo spesso ancora oggi costruito su misura del genere maschile, come ad esempio le ricerche mediche e la sperimentazione dei farmaci tanto da creare in molti ambiti delle vere forme di discriminazione.

### ***Una donna che fa politica quale obiettivo si deve prefissare per quanto riguarda il settore sanitario?***

Il mio impegno in questo settore parte già dalla precedente legislatura, ricordo quello sulla legge 40 per la fecon-

dazione assistita, l'indagine sui fenomeni che coinvolgono gravemente le donne quali l'osteoporosi, il tabagismo, l'endometriosi ed il tumore al seno, ed in quest'ultima legislatura soprattutto nel campo della prevenzione, partendo dal sostegno al vaccino contro il carcinoma al collo dell'utero. Ma voglio ricordare anche l'impegno più etico se vogliamo, quello che ho sostenuto e continuerò a sostenere non solo come donna impegnata in politica, ma soprattutto come persona attenta al rispetto della vita in ogni suo momento. Davanti ad un evidente imbarbarimento della nostra società, frutto di un lungo lavaggio del cervello da parte di chi professa il principio dell'individualismo a tutti i costi e spinge l'uomo ad essere sempre più egoista nelle sue scelte ideologiche, non si può pensare che i temi che riguardano la bioetica e che coinvolgono la vita dell'uomo vengano affrontati sull'onda emotiva legata a circostanze specifiche, così come sembra fare una parte del mondo scientifico e di quello politico. Dunque, continuerò a ribadire il mio no al testamento biologico e ad impegnarmi per incrementare l'utilizzo di cure palliative ed una maggiore assistenza morale e materiale verso queste persone che soffrono e le loro famiglie. Continuerò a difendere l'embrione perché è una vita umana e non la si può uccidere senza scrupoli, e continuerò a sostenere fortemente l'importanza della prevenzione sanitaria soprattutto per quanto riguarda proprio le donne. Quindi, a focalizzare il mio impegno legislativo verso la promozione di un più rapido sviluppo di nuovi servizi, di nuove professionalità e di possibilità occupazionali finalizzate a dare risposte ai nuovi bisogni di assistenza, cura, e riabilitazione dei cittadini, con l'obiettivo che si tengano sistematicamente in considerazione le esigenze, i rischi e le risorse di donne e uomini in materia di salute in tutti i settori della sanità.



## L'inarrestabile spinta federalista in sanità

LUCIANO BRESCIANI

### ***La sanità federalista della Regione Lombardia è tra le più efficienti d'Italia. Come funziona? E quali sono i principi generali che rimangono allo Stato?***

Il sistema sanitario lombardo si fonda in primo luogo su un principio fondamentale sancito dalla legge regionale n. 31 del 1997: la centralità della persona. Attorno a questo principio ve ne sono altri che hanno caratterizzato il sistema lombardo negli ultimi dieci anni: la libertà di scelta, che rappresenta una diretta conseguenza della centralità del cittadino, la parità tra pubblico e privato, la separazione tra soggetti acquirenti e soggetti erogatori delle prestazioni ma, soprattutto, la sussidiarietà. Questi, che sono i cardini dell'organizzazione sanitaria regionale, non possono che essere stabiliti dal livello decisionale che meglio conosce e riesce a "leggere" le necessità del territorio: le regioni. Proprio in base al principio di sussidiarietà l'Istituzione più vicina al cittadino riesce a coglierne le necessità, i bisogni e, conseguentemente, garantirne il soddisfacimento. In quest'ottica, allo Stato deve competere unicamente la definizione dei livelli essenziali di assistenza, cioè dei livelli minimi che devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani e il loro finanziamento, ma non possono certamente spettare al livello centrale decisioni di organizzazione sanitaria che, per le peculiarità che ogni territorio esprime, devono essere esclusivamente di competenza regionale. E questo è ancor più vero se si pensa alla situazione nazionale attuale dove, in particolar modo nella sanità, convivono realtà territoriali estremamente differenti: il sistema lombardo è notevolmente diverso da quello sici-

liano, campano o laziale. E sono proprio queste differenze che rendono necessaria l'attuazione del federalismo, non solo in ambito sanitario, per permettere il pieno sviluppo di ciascuna regione, nel rispetto delle specifiche caratteristiche. Attualmente, infatti, assistiamo a provvedimenti indifferenziati che non tengono conto né del livello qualitativo dei vari sistemi sanitari regionali - quali ad esempio quelli previsti nelle finanziarie degli ultimi due anni - né tantomeno dei risultati in termini di equilibrio finanziario: è ormai insostenibile la scelta del Governo centrale di continuare ad erogare risorse in regioni che hanno dimostrato di non riuscire a gestire la spesa sanitaria, penalizzando le regioni virtuose come la Lombardia.

### ***Quali sono i punti di forza e quali le debolezze del servizio sanitario lombardo?***

Quello lombardo, a detta di molti osservatori, è ormai riconosciuto come il miglior sistema sanitario regionale in Italia. Questa affermazione deriva senza ombra di dubbio dall'elevato livello qualitativo raggiunto negli anni sia in termini di capacità professionali sia in termini di strutture. Basti pensare alla disponibilità di strumenti e tecnologie: sul territorio della Lombardia vi è infatti la metà delle stroke unit presenti in Italia, il 42% di tutti gli IRCCS italiani e un livello di tecnologia molto elevato (vi è una risonanza magnetica ogni 140.000 abitanti e una PET ogni 600.000 abitanti). Ma non solo: va ricordata la moltitudine di persone che vengono in Lombardia per curare patologie complesse in campo oncologico e cardiocerebrovascolare, o ancora i notevoli progressi nel campo dei trapianti, ambito nel quale la Lombardia ha raggiunto livelli di eccellenza internazionali. E' peraltro vero che, nonostante il raggiungimento di questi importanti traguardi, non ci si può fermare, ma bisogna andare avanti nella direzione del miglioramento costante e molti sono gli ambiti in cui si può e si deve ancora intervenire: solo a titolo



di esempio il potenziamento dell'assistenza territoriale è uno degli ambiti in cui si può fare di più. Le persone sono abituate a rivolgersi all'ospedale per qualsiasi cosa. Potenziare l'assistenza territoriale significa in primo luogo spostare l'attenzione dei cittadini dall'assistenza ospedaliera a un'assistenza più vicina a loro, mutando la visione storica dell'ospedale come unica risposta a tutti i bisogni. E' ovvio che per fare questo è indispensabile poter lavorare senza tutti i vincoli che le leggi nazionali pongono ora, quali gli indici dei posti letto o quant'altro: ripeto è fondamentale che lo stato individui i livelli di assistenza da garantire, lasciando alle regioni le modalità e gli strumenti ritenuti più idonei per garantirli.

***Le scelte che sono state fatte in campo sanitario in Lombardia hanno permesso di tenere sotto controllo i bilanci migliorando l'utilizzo delle risorse e garantendo l'alta qualità a costi minori. In molte altre Regioni italiane non accade lo stesso. Come conciliare il decentramento del sistema di governo della sanità con il principio universalistico?***

La Regione Lombardia ormai da anni porta avanti una politica di sviluppo del sistema sanitario non indipendente dall'attenzione all'equilibrio economico-finanziario. Infatti se è vero che il sistema sanitario lombardo ha avuto uno sviluppo notevolissimo, è altrettanto vero che questo è stato accompagnato sempre dall'attenzione alla sostenibilità e all'impiego accurato delle risorse che - è bene non dimenticarselo mai - non sono illimitate. E' ovvio che questa scelta ha comportato anche uno sforzo da parte dei cittadini: la Giunta Formigoni ha infatti chiesto alle persone, compatibilmente con le possibilità, di partecipare alla spesa sanitaria. Dopo cinque anni di questa politica di sforzo comune però, la Giunta regionale ha potuto restituire ai propri cittadini parte di quelle risorse: infatti, negli anni, molteplici sono stati le estensioni delle esenzioni a intere fasce di popolazione e, a partire dal

gennaio di quest'anno, si è potuta ridurre anche l'addizionale regionale all'IRPEF. Tutto questo non è avvenuto nelle altre regioni italiane. Su tutti basti ricordare il caso del Lazio che, pur non potendo vantare un livello qualitativo pari a quello lombardo, continua a godere di sostanziosi finanziamenti straordinari da parte dello Stato per la copertura dei propri disavanzi in ambito sanitario. Questo denota senz'altro la necessità di responsabilità da parte dei governi regionali. E' ovvio che questa responsabilità non è incompatibile con quello che è il principio secondo cui tutti i cittadini hanno diritto all'assistenza sanitaria, indipendentemente dalla loro capacità contributiva. E questo perché i livelli essenziali di assistenza sono definiti dallo Stato e sono uguali su tutto il territorio nazionale.

## Il medico di famiglia perno del sistema di cure primarie

CLAUDIO CRICELLI

### ***Che ruolo deve avere oggi il Medico di famiglia all'interno del sistema sanitario?***

Stiamo costruendo un sistema complesso che offra ai cittadini del nostro Paese cure e assistenza completa sul territorio. Un sistema del genere va sotto il nome di Sistema di Cure primarie ed è assai diverso da quello attuale basato su un'offerta di servizi ampia ma poco integrata. Con un sistema Ospedaliero caratterizzato da una sempre più elevata specializzazione e basato su complessità e intensività di cura occorre che le Cure primarie siano adeguatamente organizzate per offrire non solo la cura delle malattie più comuni, ma tutto il processo di assistenza e di presa in carico dei pazienti cronici, della prevenzione, della promozione della salute.

Un paziente dimesso da un ospedale ad elevata intensità e con prevalenza della degenza in Day Hospital ha bisogno di cure domiciliari assai più complesse di quelle attuali. Esse sono possibili solo costruendo una equipe domiciliare che trasferisca sul territorio i lunghi ricoveri ospedalieri di un tempo. Gran parte dei processi diagnostici, inoltre, possono tranquillamente essere eseguiti oggi in maniera routinaria sul territorio.

In questa profonda revisione del modello di organizzazione sanitaria il medico di famiglia evolve verso nuovi ruoli e deve sviluppare capacità di organizzazione dei numerosi professionisti coinvolti nei servizi socio assistenziali.

### ***A che punto è lo sviluppo dell'associazionismo medico in Italia?***

I dati più recenti mostrano un sostanziale aumento dell'associazionismo tra medici. Al livello più basso troviamo la medicina in rete che prevede la semplice messa in comune di informazioni cliniche tra più professionisti. Segue la medicina in associazione che offre una prima condivisione di un gruppo di cittadini da parte di più medici collaboranti tra loro, seguita dalla medicina di gruppo in cui comincia a delinearsi un lavoro complesso tra più medici che condividono anche strutture comuni e figure professionali non mediche. Il vero obiettivo dell'evoluzione delle Cure Primarie resta tuttavia l'associazionismo complesso, che supera la semplice prossimità tra più figure professionali e mira a costituire insiemi organizzati di sanitari medici e non medici all'interno delle cosiddette Unità di Medicina generale, o di Cure Primarie o consimili .

### ***Può indicare i principali correttivi da mettere in atto per l'implementazione della medicina di base nel nostro Paese?***

Stiamo costruendo una professione fortemente affidabile che faccia della competenza scientifica e professionale i suoi requisiti fondamentali. Questa figura di medico deve essere in grado di prendersi carico di qualsiasi problema del suo paziente. Questo deve avvenire in una ottica di "accostabilità" termine che implica una disponibilità continua alla valutazione delle performance e delle decisioni. Queste caratteristiche sarebbero impensabili senza un uso esteso ed avanzato delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi. Esse consentono di costruire profili sofisticati di ciascun medico, della sua performance e degli obiettivi raggiunti finalizzato ad un uso appropriato delle risorse. Tutte queste attività configurano il cosiddetto processo di Governance Clinica.

## La sanità romana: le eccellenze e il necessario risanamento

CESARE CURSI

### ***Quali sono, secondo Lei, le eccellenze della sanità pubblica romana?***

La sanità romana, e quella laziale in genere, vivono una stagione di netto contrasto tra l'eccellenza delle cure prestate in molti presidi ospedalieri del territorio e la fragilità economico-finanziaria dell'intero sistema socio-assistenziale della Regione Lazio. Se si trascurassero i report contabili che altre Regioni sono riuscite a normalizzare, non si avrebbe difficoltà ad affermare che la qualità della sanità romana è al pari, ed in alcuni casi addirittura più avanti, dei migliori livelli assistenziali praticati nel Nord Italia. Reparti di assoluta eccellenza sono rinvenibili all'interno del Policlinico Umberto I°, Policlinico Tor Vergata, A.O. Sant'Andrea, A.O. San Camillo-Forlanini, oltre a strutture private convenzionate di grande prestigio internazionale quali il Policlinico Gemelli, il campus Biomedico, l'IRCSS San raffaele e Santa Lucia.

### ***Dagli ultimi dati, la Regione Lazio risulta tra le peggiori per disavanzo sanitario. Come si può uscire da questa situazione?***

La situazione della Regione Lazio quanto a conti della sanità è di certo unica. E' la regione con il disavanzo di gestione più alto d'Italia e con i livelli impositivi per i cittadini più pressanti del nostro Paese. Sarebbe necessaria una sostanziale manovra riorganizzativa strutturale del sistema sanità-Lazio poiché misure di contenimento di natura prettamente momentanea rischiano di peggiorare una

situazione di per sè drammatica. La paventata chiusura di posti letto che aleggia in questi giorni da parte dell'esecutivo regionale, ad invariabilità di altre condizioni concorrenti, aumenta i costi di gestione e non li diminuisce. Prendiamo ad esempio il caso del S.Camillo-Forlanini: il totale del personale sanitario per posto letto è di 4,31 contro ad una media nazionale pari a 2,82 (+54%). Se si pensa di ridurre il numero dei posti letto, quindi diminuzione delle entrate da DRG, senza provvedere contestualmente alla ricollocazione del personale sanitario in eccesso, ad esempio in altra struttura carente, di fatto la situazione economica peggiorerà inevitabilmente. Da qui una situazione unica nella Regione Lazio, dove un posto letto costa in media più di 800 euro al giorno di fronte ad una media nazionale che sfiora i 650 euro.

Personale, beni e servizi, farmaceutica e privato convenzionato, queste sono le uniche variabili su cui l'azione del governo regionale deve porre la propria attenzione. Ma con soluzioni strutturali e non spot, che fino ad oggi sono mancate. Come mai, ad esempio, in Lombardia o in Emilia Romagna, che vantano conti e sistemi sanitari all'avanguardia, il privato convenzionato è visto come una risorsa e nel Lazio è sinonimo di sperpero di risorse pubbliche?

### ***Il Policlinico perde oltre 1 milione al giorno. Esiste una ricetta per risolvere il problema?***

Il Policlinico Umberto I° rappresenta una situazione di indubbia complessità economico-gestionale. A fronte di reparti di assoluta eccellenza medica si contrappongono strutture fatiscenti e modello organizzativo fuori dal tempo. Non c'è dubbio che la prima tra le cause di tale situazione, che viene dal passato ma continua a generare disavanzo, è la commistione di responsabilità tra Azienda Sanitaria e Università. Solo con un netto intervento legislativo sarà possibile porre rimedio a tale problematica riscontrabile,

seppur con riflessi minori, in tutti i Policlinici Universitari italiani. Si aggiunga una struttura a padiglioni non più al passo coi tempi ed un proliferare di primariati, spesso senza posti-letto, per creare una situazione unica nel suo genere che andrebbe riformata con un intervento drastico all'origine del problema: parziale chiusura del nosocomio e potenziamento delle strutture che si riterrà utile valorizzare. La cura del Governo Prodi di mitigare le perdite d'esercizio distribuendole non più, come avviene oggi, solo nel bilancio dell'Azienda sanitaria, ma anche nel bilancio d'esercizio dell'Università credo che non meritino alcun commento. Si è pensato a come celare la perdita e non a come farvi fronte!





# Liste di attesa e appropriatezza delle cure. Le priorità

## DOMENICO DI VIRGILIO

### ***Quali sono state, a suo avviso, le principali carenze del Ministero della Salute negli ultimi due anni?***

A mio avviso, il Ministro della Salute ha fallito su molti fronti e questi fallimenti sono visibili a tutti. Voglio evidenziarne soltanto due strettamente collegati con il funzionamento e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale: scelte che hanno svalorizzato e umiliato il ruolo del medico e di tutti gli operatori sanitari, e scelte che hanno incrementato le liste di attesa con grave nocumento per i cittadini, soprattutto per coloro che non hanno le risorse per accedere a strutture private.

