



La riforma del *welfare*

Dieci anni dopo la «Commissione Onofri»

Il sistema sanitario: questioni aperte nel sistema sanitario e linee di intervento

di Marco Geddes da Filicaia

La relazione finale della Commissione per l'analisi delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale, comunemente denominata Commissione Onofri, dal nome dell'economista che la presiedeva, fu presentata il 28 febbraio 1997, dieci anni fa.

La relazione finale si componeva di una introduzione e di cinque “documenti di base”, dedicati a: 1. La spesa sociale italiana in prospettiva comparata; 2. Le politiche del lavoro; 3. La spesa per l'assistenza; 4. Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento; 5. Le tendenze della spesa pensionistica.

L'analisi e il commento di quanto si sia realizzato – limitatamente ai problemi sanitari – di ciò che era stato prospettato nel quarto documento, predisposto sotto il coordinamento di Stefano Zamagni¹, non è compito semplice, trattandosi di ripercorrere – seppure per grandi linee – l'evoluzione della sanità italiana nell'ultimo decennio. Sono pertanto necessarie alcune premesse.

Da allora è trascorso uno spazio di tempo non breve, ma in particolare caratterizzato da una serie di governi di opposto orientamento e dal susseguirsi di Ministri della sanità di diversa impostazione sia politica che culturale. Siamo in una condizione differente da quella che si verifica in altre nazioni europee a noi vicine, in cui la continuità politica che caratterizza anche un intero decennio (Francia, Germania, Spagna, Inghilterra) consente, alla conclusione di un periodo politico o al cambio del primo ministro, una disamina dei programmi da questi prospettati e di quanto poi effettivamente realizzato.

¹ Facendo riferimento al testo complessivo della Commissione Onofri useremo, per brevità, la dizione *Relazione Onofri*; la dove si fa riferimento al documento della sanità useremo la dizione *Documento Zamagni*.

Un esempio di tale valutazione, per riferirsi a un Paese con un sistema sanitario nazionale di carattere universalistico è, al termine della “era Blair”, l’analisi a ciò dedicata dal British Medical Journal²; analoghe analisi sono state attuate sia in altri Paesi sia su specifiche politiche di sanità pubblica³.

Qui ci troviamo in una situazione differente che è opportuno richiamare alla mente, anche per quanto concerne specificamente la sanità.

La relazione, commissionata dal primo Governo Prodi, in carica dal 17.05.1996 con il Ministero della Sanità affidato a Rosy Bindi, vide il suo principale interlocutore rassegnare le dimissioni circa un anno e mezzo dopo la presentazione della relazione (ottobre 1998), con uno spazio di tempo limitato per attuare – qualora avesse anche pienamente convenuto con quanto proposto – le ipotesi ivi contemplate. Hanno fatto seguito due Governi D’Alema (dall’ottobre 1998 all’aprile 2000), con una continuità del ministro Bindi al Dicastero della sanità, ma con una evidente modifica di referenti nell’ambito delle politiche economiche. Una parziale discontinuità, in particolare nelle politiche sanitarie, è stata introdotta dal successivo Governo Amato (25.04.2000 – 11.06.2001) con l’affidamento del Ministero a Umberto Veronesi.

E’ poi seguito il quinquennio berlusconiano, che ha visto succedersi, al Ministero della salute (così ridenominato) dapprima Girolamo Sirchia (10 giugno 2001 – 23 aprile 2005) e, successivamente, Francesco Storace (fino al maggio 2006). Dal 17 maggio 2006, con il secondo Governo Prodi, il Dicastero della Salute è affidato a Livia Turco.

In sintesi nei 10 anni in esame si sono alternate tre diverse maggioranze, sei governi, quattro Presidenti del Consiglio, cinque ministri della sanità.

Ripercorrendo la documentazione prodotta sulle politiche sanitarie nel corso del decennio, i riferimenti al Documento in esame sono peraltro assai scarsi.

E’ ovvio che le problematiche affrontate, trattandosi di quelle fondamentali, siano presenti nei programmi, nei piani sanitari e nelle fondamentali occasioni di valutazione del SSN. Peraltro tali tematiche, contenute anche nelle norme legislative da cui il documento prende le mosse, erano – seppure in sintesi - parzialmente presenti anche nella Piattaforma programmatica dell’Ulivo. In particolare in tale documento si faceva riferimento alla autonomia impositiva delle regioni, allo sviluppo della mutualità integrativa, alla riqualificazione della medicina di base e alla

² Lynn Eaton: Blair trumpets Labour's investment in NHS—and stands by his reforms of the past decade. BMJ, May 2007; 334: 919 . Lynn Eaton: National clinical directors' reports show improvements in care over Labour's 10 years in power. BMJ 2007;334:925

³ Britton J, McNeill A, Amott D.: Tony Blair's 10 years of tobacco control. The Lancet, 370, 9582: 110 – 112, 2007

riorganizzazione della rete ospedaliera⁴. Tuttavia, nel decennio successivo, in occasione di fondamentali scadenze⁵, nei Piani sanitari nazionali⁶, nel documento per le Elezioni politiche 2001⁷, nonché nello stesso Programma dell'Unione⁸, i riferimenti espliciti sono poco frequenti e le proposte operative, che sono puntualmente elencate a conclusione di ogni paragrafo del Documento, nei termini di: “*Si richiede di...*” “*In questo ambito è quindi opportuno..*” “*Sulla base di queste considerazioni, pare opportuno...*”, vengono assai raramente riproposte.

Il Documento Zamagni affronta i problemi del sistema sanitario in una visione complessiva, come dichiara fin dal titolo: “*Questioni aperte nel sistema sanitario italiano e linee di intervento*”, che si differenzia dai titoli degli altri documenti che compongono la Relazione, che fanno più direttamente riferimento a problemi di spesa. Tuttavia, sia per il contesto nel quale il contributo sulla sanità si colloca, sia per le stesse professionalità degli estensori, è l'ottica economica che viene privilegiata e rimangono marginali o assenti rilevanti problematiche organizzative e strutturali (la politica degli investimenti, il tema delle tecnologie e del loro utilizzo, le modifiche epidemiologiche etc.) che caratterizzeranno l'evoluzione del sistema sanitario. Si tratta di un limite in larga misura predeterminato, e non dobbiamo considerare il Documento alla stregua di un piano sanitario pluriennale, ma come un contributo, appunto, alle “*compatibilità macroeconomiche della spesa sociale*”, di cui la sanità è parte rilevante. Tuttavia, ad una analisi effettuata a dieci anni di distanza, la valutazione di alcuni determinanti della offerta di servizi, del loro costo e quindi dell'evolversi – o del contenimento – della spesa, risulta carente.

Non è facile una sintesi del Documento⁹ e mi limiterò agli elementi fondamentali.

Il testo prende le mosse, se così si può dire, dai decreti legislativi 502/92 e 517/93¹⁰, sottolineando la necessità di dare, ad alcuni aspetti della riforma “*...attuazione in tempi brevi con interventi di incentivo, di rafforzamento e di armonizzazione*”, puntando alla competizione pubblico – privato,

⁴ Tesi per la definizione della piattaforma programmatica dell'Ulivo presentate da Romano Prodi, pag. 179 – 182, 6 dicembre 1995.

