

CdO. La prima questione morale è l'educazione Curarsi in Italia e negli USA, tra Stato, privato e non profit In collaborazione con Regione Lombardia

Mercoledì 22, ore 11.30

Relatori:

Girolamo SIRCHIA, □ Ministro della Salute
Roberto FORMIGONI,
Presidente della Regione Lombardia
Gianfelice ROCCA,
Presidente di Humanitas
John H. HERREL,
Chief Administrative Officer □ Mayo Clinic
Francesco GRANATA,
Presidente di Pharmacia & Upjohn Italia SpA

Moderatore:

Piero MICOSI

Micosi: Oggi parliamo di sanità. È un tema che preme alla gente e alla politica. Il presidente Formigoni è l'esempio di un governatore che ha vinto sulla sanità. Ministro Sirchia, l'8 agosto si è concluso un accordo forse storico fra lo Stato e le Regioni in materia di sanità: cambiano le cose in materia di poteri, di contratti, di farmaceutica. Vorremmo un suo giudizio, ma anche che lei ci dicesse che ruolo vede per il Ministero della Sanità e per il Governo nel futuro. Soprattutto, questa ottica della devolution mette in pericolo il nostro servizio sanitario e i principi di solidarietà e di servizio su cui era fondato?

Sirchia: Per anni abbiamo avuto il problema del Fondo Sanitario Nazionale sottostimato, che veniva erogato con ritardi di solito molto consistenti, e quindi non dava alle Regioni certezza di poter operare. Questo accordo Stato-Regioni, siglato l'8 agosto, innanzitutto, pone fino a questo inconveniente: per la prima volta si è riconosciuto che il Fondo Sanitario Nazionale è sottostimato; verrà, di conseguenza, incrementato nell'arco di tre anni, fino a raggiungere circa il 6% del PIL. Facciamo, un momento, il punto zero della situazione dell'accordo Stato-Regioni, in cui diciamo qual è il debito; nel contempo le Regioni, sapendo che il Fondo Sanitario non ci sarà più, si impegnano ad organizzarsi per essere, nel giro di tre anni, veramente autonome, sia sotto il versante della spesa che sotto quello delle entrate. E la prima volta che si raggiunge in Italia questo primo punto di chiarezza; inoltre, proprio in ragione dell'autonomia che avranno, le Regioni decideranno qual è il modello di organizzazione che vogliono darsi. Non esporterò il modello lombardo, o un altro, perché non è nei miei poteri: ogni Regione avrà la possibilità di organizzare la sanità come meglio ritiene, e saranno poi gli amministratori, quelli che decidono, che andranno al voto per chiedere agli elettori se sono stati bravi o no; saranno giudicati in base ai risultati che avranno ottenuto. Questo è l'impianto fondamentale che cambia radicalmente il quadro della sanità.

Che cosa vogliamo e dobbiamo fare come Ministero? Si è detto che a questo punto il Ministero non servirebbe più. In un sistema di questo genere, però, diventa essenziale definire i paletti etici del sistema, altrimenti si rischia di avere sistemi sanitari differenti da Regione a Regione, non tanto sotto il profilo organizzativo, quanto piuttosto sotto quello dei risultati che si ottengono, creando disparità maggiori di quelle esistenti. Non si pensi che il Servizio Sanitario Nazionale oggi sia equo. Faccio un esempio: non pensate che un paziente di una Regione meridionale abbia l'accesso e la qualità dei servizi che può avere in altre Regioni d'Italia. Se una persona ha la fortuna di nascere in una Regione ricca ha certi servizi, se nasce in una povera ne ha altri. C'è una forte iniquità, dovuta non al fatto che il finanziamento alle Regioni è proporzionale agli abitanti e più o meno analogo, ma al fatto che quel finanziamento viene usato dalle Regioni in modo diverso, per realizzare servizi molto differenti tra loro. Un sistema di questo genere non va bene: quando difendiamo il Servizio Sanitario Nazionale, contestualmente dobbiamo correggere queste iniquità. Ve ne sono molte altre; il discorso dell'*intramoenia* e dell'*extramoenia* ha generato due corsie: il paziente che si presenta e paga ha un servizio immediato e il paziente che si presenta e non paga ha un accesso più difficoltoso in molte Regioni, in molti ospedali. Non possiamo tollerare queste iniquità, dobbiamo correggerle. Il compito del Ministero sarà di definire i paletti etici di questo sistema. Su questo impegno dobbiamo esprimere il meglio di noi. Il nuovo Servizio Sanitario Nazionale non dovrà essere tale solo perché ha trasferito poteri alle Regioni, ma perché ha dato al sistema un'equità che oggi non ha.

Micossi: Credo molto importante il riferimento al fatto che, oggi, questo sistema non è così equo come ce lo raccontavano. Dall'altra parte, on. Formigoni, le Regioni: sussidiarietà e Stato sociale sono sempre stata la sua bandiera. In questa devolution alle Regioni però c'è un rischio: che il sistema perda in capacità di servizio, di solidarietà. È vero che questo significa l'affidamento al mercato del nostro Servizio Sanitario Nazionale?

Formigoni: Da parte mia, ma credo anche da parte di molti miei colleghi Presidenti di Regione, c'è una grande soddisfazione per l'accordo che abbiamo firmato l'8 agosto, che avvia finalmente il sistema sanitario in Italia verso livelli più vicini a quella media europea da cui eravamo gravemente distanti, con grande nocumento per i cittadini. Il ministro Sirchia ha ricordato che è stata aumentata la dotazione della spesa sanitaria nazionale: l'8 agosto il nostro Paese ha deciso che per tutelare la salute dei cittadini bisogna spendere di più. Permettetemi qualche cifra. Noi spendevamo per l'assistenza sanitaria il 5,3% del Prodotto Interno Lordo: la quota più bassa di tutti i Paesi occidentali come spesa pubblica, cioè a carico dello Stato. A questo si aggiungeva un 2,3 % di spesa sanitaria sostenuta dai cittadini che pagavano e pagano di tasca loro per completare quanto lo Stato, la comunità, non era in grado di fare. Siamo passati dal 5,3 % al 5,8 %: si tratta di un incremento importante. Le Regioni hanno vinto questa importante battaglia: abbiamo avuto ragione delle dure polemiche di questi anni, in cui tante volte avevamo dovuto lamentarci nei confronti di uno Stato avaro, che non dava ai cittadini ciò di cui avevano bisogno. In cambio le Regioni hanno dato allo Stato la garanzia di un'assoluta serietà dal punto di vista dei conti interni: si è introdotto il principio di responsabilità. Ogni Regione ha detto: «Per me questa quota stabilita per garantire la salute ai miei cittadini va bene; io singola Regione, io singolo Presidente mi impegno, nel caso non riuscissi a fare quadrare i conti, a reperire nuove risorse sotto la mia responsabilità». Anche questa è un'impostazione nuova, che va in direzione di quella responsabilità che la Lombardia aveva proposto al governo nazionale già nel 1999. Ricordo ancora la faccia del sottosegretario di allora al Tesoro, il prof. Giarda. Quando avanzai questa proposta, gli occhi del prof. Giarda si illuminarono, perché evidentemente uno Stato che avesse davanti delle Regioni con questo senso di responsabilità sarebbe uno Stato fortunato, o meglio responsabile. Oggi questo principio che nel 1999 avevamo anticipato è diventato realtà; questo permette a ciascuno di noi una maggiore chiarezza. È vero che le campagne elettorali si fanno, si sono già fatte, sulla sanità; dopo l'introduzione di questo principio si faranno ancora di più sulla sanità, perché ogni governo regionale potrà dimostrare la sua capacità, la sua efficienza, la sua creatività nell'inventare sistemi organizzativi regionali che, utilizzando le risorse date, migliorino il livello o la quantità delle prestazioni erogate ai cittadini; perché se io riuscirò, con i soldi che mi sono stati attribuiti, a garantire un numero di prestazioni maggiore, potrò curare di più e meglio i cittadini, e se mi rimarranno dei soldi potrò reinvestirli per migliorare gli ospedali o per aggiungere altre prestazioni.