### ***Cosa chiedono oggi i medici del SSN?***

I medici del SSN chiedono certamente un loro maggiore coinvolgimento nel funzionamento delle aziende sanitarie, una progressiva eliminazione del precariato sanitario, l'istituzione di un sistema di gestione del rischio clinico, la riorganizzazione degli orari di lavoro anche al fine di utilizzare le strutture sanitarie per 12 o 24 ore, il superamento della legge Bindi, soprattutto in merito alla libera professione intramoenia, con la eliminazione dei vincoli e la valutazione dei dirigenti di Unità Operativa in base al raggiungimento degli obiettivi di budget.

### ***Lei che interventi metterebbe in atto per migliorare la sanità in Italia e per rendere efficiente ed efficace il sistema in ogni Regione?***

Certamente per abbattere le liste di attesa sarebbe necessario avviare un sistema per la valutazione dell'appro-

priatezza delle prestazioni sanitarie, e processi di razionalizzazione dei percorsi assistenziali. Il metodo più veloce potrebbe essere quello di aumentare l'offerta attraverso la partecipazione di strutture private accreditate e, in caso di tempi di attesa più lunghi del dovuto, prevedere per i pazienti, che attendono di essere messi definitivamente in lista, la possibilità di essere visitati periodicamente. Si eviterebbe così quello stato di abbandono di cui spesso i cittadini si sentono vittima. Inoltre si rende sempre più necessaria una reale integrazione fra il settore sanitario e quello sociale onde evitare sprechi, duplicazioni e gap nell'offerta. Questo aspetto diventa sempre più importante soprattutto in considerazione dell'aumento della popolazione anziana e dei disabili anche non autosufficienti. Infine è fondamentale prevedere accanto al Fondo Sanitario Nazionale un sistema di mutualità integrativa.

## Sviluppare in Italia una cultura della riabilitazione

MASSIMO FINI

### ***Quali sono i maggiori problemi del SSN riguardo le prestazioni di riabilitazione?***

La radicale trasformazione del profilo demografico dei paesi a più alto sviluppo realizzatasi negli ultimi anni ha determinato la necessità di superare una visione prevalentemente “ospedalocentrica” del SSN. L’identificazione di nuovi percorsi assistenziali e terapeutici ha coinciso con la necessità di valorizzare quelle discipline - in primis la riabilitazione - che pongono la qualità della vita al centro della loro missione. Va quindi favorito e valorizzato lo sviluppo di una “cultura” della riabilitazione che ha nella comprensione dei meccanismi del recupero, nella perfetta integrazione tra problematiche sociali e sanitarie, nell’identificazione di un gold standard riabilitativo i punti cruciali. Il SSN deve garantire che tali necessità vengano affrontate con criteri di appropriatezza, efficacia ed efficienza.

### ***Come migliorare i livelli di assistenza e sviluppare la ricerca in tutti i settori della riabilitazione?***

Garantire il “il continuum assistenziale” del paziente è la grande sfida che il SSN deve affrontare su questa tematica. Tale risultato può essere ottenuto attraverso il miglioramento dei livelli di comunicazione tra ospedali per acuti e strutture di riabilitazione garantendo il “reinserimento” secondo un percorso condiviso.

Ottenere una gestione integrata del paziente collegando le unità intensive alla rete riabilitativa rappresenta un obiettivo importante per la qualità dell’assistenza che si realizza

anche attraverso la multidisciplinarietà delle figure coinvolte nel team, attraverso l'implementazione delle strategie clinico-organizzative, dei percorsi assistenziali terapeutici e attraverso la definizione di un "modello organizzativo" nella riabilitazione.

***Rispetto a prevenzione, diagnosi e cure, che attenzione c'è da parte dello Stato alla riabilitazione? Si può dire che la riabilitazione è la 'Cenerentola' del sistema?***

La prevenzione e la cura dovrebbero convergere in un progetto riabilitativo personalizzato all'interno del quale vi sia l'individuazione di un team riabilitativo e l'esplicitazione di un programma riabilitativo con verifica degli obiettivi raggiunti a breve, medio e lungo termine con relativa valutazione dell'outcome, come del resto indicato dalle Linee Guida del Ministero della Salute per le attività di Riabilitazione (7 maggio 1998). A lungo la riabilitazione ha rappresentato una disciplina negletta. Le modificate condizioni sociali, sanitarie e demografiche della popolazione stanno spingendo verso il superamento di una medicina d'organo con l'intento di curare non più la malattia, ma l'uomo nel suo insieme. Questo modificato approccio culturale sta valorizzando la riabilitazione collocandola al pari di altre discipline mediche.

## Il modello lombardo con centralità della persona e libertà di scelta

ROBERTO FORMIGONI

### ***Qual è l'obiettivo prioritario del servizio sanitario lombardo?***

L'attuale sistema sanitario lombardo rappresenta il frutto maturo di un percorso di riforma iniziato dieci anni fa con la legge 31 del 1997, con cui ci siamo posti l'obiettivo di mettere al centro la persona e la sua libertà di scelta.

### ***Cosa ha reso così efficiente il sistema sanitario della Regione?***

Nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità, questa riforma ha introdotto alcuni elementi fortemente innovativi - come l'aziendalizzazione del sistema sanitario e la parificazione, in qualità di enti erogatori, tra strutture private e aziende pubbliche - che hanno contribuito a rendere il servizio sanitario lombardo efficiente, economicamente sostenibile e soprattutto vicino alle reali esigenze dei cittadini.

Grazie a questa riforma, la sanità lombarda ha raggiunto risultati di assoluta eccellenza, come confermano il 20 % dei cittadini italiani che, anche se non lombardi, scelgono ogni anno la nostra regione per farsi curare.

Registrano un costante miglioramento degli indici di utilizzo dei posti letto nelle strutture e, nel contempo, una riduzione progressiva dei tempi di attesa, anche i dati sull'avanzamento dell'efficienza e dell'appropriatezza del sistema.

***Rispetto ai sistemi sanitari di alcune regioni italiane che non raggiungono questi livelli di qualità ed efficienza, come si pone il servizio sanitario lombardo?***

Il modello sanitario lombardo ha fatto da precursore, indicando una strada che si è dimostrata assolutamente vincente e su cui occorre continuare a lavorare, per rispondere in maniera concreta ed efficace alle nuove e sempre più complesse esigenze emergenti dalla società. Oggi il sistema sanitario regionale è un servizio riconosciuto anche a livello internazionale, sempre più attrattivo nei confronti di pazienti provenienti dall'estero, basato su una forte partnership pubblico-privato, fortemente orientato alla ricerca e all'innovazione e soprattutto capace di rispettare gli impegni, gravando sempre meno sui bilanci dello Stato.

## Sviluppare la cultura della ricerca scientifica per evitare la fuga dei cervelli

ENRICO GARACI

### ***Come possiamo evitare la fuga dei cervelli dall'Italia?***

E' evidente che investire di più in ricerca significa creare le condizioni per chi a questa attività dedica la vita per restare nel proprio Paese. Ma se la formula è semplice e anche apparentemente banale, banali e semplici non sono i processi che rendono possibile realizzarla. Intanto perché rende necessario un cambiamento culturale e, inoltre, perché non è evidente nell'immaginario di molti il legame stretto tra ricerca e sviluppo economico e sociale di una popolazione. Il fatto di investire una delle cifre più basse d'Europa del nostro PIL nella ricerca è il risultato di una cultura politica ma anche generale. Basta pensare a quanto sia deficitaria la preparazione scientifica nei giovani che frequentano le scuole secondarie superiori. Lo dicono tutte le indagini, tutte le ricerche che cercano di capire come sta cambiando l'istruzione. Viviamo in un paese in cui ancora sono vive quelle che negli anni sessanta Snow chiamava "le due culture", riferendosi alla scissione tra la cultura umanistica e quella scientifica, su cui egli scrisse un intero saggio. Per noi quelle due culture sono ancora divise. In barba alla bioetica, a tutti i problemi che la scienza impone all'intera società e nonostante il frutto della cultura scientifica e tecnologica pervada sempre più e quotidianamente le nostre vite. Allora, se non c'è la consapevolezza profonda del significato della ricerca scientifica, di come essa sia qualcosa di non lontano dai bisogni delle persone e di come debba necessariamente essere una strategia su cui i governi e le politiche, di destra e di sinistra, debbano

puntare, non diventerà mai una priorità nel Paese e per i giovani che hanno talento non resterà che andare laddove le loro competenze vengono riconosciute economicamente ma, ancor prima che economicamente, culturalmente e socialmente, il che ne implica necessariamente un riconoscimento economico.

Laddove una borsa o un assegno di ricerca continua ad essere il sostentamento principale di un ricercatore dai venticinque ai quarant'anni, significa che la società e il governo che la esprime ritiene che quel lavoro vale quel compenso e che, quindi, quelle attività valgono quel compenso.

Incentivare i ricercatori significa fare della ricerca una priorità. Essere coscienti che non possiamo essere soltanto fruitori di innovazione, ma anche portatori di cultura scientifica e tecnologica. Ciò che intendo dire è che servono segnali concreti in questo senso. Come quello che abbiamo dato nell'ambito dell'accordo ITALIA-USA, in cui l'ISS ha investito diversi milioni di euro per finanziare uno scambio di giovani ricercatori tra i National Institutes of Health e il nostro ente per il trasferimento di competenze, dai laboratori statunitensi e viceversa, delle più moderne tecniche di ricerca per esempio nella lotta contro il cancro.

Questo progetto è iniziato nel 2003, alcuni dei giovani sono già rientrati e proseguono nei loro laboratori, per di più presso gli IRCCS, le attività iniziate in America e tutto questo oggi si è tradotto in qualcosa come undici nuovi biomarcatori per la diagnosi precoce del cancro, otto brevetti a doppia "firma" italiana e americana e nell'individuazione di nuovi bersagli terapeutici per alcuni dei cancri più diffusi.

Strategie come queste dovrebbero essere perseguite a livello nazionale con una grande concentrazione di forze e con la convinzione che la scienza e la ricerca debbano essere una priorità nazionale, da cui non si può assolutamente prescindere se nelle proprie strategie politiche si ha in mente una società evoluta e moderna.



***Lei è Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità, ente prestigioso spesso additato come troppo costoso. Ha in mente una ricetta per renderlo più efficiente?***

L'affermazione che l'Istituto è "costoso", per quanto a mia conoscenza, non risulta essere stata mai manifestata. Al contrario, l'Istituto ha sempre fatto fronte ad un numero sempre crescente di compiti e attribuzioni, benché le risorse assegnate non siano mai state incrementate ma anzi diminuite.

Con un budget strutturale di 90 milioni di euro, l'Istituto assolve a un numero elevato di compiti per la tutela della salute pubblica a supporto del Servizio Sanitario Nazionale e delle Regioni, come viene unanimemente riconosciuto. Ciò si verifica non solo nelle grandi emergenze sanitarie (SARS, aviaria, mucca pazza, Chikungunya, rifiuti urbani, ecc...), ma anche nella quotidianità di controlli, pareri e consulenze che, sempre a tutela della salute degli italiani, vengono richiesti all'ISS. Oltre a ciò esso svolge un'attività di ricerca altamente qualificata, documentata da indici riconosciuti a livello internazionale quali un Impact Factor di più di 2000 punti ogni anno, con una produttività per ogni singolo ricercatore pari a circa 4 punti di Impact Factor.

Se si fa il confronto con altri enti nazionali del medesimo comparto, sotto il profilo costo/beneficio, l'ISS si posiziona certamente in un "range" molto alto.

***Gli organi consultivi e tecnici che fanno capo al Ministero della Salute sono molti. Crede che ci siano sovrapposizioni?***

Le funzioni e i compiti del Ministero e dell'Istituto sono ben distinti. L'Istituto è sempre stato ed è ancora, nonostante la sua evoluzione in ente autonomo di ricerca scientifica, il braccio tecnico del Ministero della salute. Ciò significa che, laddove il Ministero governa la politica sanitaria attraverso i suoi Centri e i suoi Dipartimenti elaborando

strategie politiche e linee di indirizzo, l'Istituto attraverso i suoi Dipartimenti e i suoi Centri produce ricerca scientifica, risponde alle richieste del Ministero per controllare e garantire la qualità di tutto ciò che ha effetti sulla salute umana, dall'ambiente all'alimentazione ai prodotti chimici.

Ciò significa, dunque, che se al Ministero della Salute c'è un Dipartimento di Veterinaria o di Prevenzione o un Centro di Controllo delle Malattie, questi possono giovare per elaborare le loro linee di indirizzo o per pianificare azioni sanitarie più appropriate in questi ambiti, il che rappresenta la loro missione, di tutto ciò che viene studiato e verificato nei nostri laboratori che si occupano di veterinaria, di prevenzione o di controllo delle malattie.

Sono dunque funzioni complementari, dialettiche, per niente sovrapponibili ma che, anzi, negli stessi settori agiscono con integrazione reciproca al servizio della salute pubblica.

## I punti deboli del nostro SSN: poca innovazione e ospedali troppo vecchi

ENZO GHIGO

### ***Uno dei settori deboli del nostro sistema sanitario è la rete ospedaliera vecchia. Cosa fare?***

Vi è la necessità di rinnovare con criteri innovativi la rete ospedaliera italiana rendendola competitiva non solo a livello locale ma soprattutto a livello globale. La situazione della rete ospedaliera è difforme nelle varie regioni italiane con ospedali funzionalmente operativi nelle regioni del centro-nord ma ampiamente insufficienti nel centro-sud. Anche nelle regioni settentrionali si avverte però la necessità di un ammodernamento della rete ospedaliera (vedi la situazione Torino) e parimenti di una sua più efficiente riorganizzazione.

Il nuovo progetto ASSET supera le linee di indirizzo del progetto ormai decennale Veronesi/Piano e potrebbe rappresentare per il centro destra un elemento innovativo caratterizzato da:

- a) gestione pubblico/privata delle strutture ospedaliere con opzioni che vanno dal project financing, alla public company all'out sourcing dei servizi in rapporto alle dimensioni e specialità delle strutture ospedaliere
- b) ecosostenibilità ed ecocompatibilità dei futuri ospedali
- c) liberalizzazione del sistema grazie al concetto di usabilità che pone il paziente al centro del sistema stesso
- d) rilancio della ricerca scientifica di base e clinica per creare opportunità di sviluppo per il territorio sede dell'ospedale (vedi CIRPark, progetto CERBA etc.)

- e) revisione del management, della comunicazione e della governance intra ed extraospedaliera
- f) continuità terapeutica col territorio grazie al concetto europeo dell'extended hospital.
- g) trasformazione e chiusura dei piccoli ospedali seguita dalla contemporanea costruzione di ospedali più grossi messi in rete per un più efficiente controllo della spesa regionale

### ***Come migliorare la scelta delle risorse umane e l'assegnazione dei fondi di ricerca?***

Nel mondo anglosassone da tempo la scelta delle risorse umane così come la pubblicazione di lavori scientifici su importanti riviste o l'assegnazione di fondi di ricerca pubblici avviene col sistema della peer review (revisione tra pari). Il modello prevede l'invio dei curricula, progetti o altro materiale utile per la selezione, la scelta cieca di revisori inclusi in apposita lista, la comunicazione motivata del giudizio al commitment (per esempio regioni, MIUR, direttori generali etc.) ed ai partecipanti pubblicata su internet col massimo della trasparenza, motivazione della scelta del commitment che se ne assume la responsabilità. Rappresenterebbe una rivoluzione nel sistema che premia e protegge i talenti ed il merito e diminuisce lo spazio clientelare. Tale proposta è stata pubblicata su Tuttoscienze della Stampa, sul Sole 24ore per la ricerca, ma è estendibile a tutto il sistema. E' in corso una lettera che perora l'istituzione di un progetto di legge nazionale da parte di scienziati al Presidente della Repubblica.