⁵ Prima Conferenza Nazionale sulla sanità, Roma, 24 novembre 1999.

⁶ Ministero della sanità: Piano Sanitario Nazionale 1998 – 2000; Ministero della salute: Piano Sanitario Nazionale 2003 – 2005.

⁷ Rinnoviamo l'Italia, insieme. Il programma dell'Ulivo per il governo 2001/2006 presentato da Francesco Rutelli, pag. 74 – 76. Newton & Compton Editori, Roma, 2001.

⁸ Per il bene dell'Italia. Programma di Governo 2006 – 2011. Capitolo: Diritto alla salute e nuovo welfare locale. unioneweb.it

⁹ Una sintesi complessiva, in termini di estratti, preceduti da un commento, è stata a suo tempo presentata su Prospettive assistenziali, n. 118, aprile-maggio 1997.

¹⁰ Si tratta dei due decreti legislativi, conseguenti alla legge delega 421/92 per il riordino del servizio sanitario nazionale. Il primo fu emanato dal 1° Governo Amato, con il Ministro della Sanità Francesco De Lorenzo; il successivo, che modifica il precedente in alcuni aspetti “politicamente” significativi, viene emanato dal Governo Ciampi, con il Ministro della Sanità Maria Pia Garavaglia.

alla responsabilità contributiva delle Regioni, a sistemi di budget delle strutture sanitarie e alla riqualificazione della medicina generale. Vi è infatti la consapevolezza – e l’evolversi del quadro politico e legislativo accentuerà tali elementi – che al legislatore nazionale spetta di disegnare unicamente una cornice di riferimento, da attuare da parte delle diverse regioni e che, pertanto, sono necessari sia incentivi che sistemi (e strutture) di verifica e controllo a livello nazionale. Vengono poi considerati interventi previsti dal legislatore che attendono un trattamento organico: in particolare la mutualità integrativa e iniziative volte a rendere consapevole l’utente – anche attraverso la compartecipazione – dei costi dell’assistenza. Infine sono auspicati interventi in aree che non sono richiamate direttamente dalle citate riforme, ma che si collocano all’interno di tale quadro: in particolare un potenziamento del ruolo del non-profit e la liberalizzazione della vendita delle specialità farmaceutiche.

L’obiettivo complessivo è quello di un controllo della spesa e di una maggiore riqualificazione dell’assistenza sanitaria, attraverso un sistema non più basato su meccanismi di controllo esterni, ma in cui prevalga la *“...responsabilizzazione di ciascuno in merito a qualità e costo dei servizi erogati, facendo leva su un collegamento più efficiente tra obiettivi individuali e risorse a disposizione ...e attraverso...incentivi dati ai singoli agenti affinché gestiscano in modo efficiente ed efficace le risorse sotto il loro controllo”*.

Un merito del documento è quello di declinare, come poco sopra dicevamo, in specifiche proposte, le indicazioni generali sovra esposte, ed è su queste che tenteremo di valutare cosa si sia realizzato o meno, le ragioni di merito o relative a generali processi politici per cui questo è avvenuto, quali indicazioni mantengono, a nostro parere, validità, e cosa occorra perché possano infine attuarsi.

La spesa sanitaria

Trattandosi di un documento che intende contribuire al contenimento della spesa sanitaria è opportuno, seppure in sintesi, un riferimento al suo andamento nel corso del decennio.

La spesa, in termini percentuali rispetto al PIL, è sintetizzata nella tabella seguente¹¹:

	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2006
Spesa complessiva	7,1	7,9	8,0	8,2	8,2	8,4	-
Spesa pubblica	5,1	5,8	6,1	6,2	6,2	6,4	6,9 ¹²

¹¹ C. Jommi, F. Lecci: La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione, in: CERGAS: Rapporto OASI 2006. L’aziendalizzazione della sanità in Italia Egea, Milano 2007

I dati di cui sopra, che si basano sull'OCSE, evidenziano una crescita della spesa sanitaria complessiva e di quella pubblica anche se, in particolare la spesa pubblica, è nella media dei paesi della Unione europea; ciò tuttavia è da ascrivere anche ai forti incrementi di spesa di alcuni paesi con una notevole crescita economica (Spagna) e all'Inghilterra che ha incrementato fortemente la spesa sanitaria pubblica (tradizionalmente contenuta). Il problema è tuttavia rilevante in un Paese come l'Italia, con un debito pubblico elevato e centrale nell'ambito di una analisi che si colloca nell'ottica delle compatibilità macroeconomiche della spesa sociale complessiva.

L'incremento di spesa sanitaria è in relazione al noto fenomeno di maggiore elasticità in confronto al reddito: alla crescita 1 del reddito si associa una crescita di 1.3 della spesa sanitaria¹³. Conseguentemente le variazioni percentuali annue dei due indicatori sono assai diversificate.

Variazioni percentuali annue del PIL e della spesa sanitaria¹⁴

ITALIA	2001	2002	2003	2004	2005*
Pil Reale	1,8	0,4	0,3	1,2	0,0
Pil prezzi correnti	4,5	3,4	3,2	3,9	4,6
Spesa effettiva del SSN	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8

*Stima

Gli incrementi di spesa sono attribuibili a molteplici fattori, ma l'elemento che ha maggiormente contribuito è rappresentato dai costi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato.

La ripartizione della spesa, al di là di tutti i propositi di questi anni, ha mantenuto un netto orientamento verso le strutture ospedaliere: la spesa ospedaliera (2004) varia infatti secondo le diverse fonti fra il 51,2 (stima ISTAT) e il 54,7¹⁵.

Questa prima disamina non intende entrare in merito ad un obiettivo specifico del Documento Zamagni, poiché il testo fa riferimento all'equilibrio finanziario e non a un determinato Rapporto PIL/spesa sanitaria. Tuttavia il dibattito sulla spesa sanitaria, e la preoccupazione – assai viva nella prima metà degli anni '90 - di una sua *sostenibilità*, è lo scenario di fondo sul quale si proiettano molte delle proposte contenute nel Documento. L'attuale dibattito esprime punti di vista anche assai

¹² Ministero delle Finanze, Ragioneria generale dello Stato. Le tendenze di medio e lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Rapporto n. 8, dicembre 2006 (**stima**)

¹³ P. Vineis, N. Dirindin: In buona salute –Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica, pag. 92. Einaudi, Torino, 2004.

¹⁴ Ministero della Salute: Bozza di Piano sanitario nazionale 2006 - 2008

¹⁵ C. Jommi, F. Lecci (cit).

differenti da quelli di dieci anni orsono¹⁶ e alcuni studiosi ritengono che non sia possibile, definire a priori una sostenibilità della spesa sanitaria¹⁷ sulla base di alcune considerazioni empiriche: la percentuale di Pil a ciò dedicata, era ritenuta insostenibile in anni di poco precedenti ad oggi; la sostenibilità della spesa è in relazione alla pressione fiscale che si intende – o si può – attuare; vi sono inoltre molteplici settori (non di spesa pubblica ma di consumi) con analoga o maggiore intensità di crescita della sanità, e tale fenomeno è generalmente salutato positivamente. Infine in altri paesi la crescita della spesa sanitaria complessiva è stata assai maggiore (Spagna) o ha raggiunto percentuali molto più elevate (Usa) rispetto al PIL, accompagnandosi ad una crescita economica complessiva.