Inizia una forma di competizione tra i sistemi; non siamo già nella devoluzione, ma certamente è un passo verso questa direzione, che sarà piena quando la totalità delle decisioni sarà data alle Regioni e, quindi, sarà possibile per le Regioni avviare un proprio sistema organizzativo che tenga conto delle caratteristiche dei propri cittadini (età, condizioni sociali, condizioni sanitarie, morbilità specifiche); avviare la costruzione di un sistema dove l'ospedale pubblico, l'ospedale privato, il privato profit e il privato non profit si integrino e funzionino al meglio. Devoluzione, dunque, come sinonimo di valorizzazione dell'eccellenza dei territori, come competizione dei sistemi. Non credo che ci sarà meno solidarietà quando ci sarà la devoluzione, per un semplice motivo: dobbiamo capire bene che cosa significa devoluzione. Nel dibattito di oggi un rischio che vedo fortissimo è che la devoluzione sia concepita come un semplice trasferimento di quote di potere da un organismo, lo Stato, ad un altro organismo, la Regione, rimanendo inalterate le energie che si muovono all'interno del sistema. Questo passaggio di poteri non introdurrebbe di per sé nessuna novità; la novità si verificherà se, nel realizzare la devoluzione, saremo capaci di chiamare all'impegno, all'iniziativa, la società civile, le realtà economiche, sociali, culturali, che nella società si muovono. Chiedo da anni la devoluzione, non perché voglia abbellirmi di poteri maggiori di quelli che ho, ma perché voglio devolvere poteri alla società, agli operatori. So che nella società si muove gente che ha voglia di fare, di costruire, di creare, che ci sono energie nel campo dei medici, nel campo degli operatori, nell'università, nel mondo non profit, che saprebbero mettere in piedi realtà di grande qualità. Voglio dare loro la possibilità di manifestarsi; per questo la devoluzione, la sussidiarietà, è la vera via del riscatto, anche di chi fino ad oggi è rimasto indietro perché le quote ripartite dallo Stato erano insufficienti rispetto al suo bisogno. Va cambiato il modello: bisogna permettere alle forze della società di tornare ad esprimersi, far tornare gli ospedali patrimonio della società civile. Un tempo la società civile sentiva gli ospedali come un proprio patrimonio: molti

morendo lasciavano in eredità gran parte dei propri beni agli ospedali, perché erano patrimonio della comunità. Da quando gli ospedali sono stati statalizzati, nessuno si è più sentito corresponsabile. Credo che realmente vada seguita la via della devoluzione, ma sarebbe meglio dire la via della sussidiarietà, perché devoluzione è la modalità di governo che realizza la sussidiarietà, cioè il trionfo della libertà di iniziativa di quegli uomini che creano, che vogliono creare, che vogliono dare un contributo al bene di tutti.

Micossi: Adesso abbiamo due voci apparentemente dissonanti. Dagli Stati Uniti il dott. Herrel, Chief Executive di un'organizzazione senza scopo di lucro. Dall'Italia della sanità statale, un grande imprenditore di una grande famiglia, Gianfelice Rocca: 40.000 dipendenti all'estero, 10.000 in Italia, 8 miliardi di dollari di fatturato, 350 miliardi di lire, in crescita, di fatturato in sanità. Che cosa fa un imprenditore in un settore che dovrebbe essere ispirato al principio del servizio e della solidarietà? È compatibile il ruolo dell'impresa in questo disegno di sussidiarietà? È in grado l'impresa di svolgere un ruolo nello sviluppo di un sistema di servizi moderno ed efficiente?

