

UN PATTO PER LA FARMACEUTICA

SERVONO REGOLE CONDIVISE
E STANDARDIZZATE E UN ACCESSO
A TUTTI I FARMACI VALUTATI E
AMMESSI ALLA RIMBORSABILITÀ
IN TUTTE LE REGIONI,
SENZA DISTINGUO E RITARDI.
NE PARLA SERGIO PECORELLI

di Elisa Fiocchi



Sergio Pecorelli, presidente dell'Agenzia italiana del farmaco

In Italia, diversamente da quanto accade in ambito europeo e internazionale, le competenze in materia di sperimentazione non fanno capo all'Agenzia dei medicinali, ma sono suddivise tra Aifa, Istituto superiore di sanità e i direttori generali locali. E anche a livello locale, esistono differenze nelle procedure e nelle regole che allungano i tempi per il rilascio dei pareri. Dotarsi di un testo unico consentirebbe dunque di attrarre nuovi investimenti e aumentare la tutela dei soggetti coinvolti nelle sperimentazioni, oltre a regolare l'intera filiera della ricerca clinica con norme semplici e immediate. «Non possiamo permetterci valutazioni estemporanee – afferma Sergio Pecorelli, a capo dell'Agenzia italiana del farmaco – ma dobbiamo stabilire un percorso univoco che permetta di raggiungere i traguardi prefissati, per il bene del cittadino, dello Stato, dell'industria e delle Regioni».

Qual è il ruolo e l'impegno di Aifa in questo momento delicato per il servizio farmaceutico nazionale?

«Quando autorizza un medicinale, il suo

provvedimento riguarda tutto il territorio nazionale ma, purtroppo, siamo al corrente della presenza, ancora oggi, di una forte disomogeneità a livello regionale nella messa a disposizione dei farmaci ai malati che crea una disparità di accesso non accettabile. L'Agenzia sta inoltre approntando un algoritmo che definisca meglio l'innovazione. Rendere sempre più trasparente e oggettivo questo processo significherà avere regole più precise e quindi procedure più rapide. E le aziende farmaceutiche avranno a disposizione una serie di parametri ben definiti, sulla base dei quali potranno sapere meglio e in anticipo se il prodotto su cui stanno investendo è veramente innovativo».

Ha affermato che per la farmaceutica serve un patto forte tra Stato, Regioni, Aifa e industrie: di quali regole precise necessita il nostro Paese?

«Il nostro dettato costituzionale conferisce un'assoluta centralità, nell'articolo 32, all'importanza del bene salute nella vita personale e collettiva. Per garantire il rispetto

Nel campo della ricerca l'Italia esporta il 61% di quello che produce



del diritto alla salute, il nostro paese deve superare una serie di criticità e ha bisogno di un patto per la farmaceutica che stabilisca regole condivise ma rigorose, standardizzate, che consentano di disegnare prospettive realistiche di risoluzione dei problemi sia sul breve che sul lungo periodo. In particolare, come già detto, bisogna assicurare l'accesso a tutti i farmaci valutati e ammessi alla rimborsabilità in tutte le Regioni senza distinguo e ritardi».

In quali servizi e ambiti è necessario standardizzare le procedure?

«In un contesto come l'attuale, caratterizzato da una crescente globalizzazione, è senza dubbio necessario lavorare nell'ottica di un'armonizzazione delle procedure per la valutazione e l'autorizzazione dei farmaci. Si tratta di un principio che vale non solo per la registrazione e l'autorizzazione all'immissione in commercio ma anche per le prime fasi di vita di un medicinale. In Italia, ad esempio, l'iter della sperimentazione clinica è inevitabilmente condizionato dall'eccessivo numero di comitati etici

e vanno studiate le modalità più idonee per adeguare il nostro Paese agli standard internazionali. Le autorizzazioni, inoltre, non fanno capo alla medesima autorità e ciò richiede un ulteriore sforzo di razionalizzazione. Un passo avanti in questo senso è stato fatto con il recente decreto legge 158/2012, che ha trasferito all'Aifa le competenze in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per gli studi di fase I già attribuite all'Istituto superiore di sanità».