Nei passati decenni vi era inoltre una minor consapevolezza del contributo che la “industria della salute” nel suo insieme apporta al Prodotto interno lordo in un Paese ad economia avanzata. Il settore della salute occupa in Italia il settimo posto per numero di addetti (1,2 milioni) e il terzo per valore della produzione. Il settore sanitario contribuisce alla produzione nazionale per il 7,6%, agli investimenti fissi lordi per l'1,4% e alle esportazioni per l'1%. La sua rilevanza è superiore a quella dell'intera agricoltura (2,9% del Pil), del settore tessile e dell'abbigliamento (3,4%), dell'industria chimica (2,0%) e automobilistica (1,3%)¹⁸.

Il problema pertanto (e torneremo su tale tema che caratterizza positivamente la Relazione Onofri) è quello di una visione complessiva della spesa sociale e della ripartizione dei costi dei vari settori del welfare, fra i quali è possibile e necessario ricercare nuovi equilibri.

Equilibrio finanziario.

Il Documento Zamagni ricerca un equilibrio finanziario tramite quattro aree di intervento: contributi obbligatori e IRAP; la mutualità sanitaria integrativa; le compartecipazioni alla spesa; il finanziamento dei livelli di assistenza, secondo i diversi sistemi sanitari regionali.

Altri contributi esamineranno, con maggiore competenza, quelle tematiche economiche e fiscali, su cui la normativa, nel corso di questi anni, ha portato cambiamenti rilevanti anche negli indirizzi proposti dal documento. In particolare una spinta decisiva all'autofinanziamento regionale si è avuto con il D. Lgs. 446/97 che ha introdotto l'IRAP e con l'avvio definitivo della finanza regionale tramite l'art. 28 della Legge 448/98 (collegato alla finanziaria 1999). La fiscalità regionale si è poi attivata con la legge 405/2001 (conversione in legge del D.L. 347/2001), in base alla quale, le

¹⁶ P. Vineis, N. Dirindin (cit), pag. 87.

¹⁷ I. Dhalla: Canada's health care system and the sustainability paradox. CMAJ 2007 177: 51-53. F. Béland: Arithmetic failure and the myth of the unsustainability of universal health insurance. CMAJ 2007 177: 54-56.

¹⁸ Ministero della Salute: Bozza di Piano sanitario nazionale 2006 – 2008 (cit).

regioni sono chiamate a ripianare i disavanzi; a seguito di tale normativa in dieci regioni sono state introdotte, a copertura dei disavanzi, addizionali IRPEF e sette regioni hanno deliberato aumenti di aliquote IRAP per alcuni soggetti giuridici¹⁹.

Per quanto riguarda la Mutualità integrativa, l'ipotesi, nelle dimensioni e nell'ottica in cui veniva prospettata, risulta sostanzialmente accantonata. Il Documento Zamagni, che richiamava le indicazioni contenute nel 502 e nel 517 (il primo decreto legislativo prevedeva perfino, seppure in via sperimentale, una "uscita" dal sistema sanitario) sollecitava la definizione delle prestazioni del SSN come tipologia, tempi e luoghi di accesso, proprio per chiarire a cittadini e imprese assicurative gli spazi possibili di tutela e di intervento. Indicava un primo criterio generale: la esclusione dal sistema sanitario di quelle a basso rischio e a basso costo e infine sollecitava un sistema – da definire - di agevolazioni tributarie.

Sono stati conseguentemente ipotizzati fondi sanitari integrativi ed istituiti, con Decreto legislativo 229/99²⁰, "Fondi doc", vale a dire forme di mutualità volontaria caratterizzati da tre elementi: l'assenza di selezione all'entrata, di discriminazione nei premi da pagare e di concorrenza con il servizio sanitario nazionale.

Tuttavia più fattori hanno concorso al mancato decollo²¹ di questo "secondo pilastro economico" del sistema sanitario. Da un lato le aree di non intervento del Servizio sanitario non si sono stabilmente e uniformemente (territorialmente) delineate, sebbene restino storicamente stratificati settori di pressoché totale non copertura da parte del servizio sanitario (odontoiatria, alcuni settori specialistici etc.); dall'altra, malgrado la disciplina della deduzione fiscale dei contributi²², non sono stati emanati i regolamenti attuativi. Il tema dei Fondi (o mutualità) integrativi è così scomparso dai programmi di politica sanitaria da parte delle stesse forze politiche di riferimento della Commissione Onofri (ad esempio tale tema non è trattato nel programma di Governo 2006 – 2001 dell'Unione).

¹⁹ C. Jommi, F. Lecci (cit). p. 130 e seg.

²⁰ Si tratta del D. Lgs 229/99 in applicazione dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998 n. 419, noto come riforma ter. Tale normativa completa i processi di regionalizzazione e di aziendalizzazione delle strutture del SSN, razionalizzandolo e individuando gli ambiti di autonomia di ciascun soggetto istituzionale.

²¹ NOMISMA (a cura di): I fondi sanitari integrativi. Quale futuro per la sanità italiana? (con la consulenza del gruppo di lavoro Centro di Ricerca Interuniversitario sull'economia pubblica, Università di Padova, Venezia e Verona). Franco Angeli, 2003. Vedi anche l'intervista al prof. Gilberto Muraro, direttore del centro di ricerca interuniversitario sull'economia pubblica (CRIEP), 09/05/2005 in www.fondazionepfizer.com

²² D. Lgs 18/2/2000 n. 41

Anche l'assicurazione sanitaria privata si è – per analoghe ragioni - diffusa in misura assolutamente marginale in Italia. Se la popolazione interessata rappresenta una percentuale bassa, ma di una qualche consistenza (15,6%), trattandosi di categorie professionali estese che integrano la copertura universalistica con quella privata, le forme assicurative coprono aspetti marginali, rappresentando (anno 2000) solo lo 0,9% della spesa sanitaria totale, contro il 3,3 del Regno Unito, il 3,9 della Spagna, il 12,6 della Germania, il 12,7 della Francia²³. Tale dato evidenzia un elemento di forte distorsione: la spesa sanitaria privata, che rappresenta una quota non indifferente della spesa sanitaria complessiva e corrisponde a circa 2 punti di Pil è, in Italia, tutta *out of pocket*.

Il tema della compartecipazione alla spesa è trattato in dettaglio dal Documento, che allega anche, in appendice, il quadro dei cittadini esenti e il gettito, derivante dalle proposte di ticket: sul pronto soccorso, sul day hospital e sul ricovero ordinario, da attuare in misura contenuta (ad esempio limitato al primo giorno di ricovero). Il Documento ipotizzava anche la introduzione di compartecipazioni alla medicina di base ad esempio per visite domiciliari. Le ragioni sembrano essere non solo la ricerca di una aumento di gettito, ma anche la responsabilizzazione dei cittadini/utenti, come si evince dalla indicazione di *“imporre alle strutture sanitarie la consegna al ricoverato, al momento delle dimissioni, di una nota con indicazione dei costi medici e alberghieri che il SSN ha sostenuto”* (par. 4.2).

