

## **Convegno FederLab, 12 dicembre 2007**

### **Relazione**

### **“Se il paziente è cliente. Il ruolo del privato nel futuro della sanità”**

**Dott. Alberto Mingardi**

Ringrazio davvero la FederLab, ed in particolare il Presidente Dottor D’Anna, per avermi permesso di essere con Voi oggi. Inoltre mi scuso poiché la mia relazione sarà di tono assai diverso da quelle che la hanno preceduta: meno puntuale e assai meno tecnica; spero però non troppo distante dai Vostri problemi e dalle questioni per Voi più importanti.

Prima di tutto, credo sia giusto spiegarVi brevemente che cos’è l’Istituto Bruno Leoni e di che cosa si occupa. L’Istituto Bruno Leoni è un centro di ricerca indipendente e privato (sostenuto da imprese e privati cittadini), sorto nel 2003 a fronte di un’assenza nel dibattito pubblico italiano: quella di una realtà autorevole, in grado di mettere in campo nuove e interessanti analisi volte a favorire la libera concorrenza ed il mercato. Nostro Presidente onorario è uno fra i più insigni economisti italiani, il Professor Sergio Ricossa. Mentre il nostro modo di operare ricorda, seppur - per così dire - “in scala”, quello dei *think tanks* americani. Infatti, ciò che tentiamo di fare è produrre, su specifici problemi, soluzioni coerenti con quella che è la mission del nostro Istituto. Per fare questo, mobilitiamo un network di studiosi, di norma giovani, entusiasti e combattivi; pubblichiamo libri e studi; organizziamo convegni e seminari.

L’interesse dell’IBL per i temi della sanità nasce da una consapevolezza banale: il sistema sanitario è uno dei due pilastri su cui si reggono i moderni Stati assistenziali - l’altro è invece rappresentato dal sistema previdenziale.

Per quanto riguarda la previdenza è evidente che ci troviamo di fronte a una crisi dell’attuale sistema. I giornali ne parlano e la gente ne discute. La classe politica, pur essendone consapevole, non riesce però a mettere in campo soluzioni definitive e risolutive. Lo stesso non si può dire della crisi che sta investendo - e sempre più investirà - la sanità pubblica.

Tale difficoltà del settore ha sostanzialmente due dimensioni: una “di spesa” e l’altra “demografica”. Il problema della spesa - ovvero la necessità di un aumento continuo

della spesa pubblica - è a sua volta legato, in larga misura, alla dinamica demografica.

Cercherò ora di elencare per sommi capi alcune delle caratteristiche principali del nostro sistema sanitario, e di valutarne in sintesi la loro sostenibilità. Per capire se non sia il caso di ripensare su basi totalmente diverse i servizi della salute.

### ***Il sistema sanitario italiano: i problemi nella spesa***

Il nostro sistema sanitario presenta alcune caratteristiche ben conosciute, e che voglio ricordare brevemente: anzitutto, è un sistema sanitario che (dall'art. 32 della Costituzione all'introduzione dei LEA nel 1992) ha importanti ambizioni solidaristiche. In secondo luogo, palesa da sempre una certa resistenza al cambiamento ed una altrettanto radicata vocazione al provvisorio: fra la lettera e l'attuazione di una riforma possono passare anni. In terzo luogo, è sempre stata rilevante la frazione di spesa a finanziamento "obbligato", perché destinata a sanare il ricorrente indebitamento.