In che modo il governo dovrebbe sostenere le industrie del farmaco, oggi penalizzate dai tagli?

«Non è nella farmaceutica che si possono rintracciare ulteriori voci di risparmio per la spesa pubblica. Il settore ha risentito in modo particolare dei tagli perché, essendo il sistema più regolato d'Italia, è stato piuttosto agevole individuare quali potessero essere le misure di contenimento da attuare. Le nostre industrie hanno sempre investito molto nella ricerca. In questo campo l'Italia esporta il 61% di quello che produce. Oggi, però, al massimo si può ra- ➔



→ zionalizzare. E proprio per questo è importante che Stato, Regioni, Aifa e industrie, in un'ottica di sistema, si confrontino e individuino percorsi condivisi».

Per quanto riguarda i tempi di immissione in commercio dei farmaci, quali proposte avanza affinché ogni singola Regione possa andare alla stessa velocità e migliorarne dunque l'accesso?

«È evidente che sarebbe auspicabile una revisione del sistema che corregga certe distorsioni del federalismo sanitario, in modo da garantire davvero a tutti i cittadini, senza distinzione di area geografica, il diritto alla salute e alle cure. Le Regioni, cui il nuovo Titolo V della Costituzione ha conferito importanti poteri in materia di sanità pubblica, viaggiano a velocità diverse e ciò comporta una inaccettabile disparità di accesso ai farmaci. Una cosa è certa: non si può far dipendere le scelte in materia di salute da criteri di carattere pu-

Le Regioni viaggiano a velocità diverse con un'inaccettabile disparità di accesso ai farmaci

ramente economico. Non dobbiamo solo garantire la sostenibilità del sistema, ma anche assicurare ai malati cure efficaci e sicure. Occorre quindi temperare i rapporti di costo/efficacia e di beneficio/rischio, come fa l'Aifa, applicando un modello di "health technology assessment" che ci è invidiato in tutto il mondo. È un meccanismo che utilizziamo per tutte le terapie, anche le più complesse, rare e costose, cercando di legare la loro specificità a parametri clinici oggettivi».

RICERCA, PREVENZIONE E SOSTENIBILITÀ

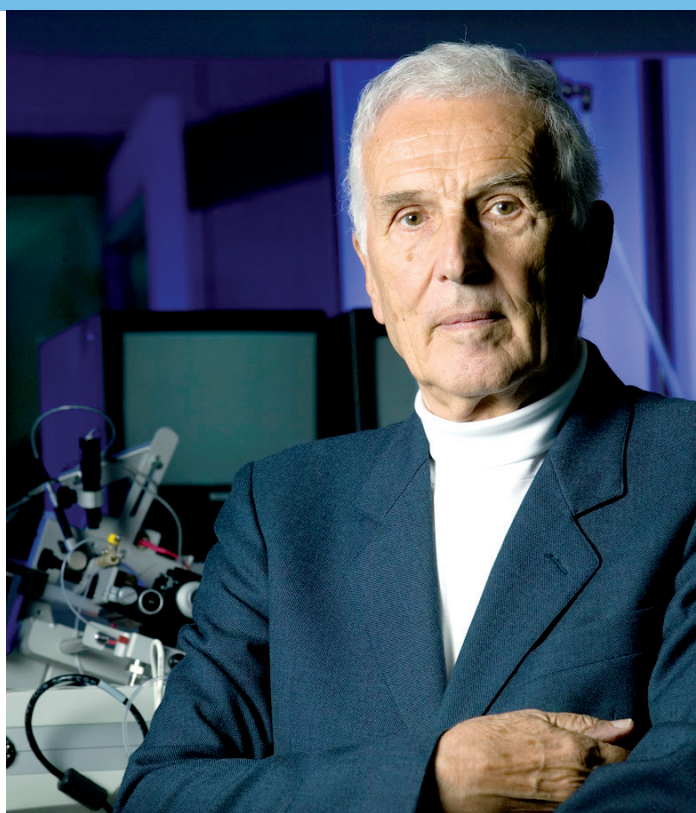
di Renata Gualtieri

L'ITALIA HA BUONI RICERCATORI, MA NON HA MASSA CRITICA PER AFFRONTARE I PROBLEMI IN MODO SISTEMATICO E MULTIDISCIPLINARE E SOPRATTUTTO, SOTTOLINEA SILVIO GARATTINI, LE RISORSE SONO MENO DELLA METÀ DELLA MEDIA DEI PAESI EUROPEI