### ***Cosa bisogna fare in futuro in rapporto all'invecchiamento della popolazione?***

L'invecchiamento della popolazione comporterà spese sempre maggiori per il SSN. Il decidere su che cosa il pubblico assicurerà nel futuro e il demandare il resto a sistemi

mutualistici privati in concorrenza sotto il controllo del SSN diverrà sempre più necessario. Per fare ciò vanno istituite apposite commissioni regionali e nazionali comprendenti esperti di bioetica, economisti, clinici etc. Tali commissioni rivedranno annualmente i LEA dando la possibilità alle regioni di utilizzare il sistema di revisione tariffaria dei DRG al fine di veicolare le scelte terapeutiche in relazione alle scelte politiche. Premessa a tutto questo è la priorità di copertura a ciò che è verificato con metodi scientifici tralasciando le applicazioni di medicine alternative care all'attuale ministro.

***Per mettersi al passo con il resto del mondo nel campo dell'innovazione, qual è la strada da seguire?***

La forza propulsiva dei paesi asiatici è data dalla capacità tecnocratica dei propri governanti che utilizzano l'innovazione, la tecnologia e la scienza come motore propulsivo del paese (vedi la Merkel). E' utile istituire un Consiglio superiore della scienza a cui demandare il supporto decisionale di grandi temi quali quelli energetici, di sviluppo scientifico etc. che non possono essere oggetto di populismo referendario.



## Associazionismo e advocacy, supporto indispensabile per l'assistenza socio-sanitaria

ROSARIA IARDINO

### ***Qual è il valore aggiunto che ha permesso questa grande espansione del volontariato sociale in Italia?***

Sicuramente il valore aggiunto è la vicinanza ai problemi delle persone e la capacità di creare progetti e interventi anche senza la burocrazia e la necessità di un finanziamento pubblico.

Le associazioni cercano in tutti i modi di velocizzare la risposta alle molteplici e sempre nuove domande poste dalle persone.

Oltre a questi valori etici va sommata la capacità del volontariato, di darsi una struttura organizzativa senza la quale nessun progetto ambizioso può essere raggiunto.

### ***Lei è stata la prima a promuovere in Italia il concetto di Advocacy, cos'è e che riscontro ha avuto nel nostro paese?***

Advocacy significa non delegare più a terze persone la tutela dei propri diritti. Il paziente da utente diventa attivista e quindi si tutela in prima persona.

Il termine Advocacy significa diventare avvocati di se stessi, naturalmente è comunque indispensabile il supporto delle associazioni di volontariato e delle Istituzioni. La vera sfida è che non ci sia più un paziente passivo ma finalmente un paziente attivo.

Molte associazioni stanno integrando nei propri corsi formativi rivolti agli utenti, delle sessioni dedicate all'Advocacy, ed al di là delle prime resistenze che ho notato tra

le associazioni, in quanto modificare il proprio approccio radicalmente alla malattia non è così semplice e immediato, confido che l'Advocacy diventerà una priorità di tutto di volontariato sociale.

***Quali sono le preoccupazioni e le difficoltà che hanno le associazioni dei pazienti riguardo l'accesso ai farmaci? E qual è il punto di vista del paziente?***

Le preoccupazioni delle associazioni riguardano le patologie meno frequenti, in quanto incontrano molte difficoltà sia in termini d'inserimento nei LEA sia in termini di ricerca da parte delle aziende farmaceutiche.

Ancora oggi per molte patologie l'accesso alla diagnostica e al farmaco incontra difficoltà sia per i costi che per i tempi di risposta. Oltre a questo le associazioni di pazienti si preoccupano di potenziare l'informazione su patologie, che se correttamente e tempestivamente affrontate, possono avere un decorso migliore.

Ultimo elemento importante è che si intervenga fortemente sulla prevenzione.

Il punto di vista del paziente è che i farmaci devono essere disponibili sempre senza interruzione con procedure di accesso non onerose e complicate.

***L'associazionismo cosa si aspetta dallo Stato?***

Ci aspettiamo regole certe, una normativa fiscale chiara e una più esplicita definizione dei luoghi e dei livelli di partecipazione per consentire a pieno l'espressione dell'Advocacy a cui abbiamo fatto riferimento prima.



## La Facoltà di Medicina guarda al futuro

ANDREA LENZI

### ***Qual è il futuro delle Facoltà di Medicina e chirurgia in Italia?***

Nel “Manifesto degli intenti” della Conferenza dei Presidenti di Corso di Laurea magistrale in Medicina e chirurgia che ho l’onore di presiedere, l’incipit descrive la missione dei corsi con questa frase: ‘dalla qualità della formazione in Medicina alla qualità del professionista Medico’. Partendo da questo risponderò alla vostra domanda. La storia delle nostre Facoltà mediche degli ultimi decenni è complessa. Quando mi sono iscritto alla facoltà di Medicina dell’Università di Roma “La Sapienza” all’inizio degli anni ’70 il mio numero di matricola progressivo era 4144, la frequenza non era obbligatoria e meno del 20% degli studenti andava a lezione. Erano gli anni dell’ “ondata” a Medicina che ha portato alla “plethora medica” per cui ancora oggi il rapporto medici/popolazione in Italia è quasi il doppio della media europea con tantissimi camici bianchi che hanno alle spalle il minimo dell’attività pratica e professionalizzante. Nel 1986 arriva la prima razionalizzazione del corso di laurea con il “numero programmato”, per cui oggi le facoltà di medicina italiane nel complesso iscrivono poco meno di 7mila nuove matricole l’anno. Questo porterà ad avere un rapporto medici/popolazione nella media europea entro una decina di anni da oggi. Nel 1996 sono iniziate una serie di riforme universitarie, conclusesi nel 2004 con il DM 270, che hanno introdotto il concetto degli obiettivi formativi e di apprendimento teorici, pratici e comportamentali ponendo lo studente al centro dell’intero processo formativo, sotto-

lineando il valore fondamentale della pratica sul malato. Così oggi siamo adeguati e, per certi versi, all'avanguardia rispetto agli standard europei. Il fulcro del corso di laurea oggi è il tempo di apprendimento dello studente, misurato in “crediti formativi universitari”. Questa sorta di “euro” del sapere, usata nella formazione universitaria da tutti i Paesi della comunità europea, ha rivoluzionato il concetto di misura dello studio, prima incentrato sul numero di ore di lezione, spostandolo sul tempo necessario per apprendere i singoli concetti e le singole materie. Un “credito formativo universitario” vale 25 ore di apprendimento. Ma la composizione varia durante il corso, da un minimo di 8 ore di lezione con 17 ore di studio individuale per le materie più teoriche dei primi anni di corso a una graduale equivalenza fra le due forme di apprendimento in aula ed individuale, fino a 25 ore di frequenza in reparto con tutoraggio per le attività di studio relative alla pratica clinica. Il corso di medicina prevede oggi 360 crediti equamente distribuiti sui sei anni di corso (60 per anno) e quindi un complesso di circa 9000 ore (1500 ore l'anno) di apprendimento di cui circa la metà di frequenza obbligatoria. Di questi crediti, un minimo di 60 (1500 ore), concentrati maggiormente nel secondo triennio di corso, sono obbligatoriamente dedicati alla attività pratica. Nell'ambito di questo cambiamento epocale dell'iter formativo, i corsi di laurea in Medicina e le facoltà a cui afferiscono hanno dedicato enormi sforzi alla organizzazione di un corso il più possibile omogeneo sul territorio nazionale, impegnando i Presidenti dei corsi in riunioni collegiali al fine di raggiungere alcuni obiettivi prioritari e condivisi. Gli stessi Presidenti dei corsi di laurea si sono impegnati in un sistema di valutazione autogestito basato da un lato su un sistema di accreditamento dei corsi che ha come cardine una indagine conoscitiva, gestita da esperti in valutazione esterni al mondo della sanità universitaria, e su un programma di site visit fra pari che è ora alla sua

seconda edizione. Dall'altro lato tutti i corsi sottopongono annualmente in una stessa giornata i propri studenti ad un test nazionale di valutazione basato due serie di quiz su materie di base e cliniche, detto 'progress test', atto a valutare la progressione dell'apprendimento dal primo all'ultimo anno di corso, che consente paragoni e riflessioni sulle capacità didattico-formative. A questo si è accompagnata una forte revisione della strategia pedagogica.

***L'entrata in vigore del Decreto 270 cambierà i corsi di laurea della Facoltà di medicina. In che modo ?***

Molti dei cambiamenti a cui stanno andando faticosamente incontro le altre aree degli studi universitari (quelle soggette alla regola del cosiddetto 3+2) per i nostri corsi di medicina sono già avvenuti e la presenza di un ciclo unico di sei anni di corso rende necessari solo dei piccoli aggiustamenti. Nell'ambito di questa importante riforma dell'offerta formativa dell'università italiana, tuttavia, i corsi di laurea in Medicina (e le facoltà a cui afferiscono) hanno dedicato enormi sforzi alla ulteriore riorganizzazione di un corso il più possibile omogeneo sul territorio nazionale. Questa azione da un lato ha permesso la costruzione di un curriculum di saperi minimi indispensabili (cosiddetto core curriculum) per un laureato in medicina dall'altro ha favorito la contemporanea introduzione di forme di innovazione pedagogica come l'e-learning o i giochi di ruolo indispensabili per una corretto apprendimento delle capacità relazionali. Si è inoltre posta molta attenzione alla costituzione di un rapporto interattivo con la medicina del territorio e la medicina generale per rendere consapevole lo studente in medicina del ruolo di primo filtro che questi presidi sanitari hanno in un sistema sanitario efficiente. Inoltre, è stato rivisto l'intero piano formativo e la sequenza degli esami e delle materie, dando spazio anche alle discipline di base più sperimentali fino agli ultimi anni del corso

al fine di mantenere sempre elevato il livello di conoscenza scientifica del medico in formazione ed il suo interesse per la ricerca al fine di portare alla luce eventuali vocazioni alla ricerca scientifica.

Tutto questo ha, ovviamente comportato anche un grande sforzo di apprendimento da parte dei docenti per essere in grado di utilizzare le nuove tipologie e metodologie di insegnamento, dall'e-learning ai giochi di ruolo alla medicina narrativa, tecniche utilissime per lo studio della comunicazione medico paziente ed apprendere il "saper essere" medico. Inoltre, nuove discipline si sono affacciate nel sapere medico, ad esempio proprio per evitare i più comuni errori di diagnosi e di trattamento che sono alla base di alcuni casi di "malasanità", lo studio del "rischio clinico" è parte integrante dei corsi dell'ultimo triennio di medicina, mentre lo studio delle scienze umane che si occupano di deontologia, bioetica ed insegnano a saper comunicare con il malato è presente in tutti i sei anni del corso. Questi sono solo alcuni aspetti innovativi che l'università ha messo in campo per migliorare la formazione del medico in Italia. Siamo entrati in un percorso virtuoso i cui frutti, peraltro, si vedranno nei prossimi dieci, quindici anni, e che rendono le critiche, spesso irragionevolmente distruttive sulla formazione medica italiana, decisamente fuori luogo.

***L'eliminazione del "fuori ruolo" ha generato malcontenti tra alcuni docenti e possibili ricorsi. Cosa dice il CUN sulla possibile revisione della norma?***

L'Università ha sempre avuto bisogno di Grandi Maestri garanti della sua missione di trasmissione del sapere. Quella italiana, in particolare ha tradizionalmente goduto del privilegio di potere mantenere in servizio i docenti fino ad una età superiore ad altre categorie. Questo per anni è stato visto come una conferma dell'esistenza di una elite culturale, guida riconosciuta dalla società civile. Negli ultimi

anni l'Università ha perso il positivo contatto con il Paese disperdendo il suo patrimonio di autorevolezza e facendo prevalere la frustrazione dovuta alla mancanza di risorse e di una adeguata valorizzazione del proprio lavoro. Facendo perno su alcuni comportamenti discutibili, ma occasionali, della classe docente si è consentito di eliminare gradualmente e per legge quei piccoli segni che, in nome del valore della autonomia universitaria, hanno reso l'accademia in tutto il mondo "un laboratorio di elaborazione di pensieri ed idee liberi da ogni condizionamento". L'eliminazione tout court del fuori ruolo rientra in questa strategia di annichimento dei valori di indipendenza dell'università perché non determina un reale risparmio di risorse ma semplicemente riduce la professione universitaria allo stesso rango di qualsiasi altra professione. Al tempo stesso sono convinto che questi privilegi vadano meritati attraverso la valutazione del proprio operato e della qualità del proprio lavoro a qualsiasi livello e a qualsiasi età. L'universitario in genere, e quello di area medica in particolare, che deve essere in grado di coniugare l'assistenza con la ricerca e la capacità formativa, deve aspirare al confronto ed ad una valutazione costante del suo operato con conseguenze premiali o negative, a patto, ovviamente, che questa valutazione sia oggettiva e basata su criteri certi e condivisi.



## Le risorse per la sanità non sono solo una spesa

LORENZO MANTOVANI

### ***La valutazione economia in sanità è importante? E come deve essere effettuata?***

Negli ultimi anni, un numero sempre maggiore di paesi avanzati con sistemi basati sulla copertura sostanzialmente universale (Canada, Australia, Svezia, Regno Unito, Germania . . . , in parte Italia) ha cercato di abbandonare il paradigma secondo cui le risorse destinate all'assistenza sanitaria rappresentano meramente una spesa, che va puramente contenuta. L'approdo naturale di questi paesi è stato un paradigma alternativo, che vede l'assistenza sanitaria quale investimento, che va ottimizzato, la cui resa massimizzata, ricercando il massimo risultato in termini di salute dalle risorse impiegate, cioè il miglior rapporto tra costi ed efficacia. La valutazione economica degli interventi sanitari è disciplina complessa, che utilizza metodi ed informazioni da diverse discipline, quali la farmacologia, l'economia, l'epidemiologia, la statistica, la sanità pubblica, oltre che, naturalmente, la clinica.

### ***Le risorse per il settore sanitario devono essere gestite nel modo migliore. In questo quadro, che ruolo devono rivestire i medici?***

Un duplice ruolo: di ricerca e di applicazione della ricerca. Innanzitutto non è concepibile la produzione di informazioni di economia sanitaria, di costo efficacia, in assenza di valutazioni sulla efficacia e sulla praticabilità degli interventi sanitari: lo studio dell'efficacia, della tollerabilità e della praticabilità dell'intervento è l'ambito

naturale della ricerca medica. Nel momento in cui queste informazioni siano state arricchite con quelle sui costi, giungendo ad indicatori di efficienza (costo/efficacia), il contributo del medico si concretizza nella applicazione degli interventi efficaci e costo efficaci. Il tutto, ovviamente, nel rispetto dei principi di equità che sono alla base del nostro sistema sanitario. Va notato come questo tipo di processo sia di natura dinamica: la nostra conoscenza su efficacia, tollerabilità e costi degli interventi deve continuamente essere aggiornata: ciò presuppone raccolta ed elaborazione permanente di informazioni sugli interventi sanitari. Ciò è diventato molto più semplice in anni recenti grazie alla informatizzazione nel settore sanitari ed alla costruzione di basi dati di natura sanitaria. Health Search Database e DENALI sono due esempi che pongono l'Italia all'avanguardia nel mondo.

***L'avvio di nuove terapie farmacologiche ad alto costo e l'aumento progressivo del consumo di farmaci comportano un conseguente incremento della spesa. Come si dovrebbero comportare i soggetti istituzionalmente coinvolti nella gestione della sanità pubblica e che hanno sempre più l'esigenza di razionalizzare l'impiego delle risorse ?***

Il farmaco rappresenta sicuramente una componente di importanza fondamentale nella gestione e nella promozione della salute e la sua importanza è destinata a crescere ulteriormente nei prossimi anni a fronte del rapido progredire della ricerca scientifica verso una sempre più fine comprensione dei diversi processi patologici e l'applicazione di nuove scoperte biotecnologiche. Il significato e il valore attribuiti al farmaco, pertanto, sono oggetto di un profondo processo di revisione. L'impiego delle terapie farmacologiche nella pratica clinica dipenderà, in misura sempre maggiore, non solo dalla loro efficacia, ma anche



dalle loro implicazioni in termini economici. La farmacoeconomia nasce come risposta a questa nuova esigenza di misurare e mettere a confronto il valore globale di diversi interventi sulla salute. Le Istituzioni nazionali, regionali e locali dovrebbero favorire, promuovere, condurre valutazioni di economia sanitaria, tenendo conto anche dei risultati al momento di organizzare l'assistenza ai cittadini.



