

## IL LIBRO BIANCO E LA SANITÀ: ALCUNE CONSIDERAZIONI CRITICHE

di Elena Granaglia

---

Le osservazioni del Libro Bianco in materia sanitaria possono riassumersi nei cinque punti seguenti: 1. allo stato attuale, il SSN non soffre di carenza di mezzi: il disavanzo, l'85 % del quale concentrato in tre regioni, Lazio, Campania e Sicilia, è soprattutto effetto di sprechi e il problema maggiore, oltre agli sprechi appena citati, è la bassa qualità dell'assistenza erogata nel Sud del paese; 2. contrastare gli sprechi richiede, *in primis*, sostituire il finanziamento sulla base della spesa storica con l'uso di costi standard (sintetici); 3. nel futuro, si pone, invece, il rischio di insostenibilità della componente pubblica della spesa che, nel 2050, a seguito dei mutamenti demografici e della connessa rivoluzione epidemiologica, potrebbe arrivare a raddoppiare; 4. anche data questa realtà, diventa urgente lo sviluppo di fondi sanitari integrativi da parte degli enti bilaterali; 5. a prescindere dalle modalità di finanziamento, è urgente garantire un'integrazione socio-sanitaria-assistenziale «fondat(a) sulla "presa in carico" della persona attraverso una ampia rete di servizi e di operatori – indifferentemente pubblici o privati».

Tutte queste osservazioni, pur contenendo elementi condivisibili, si prestano a diverse obiezioni. Il Libro Bianco non presenta, sostanzialmente, alcuna evidenza empirica a fondamento delle diverse affermazioni. Ciò nondimeno, rispetto alla prima osservazione, tutti gli indicatori disponibili, dall'entità e dall'unidirezionalità della mobilità ospedaliera dal Sud al Nord (anche per cure relativamente a bassa specializzazione) agli indicatori di appropriatezza (quali % di parti cesarei, % di fruizione di assistenza domiciliare, % di ricoveri ospedalieri per diabete, % di dimissioni da reparti chirurgici con DRG medici, % di ricoveri diurni di tipo diagnostico con DRG medico, % di ricoveri brevi giorno con DRG medico, numero di ospedali per acuti di piccole dimensioni) sono unanimi nel registrare un divario netto fra le regioni del Nord e quelle del Sud. Il problema Sud è, dunque, innegabile, come sostenuto dal Libro Bianco. La media regionale ignora, però, la variabilità intra-regionale e gli spazi di miglioramento presenti anche nelle regioni più virtuose. Il confronto fra Nord e Sud dovrebbe, altresì, tenere conto delle tendenze. Esistono segnali di miglioramento, come testimoniato, ad esempio, dai progressi realizzati in Campania nel governo della spesa farmaceutica. In questo senso, appare fortemente limitativo contrapporre un Nord buono ad un Sud cattivo.

Rispetto al contrasto agli sprechi, la responsabilizzazione (nonché l'equità), in qualsiasi sistema federale (o, più complessivamente, basato su schemi di decentralizzazione nei

confronti degli enti locali), richiede, certamente, una qualche standardizzazione delle dotazioni finanziarie da attribuire ai livelli decentrati. A questo riguardo, però, non solo stupisce la contrapposizione effettuata nel Libro Bianco fra tale *desideratum* e la descrizione della realtà attuale: come ricorda Dirindin (2009), sebbene miglioramenti siano necessari, il principio della spesa storica è stato abbandonato da oltre dieci anni, dal 1997, a favore di quello della quota ponderata, la quale implica dotazioni standardizzate per regione. Stupisce anche la vaghezza delle indicazioni presentate: la qualificazione in termini di sinteticità dei costi standard appare, infatti, del tutto insufficiente. Ad esempio, Arachi, Mapelli e Zanardi (2009) hanno di recente effettuato alcune simulazioni basate sull'uso di valori medi (di costo e di quantità di ricoveri ospedalieri) che penalizzerebbero fortemente alcune regioni del Nord, fra cui Lombardia e, seppure un po' meno, il Veneto. Si tratta di proseguire su questa strada oppure di accoppiare alla spesa pro capite, dati di costo relativi ad alcune prestazioni omogenee (quali il costo di apparecchiature e di altri input produttivi)?

