

La sanità secondo il vice ministro alla Salute Ferruccio Fazio

"Ssn? Non c'è sistema migliore"

Viceministro Fazio, l'Oms ha dichiarato lo stato di pandemia da influenza A. I casi nel Regno Unito sono circa 200 al giorno. In Italia il virus è ancora contenuto, ma quali misure sta preparando il nostro Paese per contrastare la pandemia?

L'epidemia sta arrivando anche in Italia. Non c'è bisogno di fare allarmismo, ma se è vero che la forma di virus è attualmente leggera, è anche vero che, secondo le proiezioni, entro marzo vi saranno circa 3-4 milioni di casi. L'epidemia continuerà nei mesi successivi e non è detto, peraltro, che non evolva in una forma più grave. Occorre quindi prepararsi a misure efficaci di contenimento, oltre che di terapia e assistenza. In Italia vi sono già 40 milioni di dosi di antivirali e sono in acquisto altri 6 milioni di dosi. Il Governo sta inoltre preparando una strategia vaccinale che in una prima fase riguarderà le categorie più esposte e fondamentali per attuare una difesa, come gli operatori sanitari, ma anche la popolazione più fragile, vale a dire gli anziani e pazienti con specifiche patologie, ad esempio asma e diabete. Entro la fine dell'anno prevediamo di vaccinare più di 8 milioni di italiani, mentre da gennaio la vaccinazione sarà estesa a circa 12 milioni di ragazzi in età scolare.

Ci aspettiamo, poi, che proprio il Regno Unito attui al più presto una forte strategia di contrasto, considerato che la grande ondata italiana arriverà proprio da oltre Manica, anche a causa del rientro di turisti e studenti dal Regno Unito.

L'allarmismo potrebbe aprire la strada a una diffusione di vaccini contraffatti?

Di tentativi sicuramente. Per questo occorre chiarire alla popolazione che in Italia abbiamo una tracciabilità assoluta dei farmaci, registrando solo lo 0,1% di contraffazioni attraverso i canali legali. Il problema è tuttavia grave, perché il canale degli acquisti su internet è il più rischioso ma purtroppo anche molto diffuso. Allo stesso modo in cui le palestre rappresentano un canale a rischio per anabolizzanti e steroidi. Va dunque sottolineato ancora una volta che i canali sicuri sono quelli istitu-

La giornalista del Corriere della Sera, Margherita De Bac ha promosso un confronto pubblico con il viceministro alla Salute Ferruccio Fazio. Ne è scaturita una lunga intervista a più voci, con domande poste, oltre che da De Bac, anche dal pubblico in sala (soprattutto operatori del settore). *Gyneco c'era e vi racconta come è andata*



zionali. E lì non arriverà alcun vaccino contraffatto.

In questi mesi ha lavorato molto con le organizzazioni della medicina generale per lo sviluppo delle cure primarie. Qual è il modello che vi preparate a proporre?

Sviluppare le cure primarie significa costruire un percorso per il cittadino che parta dal medico di medicina generale, si articoli sul territorio, transiti il minor tempo possibile - e solo se necessario - per l'ospedale, per poi ritornare sul territorio in regime di continuità assistenziale. L'ospedale deve essere il punto di riferimento per diagnosi e ricoveri che hanno bisogno di tec-

mille abitanti e il tasso di ospedalizzazione da 193 a sotto i 130. Un altro aspetto è quello del Pronto Soccorso, che continua ad accogliere bisogni di assistenza inappropriati a quel servizio. Oggi oltre il 50% degli accessi sono codici bianchi e codici verdi, che potrebbero essere diagnosticati e trattati sul territorio.

Al di là dei disturbi più lievi, il fatto è che sul territorio non ci sono oggi strutture in grado di fare un'organizzazione del percorso e il Pronto Soccorso diventa così il canale di accesso ad esami, diagnosi e ricoveri. Questo, peraltro, costa al Ssn 15 miliardi di euro, che - secondo quanto stimato dall'Ordine dei medici di Roma - è il costo legato alla medicina difensiva per indagini, tac e radiologiche improprie.

Nei mesi passati abbiamo comunque lavorato duramente con tutte le organizzazioni sindacali della medicina del territorio (medici di famiglia, specialisti ambulatoriali, medici di continuità assistenziale) e abbiamo elaborato dei progetti di associazionismo, sia strutturale - con progetti tipo le Case della Salute - che virtuale, tramite collegamento in rete.

Proprio allo sviluppo della medicina territoriale H24, il Governo ha stanziato 350 milioni di euro, cioè un quarto delle risorse per gli obiettivi specifici del Fsn. Già la metà delle Regioni sta elaborando dei progetti per l'assegnazione dei fondi, che verranno erogati per il 70% subito e il restante 30% a consuntivo.

