

IL SISTEMA SANITARIO: QUESTIONI APERTE E LINEE DI INTERVENTO

L'analisi di quanto fino ad oggi realizzato delle proposte della «Commissione Onofri» in tema di sanità (Documento Zamagni) non è compito semplice, trattandosi di ripercorrere – seppure per grandi linee – l'evoluzione della sanità italiana nell'ultimo decennio.

Da allora è trascorso uno spazio di tempo non breve, 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. In sintesi, nei dieci anni in esame, si sono alternate tre diverse maggioranze, sei governi, quattro Presidenti del consiglio, cinque ministri della Sanità. 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 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 anche nell'ambito delle questioni sanitarie [Britton, McNeill e Arnott 2007; Eaton 2007a; Eaton 2007b].

Le problematiche affrontate del Documento Zamagni, contenute in parte anche nelle norme legislative da cui il documento prende le mosse, erano parzialmente presenti anche nella piattaforma programmatica dell'Ulivo. In particolare la piattaforma faceva riferimento all'autonomia impositiva delle regioni, allo sviluppo della mutualità integrativa, alla riqualificazione della medicina di base e alla riorganizzazione della rete ospedaliera¹. Tuttavia, nel decennio successivo, in occasione di fondamentali scadenze², nei Piani sanitari nazionali³, nel documento per le elezioni politiche 2001⁴, nonché nello stesso programma dell'Unione⁵, i riferimenti espliciti al Documento sono poco frequenti e le proposte operative lì contenute 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*”. Tuttavia, sia per il contesto nel quale il contributo 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 nel successivo decennio.

Il testo prende le mosse dai decreti legislativi 502/92 e 517/93, ponendosi nell'ottica della loro attuazione [Taroni, *supra*], puntando alla competizione pubblico-privato, 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 spetti di disegnare una cornice di riferimento, da attuare da parte delle diverse regioni e che, pertanto, siano necessari sia incentivi che sistemi di verifica e controllo a livello nazionale. Vengono poi esaminati interventi previsti dal legislatore che attendono un trattamento organico (ad esempio, la mutualità integrativa). Infine sono auspiccate azioni in aree che non sono richiamate direttamente dalle citate riforme, ma che si collocano all'interno di tale quadro.

¹ Tesi per la definizione della «Piattaforma programmatica dell'Ulivo» presentate da Romano Prodi, pp. 179–182, 6 dicembre 1995.

² Prima conferenza nazionale sulla sanità, Roma, 24 novembre 1999.

³ Ministero della Sanità: Piano sanitario nazionale 1998 – 2000; ministero della Salute: Piano sanitario nazionale 2003 – 2005.

⁴ 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.

⁵ Per il bene dell'Italia. Programma di Governo 2006 – 2011. Capitolo: Diritto alla salute e nuovo welfare locale. unioneweb.it

L'obiettivo complessivo è quello di un controllo della spesa e di una maggiore riqualificazione dell'assistenza sanitaria, attraverso un sistema basato su meccanismi di responsabilizzazione e di incentivazione.

Un merito del documento è quello di declinare, a conclusione di ogni paragrafo, specifiche proposte, nei termini di: “*Si richiede di...*”; “*In questo ambito è quindi opportuno..*”; “*Sulla base di queste considerazioni, pare opportuno...*”. E' su queste proposte 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

Il dibattito sulla spesa sanitaria, con la relativa 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. E' quindi necessario, seppure in sintesi, un riferimento a quanto avvenuto nel corso del successivo decennio. La spesa sanitaria complessiva è cresciuta rispetto al Pil (1995 = 7,1; 2004 = 8,4) anche se, in particolare la spesa pubblica, è nella media dei paesi della Ue; ciò tuttavia è da ascrivere anche ai forti incrementi di spesa di alcuni paesi con una notevole crescita economica (Spagna) e con un forte impegno nel potenziamento del sistema sanitario (Inghilterra).

Gli incrementi di spesa sono attribuibili a molteplici fattori, ma ciò che vi ha maggiormente contribuito è il costo contrattuale 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 54,7 [Jommi e Lecci 2006].