Ha accolto con grande entusiasmo la nomina alla guida del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie e di fronte alle nuove sfide anche economiche che riguardano la sanità Silvio Garattini evidenzia come la prevenzione sia di fondamentale importanza per la sostenibilità del servizio sanitario nazionale e quanto oggi la salute abbia bisogno della ricerca. «Senza ricerca sugli animali e sull'uomo – precisa il direttore dell'Istituto Mario Negri – non vi possono essere progressi. Con un miliardo di euro, che si potrebbe ottenere tassando di 20 centesimi i pacchetti di sigarette, daremmo una posizione a 5.000 ricercatori e una borsa di studio a 10.000 laureati o tecnici».

Come giudica la qualità della comunità scientifica del nostro Paese e come crede che potrebbe essere valorizzata in maniera migliore?

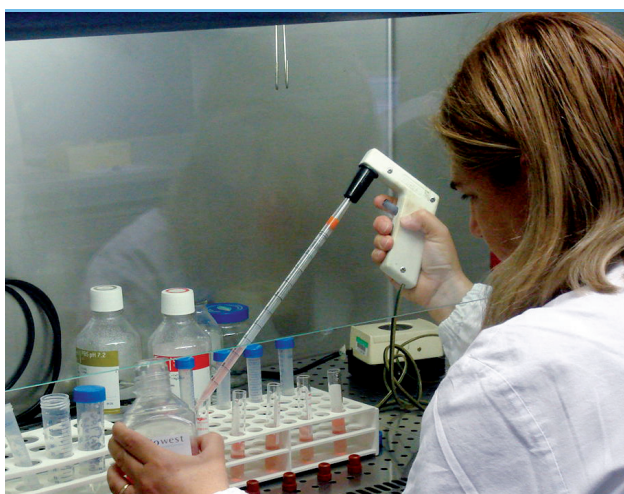
«La comunità scientifica italiana ha molti gruppi di buon livello che possono competere a livello internazionale. Tuttavia sono



Silvio Garattini, direttore dell'Istituto Mario Negri e presidente del Comitato scientifico del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie

pochi e non possono esprimere tutte le loro capacità per le limitazioni economiche che, fra l'altro, determinano anche l'impossibilità di effettuare un ricambio generazionale. Infatti, le nuove generazioni rifuggono dalla ricerca in Italia perché ritengono che non vi sia futuro. Per contro un Paese che non ha risorse primarie e ha un costo del lavoro elevato dovrebbe puntare sulla capacità creativa degli italiani. La crisi economica non può venir risolta se l'Italia non privilegia in tutti i sensi il capitale umano».





→ **Su quali importanti progetti è impegnato oggi l'Istituto Mario Negri e quali i più importanti risultati sin qui raggiunti?**

«L'istituto è impegnato nei settori delle malattie neurodegenerative, della ricerca antitumorale, delle malattie cardiovascolari, renali, dei trapianti d'organo e delle malattie rare, ma si occupa anche di ambiente e salute. Tra i successi del passato, si può menzionare la misura delle concentrazioni ematiche dei farmaci antiepilettici per ottimizzare la terapia contro l'epilessia; la dimostrazione dell'inutilità del trattamento ormonale per evitare l'aborto spontaneo; la diminuzione di mortalità e infarto cardiaco mediante l'uso dei fibrinolitici; la possibilità di evitare la dialisi attraverso il trattamento con farmaci che agiscono sul sistema dell'angiotensina. In epoca più recente, a livello sperimentale, si può ricordare la possibilità di evitare il rigetto d'organo senza l'impiego di farmaci immunodepressori, lo sviluppo di alcune terapie per malattie rare, tumorali, renali e neurodegenerative, l'importanza del sistema angiotensina per l'invecchiamento, alcuni farmaci promettenti per la malattia d'Alzheimer, per l'ictus cerebrale, nonché l'impiego di cellule staminali nei traumi cranici sperimentali».