Proprio con i medici di medicina generale, inoltre, stiamo avviando una serie di iniziative per la gestione di nuovi punti di assistenza territoriale (ad esempio le farmacie) ma anche per la promozione dei farmaci generici e dell'educazione sanitaria.

"Sviluppare le cure primarie significa costruire un percorso per il cittadino che parta dal medico di medicina generale, si articoli sul territorio, transiti il minor tempo possibile - e solo se necessario - per l'ospedale, per poi ritornare sul territorio in regime di continuità assistenziale"

Insieme ai modelli serve però anche l'impegno dei professionisti a lavorare in sinergia. Come pensate di potenziare l'integrazione?

Ci saranno strutture uniche in cui i professionisti lavoreranno condividendo anche gli spazi, ma stiamo accettando anche progetti in cui ci sia un collegamento "virtuale" attraverso le tecnologie elettroniche.

Devo dire di essere molto soddisfatto, perché siamo riusciti a trovare un piano di azione su cui hanno concordato tutti i sindacati medici. E ci siamo riusciti perché abbiamo chiesto loro di presentare quelli che ritenevano i modelli migliori, dai quali realizzare la sintesi più efficace. **Il confronto con le Regioni è ancora oggi fermo. Anzi, c'è stata un'ulteriore lacerazione dopo la presentazione dell'emendamento anti-crisi che prevedeva, tra l'altro, il taglio del 20% dei posti letto e sul quale le Regioni hanno contestato uno scavalamento dell'autonomia prevista dal Titolo V.**

Vorrei anzitutto sottolineare che ci sono state tante polemiche su un emendamento che non è stato presentato. E poi ricordare che la Finanziaria 2007 del Governo Prodi stabilisce che il 31 dicembre 2009 decadessero tutti gli accreditamenti provvisori delle strutture che non rispondevano ai requisiti previsti. In realtà quello che il Governo stava preparando era una proroga di quella data, consentendo all'80% delle strutture di continuare la loro attività. In pratica, si è polemizzato su un taglio che era tutto il contrario di un taglio. In ogni caso, ora vedremo che tipo di proroga deciderà.

Ma i rapporti con le Regioni sono ancora critici...

Ci sono difficoltà, è evidente. Ma credo che sia molto importante sedersi a un tavolo, perché il confronto tra sordi certo non porta soluzioni. Il pericolo reale è che se non si firma il Patto per la Salute, il problema dei fondi e dei tetti andrà oltre quelli previsti per il 2010-2011, peraltro già implementati di 1,2 miliardi di euro.

Però occorre ricordare che se è vero che questi tetti non rispettano il tendenziale, è altrettanto vero che erano comunque già incrementati rispetto a quello

che sarebbe dovuto essere il finanziamento. Non c'è normativa che preveda questo tipo di allineamento.

Di sicuro c'è che esistono grosse sacche di inappropriatazza e il Patto per la Salute dovrà assolutamente prevedere misure di verifica e contenimento.

Ci sono molte inappropriatazze su cui si possono recuperare risorse: cesarei, diagnosi, esami, ricoveri e anche bene e servizi e ci sono Regioni dove una siringa costa il doppio che in altre. Senza dimenticare la grande inappropriatazza farmaceutica. Ma anche il personale del Ssn deve essere meglio utilizzato, perché il criterio non può essere quello del "fare ore" ma "fare prestazioni", verificando gli effetti dell'operato del personale che lavora nel sistema.

Anche il taglio del tetto per la farmaceutica ha causato qualche critica da parte del settore...

L'Italia è tradizionalmente un Paese in cui le logiche della farmaceutica sono più di mercato che non di sviluppo e innovazione. Non dico che non ci siano industrie che hanno fatto e fanno notevole innovazione, ma d'altro canto si può ribattere che l'Italia è un Paese in cui il costo dei generici è più alto che in altri e il consumo molto basso.

Il problema non è solo della farmaceutica, ma dell'intera filiera, che comprende la distribuzione. In questo ambito, credo che il sistema a doppio canale funzioni e vada preservato, mentre non sono a favore del triplo canale della "parafarmacia". La parola stessa, secondo il mio parere, andrebbe eliminata, perché prefigura un'ope legis che non è in linea con questo Governo. Il problema delle parafarmacie si risolve molto semplicemente mantenendo tutte le parafarmacie attive e permettendo ai farmacisti di operare in queste strutture, ma la parola parafarmacia è sbagliata.

