

LA PROGRAMMAZIONE DELLA RICERCA SCIENTIFICA SANITARIA IN RAPPORTO ALLA PROGRAMMAZIONE NAZIONALE

S. PADERNI

Direttore generale della Programmazione sanitaria, Ministero della Sanità, Roma

Ho preparato una serie di argomenti per meglio svolgere il tema assegnatomi. Con il primo cercherò di stabilire un aggancio tra la programmazione sanitaria e la programmazione della ricerca, da me individuato nelle fonti legislative che danno un'idea precisa della connessione tra le due branche.

Dobbiamo rifarci alla legge 833 del 1978 la quale all'art. 9 prevede che l'Istituto Superiore di Sanità predisponga i propri programmi di ricerca, tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte avanzate dalle Regioni. Tali programmi sono approvati dal Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale. Inoltre, l'art. 23 della stessa legge 833, nel prevedere la creazione dell'Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro, stabilisce che ad esso siano affidati compiti di ricerca, di studio e di sperimentazione, oltreché di elaborazione di tecniche per la prevenzione e la sicurezza del lavoro in stretta connessione con l'evoluzione tecnica degli impianti, dei materiali e delle attrezzature.

I programmi di ricerca dell'ISS relativi alla prevenzione di malattie e degli infortuni sul lavoro, sono predisposti, anche in questo caso, tenendo conto degli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale e delle proposte delle Regioni.

Un altro esempio rilevante ce lo offre l'art. 39 della legge di riforma sanitaria che, nel regolamentare i rapporti tra il Servizio Sanitario Nazionale e le cliniche universitarie, prevede che "al fine di realizzare un idoneo coordinamento delle rispettive funzioni istituzionali, le Regioni e l'Università stipulano convenzioni per disciplinare anche sotto l'aspetto finanziario l'utilizzazione da parte della Facoltà di medicina, per esigenze di ricerca, e di insegnamento, di idonee strutture delle Unità Sanitarie Locali". Tali convenzioni, una volta definite, fanno parte dei piani sanitari regionali, che in qualche modo si raccordano e si inseriscono nell'ambito della programmazione sanitaria nazionale.

Ancora l'art. 40 della legge 833 precisa che convenzioni analoghe a quelle previste per le cliniche universitarie potranno essere stipulate tra le Regioni e gli enti di ricerca i cui organi svolgano attività finalizzate agli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale.

Infine, l'art. 42 stabilisce che gli istituti, che insieme a prestazioni sanitarie di ricovero e cura, svolgono specifiche attività di ricerca scientifica biomedica, debbono elaborare i programmi di ricerca biomedica, prevedendo il loro inserimento in piani di ricerca, coordinati a livello nazionale e articolati per settore di ricerca, definiti di intesa tra i Ministri della Sanità, della Pubblica Istruzione e della Ricerca Scientifica, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale con riferimento agli obiettivi indicati nel piano sanitario nazionale. In tutte le previsioni legislative sopra esposte riscontriamo sempre questo costante rinvio, questo richiamo, questo tener d'occhio nell'elaborare i piani di ricerca da parte dei vari istituti agli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale.

Vediamo allora, più dettagliatamente, come viene concepita dalla legge 833 questa programmazione sanitaria e in che modo si occupa della ricerca. L'art. 53 della legge recita testualmente che le linee generali di indirizzo, e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, sono stabilite con il piano sanitario nazionale, in conformità con gli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale, e tenuta presente l'esigenza di superare le condizioni di arretratezza socio-sanitaria che esistono nel paese, particolarmente nelle Regioni meridionali, e che "il piano sanitario nazionale stabilisce per il periodo della sua durata le esigenze prioritarie del Servizio Sanitario Nazionale, in ordine alla ricerca biomedica, e agli altri settori attinenti alla tutela della salute".

Giova a questo punto sottolineare uno degli articoli fondamentali della legge di riforma, vale a dire l'art. 51 sul finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, da attuarsi attraverso il fondo sanitario nazionale. Ebbene le disponibilità di tale fondo devono essere ripartite con delibera del Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) tra tutte le Regioni, su proposta del Ministro della Sanità, sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, tenuto conto delle indicazioni contenute nei piani sanitari nazionali e regionali e sulla base di indici e di standards distintamente definiti per la spesa corrente e per la spesa in conto capitale.