Questi tre fenomeni circoscrivono la dimensione pubblica del nostro sistema sanitario: il primo fattore rappresenta la sua pretesa razionalità, che consiste nell'assicurare a tutti possibilità di cura. Il secondo ed il terzo incarnano l'essenza della sua gestione burocratica: l'impermeabilità al cambiamento, e una catena di incentivi che rende difficile rispettare gli obiettivi di spesa. Non si può dire che questi problemi siano apparsi invisibili agli occhi del legislatore: la necessità di sanare la tendenza all'indebitamento degli enti erogatori del servizio, e di immaginare una situazione che eviti in futuro la riproposizione del fenomeno, ha fatto sì che nel 1975 (L. 386/1975) venissero approvate le prime misure, trasferendo alle Regioni le funzioni di programmazione e controllo dell'attività ospedaliera, e, congiuntamente, concentrando le risorse destinate al finanziamento del 50% della spesa pubblica sanitaria nel Fondo nazionale per l'assistenza ospedaliera. Nel 1978 (L. 833/1978) il FNAO è stato trasformato nel Fondo sanitario nazionale ed è stato fatto nascere l'SSN. La legge del '75 (il primo provvedimento all'insegna di un passaggio di competenze a favore delle Regioni appena istituite!) era stata pensata sull'urgenza di ripianare il debito, ma Brenna e Veronesi, in una loro bella analisi sul finanziamento della sanità pubblica, hanno fatto notare come persino fra il '75 e il '79 non sia stato dismesso l' "abito del finanziamento in deficit": l'entità del debito residuo regolato dalle regioni non è noto, ma si sa invece che il Tesoro, nel 1979, dovette sostenere un trasferimento di 1500 miliardi per saldare tale indebitamento.

La dinamica di spesa è stata sempre crescente nel corso degli anni, fino alla “stretta” della prima metà degli anni Novanta. Tale opera di contenimento della spesa fu tanto più notevole se raffrontata con le tendenze in atto negli altri Paesi dell’UE (la spesa sanitaria pubblica contava in Italia per il 6,3% del PIL nel 1990, contro una media europea del 5,9; e per il 5,7% del PIL nel 1998, contro una media europea del 6,3%). Ma un rapporto, del 2000, del Fondo monetario ha ipotizzato che in quegli anni la riduzione del saggio di crescita della spesa sia stata più apparente che reale, dipendendo in buona misura dal metodo utilizzato per ‘budgetare’ e finanziare i costi dell’assistenza sanitaria. Infatti, questo metodo ha fatto ampio ricorso all’indebitamento sotto forma di obbligazioni non onorate verso fornitori privati. La tendenza all’indebitamento rimane tuttora forte, nonostante la sua variabilità nel corso del tempo. L’unica porzione di tale debito che lo Stato sembra essere riuscito a fronteggiare è quella legata alla spesa farmaceutica. Rispetto alla quale, però, c’è ben poco da rallegrarsi viste le pratiche messe in atto: e mi riferisco sia al tetto percentuale di spesa, che ha ben poche giustificazioni (ed è probabilmente inefficace: non considera, banalmente, l’ipotesi che un utilizzo maggiore di farmaci possa ridurre le spese legate alle ospedalizzazioni), sia all’addossamento del ripianamento del debito alle controparti private, impensabile in qualsiasi relazione economica che non coinvolga come attore lo Stato.

E’ interessante ricordare - come si fa da più parti - che a fronte di questa spesa vieppiù imponente, il sistema sanitario nazionale non è riuscito a ottemperare ad una delle sue basilari promesse, in termini di equità: ancora oggi, il SSN non sa “trattenere la domanda laddove si origina”. I differenziali di spesa pro capite fra Regioni sono importanti al netto della mobilità, ma ancora di più lo sono al lordo. I “livelli essenziali e uniformi di assistenza ... nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza ... nonché dell’economicità dell’impiego delle risorse” (D.Lgs. 502/1992, art 1, comma 2) restano un impegno preso sulla carta. Sarebbe necessario chiedersi fino a che punto questa fosse una promessa possibile da mantenere: come, cioè, davanti alla naturale differenza fra esseri umani, e quindi all’infinito dettaglio di problemi legati alle specifiche individualità di ciascuno di noi, si possa promettere l’uniformità della cura. Sicuramente, in venti anni di responsabilità statale, l’obiettivo perequativo non è stato raggiunto, ed è tutto da vedere che lo si possa raggiungere ora che la responsabilità è ampiamente condivisa con le regioni.