Quali le possibilità offerte ai giovani laureati meritevoli, preservando il Paese da ulteriori fughe di cervelli?

«Attraverso bandi pubblici, offriamo ai giovani la possibilità di formarsi con la parteci-

pazione a reali progetti di ricerca in un clima internazionale che permette libertà di espressione. I giovani laureati e diplomati vengono inquadrati in una serie di scuole: per monitors della ricerca clinica, per la qualificazione professionale in farmacologia, per il dottorato di ricerca, per ottenere il dottorato in collaborazione con la Open University nel Regno Unito. Abbiamo recentemente "recuperato" dalle università di Harvard e Cambridge due "cervelli" grazie ai programmi di Airc e Telethon».

Parliamo di tagli alla sanità. Dove sarebbe più giusto intervenire?

«Credo che i tagli alla sanità siano dannosi quando indiscriminati. C'è invece molto spazio per ridurre spese che rappresentano sprechi. Abbiamo troppi piccoli ospedali, punti nascita, apparecchiature complesse. Vi sono sperequazioni fra le varie regioni, farmaci inutili o troppo costosi, scarso controllo nell'impiego dei dispositivi medici e un eccesso di personale amministrativo che rappresenta un freno burocratico dell'attività medica. Paghiamo ancora oggi le cure termali e in alcune regioni anche i farmaci omeopatici. Di fronte a questi sprechi i cittadini pagano sempre più ticket per accedere al servizio sanitario nazionale e l'intramoenia per evitare lunghe liste d'attesa. Dobbiamo mantenere la sostenibilità del servizio sanitario nazionale attraverso il potenziamento della prevenzione delle malattie e il rimborso solo dei trattamenti che hanno una evidenza scientifica».

Il tuo aiuto
va subito
dove serve.

LOWE PIRELLA FRONZONI

PH. Fastinfi - Post production Thomas Lavezzani



Perché le prime 24 ore sono fondamentali.

Guerre, carestie, disastri naturali: anche poche ore possono decidere il destino di una persona. Per questo, noi di Medici Senza Frontiere da sempre non solo portiamo il tuo sostegno a chi ha bisogno, ma lo trasformiamo subito in aiuto concreto.

Le tue donazioni diventano in poche ore cure mediche, vaccini, alimenti terapeutici, acqua. Vita.

Sostieni Medici Senza Frontiere.

CCP 87486007

IBAN: IT58D0501803200000000115000

Numero Verde 800.99.66.55

www.medicisenzafrontiere.it



MEDECINS SANS FRONTIERES
MEDICI SENZA FRONTIERE

Premio Nobel per la Pace 1999

NUOVE REGOLE PER LE FARMACIE

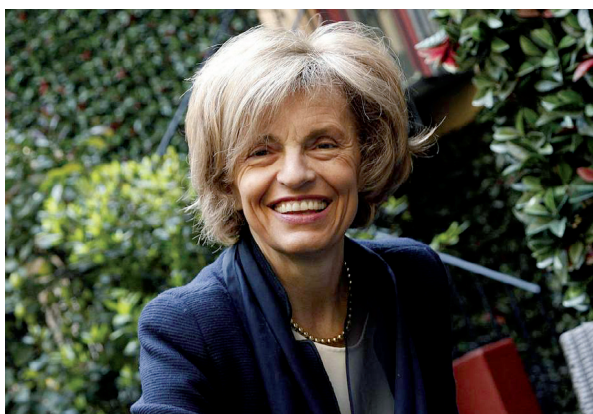
ANNAROSA RACCA CHIEDE UNA DISTRIBUZIONE DEI FARMACI ATTRAVERSO LE FARMACIE COME OPPORTUNITÀ DI RISPARMIO PER LE REGIONI, I CITTADINI E L'INTERO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