Queste sono le norme con le quali dobbiamo cimentarci parlando di raccordo tra la programmazione del-

la ricerca e la programmazione sanitaria, la cui lettura ci autorizza ad affermare che la legge di riforma sanitaria ha riservato un'attenzione non secondaria ai problemi della ricerca, esaltando il ruolo strategico che essa deve avere per lo sviluppo del Servizio Sanitario Nazionale, e chiamando a collaborare a tale ruolo la generalità delle istituzioni preposte alla ricerca, quali l'Istituto Superiore di Sanità, l'ISPESL, il CNR, l'Università, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e, per analogia, nel settore veterinario, gli Istituti zooprofilattici sperimentali.

Inoltre, va rilevato che la legge di riforma ha imposto in generale un obbligo di conformità alle indicazioni del piano sanitario per la generalità degli istituti e organi di ricerca e, in particolare, per quelle proprie del Servizio Sanitario Nazionale, è stato posto l'obbligo di adottare la programmazione e la ricerca come modalità ordinaria di organizzazione del lavoro. Tali vincoli costituiscono, per la novità che rappresentano nel settore ricerca, una delle più qualificanti caratterizzazioni della riforma sanitaria.

Infatti, se andiamo a vedere la situazione preesistente alla riforma, troviamo la presenza di 10.000 centri di decisione in materia sanitaria, così come risulta da un apposito censimento di tutte le organizzazioni che ho curato in occasione di una elaborazione rivolta a ricostruire l'andamento della spesa storica nel sistema sanitario pre-riforma. In questo sistema l'unica competenza ministeriale di rilevanza era costituita dalla vigilanza svolta prevalentemente dal Ministero del Lavoro in collaborazione con i Ministeri della Sanità e dell'Interno.

Tale sistema ha reso possibile una programmazione organica unitaria dello sviluppo del sistema sanitario nazionale, quale diretta conseguenza di un sistema sanitario di tipo assicurativo che tendeva a privilegiare gli aspetti diagnostico-curativi in luogo dello sviluppo di un sistema che si incardina sulla prevenzione, sulla eliminazione dei fattori di rischio, sul mantenimento della salute; obiettivi questi propri della riforma sanitaria. In tale situazione il settore ricerca, pur non avendo impulsi dal sistema, non è rimasto, tuttavia, fermo ma, al contrario, è risultato molto attivo, inventando le priorità della ricerca sanitaria ad utilità della collettività nazionale e per essere in grado di dare poi risposta a questi bisogni, valga per tutti l'esempio dei progetti finalizzati del CNR, *ante* riforma sanitaria.

Viceversa, dopo l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si verifica che ogni soggetto decida nel rispettivo ambito di competenza territoriale: la USL, la Regione e lo Stato.

Con la riforma sanitaria, quindi, possiamo dire che si raggiunge l'importante obiettivo di avere un soggetto nazionale che opera in collaborazione con le Regioni, e queste, a loro volta, con gli Enti locali per le finalità proprie della riforma, tra le quali quella della ricerca finalizzata.

Ebbene, tutti i vari disegni di legge di piano sanitario nazionale che sono stati presentati al Parlamento dal '79 ad oggi contenevano, e lo contiene anche l'attuale

testo all'esame del Senato, un capitolo nel quale sono precisati i programmi, gli obiettivi e gli interventi per la promozione, il coordinamento ed il trasferimento nel SSN dei risultati della ricerca.

Nonostante che il piano sanitario nazionale non sia mai stato formalmente approvato, esso ha operato di fatto nella realtà sanitaria. I suoi contenuti sono stati ripresi in norme regionali, in documenti politici, in documenti sindacali; uno dei fattori che ha permesso di far transitare nell'ordinamento positivo le indicazioni del piano sanitario nazionale va individuato nel potere del CIPE, che in forza dell'art. 51 della legge 833/78, fissa la ripartizione del fondo sanitario alle Regioni, definendo gli indici e gli standards delle prestazioni. In tale attività il CIPE ha fatto proprie le indicazioni del disegno di legge governativo di piano sanitario nazionale. Attraverso questa modalità la normativa di piano ha trovato una sua attuazione.