## Sanità veterinaria italiana, un modello vincente

ROMANO MARABELLI

### ***L'Italia ha una buona fama per la serietà dei controlli veterinari. Secondo Lei per quale motivo?***

Un elemento che caratterizza in senso positivo i servizi veterinari italiani è quello di essere stati sempre all'interno del sistema di sicurezza presso l'autorità competente per la salute: in passato presso il Ministero degli Interni e, dal 1958 dal momento della sua creazione, presso il dicastero della Sanità che adesso si chiama Ministero della salute. Questa appartenenza, oltre a dare un valore aggiunto relativamente ai controlli effettuati per la salute degli animali e per la sicurezza degli alimenti, ha determinato anche un'autonomia dei servizi veterinari che hanno come principale obiettivo la tutela dei cittadini più che la tutela di interessi, seppure legittimi, come quelli della produzione. Interessi che sono stati invece più valorizzati in altri paesi dove i servizi veterinari per molto tempo, e in alcuni casi ancora oggi, si sono aggregati a ministeri che hanno come obiettivo principale la produttività. Questa scelta storica è stata confermata quando la Commissione europea, a seguito di alcune emergenze degli anni '90, ha completamente riorganizzato i propri servizi sulla spinta del Parlamento europeo trasferendo tutte le competenze dei servizi veterinari dell'Unione europea, della Commissione europea, dalle direzioni con obiettivo produttivistico ad una direzione dedicata alla sanità e alla sicurezza dei consumatori: la SANCO costituita proprio all'inizio degli anni 2000 ricalcando l'impostazione italiana in passato ritenuta marginale e che poi è diventata vincente.

Tale impostazione, inoltre, ci ha aiutato a creare una rete di rapporti internazionali molto intensi e a valorizzare le esportazioni italiane di prodotti alimentari. Insomma, l'indipendenza dei servizi italiani è stata premiata nel momento in cui abbiamo potuto dare maggiori garanzie dal punto di vista sanitario anche ad altri paesi al di fuori dell'UE.

***Ci sono stati molti cambiamenti a livello centrale per la sanità. Quali sono i problemi ancora aperti?***

Per quanto riguarda il livello centrale, il problema ancora aperto riguarda l'assetto che il nuovo governo deciderà relativamente alle scelte di avere un numero di ministri molto ridotto, dodici in tutto. Da parte degli operatori della sanità c'è molta attesa per sapere se il ministero della Salute manterrà, vista la specificità delle nostre materie, una sua autonomia oppure se dovremo aggregarci ad altre amministrazioni. In tal caso, ci aspettiamo che l'accorpamento venga fatto con le amministrazioni più sinergiche con quella della salute. Se avremo un ministro in condominio con altre attività dovremo verificare come realizzare un'organizzazione che garantisca un'attenzione particolare alla sanità; settore che peraltro nei sentimenti dei cittadini occupa sempre uno spazio molto importante. Il prossimo ministero dovrà avere il tempo e le risorse da dedicare a questa materia. La questione delle risorse è fondamentale per i servizi veterinari fortemente legati ad un sistema che richiede all'Italia la presa di grandi responsabilità sul piano internazionale. L'organizzazione italiana che tende a valorizzare un forte federalismo con aspetti positivi nel qualificare meglio territori diversi del nostro Paese, poi però deve trovare un equilibrio nel momento del coordinamento e dell'indirizzo rispetto a politiche, come nel caso della sicurezza alimentare, che toccano direttamente tutti i cittadini. È chiaro che un prodotto alimentare deve avere le stesse garanzie sia che venga venduto a Palermo che a

Bolzano. Dunque, uno degli argomenti più delicati è quello di garantire nella nuova legislatura un giusto equilibrio tra l'attività delle regioni e l'indirizzo e il coordinamento che deve comunque rimanere in capo al Ministero della salute. Purtroppo l'Italia presenta situazioni non sempre uniformi, lo abbiamo visto dalle ultime emergenze che si sono verificate in questi mesi.

***Cbe significato riveste un'Agenzia per la valutazione del rischio nella catena alimentare in Italia?***

L'agenzia ha l'obiettivo di garantire una totale indipendenza del procedimento di valutazione del rischio rispetto all'attività di gestione del governo. Questo è un principio sancito dalle norme dell'Ue ed è stato individuato attraverso la creazione dell'autorità europea di Parma. L'elemento qualificante deve essere quello dell'autonomia e dell'indipendenza, dall'altra parte è altrettanto evidente che queste si realizzano, secondo le norme europee, quando l'agenzia o l'autorità emette dei pareri relativamente a valutazioni di carattere scientifico. E' altrettanto chiaro che tali pareri devono essere messi a disposizione del governo nazionale, regionale e territoriale che così assume le decisioni più adeguate per risolvere i problemi. Fondamentale, quindi, è che ci siano vasi comunicanti che consentano al governo del paese di valorizzare al meglio i pareri scientifici che saranno emessi dall'agenzia. Finora l'autorità italiana era interpretata dal Comitato nazionale per la sicurezza alimentare che nell'ultima conversione in legge del decreto milleproroghe ha assunto la denominazione di agenzia. Questa però deve essere ancora costituita, e presumibilmente avverrà nella nuova legislatura, con l'approvazione di un Dpcm. Ci aspettiamo che una delle prime azioni del prossimo governo sia proprio questa oltre a quella di finalizzare, attraverso il via libera ai decreti applicativi, gli aspetti pratici relativi al funzionamento dell'agenzia.



## Settore farmaceutico poco competitivo e troppo penalizzato

MAURO MASSA

### ***Come giudica il fatto che le aziende farmaceutiche siano chiamate a partecipare agli sfondamenti di spesa?***

Anzitutto mi chiedo, perché c'è lo sfondamento? Sarebbe troppo facile, ed è effettivamente la prima risposta che ci viene alla mente, rispondere che occorre aumentare le risorse. E questo, oltre a costituire una risposta ovvia, è anche dimostrabile.

Nel nostro paese la spesa farmaceutica, nel suo complesso, è tra le più basse dei grandi paesi europei, sia come spesa totale, sia come spesa pro capite. Quindi un aumento delle risorse sembra essere razionale ed auspicabile. Ma se andiamo ad analizzare la spesa farmaceutica territoriale, quella appunto sottoposta a ripiano dell'eventuale sfondamento da parte delle imprese farmaceutiche, notiamo che molte regioni stanno entro i limiti prefissati con il tetto. Sono soltanto quattro o cinque le regioni ove c'è il problema. Ritengo quindi che sia necessario operare in quelle regioni, prima di tutto per capire perché in esse la spesa farmaceutica è più elevata.

È un problema di morbidità? Oppure il farmaco supplisce ad una carenza di altri servizi sanitari? Oppure, come sembra più probabile, c'è un problema di appropriatezza? Analizzate e data soluzione a queste problematiche, a queste eventuali particolarità, probabilmente le risorse programmate per il farmaco coinciderebbero con quanto poi viene effettivamente speso, ed eventuali spostamenti in più o in meno si compenserebbero, determinando una

dinamica assolutamente programmabile, gestibile e compatibile. Per tornare al quesito che mi viene posto, ritengo che il controllo della spesa con il metodo “tetto e ripiano” debba essere transitorio e vada visto come una soluzione non certo premiante per le imprese, ma neppure per il sistema sanitario.

Ritengo che l'appropriatezza sia un grande obiettivo da conquistare ed il lavoro in questo senso fatto in molti regioni ha già dato risultati importanti. Il ripiano al 100 % dello sfondamento a carico delle imprese porta ad una deresponsabilizzazione delle regioni e dell'AIFA proprio sul terreno dell'appropriatezza.

Se si esamina il meccanismo di ripiano, fissato dal recente decreto del 2 dicembre 2007, che prevede la fissazione di “budget aziendali” da parte dell'AIFA, si ricavano ulteriori perplessità sull'aspetto dirigitico di tale provvedimento. Al momento attuale, vista la complessità applicativa dello strumento, è difficile effettuare una analisi compiuta ed esprimere precise opinioni, ma, proprio anche per questa ragione, il giudizio complessivo non può essere positivo. Quindi il metodo attuale ha senza dubbio due punti da modificare: il rimborso al 100% ed il sistema del budget. Ma riteniamo che in futuro l'intero sistema possa essere superato tenendo conto sempre degli obiettivi primari: controllo della spesa, terapie efficaci, sicure ed appropriate, sviluppo della ricerca farmaceutica nel nostro paese. In tema di spesa sanitaria, di tetto e ripiano, ritengo utile evidenziare che la spesa farmaceutica territoriale ha avuto nel quinquennio 2001-2006 un andamento pressoché piatto, mentre le altre spese sanitarie sono incrementate di oltre il 40%. Inoltre nel 2007 la spesa farmaceutica è diminuita, rispetto al 2006, di circa il 7%. Mi chiedo, come mai soltanto i farmaci sono sottoposti ad un tetto e ad un ripiano? Non sarebbe il caso di monitorare e controllare anche le altre spese sanitarie che pesano per l'84 % del totale?



***Conviene o no alle industrie del settore investire nel nostro Paese? Come si può rendere, secondo Lei, il sistema farmaceutico italiano più competitivo?***

Purtroppo devo rispondere che oggi è difficile per le industrie investire nel nostro paese. E questo è molto grave perché la salute (e la farmaceutica è una sua parte importante) è il più importante comparto economico del nostro pianeta. Si parla nel prossimo decennio di un PIL destinato alla sanità del 24 % negli Stati Uniti. In Italia il PIL dedicato alla sanità è aumentato di oltre il 30% negli ultimi 6 anni e la tendenza futura è di ulteriore crescita elevata. Nel bilancio delle regioni le risorse riservate alla sanità rappresentano il 65-70%. Vogliamo che il nostro paese sia tagliato fuori da questo business? Non credo. In effetti in questo ultimo periodo alcuni provvedimenti sono stati presi per incentivare la ricerca farmaceutica. Il Credito d'Imposta, gli Accordi di Programma, il progetto Industria 2015 sono una realtà operativa, ma non bastano ad attirare investimenti. Uno dei temi ricorrenti negli ultimi mesi, per il rilancio dell'economia, è quello della diminuzione della pressione fiscale sia dei dipendenti che delle imprese. Da più parti si è sottolineato come la tassazione per le imprese in Italia sia una delle più elevate dei paesi europei più sviluppati. Il settore dell'industria farmaceutica è sottoposto ad una pressione fiscale più elevata degli altri comparti industriali, in quanto i molti provvedimenti finalizzati a contenere il livello di spesa farmaceutica presi in questi ultimi sette anni, comprendevano anche misure di carattere prettamente fiscale come l'inasprimento del regime di deducibilità per le spese di informazione scientifica del farmaco. A queste misure fiscali si sono affiancati altri provvedimenti di natura extra-fiscali e comunque di natura "impositiva" quali l'introduzione di un contributo del 5% sulle spese promozionali e la copertura dello sfondamento del tetto di spesa farmaceutica. Le misure di natura fiscale, che introducono o

inaspriscono i limiti di deducibilità, riguardano le seguenti tipologie di spese:

- spese per l'acquisizione di beni e servizi destinati anche indirettamente a medici, veterinari o farmacisti al fine di incrementare la diffusione di specialità medicinali o di ogni altro prodotto ad uso farmaceutico;
- spese per congressi e convegni su tematiche attinenti le specialità medicinali autorizzate ai sensi della normativa vigente;
- spese per eventi accreditati ai fini dell'Educazione Continua in Medicina (ECM).

Il programma di formazione continua in medicina (ECM), istituito dal Ministero della Salute e promosso dallo stesso come lo strumento strategico essenziale per la formazione e l'aggiornamento del medico è sostenuto in gran parte dalle imprese del farmaco ed è singolare che queste risorse, messe a disposizione dalle imprese per la comunità, siano praticamente indeducibili. Occorre inoltre rimarcare che il programma ECM nel periodo 2002-2005 ha portato nelle casse del Ministero del Tesoro 113 milioni di euro come contributo alle spese degli organizzatori degli eventi formativi, ma soltanto 22 milioni sono stati reinvestiti in formazione.

Uno studio condotto da KPMG su un campione di aziende italiane medio-grandi ha evidenziato che nel 2004 il carico fiscale complessivo che ha gravato sulle imprese farmaceutiche è stato del 74,12 %. Alle imposte ordinarie, che hanno gravato per il 46,71 %, si sono sommate misure di fiscalità specifica per il settore farmaceutico che hanno inciso per il 5,69% e misure impositive extra-tributarie per il 21,72 %. Il riferimento istituzionale delle imprese del farmaco è l'AIFA. Tra i vari compiti che il legislatore ha affidato all'AIFA spicca la promozione della ricerca farmaceutica sia pubblica che delle aziende private. Purtroppo, ed in modo giustificato a seguito della situazione di non controllo della

spesa che si era venuta a determinare, i primi anni di gestione della politica del farmaco da parte dell'Agenzia, sono stati caratterizzati da una attenzione pressoché esclusiva al controllo della spesa con una serie di provvedimenti di continua diminuzione dei prezzi. Ciò non ha certo favorito gli investimenti nel nostro paese. Inoltre per attirare nel nostro paese investimenti e per incentivare le aziende già presenti a farne, occorre una politica più positiva sulla proprietà intellettuale.

Fra tutti i settori che utilizzano la conoscenza come primario fattore produttivo, l'industria farmaceutica è quella che mette in campo i più elevati investimenti prima di rendere disponibile un medicinale. Si stima un costo medio superiore a 500 milioni di euro. Ma, oltre alla necessità di risorse elevate, esiste un'altra peculiarità nella nascita di un nuovo prodotto farmaceutico. Lo sviluppo è difficoltoso e lungo. Mediamente per portare un nuovo farmaco sul mercato sono necessari, dal momento dell'idea, 10-12 anni. Considerando che il brevetto viene chiesto non appena inizia lo sviluppo, si capisce che il tempo di sfruttamento dell'invenzione è notevolmente ridotto.

Quindi le industrie farmaceutiche, a fronte di fortissimi investimenti per realizzare nuovi prodotti, si ritrovano nella situazione di poterli poi sfruttare per un periodo pressoché dimezzato rispetto ad altri comparti industriali.

***Ricerca e innovazione per la creazione di nuovi farmaci richiedono risorse sempre più elevate. Ma in Italia si tende a farne sempre meno. Per il futuro, dunque, qual è la strategia delle aziende farmaceutiche?***

Come si è detto sopra, l'invenzione di un nuovo farmaco implica elevate risorse e tempi molto lunghi. In questi ultimi anni abbiamo assistito ad un aumento vertiginoso dei costi di sviluppo.

Si calcola che il costo per la creazione di un nuovo farmaco nel periodo 2000-2002 sia aumentato del 60 % rispetto al periodo 1995-2000. La vera causa di questi aumenti è legata alle costose prove cliniche di Fase II e III.

Le Autorità Regolatorie sempre più sollecitate a prospettive di sicurezza d'impiego dei farmaci, hanno risolto il problema con il richiedere alle imprese sperimentazioni cliniche su popolazioni di pazienti sempre più numerosi. Questo ha comportato un aumento dei costi, che ha inevitabilmente prodotto una diminuzione delle nuove molecole inventate. Gli sviluppi della gnomica e l'analisi della efficacia e della tollerabilità misurate su piccoli gruppi di pazienti, se non a livello di individuo, aprono nuovi orizzonti per la ricerca e lo sviluppo di nuovi farmaci.

Ricerche settorializzate per gruppi di pazienti ben individuati con budget limitati, si prospettano come modalità per una ricerca sostenibile in grado di produrre nuovi strumenti terapeutici più specifici e mirati, che posseggano i necessari standard di efficacia e sicurezza. In un futuro, anche abbastanza prossimo, assisteremo ad una diminuzione dell'immissione in commercio dei farmaci cosiddetti "generalisti" e questo risponderà meglio all'evolvere della scienza medica, che determinerà una sempre più spiccata segmentazione delle varie patologie. Per fare un esempio, la qualifica di "iperteso" sarà seguita da un aggettivo che ne qualificherà la specificità. Dopo la forte globalizzazione del settore farmaceutico, che ha portato alla nascita di mega-company, ora si sta riesaminando questa modalità di sviluppo, ma soprattutto si sta guardando ad altre modalità di sviluppo. Le aziende farmaceutiche che hanno percepito questo cambiamento possono contare su un fattore migliorativo della loro competitività. Per quanto riguarda l'Italia, ritengo che i nostri "campioni nazionali" (cito ad esempio Chiesi, Menarini, Recordati, Sigma-Tau) abbiano percepito questo nuovo scenario e, puntando sulla ricerca

e sull'internazionalizzazione, abbiano conseguito risultati significativi. Ma hanno puntato su una ricerca ben finalizzata, ottimizzando le risorse con l'identificazione di progetti innovativi e sostenibili. Alcuni progetti di ricerca Chiesi hanno conquistato una leadership a livello internazionale nel settore di una malattia grave dei neonati prematuri e della terapia aerosolica delle malattie respiratorie.



