

La qualità. E' il principio trasversale che deve ispirare ogni atto sanitario ma anche ogni procedura gestionale e amministrativa. La qualità in sanità non riguarda, infatti, solo gli aspetti squisitamente clinici ma anche quelli connessi con una organizzazione e una catena di governo efficienti e in linea con gli obiettivi di salute prefissati.

L'umanizzazione. E' la capacità di rendere i luoghi di cura e le stesse pratiche medico assistenziali "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort con percorsi assistenziali il più possibile condivisi e partecipati con il cittadino. In proposito si sta valutando, tra l'altro, la possibilità di riprendere il progetto di "ospedale modello" avviato dall'ex Ministro Veronesi nel 2000 al fine di valutarne, insieme alle Regioni, la possibilità di metterne in rete le intuizioni e le soluzioni innovative in esso contenute.

L'unitarietà del sistema. E' indispensabile per promuovere diritti esigibili su tutto il territorio nazionale, superando le attuali disuguaglianze. Ciò significa non accontentarsi delle leggi e degli indirizzi scritti e concordati ma lavorare quotidianamente per porli effettivamente al servizio delle persone.

La responsabilità. Riguarda tutti gli attori, a partire dal medico fino al cittadino e al soggetto pubblico, assunto nella sua unitarietà: Governo, Regioni, Enti Locali e Aziende sanitarie e ospedaliere. In proposito è bene richiamare quanto già detto sulla fiducia e sui doveri, prima delle strutture e degli operatori e poi del cittadino, di fare tutto il possibile affinché la malattia sia evitata. Quello che potremmo definire come una sorta di "dovere di non ammalarsi" inteso come assunzione piena di responsabilità di tutti gli attori per evitare le patologie evitabili con stili di vita salubri e azioni di prevenzione efficaci. Ma esiste anche un'altra responsabilità. Quella dell'appropriatezza e della lotta agli sprechi. Sprechi che sono troppe volte frutto di

negligenze e di comportamenti non appropriati. Gli esempi sono molti. Uno su tutti: la prescrizione e la moltiplicazione di esami diagnostici inutili da parte del medico, ma anche il mancato ritiro dei relativi referti da parte del cittadino.

Questa negligenza che, ribadiamo, è un venir meno ad un dovere di responsabilità, può essere sottoposta ad un ticket che perlomeno rimborsi la Comunità di parte delle spese inutilmente sostenute. L'unico ticket che oggi ha un senso è proprio quello sulla negligenza e l'inappropriatezza. Un ticket che dovrà essere quantificato e pagato dal sistema (in forma di penalizzazioni) ma anche dal cittadino (quale vera e propria "multa" per un comportamento scorretto e per il danno causato alle economie del sistema sanitario).

La legalità. Deve tornare ad essere un principio guida universale nei comportamenti individuali, nelle pratiche concorsuali e contrattuali, nelle negoziazioni per l'acquisto o l'appalto di forniture e servizi. Non possiamo immaginare un nuovo Patto sulla salute che non abbia nella profonda e radicata legalità del sistema la sua matrice fondante e di garanzia nei confronti del Paese e della collettività.

La cultura dei risultati. Abbiamo bisogno di una robusta iniezione di strumenti di valutazione e misurazione di ciò che garantiamo ai cittadini in termini di esiti e di risultati di salute. Il Ssn non può essere, infatti, considerato un mero erogatore di prestazioni. Ciò comporta un cambiamento di cultura, di pratica e l'adozione di adeguati indicatori e standard per il monitoraggio che possano dare informazioni in tempo reale sull'appropriatezza, la qualità e il rispetto di un corretto rapporto costi-beneficio.

La politica delle alleanze. E' indispensabile per tutelare un bene prezioso, come la salute, che è un investimento per l'intero paese e non solo per il singolo individuo. Per questo vogliamo costruire un nuovo patto, un New Deal della salute, che coinvolga,

insieme alla unitarietà del soggetto istituzionale, le professioni mediche e sanitarie, i cittadini attraverso le loro associazioni di tutela, gli attori economici e sociali.

Proprio perché la costruzione ed il governo di questo patto sia costruito insieme e condiviso, istituirò e renderò permanente al Ministero (oltre al confronto con le Regioni), la consulta dei medici, quella delle professioni sanitarie, la consulta delle associazioni e del volontariato ed il tavolo di concertazione con i sindacati e con le imprese.