Nell'esaminare la struttura del fondo sanitario nazionale, troviamo tre gruppi di risorse: le risorse a destinazione indistinta per le attività assistenziali, che sono le risorse occorrenti per assistere, per fornire prestazioni di diagnosi, di cura, di riabilitazione ai cittadini; quelle destinate all'impiego in conto capitale, destinate, cioè, agli investimenti ed alla innovazione del sistema e infine, le risorse per attività ritenute strategiche ai fini della riforma: per la formazione e la riqualificazione del personale, per la ricerca finalizzata, per l'educazione sanitaria e per l'attuazione dei progetti obiettivo. Ebbene io vorrei mostrare come, pian piano, queste risorse sono cresciute nel tempo sino a rappresentare oggi una parte cospicua di finanziamento. Nel 1980 vi fu un finanziamento indistinto di 380 miliardi per attività innovative tra le quali l'attività di ricerca. L'indicazione di riparto quell'anno fu generica, fu rimesso alla discrezionalità delle Regioni impiegare quelle somme sul versante della ricerca per quote a discrezione.

A quell'epoca ancora non si parlava di finanziare gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, neppure di finanziare gli Istituti zooprofilattici sperimentali e non c'era nulla ancora per la sperimentazione. L'anno successivo, comunque, si cominciò a definire la quantità di risorse vincolate ad impieghi di ricerca in 47,8 miliardi e agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico vennero assegnati 5,3 miliardi per progetti di ricerca finalizzati secondo indicazioni dell'amministrazione centrale del Ministero. Nel 1982 non venne mantenuto il finanziamento dell'attività di ricerca, sia perché il riparto di quei 47 miliardi avvenne pressoché a fine d'anno e, quindi, si pensò che potessero essere impiegati anche nel corso dell'anno '82 e, poiché fu un anno di grossa difficoltà finanziaria per il Servizio Sanitario Nazionale, non fu possibile mantenere le risorse aggiuntive altro che per la formazione del personale. Viceversa vennero mantenuti 7 miliardi per la ricerca finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. Nel 1983, invece, il finanziamento venne ripristinato e lievemente aggiornato nel suo valore monetario e venne ancora mantenuto un finanziamento di 7 miliardi

agli Istituti di cura e ricovero a carattere scientifico.

L'anno 1984 fu invece un anno di grande svolta. Vi prego di prendere atto che i 58 miliardi sono cresciuti a 60,6 miliardi; la ricerca finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ammonta quest'anno a 10 miliardi; 5 miliardi sono stati stanziati e devoluti agli Istituti zooprofilattici sperimentali, proprio per stimolare la componente di ricerca e non solo quella di controllo di queste istituzioni, nonché la ricerca corrente degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, vale a dire quella ricerca che è incorporata nell'attività assistenziale di tutti i giorni, quella ricerca che comporta un maggior impiego di materiali diagnostici, un maggiore quantitativo di persone da inviare a corsi di formazione, un bisogno di documentazione maggiore. Tutta quella ricerca che prima era confusa nel finanziamento dell'attività di ricovero e che quindi soffriva poi della discrezionalità delle Regioni, è stata quest'anno enucleata con un fondo di 80 miliardi che diventeranno 85 miliardi nel 1985 e per la prima volta compare una nuova voce: la sperimentazione dei risultati di ricerca. Ritornerò su questa voce importantissima della sperimentazione per dire che per il 1985 la legge finanziaria contempla, e lo contempla anche la proposta di riparto che è stata fatta al CIPE, il mantenimento di tutte e cinque le componenti di finanziamento; di queste sono già stati individuati 85 miliardi per la ricerca corrente degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e 15 miliardi per proseguire le sperimentazioni; le altre quote della ricerca da effettuare tramite programmi, approvati dalle Regioni, o della ricerca finalizzata degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e degli Istituti Zooprofilattici, sono ancora da definire.

L'esperienza derivante dal precedente finanziamento annuale di 50 miliardi annui alle Regioni, risultando oltremodo dispersivo, ha fatto emergere la necessità di impartire indirizzi per l'impiego coordinato di tale finanziamento che, con quello della Pubblica Istruzione e del CNR, rappresenta una consistente massa finanziaria.

A tal fine è stata decisa la costituzione di una Commissione interministeriale, interistituzionale con la partecipazione dei rappresentanti del Ministero della Sanità, del Ministro della Ricerca Scientifica, del Ministero della Pubblica Istruzione, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'ISPESL, del CNR e delle Regioni.