Nella farmaceutica, poi, c'è un problema generale. Io sono dell'opinione che un settore in cui si debba investire di più sia la farmaceutica ospedaliera, in particolare i farmaci oncologici innovativi. Certo, la compagine di Governo opera secondo determinati modi e tutta la parte finanziaria è di fatto demandata al ministero dell'Economia. Per i farmaci oncologici innovativi si registra uno sfioramento di 240 milioni di euro. L'impegno del ministero c'è, ma ci sono anche esigenze oggettive di sostenibilità dell'economia del Paese.

Un settore su cui lei ha puntato molto fin dall'inizio del suo incarico di sottosegretario è quello della ricerca. Quali sono le novità?

La trasparenza. È quello a cui

puntiamo. Per questo abbiamo introdotto nuove regole, ossia la peer review dovrà diventare la prassi, ma nel prossimo biennio sarà realizzata dal Nhs americano proprio per garantire una revisione senza conflitti di interessi.

Il bando di ricerca riguarderà settori e categorie privilegiati, come per la ricerca under 40, ma vi sarà un'unica lista di qualità da cui selezionare i progetti migliori. Anche in questo caso il sistema consentirà di evitare la creazione di comitati di valutazione settoriali più a rischio di interessi.

Ma gli attuali meccanismi di accesso ai finanziamenti per la ricerca funzionano o vanno cambiati?

I finanziamenti non dovranno essere dati per tipologia di struttura, ma per qualità di progetti. Non è possibile che una struttura possa accedere ai finanziamenti per la ricerca corrente solo perché, per motivi vari, è stata annoverata nella categoria degli Irccs, mentre questa possibilità viene negata, ad esempio, al Niguarda di Milano o al Careggi di Firenze o ancora al Sant'Orsola di Bologna. Questo non è assolutamente logico.

Per questo dobbiamo spostarci progressivamente verso un nuovo assetto: è ipotizzabile per esempio un riassorbimento da parte delle Regioni del personale dell'area Irccs per costituire dei pool regionali di personale a termine che dovranno poi essere utilizzati per progetti specifici. La ricerca diventerà così istituzionalizzata nell'ambito del servizio sanitario nazionale. A

"I medici potranno svolgere la libera professione fuori dall'orario di servizio, in intra o extramoenia, ma questa non potrà superare per quantità l'attività istituzionale stabilita in base a carichi di lavoro fissati dal ministero e dall'Agenas"

questo proposito stiamo creando tre reti, oncologica, cardiologia e neuroscienza, alle quali le strutture potranno accreditarsi solo se saranno in regola con requisiti dettati da regole severe. In questo modo potremmo finalmente individuare la vera eccellenza.



Margherita De Bac

Inoltre, stiamo costruendo rapporti con il Miur e forse da quest'anno vi sarà un bando di ricerca unico, il che significherà anche maggiori finanziamenti. In questo ambito, abbiamo anche concluso un accordo con gli assessori per un co-finanziamento da parte delle Regioni. **Fuga dei cervelli, come arginarla?** Innanzitutto stiamo lavorando per capire quanti sono i profes-

"Ci sono molte inappropriatazze su cui si possono recuperare risorse. Ma anche il personale del Ssn deve essere meglio utilizzato, perché il criterio non può essere quello del "fare ore" ma "fare prestazioni"

sionisti che hanno scelto di uscire dal Paese. Ma secondo un piano nuovo, che tiene conto di una realtà: il reinserimento di uno scienziato che ha lavorato per anni all'estero non è semplice, per una questione di percorsi e meccanismi che possono essere diversi da Paese a Paese. Pensiamo sia più utile, piuttosto, istituire un'anagrafe dei ricercatori all'estero che possa servire ai ricercatori italiani per sapere dove poter fare collaborazioni, e ai ricercatori all'estero per inviare scienziati a stage e progetti nei laboratori italiani. Abbiamo in programma di organizzare nei prossimi mesi una grande convention a cui parteciperanno circa un centinaio di ricercatori italiani all'estero, e da lì organizzare gruppi di studio misti da finanziare con un budget prossimo ai 10 milioni di euro. Non è molto, ma per partire possono essere sufficienti. In questo modo i ricercatori all'estero non saranno più estra-

nei e distaccati dall'Italia ma potranno collaborare con il nostro Paese, rendere positiva quella fuga di cervelli che oggi ha avuto solo conseguenze negative.

È ipotizzabile una riduzione dell'Iva per le Onlus che operano nell'ambito sanitario?

Non sono contrario a questa ipotesi, ma in questo momento non posso dare risposte certe anche perché decisioni di carattere finanziario vanno sempre prese di concerto con l'Economia. Sicuramente c'è la necessità di rivisitare le normative per facilitare l'entrata di un privato virtuoso nell'ambito di una governance pubblica, specialmente nel Mezzogiorno.