Su questo tema, proprio in base alle risultanze della Relazione Onofri, si è sviluppata un'ampia discussione sull'equità dei criteri che regolavano l'accesso ad alcuni servizi sociali, fra cui la sanità. *“Il ticket – scrive il Ministro di allora, Rosy Bindi – è stato e è tuttora la risposta più facile e rozza per contenere la spesa sanitaria pubblica facendo pagare ai cittadini una imposta sulle prestazioni: ma è anche una leva per dirottare verso il mercato privato, in particolare quando il ticket equivale o è anche superiore al prezzo intero della prestazione”*²⁴. In considerazione di tali convincimenti nella sanità viene sperimentato l'Indicatore di situazione economica (Ise)²⁵, quale strumento di equità e deterrente di comportamenti opportunistici. Una iniziativa che si collocava sulla scia delle indicazioni della Commissione Onofri, ma che non vide mai la luce e che fu seguita dall'abolizione di ogni ticket. Successivamente si sono avute sporadiche iniziative di singole regioni²⁶ e, solo recentemente, è stato introdotto, e con modalità assai diverse fra regione e regione, un ticket sul Pronto soccorso, motivato, prioritariamente, in base alla necessità di disincentivare un utilizzo

²³ F. Colombo, N. Tapay: Le assicurazioni sanitarie private nei Paesi OCSE. Quaderni Europei sul nuovo welfare. Quaderno 2, Giugno 2005.

²⁴ Rosy Bindi: La salute Impaziente, pag. 117. Jaca Book, Milano 2005.

²⁵ 20 aprile 1998. Decreto legislativo n. 124. Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni (sanitometro).

²⁶ Il ticket sui farmaci è stato introdotto in più regioni quale misura per il finanziamento dei disavanzi. Frattini e Zanardi, Il Sole 24 Ore. Sanità, vari numeri 2003.

inappropriato di tale servizio. Altre ipotesi (ricovero, medicina di base) non sono state praticate. L'obiettivo di una maggior informazione e responsabilizzazione dell'utenti in merito ai costi sostenuti dalle strutture sanitarie non è rientrato negli obiettivi delle regioni.

Alla metà degli anni novanta i sistemi sanitari regionali trovano, come osserva lo stesso Documento Zamagni, due modalità di regolamentazione: quello della Lombardia, più orientato al paziente, e quello della Emilia Romagna (per citare due regioni tipo) più orientato all'acquirente. Si tratta di due modelli, definiti anche come AUsl terzo pagante (modello Lombardo) e AUsl programmatore (Emilia Romagna)²⁷. Nel primo, indica il Documento "... si prevede una pluralità di soggetti erogatori pubblici e privati accreditati che possono operare all'interno del SSN in concorrenza fra loro e tra i quali i pazienti hanno piena libertà di scelta...". Il modello emiliano invece "...considera la regione come livello di governo più appropriato per amministrare la competizione in sanità". Il modello orientato all'acquirente, maggiormente diffuso, prevede il pagamento delle prestazioni, in particolare quelle ospedaliere, sulla base di un sistema di pagamento prospettico mediante tariffa.

Il Documento non si orienta specificamente su uno dei modelli; peraltro la maggioranza delle regioni avrà modalità organizzative non nettamente classificabili in uno dei modelli²⁸ e, negli anni, modificheranno in larga parte il proprio approccio sviluppando generalmente un maggior accentramento decisionale nella regione stessa, a capo – di fatto – di una holding di aziende.

Il Documento tuttavia, con l'approccio anche operativo che lo contraddistingue, indica due linee di intervento: affinare i sistemi di determinazione dei costi, anche al fine di contenere comportamenti opportunistici (favorendo una attività di verifica, revisione e controllo della qualità delle prestazioni da parte di organismi guidati da medici); sollecitare l'adozione da parte delle Regioni di tariffari DRG articolati in base alla complessità delle strutture produttrici pubbliche e private accreditate.

Tutte le regioni hanno adottato il sistema tariffario nazionale, ma solo in otto lo hanno affinato con pesature e sistemi analitici, introducendo criteri sulla base di costi medi di produzione, rimborsi ad hoc extra tariffa per specifiche prestazioni (in particolare le protesi) o DRG ridotti se a elevato rischio di inappropriata in regime di R.O.²⁹. Non si sono diffusi invece DRG differenziati per

²⁷ G. France (a cura di): Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel Ssn. Milano, Giuffrè, 1999.

²⁸ Franca Maino: La politica sanitaria, pag. 142 e seguenti. Il Mulino. Bologna, 2001.

²⁹ C. Carbone, C. Jommi, A. Torbida: Tariffe e finanziamento dell'innovazione tecnologica: analisi generale e focus su due casi regionali, in: CERGAS: Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia Egea, Milano 2007).

complessità di struttura, ad esclusione di un incremento percentuale della tariffa in misura del 6% nelle Aziende miste in cui si effettua il triennio di medicina e chirurgia³⁰.

In conclusione, per quanto concerne l'obiettivo dell'equilibri finanziario, possiamo richiamare la recente opinione della Corte dei Conti, che sottolinea come il sistema di finanziamento non funziona pienamente, con ritardi nelle assegnazioni e conseguente crisi di liquidità³¹. Nella recente audizione alla Commissione Bilancio sul DPEF, il Presidente della Corte dei Conti ha offerto un quadro sintetico dei problemi del controllo della spesa sanitaria: *"...secondo le stime del Dpef la spesa, per il 2007 aumenta dell'1.1% contro lo 0.3% previsto nella Finanziaria 2001. Se si considera che sul risultato del 2006 pesavano gli arretrati del contratto del biennio 2004 – 2005 la crescita effettiva del 2007 è del 3,8%...nel 2008 la spesa dovrebbe crescere, secondo le stime, del 5.7%...Il controllo della spesa sanitaria continua a essere lo snodo fondamentale per il governo della finanza decentrata"*³².

Il documento affronta successivamente i temi sul fronte della offerta, sia in termini di regolamentazione, che in termini di organizzazione.

Regolamentazione dell'offerta

Il Documento richiama l'obiettivo del PSN 1980-82, riformulato dalla Legge finanziaria 1997 (legge 662/1996), che poneva l'obiettivo di pervenire ad un contenimento della ospedalizzazione, indicando un tasso di ricovero di 160 per 1.000 abitanti e un tasso di occupazione dei posti letto non inferiore al 75%. Tale indicazione intendeva perseguire una contrazione del numero di posti letto e un conseguente risparmio nei costi di ricovero. La contrazione dei posti letto si è verificata, in Italia come negli altri Paesi; tale fenomeno è dovuto prevalentemente ad una riduzione delle durate di degenza e a un trasferimento di attività di ricovero ordinario in day hospital. Sul fronte della riduzione della ospedalizzazione l'obiettivo invece non è certo stato raggiunto, considerato che i dati del 2004 indicavano un tasso di ricovero, a livello nazionale del 207,7 per 1.000 (142,4 ricoveri ordinari e 65,3 day hospital).