Inoltre, la via "finanziaria" dei costi standard è comunque insufficiente al contrasto degli sprechi. Serve attivare un sistema di monitoraggio, controllo e promozione della qualità dell'assistenza indirizzato a tutto il paese. Date le responsabilità nazionali in materia di LEA, nonché altre ragioni in termini di sfruttamento delle economie di scala, di coordinamento, di vantaggi della distanza nelle attività di monitoraggio e controllo, tale sistema dovrebbe essere nazionale. Peccato che il Libro Bianco non si occupi della questione: accenna alla necessità del *Technology Assessment*, prescindendo, però, dalla definizione del disegno istituzionale, mentre ignora il ruolo dell'Agenas, invece riconosciuto nel Libro Verde.

Passando alle proiezioni, queste rappresentano un terreno assolutamente controverso, data l'incertezza sull'evoluzione di tutti i principali *drivers* di spesa. L'allungamento delle attese di vita, ad esempio, potrebbe comportare un aumento di spesa: potrebbe, però, anche migliorare le condizioni di vita degli anziani con la conseguente inapplicabilità, ai fini delle proiezioni, del profilo di consumo pro capite attuale. Similmente, il progresso tecnologico potrebbe comportare risparmi<sup>1</sup>. In ogni caso, su quali dati si basa la stima di raddoppio? Il Libro Bianco non cita alcun riferimento a sostegno della tesi del raddoppio. Quanto meno il Libro Verde faceva riferimento a dati della Ragioneria generale dello Stato, i quali, però, indicavano un incremento atteso pari a 2 punti di PIL in 50 anni.

Con queste osservazioni non ignoro i rischi di incremento della spesa e, comunque, l'andamento del PIL nel nostro paese aggrava le difficoltà di finanziamento. Ciò nondimeno, secondo gli ultimi dati OCSE (2009)<sup>2</sup>, l'Italia registrerebbe una spesa sanitaria complessiva pari all'8,7% del PIL (di cui circa 2 punti di fonte privata), inferiore di due decimi di punto alla media dei paesi OCSE e di ben 2,3 punti alla spesa della Francia e di 1,9 punti rispetto alla Germania. La stessa componente privata appare stabile negli ultimi anni e in diminuzione rispetto all'inizio degli anni 2000. Gli USA spendono quasi il doppio, il 16%, nonostante le diverse decine di milioni di cittadini privi di assicurazione (46 secondo il Census Bureau) e gli 80 milioni privi a tratti.

<sup>1</sup> Circa le difficoltà di attuare proiezioni a lungo termine, cfr., ad esempio, Zweifel, Felder, Meier (1999).

<sup>2</sup> I dati si riferiscono al 2007.

Inoltre, se si effettua un confronto fra paesi e nel tempo, risalta nettamente il ruolo delle politiche nell'influenzare la dinamica della spesa. Peccato, di nuovo, che la politica proposta dal Libro Bianco, fare leva sui fondi, oltre ad essere iniqua, rischi di aumentare la spesa complessiva. Limitandomi ad alcuni cenni<sup>3</sup>, rispetto all'equità, i fondi comportano una modifica profonda dei principi alla base del nostro sistema sanitario: l'accesso ai servizi esce dall'ambito ugualitario dei diritti di cittadinanza sociale per diventare esito discrezionale della contrattazione fra le parti sociali, con lo Stato, cioè, la collettività, che sussidia, attraverso le agevolazioni fiscali, il consumo di chi ha le risorse per acquistare servizi integrativi. Non a caso, nel Libro Bianco, la difesa dei fondi precede il riconoscimento della «definizione meritocratica di una parte crescente del salario». Alla luce di ciò che oggi è erogato nonché delle carenze dei mercati assicurativi, il rischio è, peraltro, che i fondi non assicurino neppure una delle prestazioni cruciali invocata per giustificare le stesse agevolazioni fiscali, l'assistenza a lungo termine! Rispetto ai rischi di incremento della spesa, tutti i dati disponibili rilevano il minor costo dei servizi finanziati per via tributaria<sup>4</sup>. Certamente, nella prospettiva dei fondi, l'incremento della componente pubblica sarebbe circoscritto alle agevolazioni. Ma, ciò che conta, per i cittadini, è la spesa complessiva (la somma di spesa pubblica e privata) che, con i fondi, rischia di aumentare<sup>5</sup>.