L'Europa e il Mondo. Dobbiamo costruire una nuova politica di relazioni, costituendo una presenza costante e qualificata dell'Italia nelle sedi europee, nelle organizzazioni di cooperazione internazionale e promuovendo, pertanto, un programma di partnership internazionale nei vari paesi del mondo. A partire dal potenziamento della rete degli Ospedali italiani all'estero, quale bandiera, ma anche occasione di sviluppo e promozione di opportunità del nostro sapere medico, scientifico, assistenziale e gestionale negli altri Paesi del Mondo.

3. Lo scenario

La sanità italiana rappresenta oggi uno dei più importanti comparti di attività del Paese. Lo è dal punto di vista finanziario ed economico, dal punto di vista occupazionale e produttivo, per il valore aggiunto in termini di know how nella ricerca scientifica, tecnologica e nelle scienze mediche, gestionali e organizzative.

Lo è per la straordinaria esperienza accumulata in termini di "governo" di sistemi complessi ad alta valenza socio-economica, svolta in una logica di crescente coesione istituzionale tra Governo centrale e Governi regionali, quale esempio concreto di federalismo solidale applicato alla vita e agli interessi concreti dei cittadini.

Lo è, sopra ogni altra considerazione, per il fatto di essere l'unico comparto del Paese chiamato a rispondere quotidianamente alle esigenze di assistenza di "tutti" i cittadini, senza alcuna distinzione di età, condizione sociale, sesso, residenza.

In altre parole, la sanità può effettivamente considerarsi come un sistema organizzato e strutturato per rispondere ad un interesse universale della popolazione.

Questa dimensione deriva ovviamente dalla scelta compiuta nel 1978 quando il Parlamento, a larghissima maggioranza, decise di istituire un Servizio sanitario nazionale basato su tre grandi cardini: l'equità, l'uguaglianza, la solidarietà.

Tre capisaldi che hanno mantenuto intatto il proprio valore in questi 28 anni riuscendo a permeare le diverse riforme che si sono succedute fino a quella costituzionale del 2001 dove, con la previsione di livelli di assistenza sanitaria uguali per tutti in ogni parte del Paese, si è data definitiva attuazione a quella "garanzia del diritto alla salute" già prevista dall'art.32 della prima parte della Costituzione della Repubblica.

Oggi il servizio sanitario italiano si presenta con un sistema di Governo maturo, basato su due grandi pilastri, Stato e Regioni, che, insieme, hanno la piena responsabilità delle scelte, delle politiche, degli indirizzi, delle strategie, della definizione delle priorità e, conseguentemente, della determinazione delle risorse finanziarie, umane e tecnologiche, utili all'esercizio di questa funzione costituzionale.

Ed è proprio dal "Governo del sistema" che ritengo di dover avviare l'illustrazione del programma di questo Ministero.

4. Il Governo del sistema

4.1. Stato e Regioni: il nuovo asse per il governo della sanità

La progressiva crescita del ruolo delle Regioni nel governo del sistema sanitario, culminata nell'attribuzione al governo regionale dei poteri di legislazione concorrente, rappresenta, forse, una delle scelte più significative di questi ultimi decenni in campo istituzionale.

Essa si motiva con la necessità di avvicinare territorialmente, socialmente e culturalmente "l'offerta di servizi e la domanda di assistenza" nel rispetto del principio di sussidiarietà, liberando meccanismi virtuosi di autonomia programmatica, organizzativa e gestionale che in molte situazioni hanno dato luogo a esperienze straordinarie di governo della cosa pubblica.

Al momento attuale, tuttavia, ci troviamo all'inizio di una nuova fase, di un passaggio che possiamo identificare come "la necessità di una nuova forma di governo condiviso".

Al progredire delle autonomie regionali, infatti, non si è accompagnata una parallela innovazione nelle dinamiche di governo centrali capace di fare compiere un salto ideale e sostanziale al ruolo e alle competenze assegnate comunque al livello nazionale.

Al contrario, la nuova riattribuzione di compiti stabilita dal Titolo V, ha prodotto spesso difficoltà interpretative, se non addirittura diffidenze reciproche tra Stato e Regioni, senza dare luogo a quella nuova cabina di regia comune in grado di monitorare e governare l'intero sistema nel pieno rispetto delle autonomie.