La rete ospedaliera si delineava, alla metà degli anni '90, secondo due diverse ipotesi organizzative/istituzionali: lo scorporo dei Presidi ospedalieri dalle AUSL (secondo l'indirizzo della

³⁰ Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome: Documento sulla mobilità sanitaria interregionale, 26 novembre 2003.

³¹ Relazione della Corte dei Conti sulla finanza regionale (Sole 24 ore – Sanità. X, 28, 10- 16 luglio 2007)

³² Il Sole – 24 Ore Sanità X, 29, 24 – 30 Luglio 2007

Regione Lombardia) attribuendo quindi alla Azienda territoriale una funzione sostanzialmente di acquirente di prestazioni di ricovero; il mantenimento invece nelle Ausl dei Presidi ospedalieri, attribuendo quindi all’Azienda una funzione duplice di acquirente e produttore, limitando lo scorporo (costituzione di Aziende ospedaliere) solo ai Policlinici universitari e a qualche altro grande ospedale. Il Documento si muove secondo questa seconda ipotesi; giudica infatti che *“Lo scorporo dei Presidi dalla A-USL di appartenenza non pare essere la soluzione ottimale soprattutto in considerazione dell’incapacità dei primi di porre in essere strategie di riduzione delle duplicazioni di costo e di sfruttamento delle economie di scala che possono essere meglio realizzate in strutture integrate verticalmente quali le A-USL”* (pag. 211).

Vengono quindi indicate una serie di azioni finalizzate ad una gestione economicamente virtuosa, ed in particolare: attribuire ai presidi ospedalieri un bilancio che preveda l’obbligo di pareggio; incentivare la costituzione di reti di ospedali di minori dimensioni al fine di sfruttare economie di scala e di specializzazione; promuovere consorzi per acquisti al fine di ottimizzare l’economia di scala; utilizzare i flussi di mobilità come strumento di programmazione e criterio premiante o penalizzante; affidare alle ONLUS, in via sperimentale, alcuni grandi ospedali.

Anche in questo caso il quadro appare variegato fra le diverse parti del territorio, seppure alcuni indirizzi di fondo siano prevalenti.

Per quanto riguarda il bilancio di Presidio, in più aziende sanitarie vi è un monitoraggio dei costi dei Presidi o, in altri casi, il budget è attribuito al dipartimento. Si tratta tuttavia non di un effettivo bilancio con obbligo di pareggio, ma di un “ribaltamento” dei costi (o di parte di essi) all’entità “Presidio”.

Si è preceduto da più parti nella realizzazione della rete di ospedali, introducendo differenziazione di funzioni fra i Presidi di una stessa A-USL³³, e la formazione di consorzi per acquisti è pratica diffusa in molte regioni. In alcuni casi la regione³⁴ ha costituito appositi Enti per l’esercizio delle funzioni tecniche, amministrative e di supporto delle aziende sanitarie. In altre realtà si è assistito invece – di fatto - a un accentramento di funzioni nell’ambito della regione stessa.

³³ Vedi a tale proposito i numerosi esempi riportati in: Il governo dell’ospedale, Monografia a cura di Marco Geddes da Filicaia. Salute e Territorio, n. 160 e 161, 2007.

³⁴ La Regione Toscana, (L.R 40/2005) ha costituito 3 enti, per ciascuna Area vasta. A tale istituzione, proprio nella ricerca di ottimizzare l’economia di scala e di concentrare le competenze, sono affidati molteplici funzioni: approvvigionamento di beni e servizi; gestione dei magazzini e della logistica; gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche, con particolare riguardo alla integrazione ed alla organizzazione del Centro unificato di prenotazione (CUP); gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni; organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale; gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale; gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

L'utilizzo dei flussi di mobilità non ha, in genere, formalmente avuto una funzione di carattere premiante e su tale fenomeno impatta, come noto, una asimmetria di conoscenze fra acquirente e fornitore, ovvero fra paziente e professionista, enfatizzato – in molti casi – dai mass media. Tuttavia è indubbio che alcune regioni hanno un potenziale attrattivo rilevante, avvantaggiandosi di tale capacità sotto il profilo economico complessivo (sistema privato e pubblico) con forti squilibri territoriali che penalizzano le regioni del Sud Italia.

L'affidamento alle ONLUS, in via sperimentale, di alcuni grandi ospedali è ipotesi avviata nella Regione Lombardia, con la previsione della L.R. 3/2003, che si orienta tuttavia alla costituzione di Fondazioni di partecipazione quale strumento di gestione degli ospedali (sulla base di quanto indicato dall'art. 90 della L. 388/2000), mantenendo in queste una maggioranza pubblica negli organi di gestione.

Le Fondazioni sono strumenti che si diffondono, non tanto per la gestione dei grandi ospedali, ma piuttosto per affiancarli gestendo fondi, donazioni, progetti di ricerca finalizzati etc.

Organizzazione dell'offerta.

Sul fronte della organizzazione dell'offerta il Documento, muovendosi sulle proposte emerse negli anni precedenti, propone: un riassetto delle strutture statali centrali e del Ministero della sanità (per potenziarne i compiti di programmazione, coordinamento e controllo); la regolamentazione della libera professione intramuraria; una rilevante revisione dei rapporti di lavoro dei medici ospedalieri, con previsione di rapporti a termine nei primi 20 anni; la possibilità di utilizzo per la attività di servizi e unità operative della differenza fra costi e ricavi; una responsabilizzazione dei medici di medicina generale.

A distanza di dieci anni, per l'insieme di queste materie, i provvedimenti sono stati molteplici e i cambiamenti – di fatto – limitatissimi.

Il Ministero è stato “abolito”³⁵ a seguito della riforma dell'organizzazione del governo a norma dell'art. 11 L. 15 marzo 1997 (D. leg. 30 luglio 1999 n. 300). E' successivamente “rinato” con il 2° governo Berlusconi (stesso luogo, analoga struttura, dirigenti che si alternano in relazione – essenzialmente – alla compagine governativa), ma né questo né gli altri organi centrali di natura tecnica si sono – a mio parere – qualificati e potenziati come auspicava il Documento Zamagni. Ciò che in particolare ha visto ridurre finanziamenti e conseguente attività sono i programmi di ricerca

³⁵ Il Ministro della sanità di allora, Rosy Bindi, era invece favorevole ad una riorganizzazione del ministero, secondo gli orientamenti del Documento Zamagni. Il nuovo ministero si sarebbe dovuto definire “della salute”, dizione successivamente adottata, articolato in tre Dipartimenti: sviluppo del SSN, produzione normativa; autorizzazioni e controlli. Al ministero restavano attribuiti la definizione degli standard minimi e dei livelli essenziali di assistenza e il coordinamento delle politiche centrali con quelle locali (F. Maino, cit, pag. 256)

finalizzata sul sistema sanitario. E', ovviamente, potenziato, il ruolo regionale quale conseguenza delle varie normative e della modifica del titolo V della Costituzione, con un conseguente potenziamento delle funzioni della Conferenza Stato regioni.