## Lo sviluppo dei fondi sanitari integrativi

ISABELLA MASTROBUONO

***Lei ha partecipato ai lavori della commissione ministeriale che ha predisposto la bozza di documento per far decollare finalmente i fondi integrativi. Quali le linee di indirizzo e quali a suo avviso gli sviluppi per il futuro ?***

In Italia, come in tutti i Paesi industrializzati, la spesa sanitaria e sociosanitaria sono destinate ad aumentare per la crescita della domanda e per l'elevarsi dei costi, fenomeni legati ai tassi d'invecchiamento demografico, alla conseguente cronicizzazione di molte patologie, all'evoluzione tecnologica nel campo della ricerca biomedica, dei farmaci e della medicina predittiva legata alle scoperte sul genoma umano.

Si pone, quindi, il problema della sostenibilità finanziaria del sistema di assistenza pubblica, per garantire la quale non appare sufficiente adottare politiche di razionalizzazione e contenimento dei costi ma é necessario introdurre la possibilità di potenziare forme di finanziamento aggiuntive a quelle pubbliche, anche ricorrendo allo sviluppo di fondi sanitari e sociosanitari integrativi, analoghi, per alcuni versi, a quelli pensionistici.

Secondo la definizione proposta da chi scrive e modificata rispetto alla precedente del 1999, i fondi sanitari e sociosanitari integrativi sono “*Organizzazioni prevalentemente private, variamente nominate, che raccolgono, su base volontaria, risparmio dei singoli cittadini o di gruppi di cittadini o risparmio di tipo contrattuale, al fine di fornire prestazioni che integrano quelle assicurate dal sistema*

*pubblico, secondo modalità non orientate al profitto*<sup>1</sup>.

I fondi italiani esistenti, dei quali alcuni esempi sono riportati nella Tabella 1, interessano oltre 5 milioni di italiani e sono disciplinati all'interno di contratti collettivi nazionali, regionali e locali di lavoro con Consigli di amministrazione nei quali sono presenti rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro. Altri fondi sono, invece, istituiti su base mutualistica (società di mutuo soccorso) con iscrizione volontaria dei cittadini, liberi professionisti, operai, lavoratori "atipici". Le prestazioni sanitarie più frequentemente erogate sono, oltre alle diarie per le degenze presso strutture pubbliche e private, le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici, le prestazioni odontoiatriche (cfr. Tab. 2), ma anche prestazioni che non sono garantite, o lo sono solo in parte, dal Servizio sanitario nazionale, mentre le prestazioni di tipo sociosanitario prevedono l'assistenza domiciliare, quella alle persone disabili, alcolizzate o tossicodipendenti.

*Tab. 1 - Iscritti ai principali fondi sanitari italiani: anni 2006-2007*

<b>FONDO</b>	<b>N. ISCRITTI</b>
Fasi	127.745
Fis	27.604
Fisdaf	17.884
Casagit	51.466
Fasdac	29.994
Faschim	55.538
Cesare Pozzo	78.814
Federcasse	58.044

<sup>1</sup> La definizione è contenuta nel testo *Il finanziamento delle attività e delle prestazioni sanitarie. Il ruolo delle forme integrative di assistenza*. A cura di I. Mastrobuono, E. Guzzanti, A. Cicchetti, M.C. Mazzeo. Il pensiero scientifico Editore Roma, 1999



Tab. 2 – Prestazioni garantite dai fondi integrativi

<b>PRESTAZIONI E SERVIZI</b>	<b>TOTALE</b>	<b>%</b>
Degenza presso strutture pubbliche e private	18	51,4
Visite specialistiche	15	42,8
Diagnostica	14	40
Odontoiatria	14	40
Occhiali/lenti	12	34,2
Assistenza inf.ca domiciliare	10	28,5
Parto	9	25,7
Cure termali	9	25,7
Protesi	8	22,8
Riabilitazione e lungodegenza	7	20
Farmaci	5	14,2
Psicoterapie	5	14,2
Protesi e presidi	4	11,4
Trasporto infermi	3	8,5
Tossicodipendenza	2	5,7
Omeopatia	2	5,7
Handicap	2	5,7
Emodialisi	1	2,8
Estetica e Chirurgia	1	2,8
Alcolismo	1	2,8

Per quanto riguarda la componente sanitaria, i fondi esistenti veicolano il 14% della spesa sanitaria privata italiana, che ammonta ad oltre 25 miliardi di euro (dati 2006), contro il 4% delle assicurazioni. Il resto della spesa sanitaria privata è “out of pocket”, ovvero a totale carico

dei cittadini. Non è possibile stabilire, invece, quanto effettivamente i fondi veicolano in termini di prestazioni sociosanitarie, anche perché si tratta di voci spesso mal definite all'interno dei bilanci.

I dati dell'indagine multiscopo dell'ISTAT "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari" (pubblicata nel 2007 su dati 2005 e riferita ad un campione di 60.000 famiglie intervistate) evidenziano, in particolare, che le famiglie italiane, per il 46,8% con reddito sociale basso, finanziano interamente il 57% delle visite specialistiche (31 milioni e 213 mila in un mese), in particolare visite odontoiatriche, seguite da quelle urologiche, ortopediche, ginecologiche e cardiologiche, ma anche gli accertamenti di laboratorio e gli esami radiologici (15 milioni e 298 mila in un mese).

E' facile prevedere quello che succederebbe in termini di spesa e di allungamento delle liste di attesa se un tale volume di prestazioni si riversasse, anche solo in parte, sul Servizio sanitario nazionale.

### ***Quali sono i più recenti dati sull'assistenza socio-sanitaria ?***

Per quanto riguarda la componente sociosanitaria, invece, i dati dell'indagine multiscopo dell'ISTAT e di altre importanti ricerche nazionali e internazionali evidenziano la presenza in Italia di oltre 2 milioni e 600 mila persone con disabilità, di cui 2 milioni anziani, la maggior dei quali parte confinati a casa per un totale di circa 1 milione di persone affette da non autosufficienza media e grave: in particolare, le persone non autosufficienti di oltre 80 anni costituiscono il 44,5% della popolazione appartenente alla stessa classe di età, contro il 5,5% della classe 65-69.

Una famiglia su dieci ha un componente affetto da disabilità.

Circa un terzo (35,4%) di esse è costituito da persone

disabili che vivono da sole, mentre nella maggioranza dei casi (58,3%) il disabile vive in una famiglia con persone che si prendono cura di lui.

Dai dati risulta che solo il 20,9% delle famiglie riceve una qualche forma di assistenza domiciliare erogata dallo Stato, cui si affianca un 12,5% che si avvale di servizi privati. Rimane quindi circa il 70% delle famiglie con un disabile a casa che non usufruisce di alcun tipo di servizio di assistenza nella propria abitazione. Le reti informali svolgono comunque un ruolo importante, con il 90% dei disabili che può contare sull'aiuto di soggetti esterni al nucleo familiare, quali amici, parenti, vicini o associazioni di volontariato.

Secondo una recente ricerca di AXA dal titolo "Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive", la stima della spesa complessiva effettuata nel 2004 in Italia per la non autosufficienza oscilla fra i 15 e i 17,4 miliardi di euro (1,08-1,25% del PIL) e garantisce essenzialmente poche prestazioni, che costituiscono da sole oltre il 90% della spesa complessiva: i servizi residenziali (tra il 32,4% e il 37,6%), il lavoro di cura privato (34,6%-28%) e le indennità di accompagnamento (24%-27,8%).

Molto modesto è il contributo fornito dagli altri servizi: l'insieme delle prestazioni domiciliari, ad esempio, costituisce appena il 5,4%-7,4%, mentre per le altre prestazioni il valore è ancora inferiore. La spesa pubblica è pari a 8,4-9 miliardi, mentre la spesa privata è stimabile in un intervallo compreso tra i 6,5 e 8,4 miliardi di euro (escluso il costo del lavoro di coloro che si prendono cura del paziente non autosufficiente).

Per tali ragioni, in alcuni Paesi sono stati introdotti Fondi obbligatori per la non autosufficienza (Germania, Olanda) o sono stati finanziati progetti nazionali mirati all'assistenza agli anziani (USA, Francia) o alla lotta ad

alcune gravi patologie della vecchiaia (Progetto Alzheimer del Presidente Sarkozy).

Secondo proiezioni di vari Autori (Beltrametti, 2006), il fabbisogno finanziario per coprire i costi della non autosufficienza in Italia ammonterebbe a oltre 10 miliardi di euro per il 2010 e 20 miliardi nel 2050. In questo scenario, i tentativi nazionali (legge finanziaria per il 2007) e delle singole regioni (Liguria, Veneto, Emilia Romagna) di istituire fondi per la non autosufficienza con dotazioni di qualche decina o centinaia di milioni appaiono assolutamente insufficienti.

L'incremento della spesa sanitaria e sociosanitaria, dunque, prospetta gravi problemi di sostenibilità finanziaria per il nostro Paese, anche perché, non potendosi alimentare più la spesa pubblica con politiche di debito pubblico, quote maggiori di spesa sanitaria e sociosanitaria governativa potrebbero essere ottenute redistribuendo le risorse tra i settori dello stato sociale oppure con un carico fiscale più pesante nei confronti della collettività, strade queste evidentemente difficilmente percorribili. La soluzione, in ogni caso, non può essere ricercata nella crescita costante della spesa pubblica, in primo luogo perché, per ovvie motivazioni economiche, l'offerta non può e non deve rincorrere la domanda all'infinito e, in secondo luogo, perché l'approccio più giusto con cui affrontare questa critica situazione richiede interventi e riforme strutturali di tutte le fasi della programmazione nazionale e regionale, dell'organizzazione e delle modalità di finanziamento dei servizi, delle attività e delle prestazioni. Programmare secondo una metodologia razionale significa partire dalla conoscenza dei bisogni e, in conformità a questi, fissare gli obiettivi che si vogliono raggiungere e stabilire le modalità applicative, organizzative e di finanziamento più adeguate a soddisfare la domanda, anche in relazione alle specifiche diversità regionali e locali.

### ***Quali le ricette per il futuro ?***

Un ruolo fondamentale per la copertura e la sostenibilità finanziaria della spesa sanitaria e sociosanitaria crescente può essere svolto da fondi sanitari e sociosanitari volontari fiscalmente agevolati. Tali fondi devono essere costituiti su base collettiva: l'esperienza di alcuni Paesi europei mostra che le polizze volontarie individuali non decollano, mentre maggiore successo hanno quelle "di gruppo", soprattutto se con partecipazione (incentivata fiscalmente) al pagamento da parte dei datori di lavoro.

In questo solco si è mosso il Ministero della Salute, che già dal 1996, durante il Ministero Guzzanti, istituì, un gruppo di lavoro per emanare i decreti previsti dal decreto legislativo 502/99 sulla disciplina dei fondi sanitari integrativi, poi nuovamente istituito durante il Ministero Turco per studiare soluzioni innovative atte a favorire lo sviluppo dei fondi, prevedendo in particolare l'erogazione di prestazioni odontoiatriche e sociosanitarie. La materia è stata analizzata tenendo conto del contesto normativo di riferimento e delle dinamiche demografiche, economiche e culturali che investono il settore con un primo risultato, legato all'introduzione, nella Legge finanziaria per il 2008, di agevolazioni fiscali per i contributi versati a fondi sanitari integrativi. Il tavolo tecnico ha altresì elaborato una bozza di schema unico di decreto del Ministro della salute, come previsto dall'articolo 5, comma 31 della Legge finanziaria 2008, per regolamentare in modo organico gli ambiti di intervento dei fondi integrativi del SSN, comprendenti, oltre alle prestazioni già erogate dai fondi, quelle sociosanitarie e odontoiatriche nella misura non inferiore al 20 per cento dell'ammontare complessivo delle risorse destinate alla copertura di tutte le prestazioni garantite ai propri assistiti. Il decreto è stato firmato dal Ministro Turco ed è in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Si tratta di un passo avanti importante in attesa di inter-

venti più incisivi da parte del Governo, volti a sostenere la diffusione e l'estensione di questi fondi, favorendone l'inserimento nell'ambito del complessivo sistema di programmazione ed organizzazione sanitaria e sociosanitaria, ricercando la collaborazione delle forme di associazionismo e del non profit, nel rispetto dei principi di equità e di solidarietà generazionale che debbono comunque caratterizzare l'opera dello Stato.

Solo in questo modo sarà possibile tracciare una via "italiana" che consenta di affrontare il problema delle risorse necessarie con l'adozione di linee strategiche e scelte programmatiche fondate sulla condivisione di tutti, cittadini, politici, amministratori e operatori sanitari, nei confronti dei quali sarà vincente investire in una corretta informazione avviando costruttive campagne di informazione.

Professioni sanitarie e medicine  
non convenzionali:  
le eredità per il prossimo Governo  
CLAUDIO MASTROCOLA

***Quali questioni restano aperte sulle professioni sanitarie alla fine della XV legislatura?***

Restano aperte alcune questioni connesse all'applicazione della legge 1 febbraio 2006, n. 43 con cui è stata disciplinata, in via generale la materia delle professioni sanitarie ed è stato delegato il Governo per l'istituzione di nuovi albi professionali. Intanto, l'art. 5 che regola l'individuazione di nuove professioni sanitarie, ha avuto avvio con due istruttorie riguardanti i profili dell'odontotecnico e dell'ottico. Il primo, pur tra varie difficoltà dovute al necessario contemperamento di variegate posizioni spesso contrastanti, è giunto all'esame della Conferenza Stato-Regioni, per l'approvazione. Invece, la figura dell'ottico è oggetto di sospensiva in virtù di una decisione dal Tar Lazio pronunciata a seguito di un ricorso proposto da un'associazione di oculisti.

Era stata avviata anche la procedura per il riconoscimento, come professione sanitaria, del chiropratico, figura questa che ha conseguito autonomo riconoscimento nella legge finanziaria 2008; di conseguenza vi è ora un'esigenza di coordinamento tra il sistema generale previsto dalla legge 43/06 e la nuova professione la cui configurazione, anche per gli aspetti ordinistici, andrebbe ricondotta nella predetta legge.

Ciò premesso sullo stato dei lavori relativi all'attuazione della legge 43/06 si accenna brevemente ad alcune situazioni da definire, si tratta: della revisione, o meglio aggiornamento, di profili già esistenti (podologo, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, ed ostetrica); dell'attuazione dell'art. 4, comma 2, della legge 42/99, concernente il riconoscimento dei titoli

conseguiti prima della riforma dei diplomi universitari dell'area sanitaria; della revisione delle classi di laurea delle professioni sanitarie; dell'istituzione della funzione di coordinamento (art. 6, comma 3, legge 43/2006); della disciplina concorsuale per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche e della riabilitazione (art. 6 legge 10/08/2000 n. 251); rimane infine aperto il problema degli infermieri generici per i quali, in passato era stata ventilata l'ipotesi di prevedere la figura di assistente infermieristico, ausiliario del laureato in scienze infermieristiche.

### ***Il prossimo Governo in che modo dovrà intervenire?***

Non v'è dubbio che il prossimo Governo dovrà innanzitutto esercitare un'azione di impulso e di monitoraggio nei confronti di tutte le amministrazioni coinvolte, affinché vengano definite tutte le fattispecie attuative della legge 43/06. Questo provvedimento ha avuto il merito di individuare, dopo la situazione di stallo verificatasi con la modifica del titolo V della Costituzione ed in particolare dell'art. 117, le attribuzioni dello Stato in materia, stabilendo i principi generali in tema di professioni sanitarie, tipizzando le procedure che lo Stato può avviare, coinvolgendo già in questa fase sia le Amministrazioni centrali interessate, sia le Regioni, sia i rappresentanti degli interessi diffusi. Questa grande partecipazione ai procedimenti, mentre da un lato assicura la condivisione degli atti finali scongiurando conflitti di competenza e contenziosi di categoria, è talora di ostacolo alla celerità dei provvedimenti, per cui andrebbe ricercata una modalità di gestione dei processi tali da ridurre i tempi di attesa.