E' per questo che il primo atto di Governo da me compiuto è stato quello di insediare un tavolo permanente di consultazione con le Regioni, al quale affidare il compito di governare il sistema privilegiando il metodo della condivisione su tutte le grandi questioni aperte in materia di tutela della salute.

In tal modo la logica dei poteri concorrenti si sviluppa e articola in quella del "concorrere" insieme al miglioramento e allo sviluppo della sanità pubblica italiana in

una rinnovata logica di unità, intesa come unitarietà di governo e di indirizzo capace di trasformare le differenze in opportunità, superando insieme le disuguaglianze, le disomogeneità e le discriminazioni ancora oggi presenti, non solo tra Nord e Sud ma anche all'interno di territori contigui.

4.2. La "cattiva" politica

Una riflessione a parte merita la necessità di portare a termine quanto già avviato con uno dei primi atti del Governo Prodi, laddove si è provveduto ad abrogare quella norma, varata sul finire della precedente legislatura, che prevedeva l'equiparazione del mandato di parlamentare o di consigliere regionale al quinquennio di esperienza manageriale aziendale, quale requisito previsto per l'incarico di direttore generale delle Asl.

Come ho già avuto modo di sottolineare, ritengo che non si può chiedere a gran voce efficienza, rigore, appropriatezza e competenza nella sanità e poi pensare e adottare una norma, come quella che abbiamo cancellato, che di fatto avrebbe aperto la direzione generale di Asl e Ospedali a persone che, senza nulla togliere all'importanza dell'esperienza di parlamentare o di consigliere regionale, non possono essere certo considerate esperte di gestione e organizzazione di azienda.

La politica è una cosa, la gestione della sanità pubblica un'altra e le due cose devono essere tenute ben distinte.

Ma, come sottolineato, non intendiamo fermarci qui.

La necessità che la politica della lottizzazione esca definitivamente dalla sanità nel suo complesso è, infatti, una necessità sulla quale auspichiamo si possa creare una reale condivisione tra tutte le forze politiche.

Non si tratta di fare facile demagogia "anti partiti", si tratta al contrario di far sì che la buona politica dei partiti possa riappropriarsi di quella capacità di lettura e di analisi dei bisogni e delle istanze della società, traducendola in azioni e fatti concreti e non in occupazione di posti e incarichi. Detto questo non si vuole, e sarebbe ridicolo

farlo, criminalizzare orientamenti e visioni personali che possono e debbono restare patrimonio di ciascuno, ma si vuole affermare che ciò che deve determinare la scelta di un Direttore Generale di un'azienda sanitaria o di un ospedale deve essere il curriculum e l'esperienza documentata, non la fedeltà a questo o quel partito. Qualunque esso sia.

5. Le risorse del sistema

5.1. La questione finanziaria e il nuovo patto sulla spesa

Il primo elemento di crisi di questa strategia va individuato nella costante sottostima, o meglio nella "incapacità" di stima, delle risorse finanziarie necessarie per il sistema sanitario che ha caratterizzato molte fasi della vita del Ssn e che oggi è giunta ad un punto di non ritorno con l'evidenza di disavanzi gestionali tali da far emergere un rischio reale di "non governabilità" del sistema stesso.

Tutto questo, quando stiamo vivendo un passaggio delicatissimo per la situazione economica e sociale del Paese che richiede una terapia d'urto in grado di dare, da subito, il segnale concreto di una svolta.

Da qui la decisione di avviare il confronto tra Stato e Regioni per la sottoscrizione di un "Nuovo patto per la spesa sanitaria" capace di traghettare il sistema verso una stagione di certezze e stabilità di governo, ormai avvertita come priorità assoluta da tutte le Regioni italiane, senza distinzione di colore politico o di collocazione territoriale.

Il dialogo per la definizione del Patto è in pieno svolgimento e troverà una prima sintesi il prossimo 4 luglio in occasione della presentazione delle linee del Dpef alle Regioni e del contestuale esame delle proposte regionali che saranno evidenziate al Governo in quella stessa data.