L'attuale dibattito esprime, su tale problematica, punti di vista anche assai differenti da quelli di dieci anni or sono [Vineis e Dirindin 2004] e alcuni studiosi, sulla base di considerazioni empiriche, ritengono che non sia possibile definire a priori una sostenibilità della spesa sanitaria [Dhalla 2007; Béland 2007].

Il problema pertanto rimane quello di una visione complessiva della spesa sociale e della sua ripartizione fra i vari settori del welfare, tra i quali è possibile e necessario ricercare nuovi equilibri.

Equilibrio finanziario

Il Documento Zamagni ricerca un equilibrio finanziario tramite quattro aree di intervento: 1. contributi obbligatori e Irap; 2. la mutualità integrativa; 3. le compartecipazioni alla spesa; 4. il finanziamento dei livelli di assistenza nell'ambito dei diversi sistemi sanitari regionali.

L'autofinanziamento regionale auspicato è stato avviato da molteplici provvedimenti nei successivi anni (D. lgs. 446/97; art. 28 della legge 448/98; legge 405/2001 sulla fiscalità regionale). E' a seguito di tali normative che, per ripianare i disavanzi in dieci regioni sono state introdotte addizionali Irpef e sette regioni hanno deliberato aumenti di aliquote Irap per alcuni soggetti giuridici [Jommi e Lecci 2006, 130].

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, sollecitava infatti 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, nell'ambito di una scelta di universalismo selettivo [Granaglia, *supra*] un primo criterio generale: l'esclusione dal sistema sanitario delle prestazioni a

basso rischio e a basso costo; sollecitava infine la definizione di un sistema di agevolazioni tributarie.

Sono stati conseguentemente ipotizzati fondi sanitari integrativi ed istituiti, con D. lgs. 229/99, “Fondi doc”, 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 decollo [Nomisma 2003; Muraro 2005] di questo “secondo pilastro economico” del sistema sanitario. Infatti non sono stati emanati i regolamenti attuativi della disciplina della deduzione fiscale dei contributi⁶, ma fondamentale è mancata la capacità e possibilità di definire le aree di non intervento del Servizio sanitario, in modo stabile e territorialmente uniforme. Per ragioni analoghe anche l’assicurazione sanitaria privata si è diffusa in misura assolutamente marginale in Italia, 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 Francia [Colombo e Tapay 2005]. Ci troviamo così in una situazione caratterizzata da importanti settori (l’odontoiatria, la specialistica ambulatoriale, la riabilitazione, la lungodegenza) in larga parte non garantiti dal Ssn, con una conseguente spesa privata che ammonta a 2 punti di Pil e che è totalmente *out of pocket*. Malgrado ciò il tema della mutualità integrativa è scomparso dai programmi delle stesse forze politiche di riferimento della «Commissione Onofri».

Il tema della compartecipazione alla spesa è trattato in dettaglio dal Documento Zamagni, con proposte per il pronto soccorso, il day hospital e il ricovero ordinario (limitatamente al primo giorno di ricovero); veniva ipotizzata anche l’introduzione di compartecipazioni alla medicina di base, ad esempio, per visite domiciliari. Le ragioni sembrano essere non solo la ricerca di un aumento di gettito, ma anche la responsabilizzazione dei cittadini/utenti.

Su questo tema 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*” [Bindi 2005, 117]. La politica sui ticket ha avuto, a livello nazionale, continue oscillazioni. Alcune regioni hanno reintrodotta il ticket sui farmaci⁷ 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 inappropriato di tale servizio.

Per quanto riguarda infine le modalità di finanziamento dei livelli di assistenza, il dibattito si è intrecciato con il diversificato sviluppo dei sistemi sanitari regionali della metà degli anni novanta. Questi adottano, come osserva lo stesso Documento Zamagni, due modalità di regolamentazione: quella della Lombardia (Ausl terzo pagante), più orientata al paziente, con una pluralità di soggetti erogatori pubblici e privati accreditati che possono operare all’interno del Ssn in concorrenza fra loro; quella dell’Emilia-Romagna (Ausl programmatore), che considera la regione come livello di governo più appropriato per amministrare la competizione in sanità [France 1999].