Infine, può sembrare riflesso di una posizione davvero preconcetta muovere obiezioni anche all'integrazione e alla presa in carico. Il timore, a questo riguardo, concerne le finalità espresse nel Libro Bianco secondo cui l'integrazione sarebbe componente della vita buona, strumento per "lo sviluppo integrale della persona", anziché strumento neutrale di soddisfazione di bisogni fondamentali. Il che andrebbe contro la libertà di scelta. Detto in altri termini, se è condivisibile offrire l'opportunità, oggi spesso negata, di sostenere pubblicamente il ruolo della famiglia e del volontariato nelle attività di cura, altrettanto dovrebbe essere assicurata l'opportunità di ricorrere a servizi pubblici, peraltro non automaticamente assimilabili a quelli privati<sup>6</sup>.

In conclusione, le osservazioni del Libro Bianco in materia sanitaria paiono oscillare fra il dire troppo poco circa come contrastare oggi l'inappropriatezza e i più complessivi sprechi esistenti nell'erogazione dell'assistenza sanitaria e lo spingersi a delineare finalità non suffragate dall'evidenza empirica o connesse all'imposizione di valori controversi.

<sup>3</sup> Per una valutazione più dettagliata, cfr. Granaglia (2009a).

<sup>4</sup> La superiorità varrebbe anche nei confronti dei sistemi di assicurazione sociale che, rispetto ai fondi, avrebbero il vantaggio di fare leva sia su pool più ampi di soggetti (in modo da diminuire i costi amministrativi) sia sull'assenza del movente del profitto, sia su una maggiore legittimità delle regolazioni in materia di prezzo e qualità, alla luce delle asimmetrie informative presenti nel settore sanitario (il principio della disponibilità a pagare sarebbe, invece, centrale nei fondi). Per un confronto, all'interno dei paesi OCSE, fra il costo dei sistemi sanitari finanziati per via tributaria e quelli basati sui contributi, cfr. Wagstaff (2009). Lo stesso lavoro dimostra altresì l'assenza di effetti negativi sulla qualità dell'assistenza, anzi, alcuni vantaggi per quanto riguarda le malattie il cui contrasto richiede programmi di salute pubblica. Sui limiti dei sistemi assicurativi sanitari privati, cfr. Barr (2001).

<sup>5</sup> Sulla necessità di considerare l'equilibrio macro-economico complessivo cfr. Baumol (1993). Sullo stesso tema, cfr. De Vincenti (2009).

<sup>6</sup> Sulla non equiparazione, cfr. Granaglia (2009b).

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ARACHI G., MAPELLI V., ZANARDI A. (2009), *Prime simulazioni del sistema di finanziamento e di perequazione di Regioni e Comuni previsto dalla legge delega sul federalismo fiscale*, Short Notes Econpubblica, Università Bocconi, Milano.
- BARR N. (2001), *The Welfare State as Piggy Bank*, Oxford University Press, Oxford.
- BAUMOL W. (1993), *Social Wants and Dismal Science: The Curious Case of the Climbing Costs of Health and Teaching*, Nota di lavoro 64.93, Fondazione Mattei, Milano.
- DE VINCENTI C. (2009), *Il libro verde sul welfare. Prospettive deboli per problematiche strutturali*, "La Rivista delle Politiche Sociali", 1, pp. 49-60.
- DIRINDIN N. (2009), *Se la sanità diventa un esercizio teorico*, disponibile su [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info), 27 maggio.
- GRANAGLIA E. (2009a), *I fondi sanitari integrativi: alcune annotazioni critiche*, in F. R. Pizzuti, *Rapporto sullo stato sociale 2009*, Academia Press, Roma (in corso di stampa).
- ID. (2009b), *In difesa dell'offerta pubblica in ambito sociale*, "Quaderni di Rassegna Sindacale" (in corso di pubblicazione).
- OCSE (2009), *OECD Health Data 2009*, Paris.
- WAGSTAFF A. (2009), *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems – Evidence from the OECD*, "World Bank Policy Research", Working Paper, n. 4821.
- ZWEIFEL P., FELDER S., MEIER M. (1999), *Ageing of Population and Health Care Expenditure: A Red Herring?*, "Health Economics", 8, 9, pp. 485-96.