Una questione, poi, che richiederà un particolare impegno da parte dell'Esecutivo è quella di portare a compimento l'istituzione degli Ordini professionali connessi al riconoscimento di nuove professioni.

Per i motivi che verranno illustrati in risposta all'ultima domanda questo atto non è più procrastinabile. Altre situazioni



probabilmente richiedono l'adozione di iniziative di tipo legislativo: ci si riferisce in particolare, come già detto, al collegamento della norma sui chiropratici con la legge 43/06; alla definizione delle problematiche rappresentate dagli infermieri generici; alla situazione creatasi nell'area delle professioni riabilitative, laddove confluiscono più figure sanitarie, talora non compiutamente identificate, in conflitto tra di loro, come dimostrano numerosi contenziosi. Il ricorso ad un disegno di legge da presentare quale modifica ed integrazione della legge 43/2006, potrà rivelarsi necessario se le norme ivi contenute non forniscano un idoneo strumento per risolvere questioni sopravvenute.

Di sicuro il nuovo Governo dovrà affrontare e risolvere con un apposito disegno di legge un problema che è rimasto insoluto in almeno due legislature, pure essendo stato oggetto di varie iniziative puntualmente naufragate. Si tratta della regolamentazione delle cosiddette medicine convenzionali o alternative. E' noto che un consistente numero di cittadini fa ricorso a tali pratiche terapeutiche pur tra il diffuso scetticismo di parte del mondo scientifico; tuttavia, proprio in ragione di tali circostanze lo Stato ha il dovere di dare risposte sotto il profilo legislativo, risposte che come spesso accade in presenza del mancato esercizio del potere esecutivo e di quello legislativo vengono date dal potere giudiziario.

E' auspicabile, quindi, che, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e Regioni previsto dall'art. 117 Cost., il Governo sottoponga al Parlamento un disegno di legge che prefiguri i principi generali e fondamentali cui attenersi nell'erogazione della medicina alternativa; ciò avendo riguardo ai comportamenti già disciplinati da altri Paesi della Comunità, in un'ottica di integrazione con la c.d. medicina occidentale. Contestualmente dovranno essere individuate le figure da abilitare alla pratica delle medicine alternative.

Il provvedimento dovrebbe avere natura di legge quadro sulla falsariga della legge 43/06.

***L'istituzione degli ordini e degli albi delle professioni sanitarie, a Suo avviso, offrirà maggiori garanzie sulla correttezza dell'esercizio professionale e sul rispetto delle regole deontologiche nei confronti degli assistiti?***

La risposta alla domanda è nelle considerazioni che seguono. L'art. 2229 del codice civile, prevede che l'accertamento dei requisiti per l'iscrizione agli albi o agli elenchi, la tenuta dei medesimi e il potere disciplinare sugli iscritti sono demandati alle Associazioni professionali, sotto la vigilanza dello Stato. Per quello che riguarda, in particolare, le professioni sanitarie occorre risalire agli artt. 99 e 100 del testo unico delle leggi sanitarie del 1934: l'art. 99 sottopone infatti a vigilanza l'esercizio della medicina e della chirurgia e delle altre professioni sanitarie; l'art. 100 subordina l'esercizio di tali professioni al raggiungimento della maggiore età ed al conseguimento del titolo di abilitazione alla relativa professione. Nel nostro ordinamento la garanzia del corretto esercizio delle professioni sanitarie è affidata agli Ordini, istituzioni di natura pubblica a carattere associativo composte da coloro i quali svolgono quella determinata attività per il cui esercizio devono essere iscritti nei rispettivi albi.

Compito principale di questi organismi è quello di tutelare innanzitutto il diritto del cittadino ad essere assistito da professionisti in un rapporto di reciproca fiducia, nonché di garantire i propri iscritti sia da azioni deontologicamente scorrette da parte dei colleghi sia da iniziative provenienti da persone non abilitate all'esercizio della professione. La responsabilità disciplinare alla luce di quanto precede ha il suo fondamento giuridico nel rapporto esistente tra il professionista e l'Ordine a cui appartiene e consiste nella violazione delle norme che regolano tale rapporto.

## Fondi integrativi per ottimizzare la spesa e ridurre gli sprechi

MASSIMO MICHAUD

### ***Esiste un interesse delle imprese assicuratrici per i fondi sanitari integrativi? E quale potrebbe essere la formula vincente?***

Ci troviamo in una situazione particolare: mentre le risorse pubbliche per la sanità sono limitate, le esigenze crescono. Il risultato è che una buona parte dei costi sanitari ricadono direttamente sui cittadini che pagano di tasca loro, spesso in modo poco efficiente, diversi servizi. In questo contesto i fondi sanitari integrativi possono costituire una proposta valida perché si basano su principi di mutualità e di solidarietà sociale. Questi fondi hanno la capacità di ottimizzare la spesa e ridurre gli sprechi, purché si appoggino a centrali di acquisto capaci di ottenere migliori servizi a prezzi competitivi, riuscendo nel contempo a responsabilizzare ogni partecipante o socio, evitando richieste inutili. Alle assicurazioni interessa questo mercato, anche perché hanno nel loro Dna il concetto di mutualità.

### ***La società italiana invecchia ma non ci sono sufficienti risorse per la long term care e per la previdenza. Cosa auspica per il futuro?***

AXA Assicurazioni ha affidato a tre professori universitari uno studio, denominato “Protezione della persona e cambiamenti demografici: nuove frontiere e prospettive”, nel quale si analizza presente e futuro del welfare italiano. Questa ricerca ha evidenziato che le risorse già oggi sono insufficienti, ma lo saranno ancora di più domani, e che soprattutto né lo Stato né il privato da soli riusciranno a fornire risposte esaustive. Inoltre, la ricerca ha rivelato

la scarsa sensibilità che la maggioranza delle persone ha verso questo tipo di problemi. È quindi auspicabile una forte cooperazione tra pubblico e privato, sia nel ricercare finanziamenti, sia nell'educare le persone alla prevenzione e alla programmazione del loro futuro economico.

***Crede che sarà possibile garantire l'attuale livello di protezione sociale?***

Sì, ma a patto che si riconosca in modo chiaro che la spesa per sanità e previdenza non può che aumentare e se si cercheranno nuove modalità di finanziamento, partendo dall'idea che l'investimento nel welfare può trasformarsi in volano di sviluppo economico. Occorre anche sapere differenziare gli obiettivi: oggi tra le maggiori urgenze vi sono la prevenzione e l'assistenza domiciliare, ma domani sorgeranno anche altre priorità, come quella di continuare gli investimenti nei settori sanitari ad alta tecnologia.

## Settore privato, componente essenziale del SSN italiano

GABRIELE PELISSERO

### ***Come si è arrivati allo sviluppo del settore privato nel sistema sanitario italiano e qual è l'entità del fenomeno ?***

Quando, con la legge 23 dicembre 1978 n. 833 l'Italia decise di modificare il proprio sistema sanitario, passando da uno di tipo Bismark a uno di tipo Beveridge, venne avviato un processo di grande complessità, caratterizzato da profonde contraddizioni e a tutt'oggi certamente non completato.

A quasi trent'anni di distanza da quel momento possiamo oggi ripartire dai due grandi principi posti alla base della prima riforma sanitaria:

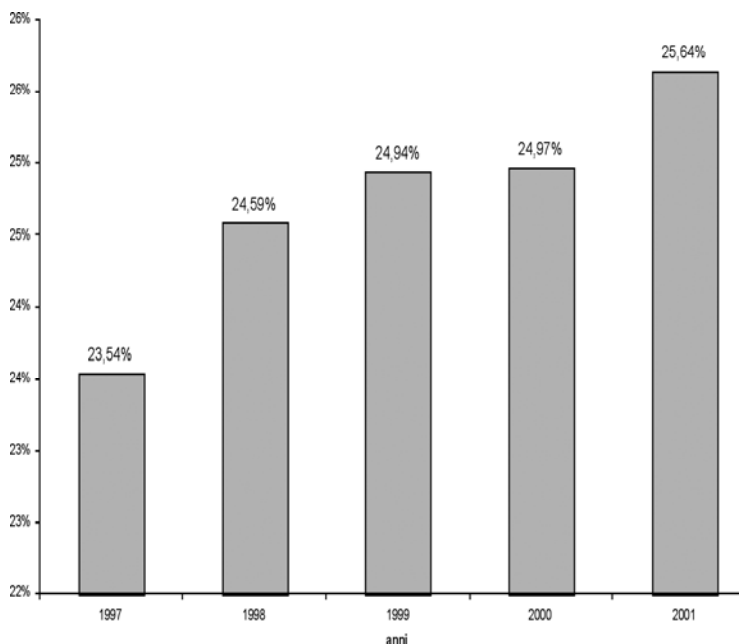
- 1) l'idea che la tutela della salute è un diritto di cittadinanza da garantirsi tramite un assicuratore unico rappresentato dallo Stato,
- 2) l'idea che costituendo un grande oligopolista pubblico, con i compiti di finanziare, produrre e valutare tutte le prestazioni di prevenzione cura e riabilitazione, si sarebbe ottenuto un buon livello di efficienza, di efficacia e di soddisfazione dell'utenza.

L'esperienza ha mostrato come l'idea della universalità del servizio sia rapidamente e stabilmente attecchita, e in effetti rimane pienamente e diffusamente condivisa a tutt'oggi.

Ha mostrato anche come l'idea di assicurare efficienza e efficacia diffusi tramite un oligopolio pubblico, per di più con innegabili spinte centralistiche, fosse inevitabilmente destinata al fallimento. E in realtà fin dai primi anni

di vita del SSN, la presenza di erogatori di diritto privato, professionisti o aziende ambulatoriali e ospedaliere, si è dimostrata più solida e tenace del previsto, e in grado di fornire una prestazione cui i cittadini non mostrano di voler rinunciare.

I professionisti “convenzionati esterni” andarono incontro ad una sostanziale scomparsa, ma le strutture ambulatoriali e soprattutto ospedaliere di diritto privato sono sopravvissute, mostrando una lenta ma costante spinta alla crescita, come si vede in figura 1.



*Fig. 1 La composizione del settore ospedaliero. Ripartizione posti letto. Percentuale di operatori di diritto privato. Elaborazione sui dati del Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Sanità.*

***Quali tipi di servizi sono offerti dal settore privato nella sanità italiana? Un privato di nicchia che investe esclusivamente su attività protette, o un privato pienamente inserito nella rete dei servizi sanitari regionali, senza selezione della casistica ed esposto a tutti gli imprevisti di chi si accolla un servizio completo?***

In questo caso, dipende dalle scelte di politica sanitaria. A tutt'oggi, la Lombardia è la Regione che ha scelto di misurare fino in fondo la capacità imprenditoriale degli operatori di diritto privato, offrendo condizioni normative il più possibile simili a quelle degli erogatori di diritto pubblico e pretendendo requisiti di accreditamento identici e accesso a tutte le attività più impegnative.

Tre esempi evidenziano i risultati.

- 1) Il 50 % di tutta l'attività di urgenza-emergenza svolta da erogatori di diritto privato è concentrata in Lombardia, dove i due terzi delle aziende ospedaliere di diritto privato è pienamente inserito nel 118. E ciò rappresenta una chiara dimostrazione che non esistono settori di attività o tipi di prestazioni che non interessano, o che non possono essere svolte, dal privato, ma solo che esistono politiche che ne incentivano o ne disincentivano il coinvolgimento.
- 2) Il 42 % di tutti gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere scientifico è collocato in Lombardia, e di essi il 76 % è rappresentato da Istituti di diritto privato. Il che mostra la propensione all'investimento a lungo termine di questa categoria di operatori.
- 3) Gli effetti sui bilanci regionali di una politica di intelligente utilizzo della risorsa privata nell'ambito del Sistema Sanitario Pubblico è ben evidenziata da tutti gli indicatori economici, a partire dalla spesa sanitaria pro capite al netto della mobilità che, per la Lombardia, è di 1.528 nel 2005 (la più bassa in Italia).

D'altra parte tutti gli studi confermano che le Regioni dotate dei sistemi sanitari più attrattivi nei confronti dei pazienti provenienti da altre Regioni italiane per la qualità delle cure erogate (nell'ordine Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Veneto, Friuli Venezia Giulia) sono anche le Regioni che, pur con politiche diverse, hanno stimolato la componente di erogatori di diritto privato ad accrescere la qualità e l'appropriatezza dell'offerta. In ultimo va sottolineato che il costo per il SSN dell'erogatore di diritto privato, a parità di prestazione, è inferiore rispetto a quello dell'erogatore di diritto pubblico dal 20 al 50 %.

### ***Quali dunque le considerazioni complessive sul SSN e sullo sviluppo del settore privato in Italia?***

Il SSN, come assicuratore pubblico, universale e solidaristico non è oggi in discussione la caratteristica pubblica del servizio è indipendente dalla natura giuridica degli erogatori, e di fatto da tempo esiste una componente di operatori privati accreditati che opera su quasi tutto il territorio nazionale assicurando il servizio pubblico la qualità e la quantità delle prestazioni offerte dalla componente di diritto privato dipende strettamente dalla politica sanitaria di ciascuna Regione la presenza di un privato di qualità premia l'intero sistema regionale rendendolo più competitivo non esistono settori di attività o tipologie di prestazioni che la componente privata non può produrre, ma ancora una volta dipende dalle Regioni attivarne o limitarne la potenzialità le prestazioni erogate dagli operatori di diritto privato hanno un costo più basso, a parità di qualità, rispetto a quelle prodotte dall'operatore di diritto pubblico non esistono ostacoli all'utilizzo di operatori privati connessi al gradimento degli utenti. Tutte le indagini demoscopiche evidenziano anzi una costante preferenza per questa categoria di erogatori, da parte dei cittadini. E' dunque possibile affermare che le Aziende ospedaliere di diritto privato che assicurano il



Servizio pubblico tramite l'accreditamento e il contratto con le ASL costituiscono oggi una componente essenziale del SSN italiano, sia dal punto di vista della qualità che da quello del contenimento dei costi. In questo senso il futuro dovrebbe portare ad un crescente utilizzo dell'imprenditorialità sanitaria, e soprattutto al deciso trasferimento dei suoi modelli, giuridici e gestionali alle aziende sanitarie e ospedaliere di diritto pubblico, completando il processo di aziendalizzazione che si è interrotto negli ultimi anni.



## Il difficile equilibrio tra sanità e politica

GUIDO RIVA

### ***E' necessario oggi modificare il rapporto tra sanità e politica? E come?***

Bisogna ricondurre il rapporto tra sanità e politica in un quadro di regole trasparenti per riconquistare la legalità. Instaurare criteri meritocratici e di assunzione di responsabilità per le nomine dei Direttori Generali di ASL, dei primari, per le gare d'appalto per l'acquisto di beni e servizi, per l'acquisto delle prestazioni dall'ospedalità privata e per l'accreditamento, nella direzione di un più efficace rapporto pubblico-privato. Si deve recuperare la trasparenza del sistema affinché i cittadini-utenti, oggi troppo spesso deboli sudditi, possano invece valutare la qualità delle prestazioni ricevute e quindi le responsabilità dell'efficienza o dell'inefficienza, approvando o bocciando le scelte delle Istituzioni.

### ***Quali sono, secondo Lei, i principali difetti del nostro SSN?***

E' intollerabile una sanità funzionante a macchia di leopardo e sono intollerabili i viaggi della speranza. Occorre innovare il sistema muovendo le informazioni invece dei pazienti: telemedicina e teleassistenza possono essere due grandi bacini di occupazione altamente qualificata e possono apportare vero risparmio al sistema funzionando come filtro intelligente all'ospedalizzazione. Inoltre, le tecnologie farmaceutiche e biomedicali, se non inutilmente taglieggiate, sono un potente motore per la ricerca e lo sviluppo ed un acceleratore di crescita economica.