Il Documento, pur non orientandosi specificamente su uno dei modelli (peraltro la maggioranza delle regioni avrà modalità organizzative non nettamente classificabili) [Maino 2001], indica due linee di intervento: affinare i sistemi di determinazione dei costi, anche al fine di contenere comportamenti opportunistici; sollecitare l’adozione da parte delle regioni di tariffari Drg articolati in base alla complessità delle strutture produttrici pubbliche e private accreditate. Allo stato attuale tutte le regioni hanno adottato il sistema tariffario nazionale, ma solo 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 o Drg ridotti se a elevato rischio di inappropriata in regime di R.o. [Carbone, Jommi e Torbida 2006]. Non si sono diffusi invece Drg differenziati per

⁶ D. Lgs 18/2/2000, n. 41.

⁷ Il ticket sui farmaci è stato introdotto in più regioni quale misura per il finanziamento dei disavanzi.

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 chirurgia⁸.

Regolamentazione dell'offerta

Il Documento affronta la regolamentazione dell'offerta richiamando l'obiettivo del Psn 1980-82⁹ di 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 conseguentemente dei costi di ricovero. La contrazione dei posti letto si è verificata, prevalentemente per la riduzione delle durate di degenza e il 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 indicano 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 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 Zamagni si muove secondo questa seconda ipotesi, ed indica una serie di azioni finalizzate ad una gestione economicamente virtuosa: 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.

Anche in questo caso il quadro attuale appare variegato fra le diverse parti del territorio, seppure alcuni indirizzi di fondo siano prevalenti. Un bilancio reale di presidio, con obbligo di pareggio, non è attuato; in alcune realtà si realizza un "ribaltamento" dei costi (o di parte di essi) all'entità "presidio" o una attribuzione del budget al dipartimento. In varie Aziende si è preceduto nella realizzazione della rete di ospedali, introducendo differenziazione di funzioni fra i presidi di una stessa Ausl [Geddes da Filicaia 2007]. Infine si è diffusa in molte regioni la formazione di consorzi per acquisti o anche la costituzione di 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.

Organizzazione dell'offerta

Sul fronte dell'organizzazione dell'offerta il Documento 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 del rapporto di lavoro dei medici ospedalieri, con previsione di rapporti a termine nei primi 20 anni; la possibilità di utilizzo per l'attività di servizi e unità operative della differenza ottenuta 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.

⁸ Conferenza dei presidenti delle regioni e delle province autonome: *Documento sulla mobilità sanitaria interregionale*, 26 novembre 2003.

⁹ Riformulato dalla legge finanziaria 1997 (legge 662/1996).

Il ministero è stato, prima, “abolito”¹⁰ a seguito della riforma dell’organizzazione del governo¹¹. E’ successivamente “rinato” con il 2° governo Berlusconi, ma né questo né gli altri organi centrali di natura tecnica si sono qualificati e potenziati come auspicava il Documento Zamagni. 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. La regolamentazione della libera professione intramoenia, prevista dalla “Riforma ter”, ha avuto un impulso con l’Atto di indirizzo del 27 marzo 2000 (Dpcm) e appositi finanziamenti¹²; successivamente disapplicata da varie regioni, anche su indicazione del governo Berlusconi, sembra aver trovato, solo quest’anno (2 agosto 2007), una definitiva sistemazione normativa.

Ruolo della medicina generale.

Un discorso a parte merita il tema della medicina generale, questione ricorrente nei dibattiti e nei documenti programmatici nazionali e regionali. 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; 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 stringenti.