Posso qui anticipare gli orientamenti che il Ministero della Salute ha già ritenuto di condividere con le Regioni e il Governo:

1. Valutazione condivisa con le Regioni del fabbisogno di spesa, anche attraverso un attento riesame dell'appropriatezza dei Lea e tenendo conto del consuntivo di spesa dell'anno 2006.
2. Certezza di risorse finanziarie, individuando nel 6,6% del Pil per il triennio 2007/2009 un punto di partenza per la programmazione dei piani e delle politiche regionali, cui affiancare un fondo "straordinario" per le Regioni che presentano grandi criticità finanziarie con l'obiettivo dell'azzeramento del debito entro il 2009.
3. Riconoscimento e valorizzazione di autonomie e responsabilità del governo regionale, cancellando vincoli unidirezionali e imposti e liberando la possibilità di ricorso all'autonomia impositiva locale.
4. Valutazione dell'andamento della spesa e del raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso la costituzione di un organismo bilaterale (Governo-Regioni) per il monitoraggio costante e in corso d'opera incentrato sulla dinamica di specifici indicatori di risultato.

I termini concreti di un accordo sulla sostenibilità del sistema sanitario possono essere i seguenti:

- lo Stato si impegna a ridefinire entro l'anno il sistema di finanziamento in modo da dare certezza circa le risorse destinate al Servizio Sanitario su un arco pluriennale ragionevole (inizialmente triennio 2007-2009). Le Regioni vengono richiamate ad una assunzione forte di autonomia e inderogabile responsabilità di bilancio: se una Regione ottiene guadagni di efficienza maggiori di quelli programmati, può utilizzare a sua discrezione le risorse così liberate; se non li ottiene deve finanziare le spese eccedenti con risorse proprie (adottando misure specifiche, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi);

- il nuovo sistema di finanziamento si compone di una parte "ordinaria", che assicura risorse adeguate ai costi dei Lea nelle Regioni con performance migliori; e di una parte, scorporata dalla prima, che sia esplicitamente finalizzata al finanziamento delle inefficienze differenziali delle Regioni meno virtuose. Questa seconda parte dovrà prevedere un percorso di rientro, quindi dovrà ridimensionarsi rapidamente nel tempo, e dovrà essere condizionata alla realizzazione effettiva delle azioni di efficientamento, pena l'esercizio dei poteri sostitutivi e l'utilizzo pieno delle leve fiscali di competenza regionale. Per alcune Regioni sarà inevitabile prevedere l'affiancamento da parte del livello di Governo centrale fino al conseguimento degli obiettivi di rientro stabiliti.

5.2. La ricchezza delle professionalità

Il secondo livello di criticità da affrontare in termini di risorse è quello delle diverse e straordinarie professionalità impiegate nel sistema, oggi attraversate da una profonda crisi in termini di ruolo, potenzialità di innovazione, assunzione di responsabilità e garanzia di autonomia nell'esercizio del proprio lavoro.

Possiamo in questa sede individuare alcune grandi priorità per gli operatori del Ssn:

1. Sviluppo del governo clinico e assistenziale quale "sistema" di governo partecipato dell'azienda sanitaria locale, ospedaliera e territoriale, prevedendo forme specifiche e garantite di governance che si articolino nelle diverse strutture del Ssn. Il fine è quello di valorizzare e responsabilizzare l'esperienza clinica e assistenziale allo scopo di orientare il sistema verso l'obiettivo prioritario della soddisfazione dei bisogni del cittadino, attraverso modalità di intervento basate sulla qualità e l'appropriatezza nelle prestazioni e nei percorsi terapeutici e assistenziali.
2. Dare piena applicazione alla legge 43 del febbraio 2006 sulle professioni sanitarie. In proposito è già avviato e vicino alla conclusione il confronto con le professioni interessate (infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-

sanitarie e della prevenzione) per l'attuazione della delega al Governo finalizzata all'istituzione degli Ordini e degli Albi professionali relativi.