di Elisa Fiocchi

Una ricerca promossa da Federfarma ha messo in evidenza come i costi dei medicinali ritirati direttamente dall'utente presso la struttura sanitaria siano superiori rispetto alla spesa sostenuta per lo stesso prodotto se commercializzato sul territorio. In altri termini, la distribuzione diretta dei farmaci che avviene dalla Asl al paziente non fa risparmiare, ma incide del 30 per cento sulla spesa sostenuta per l'acquisto del medicinale. Annarosa Racca, al vertice di Federfarma, chiede pertanto nuove soluzioni e regole per riequilibrare il settore farmaceutico anche in occasione del-

l'apertura di un tavolo sulla farmaceutica presso la sede del Ministero dello Sviluppo economico a cui hanno partecipato le istituzioni, i rappresentanti di categoria e le organizzazioni sindacali. «Davanti al ministro Passera – spiega – gli attori della filiera hanno presentato tutte le difficoltà del settore e come Federfarma abbiamo esposto i dati della spesa farmaceutica territoriale in continuo calo e predisposto un piano di lavoro». Piano che, secondo la federazione delle farmacie italiane, deve mirare alla centralità della farmacia nella distribuzione del farmaco e al rafforzamento del rapporto con il territorio.





Annarosa Racca, presidente di Federfarma

È necessario ridare centralità alla farmacia nella distribuzione del farmaco e rafforzarne il rapporto con il territorio

Oltre alla distribuzione diretta dei farmaci attraverso le farmacie, che consentirebbe un risparmio e una razionalizzazione dei costi, quali altri interventi avrebbero ricadute positive sull'intero servizio farmaceutico?

«Una recente ricerca realizzata dal Cref, il Centro ricerche economia e formazione, costituito da Cassa di risparmio di Udine, Provincia di Udine, Confindustria Udine, Confcommercio Udine, con il supporto della Regione Friuli Venezia Giulia, dimostra, numeri alla mano e con assoluta chiarezza, come la distribuzione diretta dei farmaci abbia dei costi aggiuntivi rispetto al puro e semplice costo di acquisto. Tali costi aggiuntivi sono stati finora sottovalutati. La loro quantificazione permette, invece, di valutare l'effettivo impatto economico della distribuzione diretta e di dimostrare come la distribuzione dei farmaci attraverso le farmacie costituisca per le Regioni e per il servizio sanitario nazionale un'opportunità di risparmio e razionalizzazione e vantaggi i cittadini grazie a un più agevole accesso al farmaco. Anche lo sviluppo di nuovi servizi effettuati in farmacia offrirebbe ai cittadini un'assistenza sanitaria migliore, nella direzione di quella territorializzazione dell'assistenza di cui tanto si parla e che costituisce un obiettivo esplicito del governo».

Su quali servizi e attività ricadranno maggiormente i tagli previsti dalla spending review?

«I dati sono chiari: la spesa farmaceutica a carico del servizio sanitario nazionale nell'ultimo quinquennio è in costante calo, è diminuita dell'8,6% nel 2011 e continua a decrescere ancora di più nel 2012, segnando un -11,5% nel primo quadrimestre. La spesa farmaceutica pro-capite pesata per età in Italia è tra le più basse in Europa. La stessa Corte dei Conti, nel rapporto 2012, evidenzia il

costante calo della spesa farmaceutica territoriale che rispetta il tetto previsto e ha contribuito in misura rilevante alla flessione della spesa sanitaria nel 2011».

Qual è invece l'andamento della spesa farmaceutica convenzionata?