Rocca: Mi sento un po' figlio delle parole che diceva Formigoni: agli inizi degli anni Novanta, col mutamento del sistema di pagamento, abbiamo avuto la sensazione che fosse possibile creare un grande ospedale a Milano e ci siamo messi a cercare il prato dove farlo. Avevamo la sensazione che fosse il momento in cui le energie delle società civile potevano dare la risposta a problemi collettivi. Abbiamo avuto la sensazione, operando nel mondo, che la sfida del futuro sarà la capacità degli Stati, delle nazioni, del settore pubblico, di usare le energie che vengono dalla società per dare risposta ai problemi collettivi. Abbiamo cominciato a cercare i capitali e abbiamo trovato più di 200 miliardi da investire in questa avventura dove c'era una profonda visione etica. Era necessario, in un momento in cui l'Italia aveva pesanti vincoli di bilancio, trovare il modo di portare risparmio privato alla risoluzione di un problema collettivo e, siccome è il profitto che stimola il capitale, dovevamo trovare anche il modo di recuperare capitali dandone una remunerazione. Non abbiamo distribuito dividendi in 10 anni, ma è importante che siamo riusciti a crescere, a creare un ospedale che in quattro anni è diventato il terzo di Milano. Ogni settimana vi entrano 8.000 persone; il 30% delle persone assistite abita fuori della Regione. Qual è la sensazione di questa esperienza? Che più che mai la società civile è pronta a giocare un ruolo, ma occorre una grande alleanza, fatta di dialogo, di convergenza, di trasparenza assoluta, di controllo di qualità, di «par condicio» fra privati, pubblici e non pubblici nel dare un servizio collettivo. È stata un'esperienza entusiasmante: vogliamo essere misurati non tanto sulla caratteristica di chi offre il servizio (che sia profit o non profit) quanto sulla qualità, sull'efficienza. Devo dire che c'è un motore nel profitto della salute; sembra una contraddizione, ma va affrontato anche per le strutture non profit. La dimensione dell'insuccesso che pervade una macchina di questo genere fa sì che si apra la caccia agli sprechi; dentro ogni spreco c'è un elemento di solidarietà: se noi riusciamo a produrre una sanità con pochi sprechi offriamo una sanità universalistica, perché abbiamo costi bassi. Abbiamo la sensazione, da confronti di parametri, che all'interno degli ospedali ci siano differenze di produttività, a pari condizioni e a pari volumi di attività, dell'ordine del 50%. Ci sono ospedali che hanno un'improduttività del 40% o 50%, in particolare, gli ospedali metropolitani. C'è un enorme lavoro da fare insieme: andare a caccia degli sprechi. In questo modo c'è la possibilità persino di dare più sanità, pur riducendo le tasse, persino di dare sanità di maggior qualità a tutti i livelli. Attraverso la nostra presenza, la nostra disponibilità al servizio di un disegno di società civile che va attraverso i meccanismi che abbiamo elaborato (di rapporto con i medici, sistemi informatici e così via), in Italia siamo all'avanguardia: l'esperienza degli ospedali lombardi è fra le più avanzate a livello europeo. Siamo convinti che è possibile un enorme avanzamento usando i principi di sussidiarietà all'interno di questa grande alleanza tipica della solidarietà e dell'universalismo italiano; è tipico anche che, in una situazione di questo genere, dobbiamo trovare insieme un modello che non esiste altrove, ma soltanto dentro di noi, lavorando giorno per giorno, perché non c'è la certezza che troveremo una risposta. Sono molti i problemi che dobbiamo affrontare, moltissime sono le cose che dobbiamo fare insieme, ma credo che nella società ci sia una capacità di risposta (anche nel mondo del profit, anche nel mondo dei capitali) per poter dare una risposta efficiente e solidale a questo problema.

Micossi: Dottor Herrel, lei viene da un Paese che è dominato dalla concorrenza e dai valori del profitto, e tuttavia lei appartiene ad un'organizzazione non profit; le chiedo qual è il ruolo di un'organizzazione non profit in un sistema dominato dalla concorrenza.

Herrel: Come lei sa, io provengo da un sistema di assistenza sanitaria di tipo pluralistico e credo che ci sia un ruolo sia per le organizzazioni non profit, sia per quelle profit. Faccio parte del direttivo di un'organizzazione non profit e lavoro anche in un ambiente profit; da 23 anni lavoro alla Mayo Clinic, quindi, credo che entrambi i lati dell'equazione siano validi. La differenza tra i due settori non è così grande: un'organizzazione non profit significa che l'assistenza sanitaria viene fornita come veicolo per raggiungere e soddisfare la missione di assistenza sanitaria, mentre l'organizzazione sanitaria profit fornisce l'assistenza sanitaria quale veicolo per svolgere la missione di redditività. La distinzione forse è sottile, ma il modo in cui vengono gestite entrambe le organizzazioni è piuttosto simile: i vantaggi dell'impresa profit sono la possibilità, ad esempio, di raccogliere il capitale necessario con maggiore facilità, perché è più facile l'accesso al mercato azionario; inoltre, il profit può più facilmente attirare un management di talento, ed evidentemente la nave è di maggiore tenuta stagna. Anche il sistema non profit ha dei vantaggi: ad esempio, possiamo concentrarci sulla missione del servizio di assistenza sanitaria con maggiore facilità, e l'approccio è più umanitario, per lo meno verso l'esterno. Siamo, inoltre, in grado di attirare un management motivato dalla missione umanitaria piuttosto che dal compenso economico: questa è una delle grosse differenze rispetto al sistema profit; abbiamo, inoltre, accesso a capitale a basso costo, nel senso che i nostri governatori ci consentono di contrarre prestiti a costi ridotti rispetto al sistema profit, ricorrendo al mercato obbligazionario con esenzione fiscale; quindi, anche noi abbiamo i nostri punti di forza, i nostri vantaggi. Quando il settore profit fallisce, il fallimento è piuttosto evidente, perché c'è una forte pressione ad un'alta performance finanziaria che spinge i dirigenti ad abusi o a mettere in pericolo la qualità dell'assistenza sanitaria; a quel punto è chiaro che il paziente non si rivolgerà più alla nostra organizzazione. Quando, invece, il settore non profit fallisce, la mancanza di responsabilità sotto il profilo finanziario porta il management a sprechi o a spese sproporzionate. Negli Stati Uniti abbiamo degli ospedali non profit, e i professionisti, i medici, sono sostanzialmente indipendenti nel loro operato. C'è, comunque, un sistema duplice, che però cede all'interno del sistema non profit perché alcuni dei nostri professionisti magari operano anche nel sistema profit. Un altro tipo di sistema è quello accademico, che fa riferimento a un'istituzione universitaria: qui l'attenzione è soprattutto sulla formazione e sulla ricerca. Queste istituzioni sono sempre non profit e molti sono i professionisti occupati in queste istituzioni: sono indipendenti, e la tendenza è verso l'assistenza sanitaria di terzo livello, di alta specialità. Quindi, c'è un ampio spettro di attività non profit negli Stati Uniti. Credo che i vantaggi del sistema non profit risiedano nel fatto che questi profitti, invece di essere poi ripartiti agli azionisti, possono essere reinvestiti in formazione medica sanitaria e nella ricerca; questo è il punto di forza, ed è quello che ha fatto la Mayo Clinic. Noi riteniamo che il tipo di azienda sia lo stesso rispetto all'ospedale profit, solo non si ha distribuzione dei dividendi agli azionisti; il profitto viene reinvestito al fine di migliorare la formazione medica a vantaggio dei futuri medici.

Micossi: Infine, una voce importante, forse preoccupata. Il dott. Granata, amministratore delegato di Pharmacia, grande gruppo multinazionale che fa parte di Farindustria, sperimenta momenti di infelicità dopo l'accordo Stato-Regioni recentemente concluso. Qual è il futuro di questa industria nel sistema sanitario delle Regioni?