3. **Riforma del sistema dell'Ecm (educazione continua in medicina) e dello stesso percorso universitario nelle lauree nelle scienze mediche e sanitarie** in grado di recepire le nuove esigenze sanitarie e le nuove dinamiche professionali, con particolare riferimento all'umanizzazione della medicina, alla gestione delle risorse, alla gestione dei percorsi decisionali e al lavoro d'equipe. In proposito appare urgente ridefinire il rapporto tra Università e Ssn nell'ottica della sinergia e del superamento di ogni corporativismo.
4. **Avviare il superamento delle forme di lavoro atipiche che mascherano spesso un vero e proprio precariato o addirittura un "lavoro nascosto",** come nel caso degli specializzandi, favorendo politiche di integrazione e regolarizzazione contrattuale anche attraverso forme innovative e sperimentali dei rapporti di lavoro, in accordo con le Regioni.
5. **Costruire un nuovo sistema concorsuale per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali all'interno delle strutture sanitarie (dipartimenti, strutture semplici e complesse, ecc.)** che sappia coniugare la necessità di trasparenza nelle nomine, di competenza dei candidati e di massima condivisione nelle scelte con la funzione di responsabilità decisionale che riteniamo debba rimanere in capo agli organismi gestionali delle aziende, ma secondo criteri che prevedano:
 - Le caratteristiche del posto messo a concorso da definire nel bando
 - I titoli di carriera a carattere generale posseduti dal candidato
 - I titoli specifici per il posto messo a concorso
 - L'attività scientifica e le pubblicazioni del candidato
 - La verifica e la valutazione dell'operato in base ai risultati ottenuti nell'esercizio dell'incarico

5.3. Sindacato, impresa e Ssn: un nuovo dialogo per lo sviluppo

Tra i miei primi atti di governo voglio ricordare l'istituzione di un Tavolo permanente di consultazione con i Sindacati confederali. Un Tavolo che affronterà tutti i temi riguardanti la tutela della salute dei cittadini e dal quale si attendono contributi preziosi per la definizione del Patto sulla salute, da contrarre con tutti gli attori del sistema.

In proposito, non possiamo non recepire, in questa sede, la grande novità emersa nel dibattito interno alla Confindustria in merito alla questione sanità.

Dopo anni di politiche sostanzialmente orientate verso una visione liberista, con uno sforzo di analisi e approfondimento rimarchevole, gli industriali italiani hanno prodotto un coraggioso ribaltamento nelle proprie posizioni, arrivando a sostenere la necessità di mantenere e rafforzare il nostro Servizio sanitario nazionale quale grande elemento di stabilità economica e sociale per l'intero Paese.

Partiamo dai dati che evidenziano come:

- le persone occupate nelle oltre 250 mila unità locali che compongono la filiera della salute ammontano complessivamente a quasi 1,4 milioni (corrispondenti a più del 6% delle forze di lavoro occupate nell'intera economia).
- il valore aggiunto diretto e indotto derivante dalle attività della filiera della salute sorpassa i 149 miliardi di euro, pari all'11,1% del PIL dell'intera economia nazionale;
- i servizi sanitari contribuiscono direttamente e indirettamente per il 7,1% alla formazione della ricchezza nazionale, la distribuzione di farmaci e prodotti medicali per il 2,4% e l'industria della salute per il rimanente 1,6%.

Questi dati forniscono un'ulteriore conferma, da fonte certamente non ascrivibile al "partito della spesa pubblica", a quanto dichiarato dal Presidente Prodi nel suo discorso programmatico alle Camere e cioè che la sanità non può essere più considerata come un mero fattore di spesa pubblica ma come un vero e proprio volano per l'economia.

Un volano che, per iniziare ad essere universalmente percepito come tale, richiede un nuovo patto tra i diversi attori del sistema a partire dai grandi Sindacati dei lavoratori fino al mondo delle imprese, con il concorso dei diversi dicasteri competenti e in particolare Salute, Sviluppo Economico e Ricerca, con l'obiettivo di un nuovo piano di investimenti strutturali per il Ssn.

Un patto costruito sulla convinzione che questa filiera della salute ha tutti i numeri, i valori e le professionalità per diventare a tutti gli effetti una "grande impresa sociale" che crea ricchezza, know how, benessere e stimola innovazione, investimenti, occupazione e coesione sociale.

5.4. Il cittadino protagonista del sistema

Una riflessione non meno rilevante riguarda i cittadini e la loro centralità. Cosa significa dare effettività alla centralità dei cittadini?