«Nel 2011 è risultata in netta diminuzione, pari al 9%, grazie alle misure di contenimento varate negli anni precedenti, al miglioramento del monitoraggio sull'appropriatezza delle prescrizioni terapeutiche e a ulteriori misure destinate a conseguire risparmi di spesa con oneri a carico di grossisti e farmacisti. Tra le voci in aumento, invece, la Corte segnala la spesa collegata alla scelta delle Regioni di ricorrere in misura massiccia alla distribuzione diretta dei farmaci. È chiaro, quindi, che la farmacia non può essere oggetto di ulteriori penalizzazioni».

Parlando della cancellazione della norma che impone una distanza minima tra una farmacia e un'altra, inizialmente prevista dal decreto-legge sulla sanità, quali difficoltà avrebbe arrecato in termini di servizi al cittadino?

«La pianificazione delle sedi e la distanza minima tra farmacie sono norme poste a difesa della capillarità del servizio farmaceutico fornito ai cittadini, non a favore dei farmacisti. Cancellarle porterebbe al posizionamento delle farmacie in zone remunerative e più centrali, sguarnendo le periferie delle città e di territori interi. Abbiamo visto quanti piccoli negozi hanno chiuso perché "soffocati" dalla grande distribuzione, con il risultato che le luci delle periferie si sono spente. La farmacia è il primo sportello del servizio sanitario nazionale e deve stare dove c'è la gente. Il farmaco va preso se e quando serve, non si deve aumentare il consumo».

IL FUTURO DELLA MEDICINA



Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

OCCORRE DELINEARE UNA PROSPETTIVA PER LA PROFESSIONE MEDICA IN GRADO DI FARLE ATTRAVERSARE LA FASE DI EMERGENZA ECONOMICA, POLITICA E SOCIALE DEL NOSTRO PAESE. NE PARLA AMEDEO BIANCO, PRESIDENTE FNMCEO

di Francesca Druidi

Le nuove tecnologie applicate alla salute, che trovano espressione nella telemedicina, nell'Ehealth, ma anche nell'influenza esercitata da siti internet e social forum, hanno profondamente rinnovato lo scenario medico attuale. I sistemi sanitari, la ricerca, la diagnosi, la cura, le questioni economiche, attraverso la rete si intrecciano e si coinvolgono a vicenda, andando a delineare quella nuova categoria concettuale della medicina che viene denominata cybermedicina. Una due giorni di studio a Padova, svoltasi il 28 e 29 settembre, ha permesso di sviscerare alcuni dei nodi salienti della materia. «Il massiccio ingresso delle Ict, delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione in medicina e nella sanità è un fenomeno presente già da alcuni anni – afferma Amedeo Bianco, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) –. Il convegno ha approfondito i riflessi positivi, i rischi e le minacce insite in ogni processo di cambiamento, rappresentato in questo caso dalla cybermedicina».

Quali tendenze sono emerse dal convegno di Padova dedicato alla cybermedicina?

«Ne abbiamo innanzitutto valorizzato i benefici. L'applicazione delle Ict sia in medicina che in sanità consente grandi balzi in avanti sul piano della ricerca, della

gestione dei processi sanitari, dello sviluppo in efficacia e in efficienza di tutte le procedure. Vi sono però anche dei rischi, connessi ad esempio a un potenziale impoverimento del cuore della medicina, che come Fnomceo riteniamo debba restare nella forte relazione tra chi cura e chi è curato, tra medico e paziente, non per amore di uno stereotipo, ma in ragione della complessità della moderna medicina rispetto all'evoluzione del sentire delle persone assistite».

Ulteriori nodi critici?

«Un altro tema delicato è quello relativo alla sicurezza: occorre prestare grande attenzione alla gestione dei dati sensibili, nella costruzione delle biobanche, nel campo della ricerca, nel fascicolo sanitario elettronico previsto dall'agenda digitale del governo. È inoltre importante che l'impiego delle tecnologie non produca un deficit di equità del sistema, valore che deve sempre essere garantito. Abbiamo compiuto un lungo cammino nelle innovazioni, ma alla fine bisogna prendere il binario giusto per ritornare alla vecchia stazione, che non è la vecchia medicina o la vecchia sanità, ma la finalità etica di tutto, ossia il bene della persona».