Granata: La nostra è un'industria un po' particolare, perché interpreta la globalizzazione in una maniera un po' personale, nel senso che cerchiamo di esaltare le diversità e cogliere da queste tutte le opportunità. Una delle nostre missioni è quella di interagire in maniera positiva con i Paesi nei quali siamo presenti: Pharmacia in Italia rappresenta da sola oltre il 20% di tutti gli investimenti privati in ricerca farmaceutica, e vogliamo continuare a mantenere questa presenza non soltanto commerciale, ma anche scientifica, che ci consenta di cogliere il meglio dal sistema Italia che può offrire molto dal punto di vista della scienza di base, della qualità dei ricercatori. Ovviamente, per quel che riguarda il ruolo dell'industria, pensiamo di dover seguire le scelte democratiche che il Paese ha fatto. Un'indubbia scelta democratica che questo Paese ha fatto va nella direzione della devolution, di capire quali sono i bisogni che l'Italia ha nell'erogare servizi sanitari e farmaceutici e cercare di discutere, di interagire al meglio, in modo che tutte le componenti lavorino in maniera armonica per fornire i servizi richiesti, ma anche per creare le opportunità per consolidare queste presenze diversificate e non soltanto commerciali. Vorrei ricordare che il farmaco non è solamente un elemento di spesa, ma è fondamentale nella catena del sistema sanitario, ha un ruolo dinamico nella spesa farmaceutica, nel senso che, se utilizzato bene, può modificare sostanzialmente i costi della sanità (per esempio facendo risparmiare sui ricoveri ospedalieri o sulle complicazioni che le malattie provocano) e, quindi, è un elemento fondamentale e dinamico di questa catena dei valori. Il problema è

quello di assicurare ai cittadini l'accesso a questo elemento della catena del valore in maniera equa e non differenziata, né tra Regione e Regione, né tra paziente e paziente; quindi, assicurare equità di accesso, tenendo in mente che uno degli elementi è la possibilità di offrire una pluralità di opzioni. La mia preoccupazione è quella di avere accesso in maniera anche pluralistica, perché anche i farmaci sono diversi l'uno dall'altro: non è detto che, pur nella stessa categoria, un farmaco che va bene per un paziente vada bene anche per un altro, che può avere una situazione metabolica diversa, di tollerabilità diversa. Pluralità significa anche mettere gli operatori sanitari, e in particolare i medici di medicina generale, in condizione di operare scelte che siano al servizio del singolo paziente e del singolo cittadino. Sotto questo profilo, non mi sembra che l'accordo siglato risponda al meglio a questa esigenza; ad esempio, l'accordo Stato-Regioni fa riferimento a un tetto di spesa farmaceutica (il 13% del totale della spesa sanitaria) che riporterebbe da una parte la spesa farmaceutica pubblica ai più bassi livelli di tutta Europa, dall'altra, creerebbe un sistema rigido nel quale il ruolo dinamico del farmaco all'interno del sistema dei valori di sanità verrebbe in qualche modo compresso. Un altro esempio è il cosiddetto rimborso dei riferimenti, che tenderebbe a selezionare un farmaco (verosimilmente il meno costoso) di una determinata categoria, a rimborsare solo quello e, quindi, a creare un sistema per il quale i pazienti che hanno bisogno di un farmaco diverso pagano la differenza. Tutto sommato allora essi dovranno pagare un ticket iniquo: oltre a mettere gli ammalati in condizione di dover pagare la differenza tra il farmaco a più basso costo e quelli più nuovi, si finirebbe per creare una compressione del ruolo del medico, che va invece valorizzato nella sua capacità di interagire e di capire quali sono le necessità del singolo paziente e quale farmaco si adatta meglio alla sua patologia. Credo che in un contesto nel quale la spesa farmaceutica italiana è ancora veramente tra i livelli più bassi d'Europa occorra fare uno sforzo insieme per costruire un sistema che consenta alle strutture di portare più vicino al cittadino le scelte e la gestione: è un fatto di grande democrazia, che sicuramente provocherà un aumento della qualità del servizio. Occorre portare al livello del cittadino anche questa possibilità di fornire pluralità di risposte ai suoi bisogni: trovare, discutendo insieme, i criteri, le linee guida che consentano di mantenere questa pluralità di offerte in un contesto nel quale le indubbie necessità del Sistema Sanitario, nazionale adesso e regionale domani, si troveranno, in particolare per quanto riguarda la possibilità di spesa.

Micossi: Negli ultimi anni tutti i Paesi del mondo si sono confrontati e divisi sulla questione bioetica: si è quasi preteso che lo Stato non abbia diritto di formulare un giudizio morale. Parliamo di tutela dell'embrione e di difesa della vita: signor ministro, lo Stato ha una voce? Questo governo ha intenzione di muoversi su questo terreno? E come?

Sirchia: Credo che noi tutti dobbiamo meditare sul momento che stiamo vivendo, per capire come assorbire al meglio quello che la scienza ci offre senza scardinare la società. Questo è un pensiero che investe tutti noi, sia il Governo, sia il Parlamento, sia i semplici cittadini. La scienza ci sta dando possibilità immense, impensabili solo dieci anni fa; sta al nostro buon senso e ai nostri valori morali utilizzare queste grandi scoperte per il bene della società: dobbiamo fare progredire la società sotto il profilo tecnico, ma anche morale. Sto rispondendo molto indirettamente a questa domanda, perché la risposta diretta sarebbe facilissima: ogni cittadino ha un suo pensiero; i cittadini sono rappresentati dal Parlamento che deciderà quali sono gli orientamenti che la nazione deve prendere nei confronti di questi grandi problemi.

Dobbiamo capire quali sono i rischi e i vantaggi che stiamo correndo. Uno dei più gravi è quello di giustificare con il principio di beneficiabilità tutto quello che la scienza ci offre: c'è un embrione, lo utilizziamo per creare dei tessuti, che diamo a un malato e ripariamo i suoi tessuti malati. L'embrione sostanzialmente è il soggetto debole, è una vita ancora nascente, quindi, usiamolo; quindi, la beneficiabilità si rivolge verso l'adulto malato piuttosto che verso l'embrione da sacrificare. Se si accetta questo principio, non esiste limite. Circa 10 anni fa si pose il problema dei trapianti, il problema dei soggetti anencefali: queste povere creature, che nascono senza i lobi cerebrali, sono soggetti che hanno una vita brevissima, di pochi giorni o di poche settimane, e poi muoiono. Nacque subito il discorso: «Perché alla nascita questi soggetti non li utilizziamo come donatori di organi?». La risposta fu fortissima, da tutte le legislazioni del mondo: non li usiamo perché sono persone vive, sono soggetti vivi, e non possiamo. Se noi accettassimo questo principio, ci metteremmo su un piano inclinato scivoloso; da questi soggetti si passerebbe rapidamente all'embrione, ma anche al malato terminale: «Perché teniamo un malato terminale che ci costa tantissimo, che grava sulle famiglie?». Ci sono quelli che dicono: «Ridiamo dignità al malato, facciamolo morire; perché tenerlo in vita? Deve morire, sta soffrendo». Qualcuno ha detto: «Togliamogli l'alimentazione e l'idratazione, così muore». Non so se qualcuno si renda conto che questo è