Si potrebbe immaginare, e non sarebbe davvero poco, ad una azione in favore della attuazione effettiva di quanto già previsto dalle norme in vigore in tema di partecipazione. Ma ci serve, in realtà, qualcosa di più. Abbiamo bisogno, certamente, di incrementare quantitativamente luoghi, occasioni, momenti di partecipazione. Ma abbiamo bisogno, ancora di più, di mettere l'accento sulla qualità della partecipazione, puntando su di essa, ai diversi livelli per far emergere problemi e questioni irrisolti, ma anche, e soprattutto, per concorrere alla ricerca di soluzioni percorribili. Abbiamo bisogno di considerare i cittadini come risorsa strutturale del Ssn, e non quali meri destinatari di servizi e prestazioni e di valorizzare, all'insegna del principio di sussidiarietà, il tanto che essi fanno, ai diversi livelli, per la cura del Ssn come bene comune.

Non si tratta di promuovere una partecipazione generica, come per esempio la consultazione su scelte già pre-definite, quanto piuttosto una partecipazione attiva, un coinvolgimento vero nei processi decisionali.

L'informazione è una pre-condizione per forme di partecipazione così intese. Una informazione chiara e accessibile, rappresenta, peraltro, anche una modalità per render conto del proprio operato, non solo garantendo l'accesso passivo dei cittadini, ma anche lavorando per disseminare attivamente l'informazione stessa rendendo trasparenti e comprensibili programmi, attività, risultati raggiunti. L'introduzione crescente di modalità e metodologie di rendicontazione nei confronti dei cittadini dovrebbe diventare un vero e proprio asse strategico della nostra azione. Piani strategici, linee di indirizzo, programmi, attività effettivamente svolte, risultati conseguiti, bilancio di missione, dovrebbero diventare, progressivamente, strumenti routinari di dialogo con fasce sempre più estese dell'opinione pubblica, avendo cura di confrontare quanto era negli obiettivi programmati rispetto a quanto si è riusciti effettivamente a realizzare e a rendicontare.

Ciò che abbiamo in mente è un Ministero accogliente, in grado di farsi portatore di un segnale forte nei confronti del mondo delle organizzazioni di tutela e dei consumatori, puntando sulla accoglienza, l'ascolto, la valorizzazione delle competenze, il rafforzamento della dimensione civica come componente essenziale e vera e propria risorsa del sistema, la valorizzazione delle attività di documentazione dello stato dell'arte e valutazione dell'impatto sociale delle politiche che questo mondo è in grado di esprimere. Realizzare tutto ciò significa riconoscere ai cittadini l'esercizio di ruoli e funzioni nella cura di un bene comune come il Ssn. Per questo abbiamo già messo in cantiere un programma di attività con l'obiettivo di costituire una consulta permanente delle associazioni che rifugga dalla occasionalità ed episodicità che troppo spesso hanno caratterizzato nel passato i rapporti tra Istituzioni e Cittadino. Prevediamo un primo incontro aperto alla più ampia partecipazione, da svolgere nel prossimo mese di settembre.

6. La sfida della ricerca

Anche per la ricerca è tempo di cambiare. Cambiare approcci, metodi, politiche.

In primo luogo dobbiamo superare quella sorta di duopolio tra Milano e Roma, valorizzando le altre esperienze italiane (tra tutte, a titolo di esempio, quella di Bologna, particolarmente attiva ormai da molti anni) in una rinnovata logica di "rete".

Intendiamo poi dare un immediato riscontro alla richiesta di trasparenza e rigore nell'attribuzione dei fondi, come testimonia il nuovo decreto ministeriale, già all'esame della Stato-Regioni, che ha provveduto a revocare il precedente Dm del 23 febbraio 2006 e a stabilire nuove modalità, attraverso appositi bandi pubblici, per accedere ai 100 milioni di Euro finalizzati a progetti di ricerca nell'area dell'oncologia.

Detto questo, la situazione della ricerca sanitaria in Italia è oggi:

1. molto frammentata, con difficoltà a sviluppare (con la principale eccezione dell'oncologia) progetti di valore internazionale in aree ben definite;
2. caratterizzata da un quadro di forte insufficienza delle risorse disponibili;
3. complicata da un notevole carico di lavoro amministrativo per l'assegnazione e l'utilizzazione delle risorse nonché per cercare di assicurare il loro mantenimento nel tempo. Inoltre, sussistono alcune difficoltà degli istituti italiani ad accedere alle importanti fonti di co-finanziamento europee della ricerca scientifica e tecnologica e sui servizi sanitari, rappresentati dal Programma quadro comunitario della ricerca scientifica e dal Programma di sanità pubblica.