La sostanza del rapporto di lavoro per il personale medico non si è modificata e la valutazione dei risultati, parzialmente avviata, a macchia di leopardo, non ha certo una incidenza di rilievo sulla retribuzione dei dirigenti. Eventuali risparmi realizzati da un servizio non hanno – salvo qualche esempio “da letteratura” – possibilità di reimpiego nell’attività del servizio stesso. Molti anzi evidenziano che la spesa storica, essendo generalmente il riferimento in base al quale viene contrattato e definito (o semplicemente attribuito) il budget annuale penalizza coloro che, grazie a comportamenti “virtuosi”, abbiano realizzato delle economie.

La regolamentazione della libera professione intramoenia, prevista dalla Riforma ter, ha avuto un impulso con l’Atto di indirizzo del 27 marzo 2000 (Decreto presidenza consiglio dei ministri) e appositi finanziamenti³⁶. Successivamente disapplicata da varie regioni, anche su indicazione del governo Berlusconi, le diverse proroghe ed eccezioni hanno avuto, in data 2 agosto 2007, una approvazione definitiva con una proroga di 18 mesi (sic!) per la sua applicazione.

Ruolo della medicina generale³⁷.

Un discorso a parte merita il tema della medicina generale, questione ricorrente nei dibattiti e nei documenti programmatici nazionali e regionali; una valutazione – documentata – di quanto si sia realizzato in tale ambito nel decennio non risulta facilmente reperibile, anche per la frammentazione di iniziative nelle varie regioni e nelle singole Ausl. Il Documento Zamagni presenta una serie di proposte, concernenti principalmente il ruolo dei medici di base, nell’ottica di soggetti prescrittori e *gate keeper* dei successivi percorsi diagnostico terapeutici.

Le proposte si articolano in 5 punti: 1. favorire in ogni regione sperimentazioni di attribuzione di budget totali cui imputare il costo di prescrizioni dell’assistito; 2. ampliare la scelta dei pazienti incentivando la costituzione di studi associati nella forma di società professionali, quali quelle ammesse per gli ingegneri; 3. introdurre meccanismi di ponderazione della spesa sanitaria per età degli assistiti (per il singolo curante) e su altri meccanismi di bisogno sanitario in modo che lo “stipendio” non sia determinato solo dall’anzianità di laurea e dal numero di assistiti; 4. armonizzare i criteri di standardizzazione della spesa per paziente e prevedere penalizzazioni progressive in presenza di sfondamenti; 5. introdurre meccanismi di contenimento della spesa più

³⁶ I finanziamenti (1.800 miliardi lire), per la realizzazione o potenziamento di strutture per la libera professione intramoenia, sono stati definiti con D Lgs 28/7/2000 n. 254 e DPCM 27/3/2000.

³⁷ **A questo paragrafo ha collaborato il Dr. Lorenzo Roti – Ausl 4, Prato.**

stringenti con fissazione di budget specifici almeno per quel che concerne la spesa farmaceutica e potenziare l'attività di controllo sulle prescrizioni.

Le scelte regionali in tale ambito sono state oggetto di indagine³⁸, seppure limitate a un gruppo di regioni, che hanno messo in evidenza orientamenti diversi, con iniziative finalizzate a potenziare la funzione di *gatekeeper*, anche se in forme molto iniziali (Sicilia), con l'adozione di budget (delegando le modalità attuative ed il dettaglio dei contenuti alle Aziende sanitarie) a politiche maggiormente orientate alla produzione dell'offerta (Lombardia), con la possibilità di sganciarsi dall'Azienda Sanitaria e negoziare con essa prestazioni da erogare al pari degli altri produttori del sistema regionale, ovvero riconoscersi come braccio produttivo delle cure primarie all'interno dell'Azienda, costituendo GCP (Gruppi di cure primarie)³⁹. Il Piano sanitario regionale lombardo (2002 – 2004), ad esempio, prevede peraltro molteplici iniziative nell'ambito della medicina generale: l'accreditamento con uno standard minimo per accettare la presenza nell'ambito del servizio regionale; la ridefinizione degli strumenti informativi e organizzativi; l'introduzione di budget come strumento operativo di programmazione e controllo (remunerazione di funzioni assistenziali, remunerazione relativa a obiettivi di razionalizzazione della assistenza farmaceutica, remunerazione in relazione ad obiettivi di razionalizzazione della funzione di assistenza specialistica territoriale etc.)⁴⁰. Nello sfondo di una normativa ricca, variegata, reiterata e – come vedremo – poco applicata, le cinque proposte del Documento Zamagni hanno trovato un limitato seguito. In sintesi:

Sperimentazioni di attribuzione di budget. L'introduzione di sistemi di responsabilizzazione budgetaria per la medicina generale è avvenuta sotto forma sperimentale e si è potuta consolidare negli ultimi 3 anni solo in poche regioni e tra queste solo in alcune ASL. I dati del Ministero sulla presenza di una politica di budget offrono un risultato ottimistico⁴¹: 68,5% delle ASL. Tuttavia se si esamina ciò che il Documento proponeva, cioè il budget su singolo medico o forme associate, tale percentuale si riduce al 17,1%. Inoltre la responsabilizzazione budgetaria è prevalentemente, se non esclusivamente, centrata sulla spesa farmaceutica.

³⁸ M.C. Cavallo, V. Tozzi, E. Vendramini: Le scelte per il governo regionale delle cure primarie, in CERGAS: L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001. Egea, Milano, 2002.

³⁹ V. Tozzi: Analisi comparativa delle scelte regionali per la medicina generale in Lombardia, Marche, Sicilia, Toscana e Veneto, in CERGAS: L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2002. Egea, Milano, 2003

⁴⁰ F. Sandrini: L'integrazione ospedale – territorio. I modelli organizzativi dei processi assistenziali, in: Modelli di sanità regionale Toscana – Lombardia. Salute e Territorio, 136, 2003.

⁴¹ Ministero della Salute, Rapporto "Ricognizione ed analisi dei Modelli Organizzativi innovativi per l'organizzazione i Cure Primarie" dicembre 2004.

Costituzione di studi associati. A seguito dell'accordo collettivo nazionale del 2000 (DPR 270/2000), le forme associative tradizionali hanno avuto una grande diffusione arrivando ad interessare, alla fine del 2004 (dati del Ministero della salute), il 58% dei MMG. Si tratta tuttavia di un risultato con presupposti giuridici diversi da quelli prospettati dal Documento Zamagni, che tentava una incentivazione e potenziamento della libera scelta dei cittadini, tramite elementi di concorrenza fra studi. Valutando in dettaglio, i dati sono però assai meno confortanti: la forma associativa più diffusa (36,7%) è la Associazione Semplice, con modalità di aggregazione a scarso contenuto organizzativo, mentre la Medicina di Gruppo, che è quella più avanzata, con requisiti di prolungata apertura degli studi medici e di integrazione dei MMG, rappresenta solo il 13,8%, con grandi differenze territoriali (nelle isole: 6,2%).

Meccanismi di ponderazione della spesa sanitaria. Il compenso dei MMG è definito in base a due parametri: 1. quota capitaria, calcolata sul numero assoluto di assistiti con remunerazione aggiuntiva per pazienti ultra74enni e minori di 15 anni; 2. quota variabile, articolata in base a due criteri: obiettivi e standard erogativi - organizzativi; compensi e servizi. La sostanziale non attivazione, in termini flessibili, di obiettivi e standard determina tuttavia una rigidità della struttura del compenso dei MMG ed una modesta capacità di azione locale sulla parte realmente variabile.