un omicidio, anche se chiesto dalla disperazione del malato: talvolta il malato è così disperato che chiede di morire. Abbiamo vissuto tutti questa situazione, ma non è più giusto che noi alleviamo il dolore con cure palliative che non mettano l'ammalato in condizione di disperazione tale da chiedere di morire? Credo che un medico debba fare questo. E si va anche oltre: «Questo è vecchio; non è malato ma è così vecchio; perché lo teniamo qua? Ma facciamolo morire». Poi c'è anche l'oligofrenico: «Non è vecchio, è giovane, poverino, ma è un down; perché non lo facciamo morire?». Andando avanti di questo passo, si passa di gradino in gradino, inesorabilmente, verso l'uso delle persone deboli a favore della società e delle persone forti. Se accettiamo questo principio, non c'è limite: andremo incontro ad un sistema che sradica qualunque principio etico nel nome della beneficalità, cioè del più forte. Quando si è trattato di discutere dell'embrione nell'ambito della commissione Dulbecco, che cosa si è detto? «Ci sono degli embrioni nei congelatori; in fondo dobbiamo buttarli via; perché non usarli?»: su questo tema si è aperto un dibattito molto acceso, che ha diviso il Paese esattamente in due parti, 50% a favore e 50% contro. Credo che dobbiamo dire di no, fermamente, a questo, perché se passa il principio di beneficalità può valere di tutto. Allora o siamo così forti da mantenere dei principi etici fortissimi, inderogabili, sui quali non si può discutere, si può ragionare quanto si vuole, ma non si deve concedere nulla, o ci troveremo in una società che, a fronte di innumerevoli scoperte, si porrà sempre di più di fronte al problema di sacrificare qualcuno a favore di qualcun altro. A questo punto la società diventa una giungla: non c'è più limite. Sono stato anche tacciato di integralismo: non credo di esserlo, ma se vogliamo per questa nostra società un futuro civile e di rispetto reciproco, dobbiamo su questo punto dire un «no» categorico e molto deciso.

Micossi: Per la verità si tratta di una posizione un po' diversa da quella che abbiamo sentito da un altro ministro della Sanità un anno fa in questa sala. Presidente Formigoni, lei è nato come politico cristiano e oggi è a capo della più grande Regione italiana: queste istituzioni hanno diritto di formulare un giudizio morale o devono essere il contenitore di tutte le morali possibili? In materia di difesa della vita, cosa dice il Presidente della Regione Lombardia?

Formigoni: Credo che si tratti di tener presente un punto di partenza inevitabile, che spesso viene invece dimenticato: la ricerca, la scienza, gli studi in genere, sono l'attività di un uomo, di un sistema di uomini, che si realizzano inevitabilmente all'interno di una concezione che l'uomo ha di se stesso, che questi uomini hanno di se stessi. Ecco perché il tema della scienza non può essere confinato nel dibattito semplicemente tra addetti ai lavori che siamo tutti noi! Siamo gli uomini su cui alcuni di noi, con competenze specifiche, con genialità specifica, approfondiscono, ricercano, traggono conclusioni. Mi trovo perfettamente in sintonia con quanto ha detto il ministro Sirchia, con grande umanità, con grande rigore etico e scientifico, perché parlare delle radici e dell'identità dell'uomo è qualche cosa che ha a che fare con la scienza. È sbagliato pensare o presumere ad una scienza che si muova indipendentemente da quelle che sono le condizioni dell'uomo; quando si sente rivendicare il presunto diritto di fare una ricerca scientifica che prescindere dalle considerazioni sull'umanità del soggetto su cui essa studia, si sente dire qualche cosa di profondamente disumano. Condividendo profondamente quanto il ministro ha detto, mi limito ad una sola considerazione: per giustificare alcuni atti disumani, che talvolta si tenta di accreditare all'interno dei comportamenti sociali, questi nostri interlocutori sono costretti di regola a falsificare il dato di realtà. La più grande giustificazione che si cerca di mettere in campo, ad esempio nei confronti dell'eutanasia, è il tema della dignità della persona: «Se lo chiede la persona stessa di morire, se di fronte ad un dolore insopportabile il malato chiede di morire perché – si dice – negare l'estremo atto di pietà di por fine a questi dolori?». È una solenne mistificazione: prima di tutto perché non esiste dolore che non sia sopportabile, non sia lenibile; proprio la scienza oggi ha messo in moto dei meccanismi di protezione dal dolore, di limitazione del dolore, che lo fanno sempre sopportabile. In secondo luogo, non esiste una persona che chieda di morire per dignità: quando uno chiede di morire, è per disperazione, e perché è lasciato solo. Allora è la società ad essere messa in discussione, ad essere interpellata da questa solitudine che esiste certe volte in misura estrema, in cui tanti uomini sono lasciati. Il problema allora non è l'eutanasia, ma è riscoprire veramente una dimensione di solidarietà e di carità vissuta.

Micossi: Anche le organizzazioni sanitarie in realtà si confrontano con il giudizio morale, essendo organizzazioni che fanno servizio all'uomo e alla vita; un'organizzazione come quella del dott. Rocca, che nasce con l'obbligo di remunerare gli azionisti, come si trova in questa duplice obbligazione?

Rocca: Credo che operare all'interno di un ospedale, privato o pubblico, sia farsi carico di una serie di contraddizioni che ogni individuo, nelle sue scelte quotidiane, finisce inesorabilmente per dover risolvere giorno per giorno con la propria coscienza; questo mi fa pensare, fra l'altro, che l'ospedale è un luogo di grande cultura, perché molte decisioni vengono prese, e mi sembra anche che difficilmente nel futuro potrà essere diretto da direttori monocratici, perché queste sono riflessioni che vanno condivise; non è facile farle da soli, ma è opportuno farle con tutto il gruppo dei propri collaboratori.

Abbiamo posto al centro un messaggio: mettere al servizio del paziente (la missione dell'ospedale), nella sua centralità fisica e morale, un sapere globale, evitando ogni spreco. La difficoltà è trovare il modo di essere moderni, perché noi dobbiamo dare le cure migliori, ma rivolte alla singola persona. In che modo tutto questo ha a che fare con le risorse scarse e il profitto, che sono due cose equivalenti, nel senso che è l'uso efficiente delle risorse a generare profitto? Pensiamo che ci siano dei correttivi: il primo punto è la qualità.

Quello della qualità nel mondo clinico è un tema difficilissimo, perché mentre la qualità percepita (quella cosiddetta «alberghiera») è di facile percezione, la qualità di carattere clinico è difficilissima. Abbiamo cercato anche di promuovere, in certi momenti, la possibilità di far stabilire ai medici stessi la differenza tra le buone cure e le cattive cure. Per noi sarebbe molto interessante poter perseguire l'efficienza, ma venire misurati nei risultati, in modo da competere per un risultato che deve essere quello della qualità. Non è semplice, quindi, siamo costretti a farlo su noi stessi. Questa è una delle tante contraddizioni, ma anche degli interessi di chi opera negli ospedali: la personalità umana è nella sua globalità. I manager nella sanità sono manager, uomini, a tutto tondo: su di loro c'è un'esperienza di vita che non è delegabile, perché ogni giorno va decisa.