È stato recentemente riconfermato alla guida di Fnomceo. Su quali priorità intende lavorare, data la



complessità del momento attuale?

«Abbiamo un problema di rimodellamento epistemologico della medicina, occorre cioè ridisegnare e rivedere i fini e i significati della medicina in ragione dell'evoluzione della medicina stessa, dei suoi contenuti e dei suoi destinatari. Occorre soprattutto ridefinire gli scopi della moderna medicina al di là del tradizionale paradigma biomedico che ne ha ispirato e consentito lo straordinario sviluppo di questo secolo e che continua ad aprire progressi nella diagnosi e nella cura delle malattie. Mi riferisco, in particolare, ai limiti dell'incontro tra questa medicina e la persona, con il suo vissuto, i suoi valori di riferimento. Da una parte, quindi, la potente macchina della moderna medicina, dall'altra l'individuo rispetto a come vive la malattia. Entrambi hanno un problema: quale organizzazione sociale garantisce meglio quest'incontro? Quale organizzazione è in grado di portare a sintesi queste due spinte? Da qui, la necessaria riflessione sulla sostenibilità dei sistemi di tutela della salute, del servizio sanitario universalistico e solidale di fronte a tutte le difficoltà economiche e politiche attuali».

Quale la sua valutazione del decreto presentato dal ministro Balduzzi?

«Il mio parere va in parte fuori dal coro perché, al di là di alcune previsioni insufficienti quando non errate, colgo lo sforzo del decreto di affrontare questioni rimaste in sospeso da anni. La sanità è sempre stata investita da provvedimenti legislativi che portavano via qualcosa in termini di risorse e non solo, il decreto Balduzzi ha il merito di aver preso alcune questioni irrisolte e di aver offerto una soluzione. Ripeto, si tratta di un testo perfettibile, di cui posso comprendere le critiche perché io

Bisogna tornare alla finalità etica di tutto, ossia il bene della persona

stesso non condivido alcune misure, ma è pur sempre un segnale importante. Guardo con favore alla proposta di riorganizzazione delle cure primarie, in questi anni oggetto di provvedimenti in alcune regioni ma che oggi richiede un assetto ordinamentale sulla cui base contestualizzare, nelle diverse realtà, modelli organizzativi e funzionali. Non è solo il ridimensionamento drastico della rete ospedaliera a richiedere un assetto più efficace delle cure primarie, ma soprattutto la transizione epidemiologica verso il prevalere di malattie croniche invalidanti e la necessità di nuove forme di educazione alla salute, di prevenzione, di cura e di assistenza basate su un'offerta proattiva, di tutele sanitarie, la cosiddetta medicina di iniziativa da svolgere sui territori, negli ambienti di vita e di lavoro».

Sul fronte della responsabilità professionale?

«È una bomba già implosa da anni nel sistema. Il servizio sanitario pubblico spende 500-600 milioni di euro all'anno per le polizze assicurative, senza contare quello che spende per i professionisti. Non si ferma il trend di crescita di costi, paure, atteggiamenti difensivi; la legge era ferma da due anni al Senato, serviva fare qualcosa. Certo, si poteva fare di più, ma bisognava avere il coraggio di mettere su questa piaga un lenimento».

COSTI STANDARD PER LA SANITÀ

di Elisa Fiocchi



«È IL MIGLIOR METODO PER TAGLIARE GLI SPRECHI»
AFFERMA LUCA COLETTI,
CHE SI OPPONE A UNA POLITICA
BASATA SUI TAGLI LINEARI
CHE NON TENGONO CONTO
DEI MERITI OGGETTIVI DI QUEI
SISTEMI SANITARI REGIONALI
VIRTUOSI. «IL RISCHIO È CHE
SI VADA VERSO L'INSOSTENIBILITÀ
ECONOMICA»