Armonizzare i criteri di standardizzazione della spesa per paziente Non esistono criteri di standardizzazione della spesa per paziente e sistemi di penalizzazione vera e propria, se non la mancata remunerazione degli incentivi legati al raggiungimento degli obiettivi fissati dagli accordi regionali e nel dettaglio da quelli integrativi aziendali. In alcuni casi solo il raggiungimento dell'obiettivo di contenimento della spesa farmaceutica rappresenta un vincolo per accedere alla remunerazione degli altri eventuali obiettivi produttivi o di appropriatezza, incentivati negli accordi.

Introdurre meccanismi di contenimento della spesa più stringenti. La legge 405/01 ha fissato il tetto della spesa farmaceutica "territoriale" al 13 % della spesa sanitaria, in quasi tutte le regioni, sono stati introdotti dei meccanismi di responsabilizzazione della spesa farmaceutica per i MMG. Limitati e recenti gli accordi locali regionali e locali, che si sono orientati su aspetti qualitativi e di appropriatezza della prescrizione farmaceutica. La penalizzazione maggiormente applicata ai MMG (su tale questione non vi sono dati) che non rispettino obiettivo di spesa è quella dell'esclusione del professionista dall'accesso al sistema di incentivi previsti dagli accordi aziendali soprattutto per la parte legata ad obiettivi di produzione o organizzativi.

Quello che non si è sostanzialmente modificato, e a cui il Documento Zamagni mirava – in particolare con l'incentivare forme di associazione professionale – è la realizzazione di un efficace

filtro verso l'ospedale, grazie a risposte assistenziali adeguate a livello territoriale. Anche le forme associative cosiddette “forti” (la Medicina di Gruppo) realizza aggregazioni limitate di professionisti, con scarso o nessun impiego di personale infermieristico, generale assenza di specialisti, poca capacità di investimenti strutturali e tecnologici. Siamo lontani da quanto si attua, da tempo, in realtà più avanzate, in cui si è raggiunta una concentrazione di medici di medicina generale (mediamente fra i 20 e i 40), con ampi investimenti in *information technology*, nonché la compresenza di altri specialisti e di attrezzature diagnostiche⁴².

Nel corso del decennio non si è assistito certo a quei cambiamenti realizzati nel Regno Unito, dove si è passati da un sistema di remunerazione legato al singolo medico a un tipo di contratto basato sulle prestazioni, accompagnato da importanti investimenti, con la creazione di centri di assistenza primaria (PCTs) e centri ad accesso gratuito e veloce (Walk in centres) aperti dalle 7 alle 22 e, il Sabato e domenica, dalle 9 alle 10. Ciò ha comportato un incremento di risorse, in termini di personale medico (i General Practitioner in attività nel 1997 erano 28.046, nel 2004 sono 31.523) e, in particolare, infermieristico (dal 1997 al 2004 l'incremento di infermieri è stato di 78.660 unità, nel complesso del NHS, pari al 62%).⁴³

Mercato farmaceutico

Su tale problematica, tenuto conto che la spesa farmaceutica rappresenta una quota rilevante della spesa sanitaria (il 15.0% nel 2001 e il 12.6% nel 2005⁴⁴) il Documento Zamagni presenta proposte puntuali e, in via teorica, attuabili in tempi rapidi: incentivare la registrazione dei farmaci generici; prevedere la distribuzione di farmaci da banco al di fuori delle farmacie e la vendita dei farmaci che richiedono ricetta medica anche nei centri commerciali, con la presenza di farmacista laureato; favorire forme di vendita al dettaglio dei prodotti farmaceutici sulla base del fabbisogno effettivo e non solo in confezioni con quantità prestabilite; attuare un servizio di informazione farmaceutica “neutrale”.

Come vedremo i governi di centro sinistra si muovono nella direzione indicata da queste proposte, seppure con tempi estremamente dilazionati.

⁴² Feachem G.A. et al (2002): Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *Bmj*; 324: 135-43

⁴³ R. Willmer. L'assistenza primaria nel Regno Unito, in: Rapporto Osservasalute 2006 – stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane Università cattolica del Sacro Cuore. Edizione Italia, Milano 2006.

⁴⁴ C. Jommi, F. Lecci, pag. 118, (cit).

La possibilità di diffusione dei farmaci generici, più correttamente definiti “farmaco equivalente”, si è avuta fin dal 1991, con la trasformazione di tali prodotti da galenici a farmaci preconfezionati prodotti industrialmente⁴⁵; ma una spinta alla diffusione di tali prodotti è conseguente alla legge Finanziaria 2001, quando il Ministero della Salute offrì il rimborso dei farmaci di classe A soltanto ai generici, mentre non c'era rimborso totale per chi utilizzava quelli di marca con un prezzo più elevato. La diffusione – e il conseguente risparmio - è tuttavia ancora contenuto; in Italia si vende tra il 6% e il 7% di farmaci "non branded" in Olanda il totale dei generici venduti si avvicina al 50%, mentre nel Regno Unito al 40%, in Danimarca al 37%, in Germania al 30%, e in Francia oltre il 10%. Manca infatti un adeguato sistema di informazione, i certificati complementari emessi in Italia prolungano spesso – a differenza che in altri paesi – la durata del brevetto e sarebbe necessario introdurre l'obbligo di prescrizione, da parte dei medici, del principio attivo.

Per quanto concerne la vendita dei farmaci presso gli esercizi commerciali, come noto a tale traguardo si è pervenuti solo nel 2006, con il cosiddetto "pacchetto Bersani" sulle liberalizzazioni approvato con il decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006 e definitivamente convertito dalla Legge n. 248 del 4 agosto 2006. Tale norma dà il via libera alla vendita dei farmaci - se non soggetti a prescrizione medica - nei supermercati e in tutti gli esercizi commerciali (esclusi gli alimentari), prevedendo la presenza di un laureato in farmacia. Come è evidente, dopo 10 anni, la liberalizzazione attuata è assai “timida” in confronto a quanto proposto dal Documento. A un anno di distanza dalla approvazione del decreto la diffusione di punti vendita non è certo capillare, pur trattandosi di 1.148 esercizi commerciali (79% esercizi di vicinato, 21% reparti di esercizi di media o grande distribuzione)⁴⁶; tuttavia vi sono effetti positivi sui costi dei farmaci. Comprare farmaci da banco in una parafarmacia o al supermercato può far risparmiare il doppio rispetto alla farmacia tradizionale. I nuovi esercizi abilitati alla vendita di questi medicinali, offrono infatti ai clienti uno sconto medio del 15,79% rispetto all'8,54% praticato dalle farmacie⁴⁷. In media, lo sconto più basso viene praticato nelle farmacie private, (6,85%), nelle parafarmacie private si fermano al 9,12% e nelle farmacie comunali è del 9,47%. Nei “corner” allestiti nei supermercati si arriva a sconti del 20,62%. Seppure l'indagine è preliminare ed evidenzia forti differenze fra città e città, si evidenzia “...un circolo virtuoso, che ha innescato una dinamica di concorrenza con il relativo abbassamento

⁴⁵ D. Lgs 29 maggio 1991, n. 178.