A questo punto mi preme sottolineare che la ricerca sanitaria si deve raccordare con la programmazione sanitaria e che per ricerca sanitaria non può assolutamente intendersi solo la ricerca biomedica. Per dare dimostrazione a questo assunto ho preparato un piccolissimo modellino di sistema sanitario che permette di individuare e definire meglio i filoni di ricerca che interessano la programmazione sanitaria.

Il sistema sanitario italiano può essere considerato come un insieme di quattro sottosistemi. Abbiamo da un lato l'ambiente naturale e l'ambiente sociale, quello che noi siamo abituati a chiamare il territorio. Questo territorio interagisce con la popolazione che è l'altro sottosistema, che esprime il bisogno di tutela

della salute, e le modalità di questa interazione possono essere che l'ambiente, o naturale, o sociale, crea danni alla salute dell'uomo, quindi interagisce negativamente con la popolazione; o viceversa, l'azione dell'uomo agisce negativamente sull'ambiente — si pensi all'inquinamento. Deteriorando l'ambiente, questo, a sua volta, ridiventa fattore di danno alla salute; oppure vi è una terza modalità di interazione che è di gruppi di popolazione rispetto ad altri gruppi di popolazione. Si pensi in senso generale alle malattie da emarginazione della popolazione anziana, degli handicappati, agli incidenti stradali (in cui una persona danneggia un'altra persona) oppure ai ritmi di lavoro imposti da una categoria ad un'altra categoria. Da tutta questa area osservata viene fuori quello che possiamo chiamare bisogno sanitario, che è essenzialmente una richiesta di miglioramento delle condizioni sopradescritte.

Tale bisogno viene a trasformarsi in domanda sanitaria attraverso la mediazione, cui sono preposte le entità, istituzionalmente deputate a tale funzione. Tra domanda sanitaria espressa e bisogno non vi è di necessità coincidenza e concordanza, cioè l'azione del mediatore può fornire per motivazioni le più varie — per formazione culturale, per pressione mercantile, per inadeguatezza dello stesso mediatore — una interpretazione distorta o che pedissequamente ripete certi moduli e pone certe domande che non sono la vera risposta al bisogno sanitario. Esempio banale che noi della programmazione sempre richiamiamo quando parliamo di questo; al mal di stomaco si può rispondere in termini di accertamenti diagnostici, di medicinali, di interventi chirurgici, ma si può anche rispondere in termini di educazione alimentare, di lotta alle sofisticazioni alimentari e, quindi, con azione sulle cause o con educazione sanitaria di uno stile di vita meno stressante, per cui il tipo di risposta è funzione del ruolo che questo mediatore assume. Comunque sia una domanda ad un certo punto si determina. A questa domanda fa fronte l'organizzazione del Servizio Sanitario utilizzando le capacità personali, le capacità professionali, le tecnologie, le risorse finanziarie, che nel loro insieme rappresentano un potenziale di risposta. Però l'organizzazione di questi fattori di risposta non è sempre la migliore, per cui il potenziale di risposta non sempre coincide con la risposta effettiva.

Bene, da questo vengono gli interventi di risposta alla domanda. Se questo è il modello di riferimento della riforma sanitaria, che non si preoccupa più solo di dar risposta alla domanda espressa ma va a capire qual è l'opera del mediatore, qual è il bisogno, quali ne sono le cause remote e quindi risale a fattori primari, ambientali e di popolazione, allora vediamo più da vicino il raccordo tra programmazione sanitaria e programmazione di ricerca.

Qui abbiamo una ripetizione dello schema di prima, dove compare, per la prima volta, questa modalità di risposta attraverso interventi programmati. Osserviamo che nel sistema mutualistico gli interventi sarebbero stati solo rivolti alla cura delle malattie. Tale

tipologia di intervento può ormai ritenersi del tutto superata, in quanto oggi nel sistema sanitario vanno ricompresi l'intervento sul mediatore, l'acculturamento, l'aggiornamento professionale e ancora l'analisi del bisogno e, quindi, l'osservazione epidemiologica. In conclusione, occorre una attività rivolta alla modificazione del comportamento della popolazione, attraverso l'educazione sanitaria, al mutamento degli stili di vita, attraverso l'attività di prevenzione e profilassi in senso generale, fino alla promozione della prevenzione primaria e quindi a tutte le azioni che hanno riferimento con il territorio, con l'ambiente.