***Il problema per la sanità rimane sempre quello della carenza delle risorse. Esiste una ricetta?***

Il SSN va rafforzato nelle risorse economiche, il che non vuol dire chiederne di aggiuntive. Occorre instaurare un sistema di parametri oggettivi, efficaci ed utili a definire il finanziamento del corretto costo del servizio e non degli sprechi. Non è più accettabile una spesa in crescita ingiustificata poi scaricata su imprese e cittadini con imposte regionali addizionali. Deve essere realizzato un federalismo fiscale responsabile e solidaristico capace di premiare le Regioni virtuose ma che consenta allo Stato di esercitare il suo dovere di controllo a garanzia delle condizioni di uguaglianza per tutti i cittadini. In Sanità, come già fatto nella previdenza, c'è necessità di un pilastro su basi complementari e di una fiscalità che neutralizzi il costo delle coperture, con un forte patto tra Sindacati ed Imprese per favorire l'inserimento di tali iniziative nella libera contrattazione. Nonostante il SSN, la Sanità costituisce un notevole costo per le famiglie che spendono in proprio circa 27 miliardi per servizi e prestazioni che acquistano sul mercato soprattutto in odontoiatria e non-autosufficienza, settori poco coperti dalle tutele pubbliche.

# La complicata gestione delle malattie rare

## GLORIA SACCANI JOTTI

### ***Perché oggi si parla di malattie rare?***

Le malattie rare rappresentano una delle sfide più difficili per la medicina moderna. L'Organizzazione Mondiale di Sanità (OMS) ne ha classificate 6 - 7.000. Rappresentano quindi il 10% di tutte le patologie umane conosciute, con 1-2 milioni di malati in Italia e circa 30 milioni in Europa. Colpiscono meno di 5 persone ogni 10.000 cittadini dell'Unione Europea, il che rende difficile raccogliere casistiche consistenti per studi clinici e certamente non conveniente per l'industria sviluppare un farmaco potenzialmente in grado di curare solo una piccola frazione di popolazione. Trattasi di condizioni patologiche molto eterogenee, a bassa prevalenza ed incidenza, che possono colpire tutte le fasce di età, gli organi ed apparati. Molte presentano una base genetica e molte una patogenesi multifattoriale. Ritengo molto importante sensibilizzare la comunità scientifica e l'opinione pubblica nei confronti di queste patologie, che dovrebbero essere inserite tra le priorità nei piani sanitari nazionali.

Le malattie rare vengono classificate in due gruppi:

- malattie rare con criteri diagnostici certi;
- malattie rare senza criteri diagnostici (nelle quali i sintomi non presentano una chiara definizione diagnostica).

Una delle difficoltà principali è riuscire a fare una diagnosi tempestiva ed impostare un trattamento efficace. Le conoscenze scientifiche scarse e la difficoltà di condividere esperienze cliniche (dato i pochi casi per singola malattia) sono quasi sempre la causa dei gravi ritardi diagnostici, che incidono negativamente sulla prognosi del paziente.

***Vi è quindi un problema di ritardo diagnostico in Italia?***

Certo dal momento che dall'insorgenza dei primi sintomi fino alla definizione diagnostica, possono trascorrere mesi ed anni e ciò causa un aggravamento del paziente, un peggioramento della prognosi, per non parlare addirittura di cronicizzazione e talora esiti invalidanti. I farmaci che vengono utilizzati – detti farmaci orfani - non hanno un mercato sufficientemente ampio da garantire le spese per la loro produzione anche se recentemente si è fatto qualche progresso sul fronte legislativo. Quanto alla ricerca anche essa appare penalizzata. Per esempio, di fronte ad un nuovo tipo di trattamento, a causa del numero esiguo di pazienti eligibili, per uno studio clinico si devono attendere anni prima di affermarne o meno la validità.

***Quali, secondo Lei, le proposte per ridurre i disagi dei pazienti e migliorare l'approccio diagnostico e terapeutico?***

Di fondamentale importanza la raccolta continua nel tempo e nello spazio dei dati epidemiologici provenienti da tutto il territorio nazionale e questo è il compito del Registro Nazionale delle Malattie Rare, già attivo presso il Centro Nazionale Malattie Rare dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dove ha sede anche il Registro dei farmaci orfani. Da non trascurare il supporto da fornire ai pazienti, ai medici ed agli operatori sanitari che assistono questi ammalati, nonché ai familiari. I costi sostenuti per queste malattie sono in genere molto elevati e quasi sempre a carico delle famiglie. La ricerca deve essere incentivata, stimolando le collaborazioni internazionali, al fine di raggiungere in tempi rapidi casistiche più consistenti. Sono necessarie anche campagne di sensibilizzazione e di informazione.

## Luci e ombre della sanità siciliana

UMBERTO SCAPAGNINI

### ***Quali sono i principali problemi della sanità in Sicilia?***

I problemi della sanità in Sicilia non sono certamente differenti, sotto il profilo generale, rispetto a quelli dell'intero Paese ad esclusione di alcune regioni e zone del nord. Il primo e più ovvio dei problemi, già segnalato tra l'altro come primario all'interno del programma elettorale della nostra coalizione per le elezioni regionali, è rappresentato dal sistema dei finanziamenti al sistema sanitario. La situazione odierna vede, infatti, un uso disomogeneo e non integrato dei fondi che, in maniera irrazionale, arrivano da diverse fonti al bilancio regionale. Quindi è fuori di dubbio che il sistema di finanziamento è, tra tutti, il problema prioritario e non soltanto per quanto riguarda l'inadeguatezza dei mezzi forniti dal sistema centrale, occorre infatti puntare da subito alla capacità di utilizzare in maniera razionale tutte le forme di finanziamento non tradizionali quali progetti europei ordinari e straordinari. Lo stato attuale, che oggi vede un sistema insoddisfacente nella media, richiede un capovolgimento dei valori di impostazione. In effetti risulta sorprendente, ed io stesso ne ho avuto esperienza diretta, che esistano dei salti di qualità assolutamente straordinari, in positivo e negativo, in numerosi settori. E' pertanto necessario selezionare le alte qualificazioni già presenti in alcuni settori e valorizzarli al massimo. Si pensi ad esempio al settore dei trapianti a Palermo, la Neuroimmagine e Medicina Nucleare a Catania e la chirurgia Maxillofaciale a Messina. Con una razionalizzazione seria ed efficace si

potranno gestire meglio i flussi dei pazienti, abbattere gli sprechi e ridurre al minimo i cosiddetti viaggi della speranza. In effetti bisogna anche trovare il coraggio di denunciare alcune gestioni eccessivamente politicizzate per esempio all'interno di alcune Asl e far prevalere sempre la qualità professionale rispetto alle preselezioni politiche.

***Crede possibile far correre su uno stesso binario le regioni del Sud con quelle del Nord? Con quali interventi nel settore?***

Alla luce di quanto detto è chiaro che la crescita dei centri di eccellenza e la collaborazione e l'interscambio funzionale con altri centri del nord porterà certamente il sistema ad innestare una nuova marcia e a cambiare direzione nella sua totalità. Mi piace ricordare che a Catania esiste, ad esempio, una PET estremamente avanzata che rappresenta proprio un punto di tangenza tra la speranza di un'evoluzione migliorativa del sistema sanitario regionale e ciò che è già realtà. Con questi esempi e con questo modo di approcciare il problema è possibile creare un'aspettativa reale e credibile di riassetto del sistema sanitario globale.

***Passiamo ad una sua specialità. Sappiamo che per il benessere di ogni individuo è necessaria una corretta alimentazione; cosa può fare di più a riguardo la sanità pubblica italiana?***

E' mia opinione e me ne assumo la responsabilità scientifica e ed etica, che occorre rivoluzionare tutto il sistema e tutte le istituzioni che si occupano oggi delle politiche della nutrizione. Infatti, seppur in presenza di alte specializzazioni, queste rimangono ancora oggi ancorate alle tradizionali conoscenze che non offrono adeguato sviluppo in un'ottica nutrizionistica funzionale. Purtroppo ancora il sistema non ci permette di sfruttare le proprietà dei nostri prodotti, ovvero i principi attivi degli alimenti che di fatto



possono rappresentare dei veri e propri farmaci con capacità preventiva e curativa. Nel Paese in cui la fortuna ha voluto, attraverso la diffusa presenza di vita-geni nella dieta di base (mediterranea), è assurdo che non venga stratificato un programma finalizzato al benessere della popolazione e ad una vera azione preventivo-terapeutica a beneficio, soprattutto, delle fasce più deboli della popolazione. Con la gnomica nutrizionale è oggi possibile intervenire direttamente sulla qualità della vita della popolazione, garantire un buon livello di salute generalizzato, direttamente collegato con un generale risparmio economico per il Servizio Sanitario Nazionale. Questa è la strada su cui timidamente alcuni pionieri di questa scienza si sono avviati e che il sistema in generale dovrà intraprendere per rimettere in piedi un vero sistema di welfare.



## Una buona sanità comincia dalla prevenzione

CARLO SIGNORELLI

***Prevenzione è spesso una parola chiave di molte politiche sanitarie. Qual è l'attuale situazione italiana?***

La prevenzione sanitaria è un potente mezzo per lo sviluppo sociale ed economico di una nazione in quanto consente di allungare la vita, migliorarne la qualità e quindi aumentare il benessere complessivo della popolazione. Rispetto a 20 anni fa in Italia abbiamo fatto passi da gigante: la cultura della prevenzione ha lentamente pervaso gran parte della popolazione che oggi è più attenta e sensibile ai benefici delle nuove vaccinazioni, agli screening per i tumori e, in parte, anche a quegli stili di vita virtuosi che riducono il rischio di importanti malattie come il cancro e le malattie cardiovascolari. Rimane sempre difficile far capire l'importanza delle iniziative di prevenzione ai decisori del settore sanitario che sono chiamati al difficile compito di suddividere le spesso scarse risorse disponibili. In futuro si dovrà sempre più investire in politiche di prevenzione, evitando tagli ingiustificati, privilegiando gli interventi di provata efficacia ed adottando sempre più sistemi di certificazione di qualità e accreditamento all'eccellenza.

***Ambiente e salute sono temi sempre attuali. E' oggetto di discussione il problema degli effetti sanitari dei rifiuti in Campania e quello dei nuovi termovalorizzatori. Quali le politiche più razionali ?***

Anzitutto non si può far finta di non constatare come molte politiche ambientaliste abbiano fallito completa-

mente: mi riferisco soprattutto al bando del nucleare, alla ideologica lotta agli inceneritori per i rifiuti che ancora oggi ha qualche strascico anacronistico e anche al frenetico desiderio di scindere le politiche ambientali da quelle sanitarie all'interno delle ASL con lo sciagurato referendum del 1993. Parlando di rifiuti, nella maggior parte delle realtà italiane la scelta obbligata è quella di costruire nuovi termovalorizzatori, senza trascurare naturalmente una razionale politica di gestione del rifiuto solido urbano che va dalla riduzione della sua produzione alla raccolta differenziata che, secondo i dati ufficiali, mostra differenze clamorose e inaccettabili (*vedi tabella nella pagina a fianco*).

I termovalorizzatori di ultima generazione emettono concentrazioni di particolato e di diossine a bassissimi livelli e riducono notevolmente i potenziali rischi per la salute umana, come ha recentemente ribadito anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Quanto al problema dei rifiuti in Campania il discorso è più complicato per le note implicazioni politiche e sociali. E' però necessario avere tempestivamente dalle istituzioni risposte scientifiche certe sui recenti dati allarmanti che hanno evidenziato l'aumento della mortalità e dei tumori in alcune aree dove sono collocate discariche abusive. Anche qui la soluzione del problema a medio termine passa attraverso la costruzione di nuovi impianti per il trattamento dei rifiuti e il recupero di energia, fermo restando la non semplice gestione dell'emergenza.

### ***Quali sono le forze e le debolezze delle attuali politiche vaccinali italiane?***

Abbiamo un servizio sanitario universalistico che in molti ci invidiano ma in molte regioni si pagano i vaccini efficaci per i bambini. Mi sembra un controsenso come quello dell'eccessivo tempo tra quando un nuovo vaccino viene registrato e quando si comincia effettivamente

*Quantità di rifiuti urbani raccolti in modo differenziato e percentuale sulla quantità totale raccolta (APAT, anno 2004)*

<b>REGIONE</b>	<b>T/ANNO</b>	<b>%</b>
Piemonte	731.000	32,8
Valle d'Aosta	19.000	25,6
Lombardia	1.960.000	40,9
Trentino Alto Adige	181.000	37,8
Veneto	959.000	43,9
Friuli Venezia Giulia	152.000	25,8
Liguria	158.000	16,6
Emilia-Romagna	811.000	29,7
Toscana	770.000	30,
Umbria	96.000	20,2
Marche	133.000	16,2
Lazio	271.000	8,6
Abruzzo	96.000	14,1
Molise	4.000	3,6
Campania	295.000	10,6
Puglia	145.000	7,3
Basilicata	14.000	5,7
Calabria	85.000	9,0
Sicilia	137.000	5,4
Sardegna	47.000	5,3
<b>ITALIA</b>	<b>7.064.000</b>	<b>22,7</b>

ad utilizzarlo, come è il caso della vaccinazione contro il papillomavirus che ancora oggi (marzo 2008) di fatto non è iniziata, nonostante le altisonanti rassicurazioni. In un recente gruppo di lavoro multidisciplinare (con igienisti, pediatri, economisti e farmacologi) abbiamo prodotto un documento che elenca come siano una decina gli organismi statali e regionali che in Italia si occupano di politiche vaccinali; troppi il che porta a ritardi, inerzie e inefficienze con il rischio di fomentare anche alcune inaccettabili resistenze di natura ideologica. Se poi il problema di non vaccinare o di far pagare i vaccini ai genitori fosse solo di natura finanziaria mi sento di rispondere con dati analitici presentati all'ultimo Congresso nazionale degli igienisti italiani a Catania: infatti somministrare a ciascun bambino italiano un intero ciclo vaccinale da 0 a 14 anni (incluso il costoso anti-HPV) costerebbe al SSN non più di 1200 euro complessivi a testa. Visti i documentati benefici sulla salute dei vaccini inclusi nei calendari e le ipotesi di bonus bebè non mi pare una spesa sulla quale si possa fare economia, come invece sta avvenendo in diverse regioni. In conclusione credo che l'aggiornamento dei calendari vaccinali debba avvenire in tempi più rapidi di quanto accade oggi e che l'inserimento dei vaccini raccomandati nei LEA - e quindi a carico del SSN - potrebbe porre fine a un federalismo vaccinale con comportamenti discordanti tra regioni con i medesimi bisogni sanitari.

## Come rinnovare gli ordini professionali

MARIA GRAZIA SILIQUINI

### ***Può sintetizzarci i punti essenziali, secondo Lei, per la realizzazione di un'autentica ed efficace riforma del sistema professionale?***

Il mondo professionale italiano attende da anni un forte segnale di svecchiamento, che può provenire solo da nuovi e concreti interventi di riforma, orientati al rinnovamento del sistema ordinistico e al recupero della centralità delle professioni nel processo di innalzamento del livello di competitività del nostro paese. Ciò andrà realizzato con particolare riguardo alla formazione dei giovani aspiranti professionisti, al rinnovamento delle modalità di accesso agli ordini professionali, alle forme del tirocinio -debitamente retribuito- e alle agevolazioni per l'iniziale esercizio della professione. Ne consegue che la riforma del sistema professionale italiano, per l'incidenza che quest'ultimo ha sui singoli cittadini, sulle imprese, sul terziario e sul sistema economico, deve essere posta tra gli obiettivi principali nell'azione politica del prossimo esecutivo di governo. Va ricordato, infatti, che i professionisti ordinistici italiani costituiscono la terza forza economica e sociale del Paese: infatti, secondo il rapporto del CENSIS del 2007, sono circa 2.300.000, con un indotto che complessivamente supera i 5 milioni e con un PIL annuo generato del 13 %. Essi hanno, pertanto, pieno diritto di essere riconosciuti quale "parte sociale" a tutti gli effetti. Inoltre, devono essere ribaditi - quali punti imprescindibili e qualificanti della riforma- l'autonomia, l'indipendenza e la responsabilità dei professionisti: da questi requisiti discendono, infatti, la trasparenza nei

rapporti tra cliente e professionista, la garanzia della qualità e della sicurezza delle prestazioni professionali offerte e l'equilibrio economico del mercato professionale. Per le ragioni indicate è, pertanto, necessario procedere ad una riforma delle libere professioni che sia fortemente innovativa in merito al ruolo degli ordini, all'esercizio dell'attività professionale, alla formazione e alle modalità di accesso per i giovani, muovendo dalla centralità delle stesse nel nostro sistema economico in quanto forza produttiva fondata sulla conoscenza, sul merito, sulla qualità e sull'eccellenza.