Inoltre, occorre enorme trasparenza. I bilanci di chi opera con un servizio pubblico, di coloro che offrono un servizio pubblico, anche se da privati, dovrebbero essere pubblici; i dati di qualità dovrebbero essere pubblicizzati; il sistema tariffario, attraverso cui la Regione governa i comportamenti, consente una grande capacità di influenza sui comportamenti individuali. Ci sono molti correttivi da adottare, ma il correttivo di fondo risiede all'interno delle coscienze, delle contraddizioni, di chi opera in questo settore.

Certamente ci poniamo il problema di remunerare il capitale e questo si scontra con le risorse limitate. Questo tema è vero per noi, per un ospedale non profit, come per un ospedale pubblico: non si può indulgere negli sprechi. Operiamo sempre dando qualcosa che non è infinito, di fronte a una domanda che spesso è elevatissima. Operiamo, quindi, sempre una forma di sintesi culturale. Questo è anche il bello: operare in un mondo, in una civiltà, in un periodo in cui siamo costretti ad avere a che fare con l'innovazione, con la modernità e con l'umanità, senza poter trovare scorciatoie. Questo fa capo alla propria dimensione umana: non si può essere manager in sanità senza avere una forte dimensione di sintesi umana.

Micossi: Dottor Herrel, la ricerca scientifica è uno degli impegni principali, e lei spesso si trova a dover affrontare il problema del giudizio morale. Lei ha udito le considerazioni degli altri oratori. Qual è la sua posizione? Come il giudizio morale influenza il comportamento di queste organizzazioni, le «non profit» e le «profit»?

Herrel: Il successo di un'organizzazione si misura evidentemente in base a quello che riesce a fare. Nella nostra istituzione facciamo molta ricerca medica, e il problema morale spesso da affrontare, riguarda l'integrità del lavoro e dell'operato che svolgiamo. Non credo che un'istituzione come la Mayo Clinic possa affrontare i problemi di natura pubblica che sono stati menzionati dal Ministro della Sanità. Dobbiamo basarci sulla posizione dei nostri politici; tuttavia, la nostra ricerca va condotta in modo che sia considerato accettabile dalla nostra società; utilizziamo le risorse disponibili in modo responsabile. Quello che facciamo nella nostra istituzione è garantire che tutta la ricerca condotta sia sottoposta ad un controllo di pari, alla «PR Review», per cui i ricercatori vengono controllati da pari, conducono la ricerca in modo che la scienza sia considerata buona, per il beneficio della società, e faccia fronte alle esigenze più critiche della società.

Per quanto riguarda l'etica nella nostra ricerca, non coincide con le politiche pubbliche che il Ministro ha descritto, perché non spetta a noi fare queste valutazioni: dobbiamo lasciarle agli esponenti pubblici.

Micossi: Infine, sulla frontiera etica, dottor Granata, la vicenda del Lipobay lascia dell'amaro in bocca. Il pubblico e la stampa si chiedono se qualche volta la ricerca non abbia troppa fretta di mettere in circolazione prodotti di cui non sia assicurata la sicurezza; si chiedono se l'industria mantiene, nella sua presenza nel mondo della salute, un forte giudizio morale rispetto alla salvaguardia della vita e della sicurezza del cittadino.

Granata: Ovviamente non sono direttamente coinvolto nella vicenda Lipobay, ma quello che lei dice è estremamente interessante. Credo che il problema messo in evidenza dal Lipobay (Simvastatina) sia un po' più ampio di quello che appare. Oggi stiamo vivendo una reazione emotiva, giustamente, perché ci sono di mezzo dei morti. Credo che l'industria sia fatta da esseri umani che, quotidianamente, si pongono il problema di quale approccio devono avere nei confronti delle attività che fanno, quale etica devono applicare nel lavoro che fanno. Io credo che la vicenda Lipobay ci insegni alcune cose: innanzi tutto, che quando si tratta di mettere in commercio farmaci, occorre che le autorità di controllo, che danno l'autorizzazione all'immissione in commercio, siano del tutto indipendenti da eventuali condizionamenti, voluti o non voluti, diretti o indiretti, dell'industria. Credo che l'industria abbia bisogno di organi di controllo molto forti, in grado di aiutarla a prendere le decisioni corrette; inoltre, quando non ci sono dati sufficienti, credo sia un dovere dell'autorità di controllo farlo presente e un dovere dell'industria tenere conto di questo parere e approfondire le indagini necessarie per assicurare la massima sicurezza per il paziente.

Il secondo elemento è che dobbiamo rivalutare il ruolo dei medici, soprattutto di medicina generale, nelle attività di monitoraggio delle prestazioni di un farmaco messo in commercio: qualunque tipo di sperimentazione venga fatta prima dell'immissione in commercio può essere destinata a cinquemila, diecimila, ventimila, anche cinquantamila pazienti, ma non è sufficiente per cogliere quegli effetti collaterali che si possono manifestare magari in un paziente su centomila. E a questo punto che occorre avere una controparte, un interlocutore, un partner altrettanto forte, nel medico che poi segue l'applicazione di questo nuovo farmaco nei suoi pazienti. In Italia abbiamo un patrimonio da rivalutare, il medico di medicina generale, che è stato compresso per anni in un sistema che l'ha reso un burocrate, ma che può, invece, attraverso un recupero della sua funzione e un sistema di aggiornamento professionale più ampio, operare in maniera efficace sul territorio per cogliere precocemente i segni che possono condurre a un uso problematico di un farmaco. In questo l'Italia è molto indietro, perché è uno dei pochi paesi al mondo nei quali il medico di medicina generale non può fare sperimentazione clinica, non può fare partnership con l'industria (con tutte le garanzie previste: attività di monitoraggio dopo l'immissione in commercio); non è attraverso la burocratizzazione, ma attraverso la valorizzazione delle professionalità, che si crea un sistema nel quale l'industria è più serena, se ha controparti più forti e più preparate, e nello stesso tempo lo Stato e i cittadini hanno modo di consentire di cogliere precocemente tutto quello che può creare un rischio alla salute pubblica.