La “regionalizzazione” della sanità ha sicuramente portato, quello sì, ad un nuovo aumento della spesa (dal 6,1% rispetto al PIL del 2002 al 6,7% del 2005), con un aumento della quota a carico dello Stato.

Di una sola cosa possiamo essere sicuri: che nel breve periodo, indipendentemente dall’assetto più o meno “federalista” che la spesa sanitaria andrà a prendere, l’aumento della spesa pubblica non è destinato a fermarsi.

L’Ecofin stima che la nostra spesa sanitaria conterà per il 9% del PIL nel 2050. Se si tiene conto però che l’impatto della spesa sul PIL è cresciuto di 0,7 punti in soli tre anni (cioè dal 2002 al 2005), abbiamo buon gioco ad immaginare che la crescita andrà oltre le previsioni. Le indagini dell’Ecofin tengono in considerazione un quadro macroeconomico di lungo periodo di crescita moderata e continua; l’assenza di variazioni sul piano regolamentare; la definizione di profili di spesa per gruppi sesso-età nell’anno corrente, e l’applicazione agli stessi di un tasso di crescita allineato a quello del Pil pro capite; la struttura della popolazione risultante dalle proiezioni demografiche dell’Eurostat.

E’ evidente come queste assunzioni non siano né poche né di poco conto.

### ***Ma spendere è male?***

Noi italiani siamo abituati a combattere con il debito pubblico, e pertanto pensare ad una espansione della spesa dello Stato ci fa istintivamente, e giustamente, paura.

Dovremmo però anche ricordarci che spendere non è sempre “male”: il punto è semmai “chi” spende. E qui veniamo alla questione dei trend demografici, che esula dal mero punto di vista della spesa.

Sarebbe il caso, ormai, di prendere coscienza che l’Italia - e più in generale l’Europa occidentale - ha un problema demografico. Per rendersi conto delle dimensioni di questa questione, vale la pena seguire il suggerimento di due importanti studiosi, Nicholas Eberstadt e Hans Groth, e osservare comparativamente la situazione di Europa occidentale e Stati Uniti: nel 2005, la popolazione dell’Europa occidentale superava di circa 100 milioni di abitanti quella degli USA. Per il 2030, si prevede che il divario si ridurrà a 35 milioni. Mentre le proiezioni per questo periodo (2005-2030) vedono una crescita della popolazione Usa di oltre 65 milioni di abitanti (equivalente ad un tasso di crescita del 0,8% l’anno), si prevede che la nostra popolazione rimarrà pressoché uguale dal punto di vista della consistenza numerica (con una crescita

complessiva inferiore all'1% per l'intero periodo preso in esame). Inoltre, nel 2005, vi erano più europei che americani per qualsiasi gruppo di età. Nel 2030, vi saranno più europei che americani in un solo gruppo di età: quello degli ultraottantenni.

Se nel 2005 l'età mediana in Europa era di circa 40 anni, contro i 36 degli Stati Uniti, di qui al 2030 si prevede che l'età mediana dell'Europa occidentale aumenti di due giorni ogni settimana, per attestarsi alla fine del periodo sui 47 anni, mentre negli Stati Uniti dovrebbe salire solo fino a 39 anni. Nel 2030 un quarto della popolazione dell'Europa occidentale avrà più di 65 anni. Nel 2050, si stima che il 35% della popolazione italiana avrà più di 65 anni.

Il problema ha molte facce. Quando si pensa che nel 2030, in Europa occidentale, per ogni quattro decessi vi saranno tre nuove nascite, viene spontaneo chiedersi come procedere: sia riguardo alla regolazione dell'immigrazione, sia all'opportunità o meno di incentivare la natalità. Entrambi i problemi non ci interessano in questa sede, ma va anche detto che, mentre le nostre opzioni dal punto di vista dell'attrazione di immigrati non sono infinite (anche tenendo presente la situazione internazionale e i problemi di sicurezza), neanche il miglior programma di aiuti o le detrazioni fiscali meglio concepite possono costringere la gente a fare figli!