Gli interventi programmati per rendere sempre più efficiente il modulo organizzativo comprendono anche il finanziamento della ricerca. Questa deve essere volta ad indagare tutti i fattori del nostro modello: sul territorio occorre promuovere una ricerca socio-economica e una ricerca biologica; sulla popolazione occorre promuovere una ricerca psicologica, sociologica, antropologica, pedagogica; sul bisogno sanitario occorre promuovere una ricerca statistico-epidemiologica e poi, ancora, per l'ausilio del medico, biomedica, farmacologica e tecnologica, che contribuiscono a migliorare le conoscenze. Ma la ricerca sanitaria non può trascurare la ricerca applicata all'organizzazione del Servizio Sanitario, che non può che passare attraverso un'indagine nelle aree dell'ordinamento giuridico e soprattutto in quello dell'informatica. E infine, la nostra ricerca non può non preoccuparsi della congruità tra l'impiego dei fattori produttivi e il risultato ottenuto. Ne deriva un'altra area di ricerca che riguarda l'analisi dell'efficienza e gli indicatori di produttività.

Tutti questi obiettivi erano stati contemplati nel documento di piano sanitario, quale strumento programmatico previsto dalla legge 833/78. In proposito va sottolineato che la mancata approvazione in sede legislativa del predetto documento ha comportato una evoluzione, nel senso di andare verso una delegificazione della sua adozione. E' in questa direzione che nasce l'art. 20 della legge 638 dell'83, che ha stabilito che solo alcuni principi, aventi valore di norme quadro per la legislazione regionale, sono approvati per legge, mentre tutto il documento tecnico di piano e tutta la sua attuazione son da fare mediante atto non legislativo. Tra i vari strumenti non legislativi un ruolo importantissimo torna in capo alla delibera del CIPE in materia di ripartizione del fondo. E infatti, per il 1985, la delibera di riparto del fondo sanitario nazionale contiene in sé, come allegato approvato contestualmente, gli standards e gli indici di organizzazione e di attività che erano contenuti inizialmente nella proposta legislativa del piano sanitario nazionale. Ecco, con questa nuova impostazione, che è più moderna, più agevole, più praticabile, si arriva a far uso della leva finanziaria come strumento concreto di programmazione. Infatti per alcune attività, che si vogliono incentivare, vengono indicati finanziamenti cospicui che consentiranno di svolgere attività in campi prima negletti.

Laddove, viceversa, vi sono attività che si vogliono disincentivare (e questa è programmazione), i

finanziamenti sono stati resi rigorosi; vi sono state collegate delle norme molto vincolanti proprio perché si vuole arrivare alla disincentivazione di certe attività non necessarie. L'esempio più evidente è l'obbligo di disattivare le divisioni ospedaliere utilizzate al di sotto del 50%, nel senso che, attraverso una serie di concentrazioni, sarà possibile potenziare alcune divisioni e portarle ad un livello di produttività ragionevole ed economicamente accettabile; contemporaneamente altre divisioni dovranno trasformarsi in *day hospital*, in servizi ambulatoriali o, addirittura, essere soppresse per un'assoluta, dimostrata, conclamata non necessità.

Un uso molto importante per i fini di ricerca della leva finanziaria lo si ha proprio nell'uso della quota riservata alla sperimentazione. La legge finanziaria del 1984 consentì l'accantonamento di una certa parte delle somme a destinazione vincolata per impieghi promozionali di livello centrale. Ebbene, queste disponibilità il servizio della programmazione ha pensato di destinarle a risolvere un problema irrisolto che ha sempre rappresentato un dramma per il mondo della ricerca: il problema del trasferimento dei risultati della ricerca. Il ricercatore che approda ad un risultato concreto arriva infatti a produrre un prototipo ma, affinché questo prototipo sia utile alla collettività, deve trasformarsi in un prodotto di impiego corrente, altrimenti è destinato a restare confinato nelle pagine di un libro, o in un bel modellino che si tiene in biblioteca. Finora si è osservato che solo quei modelli a valenza industriale che il settore privato può commercializzare e dai quali ricava dei guadagni hanno prospettive di tradursi in oggetti utilizzabili dalla popolazione. Se la situazione restasse solo questa, noi avremmo il trasferimento della ricerca soltanto al settore commerciale e industriale, restando così estranea alle finalità del Servizio Sanitario Nazionale. E ciò in contrasto con la normativa citata in apertura di questa relazione, dove abbiamo evidenziato il collegamento e il coordinamento della ricerca con la programmazione sanitaria nazionale al fine di ottenere utilità per la riforma sanitaria. Per far questo si è pensato di formalizzare una procedura rendendola sistematica per esaminare continuamente i risultati della ricerca, per selezionare i prodotti che appaiono utilizzabili nel Servizio Sanitario Nazionale. Dove per utilizzabile nel Servizio Sanitario Nazionale si deve intendere qualsiasi risultato di ricerca: oggetto, farmaco, una tecnologia, ma anche un pacchetto *software*, un modello di organizzazione, un protocollo di comunicazione, un protocollo di comportamento.