Sono molto favorevole, e credo che l'industria sia disponibilissima, a sentirsi un partner coinvolto. Noi siamo disponibilissimi a intervenire, anche finanziandoli e non gestendoli direttamente, in corsi di formazione e in programmi specifici di monitoraggio. Non credo che la Bayer abbia gestito in malafede o con scarsa professionalità la questione; oggi, però, si trova in una situazione economica a rischio, molto preoccupante, per cui è anche interesse economico avere la garanzia che il farmaco che si mette in commercio sia usato in maniera appropriata e sia studiato a fondo, in modo da coglierne tutte le opportunità terapeutiche, ma anche tutti i rischi di impiego. Non è semplicemente reagendo emotivamente e dicendo che i farmaci sono pericolosi, che risolviamo il problema. Lo risolviamo lavorando insieme, per creare un sistema migliore e più approfondito di monitoraggio e di studio dei farmaci.

Micossi: La Sanità italiana col 1992 ha iniziato un processo di trasformazione in senso aziendale; oggi si avvia un processo di trasformazione federalista dello Stato. La Sanità italiana non è efficiente: i grandi ospedali pubblici e molte organizzazioni territoriali nel confronto col privato soffrono, non ce la fanno. Presidente Formigoni, lei come disegna questa sfida del futuro?

Formigoni: In questi sei anni in Lombardia ci siamo mossi per realizzare una Sanità che garantisca a tutti i servizi necessari, subito, senza le liste di attesa, che sono il simbolo dell'inefficienza, prestazioni di qualità, ovviamente in maniera gratuita e con totale libertà di scelta del cittadino. Di fatto, la novità che abbiamo introdotto in Italia nell'organizzazione sanitaria ha già portato a risultati che i nostri cittadini hanno mostrato di apprezzare. Abbiamo incrementato le prestazioni sanitarie di circa il 50%: prima della nostra riforma le prestazioni sanitarie erano 70 milioni l'anno: sono diventate oltre 100 milioni. Questi 30 milioni di prestazioni in più erano una domanda latente: il cittadino prima aveva bisogno di questi 30 milioni di prestazioni in più all'anno, ma doveva pagarle di tasca propria, perché nel Sistema Pubblico regionale non trovava la risposta. Abbiamo abbattuto le liste di attesa: ormai oltre il 90% delle prestazioni sanitarie avviene nei tempi stabiliti dalla nostra Giunta Regionale, che sono nettamente inferiori a quelli che sono necessari a

livello nazionale. La libertà di scelta è totale: il cittadino può veramente scegliere l'ospedale in cui farsi curare, pubblico o privato che sia, senza tetti, senza limiti; senza sentirsi dire a luglio che ormai il contingente di prestazioni previste nell'ospedalità privata è esaurito, e che quindi per favore cerchi di ammalarsi nella prima metà dell'anno, perché se si ammala nella seconda metà dell'anno deve andare dove lui non vorrebbe. L'indice di soddisfazione dei cittadini, in base a una recente ricerca dell'Eurisko sui nostri pazienti, ha fatto registrare un netto incremento: il 7% in più.

Qual è il futuro? Lo potrei sintetizzare con queste espressioni: più qualità (quindi, più umanità, una maggiore umanizzazione degli ambienti di ricovero e cura, una maggiore efficienza nel servizio reso); più servizi, perché la frontiera di competizione tra sistemi organizzativi sanitari sarà sulla capacità di garantire le cure essenziali, primarie, spendendo meno; più coinvolgimento di energie della società civile. Vogliamo ampliare ulteriormente il sistema misto che abbiamo inaugurato fatto di sanità gestita dalla Regione, dal privato profit e dal privato non profit.

Su questo vorrei essere chiaro. Tante volte mi sono sentito rivolgere l'osservazione «Lei, Formigoni, ha intenzione di valorizzare sempre il più il privato; lei ha valorizzato molto il privato»; o quella più cattiva: «Lei ha svenduto al privato». Sono problemi che non ci siamo mai posti, perché abbiamo, invece, cercato di fare nostra la domanda del cittadino: qual è il tipo di ospedalità, qual è il tipo di Servizio Sanitario, che il cittadino preferisce? Vogliamo dare a quel cittadino, che ha quel particolare tipo di esigenza, una risposta adeguata alla sua esigenza. Il privato può fare alcune cose meglio del pubblico? Se accetta il sistema di controlli regionali e si inserisce nel sistema dei prezzi regionali, il privato trova la sua valorizzazione; se altri riescono a gestire meglio io, fedele al principio di sussidiarietà, al motto «Più società meno Stato», li coinvolgo. In altri termini, quello che mi interessa è un sistema nel quale il cittadino abbia totale autonomia di scelta nel dirigersi verso l'operatore che riscuote di più la sua fiducia, che meglio è in grado di rispondere alla sua esigenza.

Devoluzione per me significa risposte adeguate a bisogni espressi. Credo fra l'altro che la sofferenza dell'industria farmaceutica di oggi sia anche dovuta al fatto che, da parte del sistema farmaceutico, non c'è stata la capacità di cogliere subito la prospettiva positiva che la devoluzione era ed è in grado di offrire, anche nei confronti dell'industria farmaceutica. Proprio perché il sistema è complesso e l'Italia è un grande Paese, diverso da zona a zona, è chiaro che un Sistema Unico Nazionale non va, non può andare, si crea conflitto. E anche per questo che insisto: nelle competenze da trasferire alle Regioni dev'essere compresa la possibilità di avere una contrattualistica diversa da Regione a Regione e rapporti diversi con le industrie farmaceutiche. La Lombardia, per esempio, non ha problemi nei confronti dei tetti che sono stati fissati a livello nazionale: se potessimo andare noi ad un contratto, da questo punto di vista potremmo ottenere importanti successi.

Nel futuro il problema diventerà sempre più quello di diventare capaci di acquisire nuove risorse al sistema. Abbiamo varato, nell'ultima riunione di Giunta di agosto, l'introduzione (prima Regione italiana) di un sistema di «market place» per gli acquisti delle strutture sanitarie. Sulla piazza virtuale, l'apparecchio TAC o quello per la mammografia, può essere acquistato in autonomia dal singolo ospedale o dalla singola azienda al prezzo più basso con garanzia di qualità. Perché non accedere a questi sistemi informatici? Abbiamo deciso di farlo: calcoliamo di risparmiare in un anno dagli 800 ai 1.000 miliardi, che potranno essere reinvestiti nella modernizzazione del sistema. Se vi sono privati in grado di offrire servizi, alla qualità da noi desiderata, a un prezzo inferiore, verranno loro fatti svolgere quei compiti, non soltanto di natura alberghiera, ma anche di natura sanitaria, che meglio sono in grado di fare.