L'invecchiamento della popolazione rappresenta dunque un problema serio, soprattutto se l'età pensionabile rimarrà bassa quanto lo è ora, e il finanziamento della previdenza sarà sempre incatenato a sistemi pubblici che sprecano risorse. Ma può diventare anche un'opportunità. Lavorando di più, proprio nel segmento d'età in cui l'esperienza è superiore e le remunerazioni tipicamente più elevate, si può costruire capitale. Mentre, affidando i propri risparmi a realtà specializzate ed in concorrenza, anziché all'Inps, si potrà costruire ricchezza per la propria vecchiaia.

Gli incidenti di Torino hanno riaperto i riflettori sulla "classe operaia". E' giusto che questa attenzione non si disperda. Inoltre, credo si sia esagerato nel recente passato immaginando che Cipputi "non abitasse più qui". Ma non vorrei che, a furia di riscoprire la classe operaia, ci dimenticassimo che un'economia come la nostra è essenzialmente terziaria e fortemente dipende da conoscenza e capitale umano.

Poiché la nostra, come ho già detto in precedenza, è una società basata sul capitale umano e sulla conoscenza, dobbiamo riscoprire con forza, decisione e determinazione - e possibilmente in fretta perché gli anni passano ma il tempo corre! - le ragioni di tutte le componenti, come lo siete voi, dell'industria della salute.

I servizi medico-sanitari oggi assorbono già una quota consistente del PIL - l'abbiamo visto per l'Italia, ed è vero per tutti i Paesi europei. Ma oggi sono precipuamente un fattore di spesa, e come tali, in un quadro di finanza pubblica preoccupante, debbono essere "contenuti".

Viceversa, è evidente che negli anni a venire, in virtù del preannunciato "ingrignimento" della nostra società, queste uscite promettono di crescere ancora di più, e più in fretta che nel recente passato. Ma in un'economia basata sulla conoscenza e sul capitale umano, il costo delle cure mediche non andrebbe considerato una spesa - quanto piuttosto un investimento, e valutato nei termini del valore economico della salute.

Il settore medico e quello biologico-sanitario vanno considerati come uno dei pilastri di una economia sempre più dipendente dalla salute e ad elevata "intensità di salute". Anche per questo, l'Europa e l'Italia devono imparare a non essere nemici di questa industria.

Sostenere oggi maggiori investimenti in campo sanitario non significa schierarsi a favore di questa o quella particolare politica, ma vuol dire riconoscere che, in considerazione delle nuove opportunità economiche derivanti dall'invecchiamento della popolazione, il rendimento economico di maggiori investimenti in campo sanitario sarà elevato.

La chiave di volta è cominciare a considerare la sanità non come una spesa, ma come un'opportunità.

## ***Conclusioni***

L'Italia è un Paese in cui la componente privata della spesa sanitaria ha cominciato ad assumere salienza proprio dal momento in cui è stato introdotto il servizio sanitario nazionale, e tale rilevanza è andata crescendo nel tempo. E' come se gli italiani avessero individuato sin da principio la necessità di una "valvola di sfogo" alle inefficienze della spesa pubblica. La spesa privata contava nel 1980 per il 18,4% della spesa sanitaria, nel 1985 per il 21,4%, nel 1995 per il 30%, nel 1998 per il 32%.

La nostra esperienza quotidiana ci insegna che c'è una preferenza del paziente e del cittadino a fare ricorso, quando può, a strutture private. Ed è grave che meno del 10%

degli italiani disponga di un'assicurazione medica - un valore inferiore a quello della maggior parte degli altri Paesi OCSE, che rivela sia le difficoltà della "cultura dell'assicurazione" in questo Paese, sia lo specifico problema della impossibilità di fare "opt out", di uscire dal sistema sanitario, aggravato inoltre dalla scarsa deducibilità fiscale dei premi assicurativi.