Sulla base di queste considerazioni, l'azione futura per migliorare la situazione sarà finalizzata a elaborare, in collaborazione con gli altri Ministeri competenti e le Regioni, un piano nazionale triennale di governo della ricerca sanitaria scientifica e tecnologica e sui servizi, tenendo conto delle priorità dell'Unione Europea e della necessità di rafforzare la costituzione di reti nazionali con la partecipazione dei diversi istituti di ricerca italiani.

Il discorso sulla ricerca va comunque allargato con l'obiettivo primario di collegare gli indirizzi di ricerca ai bisogni di salute del paese, alle priorità e agli obiettivi della programmazione sanitaria definiti a livello nazionale e locale. Allargare il concetto di ricerca oltre l'ambito bio-scientifico e quindi mettere in campo ricerche sociali che sappiano cogliere le questioni emergenti del paese (ad esempio, anziani e invecchiamento), ricerche sulla dimensione organizzativa del sistema sanitario per migliorare la sua efficienza e specifiche ricerche di economia sanitaria e nell'ambito delle professioni.

Una ricerca allargata vale come sinergia e come collaborazione tra le università, gli istituti pubblici e la ricerca privata soprattutto in ambito industriale.

Nell'ambito dei programmi di ricerca si rileva la peculiarità delle malattie rare che richiedono un'assistenza specialistica e continuativa di dimensioni tali da non poter essere supportata e sostenuta al di fuori di un importante intervento pubblico (cfr. paragrafo 11.4).

7. Una nuova politica farmaceutica

Il mercato farmaceutico complessivo ammonta a circa 19 miliardi di Euro, di cui 13 a carico del servizio sanitario nazionale per la spesa farmaceutica convenzionata. L'Italia è il sesto mercato mondiale ed offre una copertura pubblica superiore al 70%, che risulta tra le più elevate in Europa.

Questi dati e le esperienze maturate sino ad oggi ci convincono che sia giunto il momento per puntare su una piattaforma complessiva, una vera e propria "Nuova politica farmaceutica" da definire, implementare e gestire attraverso un tavolo istituzionale allargato alle diverse componenti del settore.

L'ipotesi di fondo è che il farmaco, pur in un contesto di spesa programmata, può diventare elemento di sviluppo dell'intero sistema e degli strumenti di traino per il miglioramento della sanità e delle politiche di welfare.

Ed è per questo che la promozione di una nuova politica del farmaco ha necessità di politiche di coordinamento e di integrazione con i differenti ministeri all'interno delle quali collocare la proposta di un tavolo fra il ministero della Salute, ministero dello Sviluppo Economico, Agenzia Italiana del Farmaco, con la partecipazione degli operatori di settore.

Quattro sono i punti di un'agenda per la "nuova politica del farmaco".

1. **Qualità, appropriatezza e controllo della spesa.** Dobbiamo assicurare un monitoraggio attento e costante della spesa per la farmaceutica convenzionata e non convenzionata (ospedaliera + distribuzione diretta) a livello nazionale e a livello regionale, secondo metodologie trasparenti e condivise fra le parti, migliorando le attuali capacità di monitoraggio e soprattutto indirizzandole verso logiche di qualità e di valutazione dei risultati in termini di salute per i cittadini. L'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche costituisce l'elemento fondante per garantire qualità delle cure e rigore nell'utilizzo delle risorse. Vogliamo definire un programma condiviso con le Regioni, con le aziende e con i medici promosso e finanziato dal Ministero e dall' Aifa, per promuovere l'uso razionale dei farmaci, investendo in formazione e informazione con specifici progetti che favoriscano anche una nuova cultura per l'uso corretto del farmaco da parte dei cittadini.
2. **Un tetto di spesa che risponda ai nuovi bisogni di salute.** Nel quadro di una nuova politica in grado, come già sottolineato, di coniugare qualità e uso appropriato delle risorse, andrà posta anche la questione della verifica di una eventuale rideterminazione del tetto per la spesa farmaceutica convenzionata, come percentuale del Fondo Sanitario nazionale. Occorre infatti cogliere i mutamenti e le variabili di contesto, quali l'invecchiamento della popolazione, il