

SAFFI ETTORE GIUSTINI

Medico Generale,
Società Italiana di Medicina Generale

Firenze, 2 dicembre 2002. Nel confronto sui dati e sulle stime e nei dibattiti inerenti all'abolizione del sistema di copagamento, la professione non è entrata più di tanto nel merito, come se il legame fra alcuni aspetti della manovra 2001 e i meccanismi di controllo dei consumi, la riguardasse solo marginalmente.

Alla fine fra i ticket soppressi e l'imbarazzante autonomia impositiva delle Regioni, ci sta sempre il Medico Generale. In mezzo all'aumento generalizzato della domanda di prestazioni e al monitoraggio della "appropriatezza prescrittiva", c'è sempre il Medico Generale.

Appropriatezza. Il concetto di appropriatezza è centrale nel PSN 1998-2000, nella 229/99 e nel DPR 270/00: valutare l'appropriatezza di una prestazione o di un percorso assistenziale, significa chiedersi se un intervento funziona, in chi funziona e se vale la pena di erogarlo ad un particolare paziente. Tuttavia non sempre, soprattutto nel setting della Medicina Generale, è possibile stabilire una correlazione diretta di tipo causa-effetto tra prestazioni sanitarie e conseguenze e *"le leggi che impongono la verifica dell'appropriatezza della cura come la via per contenere e razionalizzare la spesa sanitaria, non sempre risolvono il problema, anzi a volte lo rendono più complesso e difficile"* (E. Borgonovi).

Le manovre delle Regioni nell'anno 2002 in forza al patto di stabilità col Governo dell'8 agosto 2001, sono sotto osservazione. La Kpmg Consulting ha realizzato uno studio per "Il Sole-24 Ore Sanità" in collaborazione con Federfarma nel quale ha stilato la graduatoria d'efficacia dei tentativi messi in campo dalle Regioni per contenere la spesa farmaceutica, rispettando il "tetto" del 13%. Da questa indagine emerge che se tutte le regioni avessero avuto il coraggio (politico) di ripristinare per tutto il 2002 il ticket per singola confezione di medicinali, il risparmio sarebbe stato di 2,1 mld di euro e la spesa farmaceutica sarebbe scesa al 12,9% della spesa sanitaria totale.

Non sono serviti a molto i *delisting* (solo un 5,4% di risparmio) ed altre manovre locali più o meno estemporanee; anche il ticket sulla ricetta, che – introdotto

da solo – è stato un vero fallimento e non ha prodotto i risultati sperati (ha fatto diminuire la spesa solo dell'1,2%).

Un risultato di poco superiore ha prodotto la limitazione alle pluriprescrizioni per ricetta: che da sola ha determinato un 6% di risparmio. Il perché è facilmente intuibile, sottolinea lo studio di Kpmg: i medici disponibili prescrivono di più e i pazienti fanno il pieno di prodotti. In altre parole, la limitazione delle pluriprescrizioni funziona solo se brutalmente abbinato al ticket-ricetta (come è avvenuto nel Lazio che in due mesi di applicazione simultanea delle due manovre ha registrato una diminuzione della spesa del 13,4%).

A fare le spese del mix è proprio chi ha frequentemente e continuamente bisogno di terapie, in altre parole i malati cronici.

La manovra "bilanciata" e quella "ideale" non sono state ancora inventate, conclude lo studio, e, prese singolarmente, le manovre locali a maggiore impatto sono quelle che incidono esclusivamente sul medico o sul paziente.

La conclusione a cui giunge lo studio è che *"il ticket a confezione potrebbe rappresentare la scelta vincente già dal 2003, perché consentirebbe di rendere di nuovo uguali i cittadini davanti alle cure"*.

Occorre ricordare che il settore "farmaco" negli ultimi 16 mesi è stato oggetto di ben quattro manovre di contenimento della spesa e se ne sta occupando in questi giorni il Parlamento con la Finanziaria 2003, che riserva ai prezzi una sforbiciata del 7%.

Poi a gennaio i Medici Generali avranno il nuovo "Prontuario" con l'allineamento dei prezzi dei farmaci in base al principio costo/efficacia e un altro taglio ai listini. Resta comunque e sempre il nodo centrale: chi detiene il potere d'indirizzo della programmazione e delle scelte, deve necessariamente operare una selezione delle prestazioni in conformità a priorità, su criteri e standard operativi, basati sulle migliori conoscenze scientifiche, scelte *rese esplicite ai cittadini*, non scaricando responsabilità politiche sulla classe medica.

Dati spesa farmaceutica gennaio-settembre 2002
(dati aggiornati al 25 novembre 2002)

Regione	POPOLAZIONE	NUMERO RICETTE		SPESA LORDA MEDIA		SPESA NETTA SSN	
	RESIDENTE	MEDIO	PRO-CAPITE	PRO-CAPITE		MEDIA	PRO-CAPITE
			D		D		D
Valle D'Aosta	120.657	4,99	12,1%	141,74	4,6%	136,10	3,2%
Piemonte	4.291.352	5,20	6,9%	149,72	2,1%	134,07	-4,6%
Liguria	1.619.737	6,26	4,1%	190,54	3,5%	166,89	-5,1%
Lombardia	9.130.167	5,03	12,8%	150,78	7,3%	142,66	6,2%
Veneto	4.545.650	5,12	10,8%	140,98	4,8%	129,69	0,4%
Bolzano	465.707	4,03	13,9%	125,57	8,9%	117,09	5,5%
Trento	478.342	4,38	14,7%	123,12	6,7%	116,12	4,3%
Friuli Venezia Giulia	1.189.010	5,33	13,9%	147,01	6,9%	139,81	5,8%
Emilia Romagna	4.012.910	5,87	9,6%	152,37	6,9%	145,28	6,0%
Marche	1.470.385	6,25	11,2%	166,24	7,5%	158,13	6,5%
Toscana	3.548.913	6,28	9,2%	151,71	2,1%	144,82	1,5%
Lazio	5.303.497	6,91	16,4%	190,55	3,9%	175,16	0,1%
Umbria	841.000	6,60	11,4%	160,21	5,5%	153,25	4,3%
Abruzzo	1.281.483	6,33	8,7%	178,98	5,3%	167,84	2,7%
Molise	326.968	5,78	11,3%	169,73	9,4%	160,26	7,0%
Campania	5.781.049	6,31	4,6%	170,34	-1,7%	160,58	-3,0%
Puglia	4.085.857	5,81	3,5%	167,82	3,4%	156,55	1,3%
Basilicata	604.296	6,44	13,8%	168,15	8,6%	160,31	7,5%
Calabria	2.040.875	6,32	2,8%	177,89	5,7%	164,76	1,6%
Sicilia	5.071.940	6,89	6,1%	194,32	6,4%	179,88	3,3%
Sardegna	1.646.803	5,73	11,3%	169,03	8,8%	158,37	6,5%
Italia	57.856.598	5,90	9,0%	164,22	4,5%	153,13	1,8%

Note: i confronti sono relativi al periodo gennaio-settembre 2001; popolazione residente al 01/01/2001. Fonte: Federfarma, da ISTAT – "Bollettino mensile di statistica" ultimo dato disponibile.