Le scelte regionali in tale ambito sono state oggetto di indagini [Cavallo, Tozzi e Vendramini 2002], che hanno messo in evidenza orientamenti diversi, con iniziative finalizzate a potenziare la funzione di *gate keeper*, anche se in forme molto iniziali (Sicilia), ed altre azioni maggiormente orientate alla produzione dell’offerta (Lombardia) [Tozzi 2003]. Il Piano sanitario regionale lombardo (2002 – 2004), ad esempio, prevede molteplici iniziative nell’ambito della medicina generale: l’accreditamento con uno standard minimo; la ridefinizione degli strumenti informativi e organizzativi; l’introduzione di budget come strumento operativo di programmazione e controllo [Sandrini 2003]. 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 tre anni solo in poche regioni e tra queste solo in alcune Asl. I dati del ministero [ministero della Salute 2004] sulla presenza di una politica di budget offrono un risultato ottimistico: 68,5% delle Asl. Tuttavia se si esamina ciò che il Documento proponeva, cioè il budget

¹⁰ 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 [Maino 2001, 256].

¹¹ Art. 11, l. 15 marzo 1997 (D. lgs. 30 luglio 1999, n. 300).

¹² 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.

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.

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, il 58% dei Mmg. 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 ultra 74enni e minori di 15 anni; 2. quota variabile, articolata in base a due criteri: obiettivi e standard erogativo-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 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 405/2001 ha fissato il tetto della spesa farmaceutica "territoriale" al 13 % della spesa sanitaria e, in quasi tutte le regioni, sono stati introdotti dei meccanismi di responsabilizzazione della spesa farmaceutica per i Mmg. Limitati e recenti gli accordi regionali e locali, che si sono orientati su aspetti qualitativi e di appropriatezza della prescrizione farmaceutica. La penalizzazione maggiormente applicata ai Mmg che non rispettino l'obiettivo di spesa è quella dell'esclusione del professionista dall'accesso al sistema di incentivi previsti dagli accordi aziendali.

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, con ampi investimenti in *information technology*, nonché la compresenza di altri specialisti e di attrezzature diagnostiche [Feachem 2002] o da quanto avviato nel Regno Unito, con 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, nel NHS, di 78.660 unità, pari al 62%) [Willmer 2006].

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 2005) [Jommi e Lecci 2006, 118], il Documento Zamagni presentava proposte puntuali, 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.

La possibilità di diffusione dei farmaci generici, più correttamente definiti “farmaco equivalente”, si è avuta fin dal 1991¹³, ma una spinta alla diffusione di tali prodotti è conseguente alla legge finanziaria 2001. La diffusione – e il conseguente risparmio - è tuttavia ancora contenuto; in Italia si vende tra il 6% e il 7% di farmaci *non branded* (Olanda circa 50%, Regno Unito 40%, Danimarca 37%, Germania 30%, 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”¹⁴. Come è evidente, dopo dieci anni, la liberalizzazione attuata è assai “timida” in confronto a quanto proposto dal Documento. A un anno di distanza dall’approvazione del decreto, la diffusione di punti vendita non è certo capillare: 1.148 esercizi commerciali [ministero dello Sviluppo economico 2007], con effetti positivi sui costi dei farmaci. 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)¹⁵. 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 per la propaganda il doppio di quanto dedica alla ricerca [Bobbio 2004].

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, 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 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; gli investimenti, che devono orientarsi ad una integrazione effettiva dell’ospedale con il territorio, privilegiando quest’ultimo; l’evoluzione epidemiologica, che impone 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* [Lorini 2006].

¹³ D. lgs 29 maggio 1991, n. 178.

¹⁴ D. l. n. 223 del 4 luglio 2006; legge n. 248 del 4 agosto 2006.

¹⁵ 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 e inviata a tutti i medici di medicina generale.

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, rapidità:

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, di coniugare efficienza ed 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 [Sabbadini, *supra*]; il Fondo per i non autosufficienti, ancora non realizzato [Gori, Madama, *infra*], considerando che le problematiche di tale fascia di popolazione si riflettono, spesso 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.

Organicità: “*Occorre avvertire che le proposte che seguono - recita il Documento Zamagni - vanno considerate nella loro globalità*”. Le *proposte che seguono* sono 50. Dall’analisi sintetica 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 ha prevalso una frammentarietà di iniziative, disseminate nel corso di un decennio e l’organicità e la contestualità dei molteplici provvedimenti proposti - che avrebbero avuto un effetto sinergico - 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. Sono passati più di 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*” [Calvino 1988, 53].