⁴⁶ Ministero dello Sviluppo economico: rapporto sullo stato di attuazione del 1° e 2° pacchetto cittadino-consumatore (Roma, 18 luglio 2007)

⁴⁷ Osservatorio nazionale prezzi e tariffe di Federconsumatori, Roma, Luglio 2007.

*dei prezzi, e sconti maggiori anche nelle farmacie rispetto al passato...e non si è verificato il tanto temuto aumento nel consumo di medicinali*⁴⁸.

La vendita al dettaglio dei farmaci sulla base delle prescrizioni personalizzate, con riconfezionamento da parte del farmacista in dosi unitarie, secondo la posologia prescritta, come in atto diffusamente in molti paesi, non è consentita.

Una informazione neutrale e autorevole si è attuata, grazie alle iniziative della Agenzia Italiana del farmaco (AIFA)⁴⁹. E' ovviamente dubbio che tali iniziative, che ricevono un finanziamento modesto, possano riequilibrare quella asimmetria informativa rispetto alle aziende farmaceutiche, considerato che in Italia 30.000 informatori incontrano mediamente 10 medici al giorno (300.000 visite giornaliere distribuite su circa 350.000 medici), dispensando messaggi acritici e informazioni pilotate dall'industria farmaceutica, che investe fra i 2,7 e 4,7 milioni di lire per medico, con una spesa, per la propaganda, doppia di quella dedicata alla ricerca⁵⁰.

Conclusioni

La questione sanitaria si differenzia da altri temi affrontati dalla Relazione Onofri, quali il minimo vitale, la spesa sociale, il sistema pensionistico, poiché queste sono problematiche certo rilevanti, ma sostanzialmente concernenti una redistribuzione economica (anche, per quanto riguarda, in Italia, la spesa sociale). Dietro a eventuali provvedimenti vi è un confronto sindacale, un problema di sostenibilità, anche maggiore rispetto alla spesa sanitaria, una questione di equità etc. Tuttavia, una volta definiti i criteri e le norme, l'erogazione è (relativamente) semplice. L'erogazione di prestazioni sanitarie è invece affidata ad un apparato produttivo rilevante, capillare e difficilmente controllabile. Tale problema è evidenziato nel Documento Zamagni, che tuttavia manca, a mio modo di vedere (e, in parte, con il senno di poi), di inquadrare la questione in relazione ad alcuni fondamentali determinanti di prestazioni e di spesa: le modifiche tecnologiche che spostano in misura rilevante le attività ospedaliere dal ricovero ordinario al day hospital e alla attività ambulatoriale, con la possibilità di recuperare risorse e rivedere anche le politiche di partecipazione alla spesa (limitandola, ad esempio, all'attività ambulatoriale una volta potenziata); gli investimenti, che devono orientarsi ad una integrazione effettiva dell'ospedale con il territorio, privilegiando

⁴⁸ Mauro Zanini, vicepresidente Federconsumatori

⁴⁹ L' AIFA pubblica, fra l'altro il testo di riferimento della medicina basata sulle prove di efficacia (Clinical Evidence) la cui 4° edizione, del 9/11/2006, è stata edita in 50.000 copie inviata a tutti i medici di medicina generale.

⁵⁰ Marco Bobbio, *Giuro di esercitare la medicina in libertà e indipendenza. Medici e industria*, pag. 289, €15,00. Giulio Einaudi Editore, Torino, 2004.

quest'ultimo; l'evoluzione epidemiologica, che pone il problema di affrontare la cronicità attraverso altri paradigmi, superando una medicina attendista, che si attiva sull'acuzie, e operando invece con una medicina di iniziativa, secondo i criteri del *chronic care model*⁵¹.

Questi elementi, sinteticamente richiamati, non avrebbero forse portato ad una maggiore attuazione di quanto ipotizzato, ma avrebbero collocato le diverse proposte in un contesto culturalmente e politicamente più avanzato.

I punti di forza del Documento Zamagni nel suo complesso, al di là delle molteplici proposte che abbiamo esaminato, sono riassumibili in tre "virtù", che il legislatore non ha certo fatte proprie: complementarità, organicità, velocità:

Complementarità: il Documento si colloca all'interno di una Relazione che affronta il tema della spesa sociale (previdenza, assistenza sociale, sanità) nel suo complesso ricercando per tutti i comparti uno sforzo di efficienza e di equità. Deve essere quindi letto come complementare alle altre proposte, alcune delle quali particolarmente rilevanti per il sistema sanitario. Mi riferisco solo a due esempi: il minimo vitale, come meccanismo di inclusione, in considerazione del peso, in termini di salute, della popolazione con situazioni economiche basse e condizioni sociali marginali; il Fondo per i non autosufficienti, considerando che le problematiche di tale fascia di popolazione si riflette, in modo non appropriato, sul sistema sanitario, determinando costi e, in particolare, interruzione dei percorsi assistenziali. Non pare che il legislatore si sia fatto carico, in modo coerente e continuativo, nel corso dei dieci anni, di questa visione unitaria ed anche la recente discussione su un problema certo importato, ma contingente del sistema pensionistico (lo "scalone"), non è stata accompagnata da alcun riferimento a questi due – a mio modo di vedere assai più rilevanti – istituti.

Organicità: *"Occorre avvertire che le proposte che seguono – recita il Documento Zamagni (pag. 198) – vanno considerate nella loro globalità"*.

Le proposte che seguono sono 50, e il presente contributo le ha riassunte risparmiando al lettore il peso di riportarle integralmente. Dall'analisi sopra offerta appare che le legislazioni nazionali e regionali hanno via via colto alcuni suggerimenti, in particolare quelli che si collocavano all'interno di indirizzi di politica sanitaria già elaborati e assunti ai diversi livelli. Tuttavia la organicità e la contestualità che caratterizzava la proposta non ha trovato seguito.

Rapidità: Il Documento, e la Relazione nel suo insieme, pongono al referente governo problemi contingenti, non nel senso limitativo del termine, ma nel significato di iniziative necessarie ed urgenti per imprimere un nuovo indirizzo, una svolta, nelle politiche sociali. Ora sono passati più di

⁵¹ C. Lorini, F. Voller, G. Maciocco: Malattie croniche. L'epidemia dimenticata. L'Arco di Giano, 47: 9-43. 2006.

dieci anni dalla presentazione del Documento e per il molto non attuato non ci resta che sperare in persone che abbiano le virtù di Chuang-Tzu.

“Tra le molte virtù di Chuang-Tzu - scrive Italo Calvino nella sua lezione sulla rapidità - c’era l’abilità nel disegno. Il re gli chiese il disegno di un granchio. Chuang-Tzu disse che aveva bisogno di cinque anni di tempo e d’una villa con dodici servitori. Dopo cinque anni il disegno non era ancora cominciato. “Ho bisogno di altri cinque anni”, disse Chuang-Tzu. Il re glieli accordò. Allo scadere dei dieci anni, Chuang-Tzu prese il pennello e in un istante, con un solo gesto, disegnò un granchio, il più perfetto granchio che si fosse visto”.⁵²

⁵² Italo Calvino: Lezioni americane. Sei proposte per il prossimo millennio. Rapidità. Garzanti, Milano, 1988.