Naturalmente, prima di trasferire nel Servizio Sanitario Nazionale qualsiasi prodotto di ricerca, è necessario sperimentarne l'efficacia in scale ridotte, sia perché l'applicazione riguarderà entità dell'organizzazione sanitaria estremamente variegata (si pensi ai problemi di una grande metropoli rispetto a quelli di una Unità Sanitaria Locale di montagna) sia per verificarne la convenienza economica ma, soprattutto, per verificare che si tratti di prodotti che accrescono la qualità del servizio.

Ora vorrei illustrarvi brevemente i contenuti di un progetto che ho elaborato. In esso si sono poste

alcune condizioni alla sperimentazione: che esista un prototipo, e quindi che la ricerca sia stata conclusa; che questo prototipo abbia elevati contenuti innovativi; che sia prontamente trasferibile sull'intero territorio nazionale. Pare importante sottolineare la parte di procedura che prevede il coinvolgimento delle Regioni nelle attività di sperimentazione e un momento di coordinamento interistituzionale da parte dell'Amministrazione centrale, la quale, una volta che la sperimentazione sarà risultata valida, dovrà estenderla a regime all'intero Servizio Sanitario Nazionale, assicurandone nel contempo le modifiche normative ed i finanziamenti necessari.

Questo progetto ha ricevuto l'assenso del Consiglio Sanitario Nazionale che lo ha considerato un momento importante per raccordare tutta l'attività di ricerca con l'attività del Servizio Sanitario Nazionale e in conformità agli obiettivi della programmazione centrale.

Credo che da questa breve riflessione emerga che il raccordo tra la programmazione della ricerca e la programmazione sanitaria sia non solo possibile, ma sia doveroso ai sensi delle norme di legge richiamate prima. L'impegno del Servizio Sanitario Nazionale sul versante della ricerca è cospicuo ed è fortemente interessato e, allora, a bilancio di questo primo quinquennio, possiamo dire che siamo arrivati ad avere risorse cospicue per attività di ricerca e di sperimentazione, che abbiamo un quadro di riferimento preciso e raccordato agli obiettivi di riforma. Tutte queste indicazioni si ricollegano a quel modellino di sistema sanitario che ho prima illustrato e, pur nella dinamica che lo caratterizza, abbiamo un costante termine di riferimento

per valutare se restiamo nella logica della riforma.

Abbiamo istituito organi e procedure per il coordinamento dell'attività di ricerca e per l'orientamento delle ricerche agli obiettivi di riforma. Alcuni di questi organi esistono, ma sono ancora nella fase di prima attivazione, sono da rendere più operativi e incisivi; mi riferisco in particolare alla Commissione interministeriale per il coordinamento della ricerca, che sta subendo una battuta di arresto, ma anche alla Commissione di coordinamento della ricerca degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, che comunque, sta intensificando la sua attività. Abbiamo creato lo strumento per saldare la fase della ricerca e la fase di applicazione di regime mediante la sperimentazione. E allora questo fatto di avere la programmazione come modalità di lavoro, di avere un disegno strategico generale, di raccordare a questo disegno strategico tutti i soggetti che fanno ricerca e tutti i soggetti che operano, utilizzandoli per sperimentare i prodotti di ricerca, ci presenta un modello che è una specie di prova generale di come dovrebbe essere l'Amministrazione pubblica che abbia realmente attuato il decentramento della legge 382 del 1975, che operi in una logica di programmazione, che adotti tecniche manageriali per gestire le risorse, che si orienti programmaticamente ad anticipare gli sviluppi del futuro.

Il connubio riforma sanitaria e ricerca risulta, da questa breve disamina, positivo; le prospettive sono stimolanti e l'impegno che noi dobbiamo proporci è quello di usar bene le idee, che sono chiare, e le risorse, che cominciano ad essere cospicue. Gli anni futuri ci diranno se siamo stati all'altezza dell'impegno. Grazie.