Con l'approvazione del decreto legge del ministro Renato Balduzzi, si apre una fase di riordino del sistema sanitario nazionale, dell'assistenza territoriale e del sistema delle cure primarie. Il testo, che si compone di 16 articoli contro i 27 della prima bozza, ha mantenuto le norme di principale interesse sanitario, tra cui le cure primarie, i farmaci e l'intramoenia, e prevede una maggiore trasparenza nelle

nomine dei direttori generali che saranno scelti da un elenco regionale attraverso una commissione costituita da esperti indipendenti. «Potremmo trovarci di fronte a numerosi cambiamenti» dichiara l'assessore alla Sanità del Veneto, Luca Coletto, nonché coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni. «È un decreto che contiene luci e ombre».

Quali sono le sue osservazioni dopo l'analisi del testo di legge?

«È condivisibile la riforma della medicina territoriale con l'obiettivo di renderla fruibile 24 su 24, 7 giorni su 7. Operazione che in Veneto, in accordo con le rappresentanze dei medici, abbiamo avviato da più di un anno e cominciamo a realizzare a luglio con un primo step focalizzato al 31 dicembre, anticipando di fatto il decreto del ministro Balduzzi».

E quali i punti ancora da chiarire?

«La forte preoccupazione di fondo riguarda le risorse finanziarie. Tra la spending review e gli annunciati tagli ai futuri riparti del fondo sanitario nazionale, c'è la concreta ipotesi che si vada verso l'insostenibilità economica, soprattutto se tutti gli oneri della riforma dovessero ricadere sulle Regioni. Lo abbiamo detto chiaramente nel documento che, come Commissione salute, abbiamo prodotto per la conferenza dei presidenti.



Luca Coletto, coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni



Non è pensabile far rientrare tutto nella spesa sanitaria, bisogna dare la giusta capienza al fondo per la non autosufficienza pesantemente tagliato

Prima di mettere la parola fine a questo processo occorre che il governo accetti un confronto serrato e concreto con le Regioni, voce per voce, passo dopo passo».

Come valuta il passaggio contenuto nel decreto di trasferire alle regioni tutte le responsabilità in materia di assistenza alla non autosufficienza?

«Anche in questo caso, il problema sono i finanziamenti e la loro fonte. A livello regionale fare delle economie senza tagliare servizi è possibile, e il Veneto lo ha dimostrato portando in attivo, seppur di poco, il proprio bilancio sanitario. Per quanto riguarda la non autosufficienza occorre non fare confusione tra spesa sanitaria e spesa sociale. Sanità e sociale a mio avviso sono, in assoluto, i due servizi più importanti per la popolazione e, come accade storicamente in Veneto, più sono integrati e meglio è. Tuttavia, non è pensabile risolvere la questione delle risorse facendo rientrare tutto nella spesa sanitaria. Occorre invece che si dia la giusta capienza al fondo per la non autosufficienza che invece mi risulta pesantemente tagliato. Insomma, pensar di risolvere tutto con delle economie, che pur è doveroso fare, è utopistico e anche

profondamente ingiusto soprattutto per i cittadini di quelle regioni, come Veneto, Lombardia, Toscana ed Emilia Romagna, da anni virtuose».

E quali interventi “più strutturati” chiedono le Regioni sui medici di medicina generale?

«Occorre che la nuova organizzazione sia supportata da linee guida condivise e da un’adeguata disponibilità finanziaria per tradurre in concreto quanto delineato».

Lei ha affermato che le Regioni non possono assorbire ulteriori oneri economici dopo le manovre e la spending review: di quali disposizioni urgenti necessita ora il sistema sanitario?

«Il sistema sanitario ha bisogno di due cose: non subire più per nessun motivo, tagli lineari che non tengono in nessun conto gli oggettivi meriti dei sistemi sanitari regionali virtuosi e l’introduzione, che considero urgente, di criteri standard con i quali arrivare alla determinazione dei costi standard, da applicare su tutto il territorio nazionale. Sarebbe il miglior “taglia sprechi” del mondo e produrrebbe miliardi di risparmi veri, non di tagli».