Infine, approfondiremo e perfezioneremo il sistema, che abbiamo già messo in atto, di separazione tra l'ospedale e l'Azienda Sanitaria Locale. L'ospedale dovrà avere sempre più la missione di erogare servizi di qualità, secondo efficacia ed efficienza, anche introducendo strumenti di diritto privato (Fondazioni, ad esempio). Il grande ospedale Policlinico di Milano, uno dei più grandi e dei migliori d'Italia, diventerà una Fondazione in cui pubblico e privato collaboreranno insieme. Vogliamo che le aziende ospedaliere superino il paradosso odierno, per cui sono aziende, ma sono istituti non economici: ogni ospedale dovrà diventare sempre più capace di rendersi appetibile per la qualità dei servizi dati, mentre il compito dell'Azienda Sanitaria sarà quello di controllare sempre più sul territorio la qualità dei servizi erogati e di tutelare il cittadino. Nelle Aziende Sanitarie Locali dobbiamo anche far entrare sempre più le organizzazioni di cittadini, nell'ottica della sussidiarietà, del coinvolgimento (attraverso mutue, attraverso fenomeni volontari) della responsabilità dei cittadini e del diritto dei cittadini a controllare la prestazione erogata.

Condizione per tutto questo, è un ruolo diverso dei medici, a partire da quelli di medicina generale: medici che per tre anni, con la riforma del Ministro predecessore del predecessore del professor Sirchia, erano stati relegati ad un ruolo di burocrati, umiliati nella loro

professionalità, avviliti nelle loro giuste esigenze; medici che noi vediamo come il nostro alleato principale, perché possono essere quelli che svolgono (grazie al rapporto fiduciario nei confronti dei cittadini) il ruolo di veri e propri consiglieri sanitari del cittadino. Su questo la Regione si propone di intervenire attraverso strumenti di formazione, attraverso la dotazione di strumenti tecnologici più appropriati, favorendo l'associazionismo tra i medici come mezzo per garantire la continuità assistenziale, studiando nuove forme di collaborazione tra ospedale e territorio, verso équipes multidisciplinari in cui sia coinvolto anche il medico di medicina generale, valorizzando anche economicamente chi accetta la sfida, superando la convenzione nazionale e il pagamento a quota capitaria.

Il maggior alleato della libertà di scelta del cittadino non può essere che un medico che sia a sua volta libero e responsabile e che sia aiutato a riscoprire il proprio lavoro come missione. Questa è la società e la sanità che sogno.

Micossi: Ministro Sirchia, lei ha passato tutta la sua vita professionale in una grande organizzazione pubblica e ha levato spesso la tua voce perché non era efficiente e la vedeva decadere. Oggi siede alla massima carica nazionale del settore. Quale futuro per questa sanità?

Sirchia: Credo, il governo Berlusconi crede, che il miglior sistema sanitario per questo Paese sia un Servizio Sanitario Nazionale; quindi, continuare sulla strada del servizio sanitario per tutti, indipendentemente dal censo, è fondamentale, ma non vuol dire che questo sia un servizio equo. La missione che abbiamo per la nuova Sanità è riportare equità. Ho già citato alcune delle aree di iniquità del sistema che dobbiamo affrontare e correggere: la differenza tra i servizi erogati tra le varie Regioni, la disuniformità del servizio, la doppia corsia, per chi paga e chi non paga. E già stato citato l'assurdo del potere monocratico dei direttori generali che fanno aggio sul medico, per cui il medico è diventato un dipendente dello Stato, a discrezione di una figura importantissima, ma di nomina politica e non sempre equa in quello che fa, senza appello. C'è una stortura più grave: il paziente cerca il medico, non il burocrate, o quello che contiene la spesa. Quando ha bisogno, vuole che il sistema sia governato dai medici: il sistema va riportato al governo dei medici.

Un'altra gravissima iniquità: abbiamo ancora un sistema tutto centrato sul trattamento dell'acuto, mentre l'epidemiologia è cambiata; abbiamo il cronico e l'anziano che non hanno una copertura di nessun genere, se non veramente molto limitata. A fronte di un bisogno di assistenza sociale e socio-sanitaria di 30.000 miliardi l'anno, disponiamo di 12.000 miliardi. Dove recuperare questi fondi? Come affrontarlo? Certamente recuperando gli sprechi e le inutili inefficienze che ci sono nel settore dell'acuto: quando abbiamo città con quindici ospedali che offrono gli stessi servizi amministrativi che potrebbero essere tranquillamente ricondotti *ad unum*, sottraiamo questi soldi ai vecchi a cui non diamo i servizi.

Ci sono varie forme per arrivare a questo: c'è un sistema tedesco di assicurazione obbligatoria che per l'Italia potrebbe non andar bene; ci sono altre forme. Dobbiamo però risolvere questo problema. La libertà di scelta del paziente è fondamentale. Oggi questo paziente non è libero di scegliere, anche perché non conosce i dati, quando deve sottoporsi a un intervento di cardiocirurgia, oggi chi lo consiglia? Non ci sono i dati sui quali può decidere qual è la struttura migliore. Dobbiamo dare questo tipo di informazione: solo così la scelta è libera.

Un accenno al privato e al pubblico: sono fortemente convinto che ci debba essere uno spazio per il privato in Sanità. Francamente preferisco il privato sociale che non il privato di profitto. Il settore privato, però, è forte in una società quando c'è un settore pubblico forte. Se il settore pubblico è debole, il settore privato spesso non riesce a dare il meglio di sé. Dobbiamo anche qui entrare nel dettaglio delle cose e rendere forte il settore pubblico, non in ogni ospedaletto o in ogni paese della nazione, ma nei grandi centri di eccellenza questo settore pubblico deve essere il peace-maker, quello che dà il passo, quello che dà il calmiera. Per rendere efficiente il settore pubblico, il sistema di diritto pubblico non va, non è adatto a gestire una struttura che fa dei servizi. Dobbiamo avere il coraggio di trasformare queste strutture in Fondazioni e affidarle alla gestione di diritto privato. Allora, avremo la «*manus publica*», l'indirizzo pubblico, che dà la missione, e la società di gestione che gestisce, con quegli strumenti che il privato ci ha insegnato essere i più efficaci a beneficio del risparmio e della qualità dei servizi. Quando questi grandi ospedali metropolitani, dopo una sperimentazione adeguata, saranno diventati delle strutture forti, competitive veramente, a quel punto avremo creato veramente un sistema equo, dove pubblico e privato competono sulla qualità, sui risultati, non ricorrendo a sotterfugi.

Se voi vedete in questo un servizio misto pubblico-privato, che lavora sulla qualità, che offre quindi risultati di qualità, avete già stabilito quale sarà il futuro. Se noi riusciremo a

tagliare inutili sprechi, investendo nella qualità, a tagliare le spese inutili per investirle sul socio-sanitario oggi estremamente debole; se daremo al medico il governo del sistema, ai cittadini una qualità uniforme da Regione a Regione, evitando che chi nasce in una Regione del meridione debba essere sfortunato, e quindi debba migrare altrove per farsi curare; allora avremo dato al Servizio Sanitario Nazionale, quindi all'Italia, un servizio sanitario equo ed efficiente.