***Quali sono i principi fondamentali ispiratori della riforma delle professioni che Lei propone?***

- Riconoscere, in modo netto ed univoco, che le professioni rappresentano nel nostro sistema nazionale, attraverso l'indipendenza di giudizio tecnico, uno dei pilastri del pluralismo e pertanto assolvono in autonomia e libertà un ruolo insostituibile di pubblico interesse. Le libere professioni sono portatrici di valori fondamentali quali la meritocrazia, la responsabilità personale, l'autonomia intellettuale, il desiderio di innovare, il rifiuto dell'assistenzialismo, e tali valori devono essere trasfusi, difesi e rafforzati nella riforma delle professioni; affermare che le libere professioni, per la loro terzietà nei confronti degli interessi economici di impresa, per l'elevato valore aggiunto delle prestazioni, per le capacità di innovazione, le potenzialità di espansione e l'alto valore produttivo ed occupazionale, rappresentano un punto di riferimento irrinunciabile del nostro sistema economico-sociale. Le professioni dovranno inoltre essere sostenute e incentivate mediante adeguate politiche fiscali ed economiche, con specifiche agevolazioni per i giovani che iniziano la professione; stabilire che la riforma delle libere professioni dovrà modernizzare il sistema



ed aprire una nuova stagione per i professionisti italiani senza stravolgere la natura e l'essenza dell'opera intellettuale, che deve continuare ad essere disciplinata da regole tipiche, chiare e precise, nel rispetto dell'etica deontologica posta a garanzia della sicurezza dei cittadini, che si avvalgono quotidianamente delle prestazioni dei professionisti. Modernizzare significa ridefinire e rivalutare il ruolo delle diverse professioni, in una nuova ottica di svecchiamento dell'immagine corporativa e rivalutazione della percezione sociale del professionista, anche e soprattutto in riferimento ai criteri di accesso e di esercizio, sempre nel rispetto delle loro fisionomie e dei loro tratti distintivi.

- Definire, in ragione degli obblighi derivanti dai vincoli comunitari, i principi e i limiti connessi con la libera concorrenza, intesa quale miglioramento delle condizioni di offerta delle prestazioni professionali sul mercato, garantendo la presenza in maniera diffusa dei professionisti sull'intero territorio nazionale e conservando la differenziazione e la pluralità dell'offerta medesima, a fondamento dell'effettiva possibilità di scelta da parte degli utenti e della compiuta tutela dei relativi diritti ed interessi.
- Promuovere in tutte le sedi istituzionali, politiche e sociali l'ampia partecipazione e consultazione dei soggetti direttamente interessati alla riforma delle professioni (Ordini, Collegi, Casse di Previdenza, Associazioni, Sindacati di settore, etc) per dar vita ad una organica legge quadro di riforma;
- Affermare la netta distinzione tra attività professionale ed attività d'impresa, in quanto la prima si svolge sempre nel rispetto delle norme deontologiche, poste a tutela dell'asimmetria informativa del soggetto al quale la prestazione deve essere resa, secondo i principi di indipendenza, autonomia di giudizio tecnico,

preminenza nelle scelte dell'interesse del cliente sul fine lucrativo, con responsabilità diretta e personale del professionista.

- Ribadire la necessità di mantenere, nel rinnovamento, gli ordini e i collegi professionali esistenti, istituiti per garantire il rispetto dei principi dell'attività stessa e tutelare il cittadino fruitore della prestazione. Ad essi dovranno essere attribuite le specifiche funzioni normative che riguardano l'organizzazione interna, la redazione del codice deontologico, l'organizzazione e il controllo della formazione, la selezione e la formazione continua dei professionisti, obbligatoria per il mantenimento dei requisiti minimi per l'esercizio della professione. L'eventuale unificazione di ordini esistenti o il riordino dei relativi albi devono essere realizzati con il concerto delle professioni interessate. L'istituzione di nuovi Ordini professionali deve essere subordinata alla sussistenza di particolari requisiti, quali la tutela di interessi costituzionalmente rilevanti o la necessità di salvaguardare l'utente dai rischi derivanti da una prestazione inadeguata, come previsto per le professioni sanitarie costituite in Ordini dalla legge 43/2006 varata nella XIV legislatura. E' necessario, pertanto, preservare uno dei tradizionali principi cardine delle libere professioni, riconosciuto sia in Italia sia in molti paesi europei, cioè la previsione di attività riservate in esclusiva a soggetti di cui è stata verificata la professionalità, la formazione universitaria ed il superamento dell'esame di stato (vedi all'art.33 Cost.): in altre parole si deve confermare che le attività riservate in esclusiva agli iscritti agli Albi sono stabilite con legge.
- Promuovere un tempestivo miglioramento del sistema di accesso alle professioni, con particolare attenzione al problema generato dalla sproporzione tra l' eccesso di offerta di opera professionale generica e la domanda di

elevata qualità professionale. L'accesso alle professioni sarà pertanto riformato e riorganizzato nell'ottica della ricerca della massima qualificazione dei giovani neolaureati aspiranti professionisti, e sarà reso più meritocratico e più idoneo ad orientare e preparare i professionisti del futuro. Andrà perciò sostenuto il rafforzamento del percorso degli studi universitari ed andranno previste, accanto ai corsi di formazione organizzati direttamente dagli Ordini e dai Collegi professionali anche d'intesa con le Università, altre forme di tirocinio, altamente professionalizzante ed equamente retribuito, da svolgersi secondo modalità stabilite dai singoli ordini professionali. Il tirocinio dovrà potersi compiere anche durante il periodo degli studi universitari, purché sotto il controllo diretto degli Ordini e Collegi.

- Determinare che il compenso spettante al professionista sia fissato con accordo consensuale delle parti e, solo in caso di mancata determinazione consensuale, si applichino le tariffe professionali che devono essere fissate con decreto del Ministro della Giustizia, sentito il Consiglio di Stato, su proposta dei Consigli nazionali degli Ordini, avuto riguardo agli standards qualitativi delle prestazioni e tenuto conto dell'interesse generale. Per le prestazioni professionali riservate e per quelle di evidenza pubblica i ribassi massimi non dovranno essere superiori al venti per cento dei minimi tariffari. Non si ritiene possibile eliminare il ricorso a tariffe minime, legalmente vincolanti, perché esse garantiscono il cittadino fruitore del servizio: infatti - nei casi di prestazioni slegate dall'obbligo di assicurare il risultato - le tariffe minime sono un correttivo all'asimmetria informativa e svolgono la funzione di impedire che i compensi scendano a livelli non in grado di remunerare i costi necessari per mantenere la qualificazione e l'aggiornamento a livelli essenziali.

- Assicurare il riconoscimento legislativo alle associazioni delle “nuove” professioni, ovvero le attività emergenti non regolamentate, che devono restare distinte rispetto alla sfera ordinistica, evitando pericolose confusioni o sovrapposizioni di competenze. Le associazioni di professioni non regolamentate devono ricomprendere i professionisti che esercitano attività non riservate in esclusiva dalla legge dello Stato, e che pertanto non rivestono un ruolo di pubblico interesse o di interesse generale.
- Stabilire che l'attività professionale può essere svolta in forma individuale o a mezzo di società tra professionisti, anche se appartenenti ad Ordini diversi. Per le attività più strutturate, può essere assunto come modello anche la società a base capitalistica, fermo restando il principio dell'esclusione del socio di puro capitale, onde assicurare l'autonomia dell'agire professionale. In ogni caso però va previsto un sistema di norme organico e compiuto. Nella s.r.l. fra professionisti, la responsabilità del professionista che ha compiuto l'opera professionale dovrà concorrere in via sussidiaria con quella della società. Saranno obbligatori l'iscrizione dalla società agli Albi professionali ed il rispetto della deontologia prevista da parte di tutti i professionisti soci.
- Stabilire che la pubblicità professionale non è mai concepita come espressione di una liceità indiscriminata, secondo modalità commerciali e mercantili che non appartengono al mondo delle libere professioni, che porterebbe ad un indiscriminato decadimento generale della qualità della prestazione intellettuale. La pubblicità deve essere, invece, di tipo esclusivamente informativo, mai comparativo e sempre conforme al decoro professionale.

- Preservare l'autonomia delle Casse previdenziali: le Casse di Previdenza a favore dei liberi professionisti, nate storicamente da esigenze diverse avvertite dalle singole categorie, sono oggi patrimonialmente solide, a differenza di altri enti pubblici di previdenza, e sono in grado di offrire, mediante oculati investimenti, adeguati rendimenti pensionistici. Pertanto la loro autonomia va difesa strenuamente dagli attacchi di esproprio che provengono da altre proposte di riforma.



## Il “mercato” della sanità chiede interventi strutturali

GIUSEPPE VEGAS

***Spesso si imputa alla scarsità di risorse la mancata attuazione di iniziative per la salute dei cittadini. Cosa c'è di vero ?***

I soldi sono importanti, ma non sono tutto. Nulla di più vero che in sanità. Non sempre a risorse abbondanti corrisponde un sistema efficiente: la sanità è un universo “ricco” non solo di risorse finanziarie ma soprattutto di competenze ed esperienze professionali, altamente qualificate e potenzialmente in grado di generare ricchezza per il Paese. Spesso, tuttavia, il valore dei servizi per i cittadini si lega alle capacità del singolo operatore medico e sanitario e non al sistema nel suo insieme. D'altro canto la tecnologia, pur avendo costi elevati nel breve periodo, consente sia un miglioramento della qualità di vita dei cittadini, anche attraverso la prevenzione, che una riduzione delle prestazioni sanitarie connesse, quali i tempi di degenza o le terapie riabilitative. La domanda di sanità è strutturalmente infinita, ma le risorse sono scarse per definizione. Bisogna quindi definire dei meccanismi che non la facciano esplodere nel prossimo futuro.

***Nel Fondo Sanitario Nazionale quali sono le voci che si potrebbero diminuire per liberare risorse?***

Su questo punto è necessaria una premessa. Il sistema sanitario nel suo complesso richiede un immediato ammodernamento. Il problema non è di agire sulle singole voci, riducendo un po' qua e un po' là, illudendoci che ciò possa preservare il livello complessivo di qualità delle

prestazioni mediche, ospedaliere o farmaceutiche. Occorre agire sui meccanismi che regolano il funzionamento del sistema e tutto ciò non può gravare unicamente sul SSN. Questo vuol dire:

- creare valore e mercato attraverso la sanità;
- rendere accessibili ai cittadini i servizi fondamentali e/o urgenti;
- valorizzare e sviluppare la tessera sanitaria, fino a renderla una vera e propria carta di credito con massimali ben definiti, anche in funzione di reddito ed età.

Sarà inoltre necessario intervenire per riorganizzare strutturalmente il “mercato” della sanità così come si è verificato per il sistema pensionistico. Con maggiore integrazione tra pubblico e privato per il finanziamento della spesa e ricorso alla mutualità integrativa o anche attraverso l'introduzione di forme di assistenza sanitaria alternativa.

### ***Esiste una ricetta valida per la completa sostenibilità del sistema sanitario?***

Mi consenta di rispondere con una battuta. Una ricetta buona per tutte le stagioni è la seguente: godere sempre di buona salute.





finito di stampare  
nel mese di marzo 2008  
presso Grafica Veneta S.p.A. - Trebaseleghe (PD)



L'associazione nazionale senza fini di lucro "Europa dei Diritti", costituita con atto pubblico il 17 Gennaio 2004, si prefigge di aumentare la consapevolezza dei cittadini sui propri diritti e sui mezzi disponibili per ottenerne la tutela.

L'azione dell'Associazione, che conta più di 80.000 iscritti, si svolge in cooperazione con tutte le forze sociali che condividono la tutela dei cittadini.

L'associazione promuove la cultura del diritto tramite la collana omonima in libreria, la free press "Guida del Cittadino", il quotidiano telematico "4minuti.it" e il relativo blog sui diritti.

L'adesione all'Associazione "Europa dei Diritti" è gratuita, aperta a tutti i cittadini e a persone giuridiche quali società, enti, associazioni, comitati che ne condividano le finalità.

## **Europa dei Diritti**

[www.europadeidiritti.com](http://www.europadeidiritti.com)

### **Sede:**

Via Guicciardi, 7  
42100 Reggio Emilia (RE)

### **Recapito U.E.**

Rue Abbe Cuypers, 3  
1040 Bruxelles  
Belgium

### **Recapiti Fax:**

Milano	02 93650929
Treviso	0422 024822
Reggio Emilia	0522 019966
Firenze	055 3909903
Ancona	071 2509968
Roma	06 23329455
Napoli	081 3617851
Bari	080 2209216
Reggio di Calabria	096 5999946
Catania	095 2246257
Sassari	079 9293114

# LA SANITÀ NON È UN'OPINIONE

**Testimonianze di autorevoli esperti sui modelli vincenti per la salute dei cittadini:**

VALERIO ALBERTI - Direttore generale Azienda Ospedaliera Bassano del Grappa

LAURA BIANCONI - Parlamentare, Capogruppo F.I. Commissione Igiene e Sanità del Senato

LUCIANO BRESCIANI - Medico, Assessore alla Sanità Regione Lombardia

CLAUDIO CRICELLI - Medico di medicina generale, Presidente Soc. Italiana Medicina Generale

CURSI CESARE - Parlamentare, già Sottosegretario al Ministero della Salute

DOMENICO DI VIRGILIO - Parlamentare, Coordinatore Consulta Sanità di Forza Italia

MASSIMO FINI - Medico fisiatra, Direttore scientifico Ist. S. Raffaele - Roma

ROBERTO FORMIGONI - Presidente Regione Lombardia

ENRICO GARACI - Medico, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

ENZO GHIGO - Parlamentare, già Presidente della Regione Piemonte

ROSARIA IARDINO - Presidente NPS Italia Onlus

ANDREA LENZI - Medico, Ordinario Endocrinologia Università La Sapienza di Roma, Presidente CUN

LORENZO MANTOVANI - Direttore Scientifico del Centro di Farmacoconomia dell'Università Federico II di Napoli

ROMANO MARABELLI - Direttore Generale Dipartimento di Sanità Pubblica Veterinaria Nutrizione e Sicurezza degli Alimenti, Ministero della Salute

MAURO MASSA - Direttore Servizio studi e relazioni esterne Chiesi Farmaceutici - Parma

ISABELLA MASTROBUONO - Medico, Direttore Sanitario aziendale, Policlinico Tor Vergata - Roma

CLAUDIO MASTROCOLA - Già Capo Dipartimento del Ministero della Salute

MASSIMO MICHAUD - Presidente e Amministratore delegato di AXA Italia Vicepresidente ANIA

GABRIELE PELISSERO - Medico, Ordinario di Igiene Università di Pavia, Vice Presidente Nazionale Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)

GUIDO RIVA - Presidente del Comitato Sanità di Confindustria

GLORIA SACCANI JOTTI - Medico, Ordinario di Patologia clinica, Università di Parma, Giornalista Scientifico

UMBERTO SCAPAGNINI - Medico, Ordinario di Farmacologia Università di Catania, già Sindaco di Catania

CARLO SIGNORELLI - Medico, Ordinario di Igiene, Università di Parma, Consulente Commissione d'inchiesta del Senato sul SSN, Sindaco di Perledo (LC)

MARIA GRAZIA SILIQUINI - Parlamentare, responsabile professioni A.N.

ANTONIO TOMASSINI - Medico, Parlamentare, Presidente commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia ed efficienza del SSN

GIUSEPPE VEGAS - Parlamentare, già Sottosegretario all'Economia

*La salute dei cittadini è uno dei temi al centro del dibattito politico, ma prima ancora è un diritto la cui tutela è sancita dalla Costituzione. Ci apprestiamo con i contributi raccolti in quest'opera ad individuare alcuni obiettivi e percorsi concreti per una nuova sanità, auspicando che sia il migliore inizio per un'azione finalizzata a fornire, nei fatti, le risposte che i cittadini cercano.*

€ 1,00 (V) COPIA OMAGGIO



IN ABBINAMENTO AL NUMERO  
ODIERNO DEL QUOTIDIANO  
IL GIORNALE DELL'EMILIA ROMAGNA