Qual è la sua posizione sull'omeopatia?

Proveggo da una cultura scientifica rispetto alla quale l'omeopatia si è trovata in rotta di fuga. Ci siamo anche confrontati con le Regioni su questo tema, e noi siamo sicuramente aperti sulla possibilità di vagliare altre strade, ma ritengo che debba esserci una dimostrazione scientifica sull'efficacia e l'utilità di un certo tipo di farmaci. Per questo non mi trovo concorde con Francia e Germania, Paesi che gestiscono il grosso del mercato degli omeopatici e che hanno spinto le normative europee verso il riconoscimento di questi prodotti più per motivi economici che per chiare evidenze scientifiche. Sarà comunque mio compito fare rispettare e recepire le normative. Ciò premesso, credo che ci siano forme di medicina alternativa valide, penso ad alcune tecniche di riabilitazione fisica, ad esempio lo shiatsu.

Sarebbe favorevole all'inserimento in fascia A di prodotti sulla disaffezione al fumo?

Absolutamente no, in quanto ci sono studi scientifici molto precisi che dimostrano come il risultato sia legato per il 90% alla volontà del singolo. Comunque, siamo sempre pronti a un supplemento istruttorio.

Molti lamentano difficoltà di accesso, in alcune Regioni, ai farmaci innovativi. Come risolvere la situazione?

È alla firma un decreto d'intesa con le Regioni per cui i farmaci innovativi e potenzialmente innovativi vengono recepiti direttamente nei proutuari regionali, fino a quando le Regioni non decidano il contrario. In sostanza si ribalta il meccanismo attuale, per cui per escluderle dal proutuario non ci potranno più essere motivazioni solo economiche.

Nuovi Lea. Qual è lo stato dell'arte?

Il decreto di revisione dei Lea è alla firma. Potrebbe essere necessario un ulteriore passaggio

politico, ma ritengo che prima della fine del mese di luglio potrebbe essere approvato.

Nell'elenco delle prestazioni che saranno rimborsate dal Ssn sono state inserite anche nuove famiglie di malattie rare. Devo però precisare che la richiesta arrivata da alcune Regioni, Veneto in testa, di estendere ulteriormente l'elenco delle malattie rare da includere, temo troverà il parere negativo dell'Economia. Una soluzione alternativa potrebbe essere quella di ricorrere a un Decreto quadro per poi progressivamente inserirle nei Lea. Anche l'assistenza domiciliare sarà caratterizzata in modo più preciso, sarà divisa in assistenza per non autosufficienti, per le cure palliative e quelle ai malati terminali.

Libera professione dei medici. Il disegno di legge sul governo clinico nel quale è inserito anche un articolo ad hoc è stato bloccato dalle Regioni per incompatibilità con il Titolo V della Costituzione. Cosa si prevede, a questo punto, per il futuro dell'attività libero professionale?

Debbo innanzitutto precisare che le riserve delle Regioni non riguardavano il tema della libera professione, e comunque è stata stilata da Domenico Di Virgilio una nuova versione del Ddl che dovrebbe consentire il superamento di tutte le criticità sollevate. Per quanto attiene in particolare l'articolo sulla libera professione, alla stesura della quale ho contribuito personalmente, è previsto che i medici potranno svolgere la libera professione fuori dall'orario di servizio, in intra o extramoenia, ma questa non potrà superare per quantità l'attività istituzionale stabilita in base a carichi di lavoro fissati dal ministero e dall'Agenas. Certo le Regioni potranno poi scegliere diversamente. Inoltre la libera professione così disciplinata ci consentirà anche di gestire in maniera diversa i rapporti con gli universitari.

Da medico che voto avrebbe dato al Ssn, e che voto da invece oggi, a un anno di distanza dal suo insediamento alla Salute?

Nel corso di questi 14 mesi di lavoro ho cercato di capire se un sistema sanitario diverso da quello che abbiamo sarebbe preferibile. La mia attuale convinzione è che non c'è sistema migliore. Da medico ritenevo che il nostro fosse un servizio molto buono, ma che si reggesse soprattutto sull'impegno dei singoli professionisti. Ora, da amministratore, ho ribaltato il discorso: ferma restando la capacità dei professionisti, quello che funziona è il sistema così come concepito, ossia universalistico e multi-regionale dove le esperienze migliori possono venire mutualizzate. Per raggiungere l'optimum dobbiamo solo sanare la situazione nelle Regioni con gravi deficit finanziari.

A cura di Lucia Conti e Ester Maragò