L'Italia non è l'Inghilterra: il National Health Service britannico rappresenta infatti l'idea platonica dell'inefficienza. La completa e radicale "statizzazione" della sanità ha prodotto dissesti tali che solo una riforma altrettanto radicale, ma in senso contrario (come quella su cui il governo inglese sta da lungo tempo riflettendo, che contempla la trasformazione di buona parte degli ospedali in fondazioni e, in prospettiva, in enti privati), potrà porvi rimedio.

Il nostro sistema sanitario presenta comunque alcune punte di eccellenza: siamo uno dei Paesi al mondo con più medici (5,8 ogni 1000 pazienti), ed è normale che fra questi vi siano alcune grandi professionalità! Tuttavia, le stime sui tempi effettivi delle liste d'attesa non sono incoraggianti: si parla di 70 giorni per una mammografia, 74 per una endoscopia, 23 per uno spettrogramma.

La percezione di queste inefficienze è diffusa. Un indicatore indiretto di tale percezione è ovviamente la spesa privata. Ma le ragioni di tale scetticismo degli italiani, circa la sanità di Stato, sono confermate dalla loro viva voce. In uno dei pochi sondaggi a proposito (effettuato nel 2004 da Populus, la società demoscopica del Times di Londra), la maggioranza degli intervistati riteneva il nostro SSN "sostanzialmente peggiore" dei sistemi di altri Paesi. Circa il 60% sosteneva che una riforma fosse "urgente", il 69% che fosse necessario restituire più controllo e libertà di scelta ai pazienti, e il 55% che fosse necessario rendere più conveniente e facile il ricorso al settore privato.

Questi problemi sono amplificati non solo dalla limitatezza delle nostre finanze pubbliche - ma soprattutto dalle previsioni demografiche. Sappiamo che, da una parte, conciliare una spesa sanitaria in espansione con il suo finanziamento da parte dello Stato è impossibile. La gente non è disponibile a pagare più tasse di quante ne paghi ora, per finanziare il servizio sanitario nazionale. E comunque l'aumento di risorse a disposizione dello Stato difficilmente incrementerebbe l'efficienza della spesa. Nel contempo, però, sappiamo anche che una società che invecchia, e vuole invecchiare bene, non accetterà l'applicazione della logica del calmiera alle spese per la sua salute. Il risultato è quello di una fune che viene tirata, con strepitosa forza, in due direzioni opposte.



La spesa sanitaria privata, in Italia, oggi è importante - ma è solo residuale. Al di là degli obiettivi di efficienza, ogni riforma dell'SSN ha contribuito ad aumentare la "pubblicizzazione" del sistema: lo Stato regola il sistema, definisce la domanda, distribuisce le risorse, gestisce il servizio comprando le prestazioni da lui stesso prodotte ed alle tariffe da lui stabilite, controllando in sostanza se stesso. Tale impostazione lascia all'offerta privata un ruolo residuale e sussidiario nell'ambito dell'assistenza sanitaria fornita dall'SSN.

La domanda, crescente, di beni e servizi legati alla cura della salute non deve ridursi a spesa pubblica da tagliare, ma deve diventare una risorsa del Paese in termini di crescita economica, occupazione, ricerca, tecnologia, sviluppo di settori innovativi. Per fare questo, c'è bisogno del privato. E non solo come vettore di efficienza nella spesa: soprattutto perché sappiamo bene che trovare *opportunità* economiche laddove paiono esserci solo *problemi* è caratteristica tipica degli imprenditori.

Vorrei concludere con una citazione di Bruno Leoni, grande giurista e filosofo del diritto, scomparso prematuramente nel 1967. Vedendo come si stava strutturando il sistema dell'assistenza nell'Italia del dopoguerra, Leoni lo descriveva come "l'unico tentativo continuato di attuare il comunismo, almeno in un settore, nei Paesi occidentali ... Per virtù del comunismo assistenziale è stata dissociata radicalmente la figura del consumatore da quella del compratore o pagatore dei beni e dei servizi da consumare: in altre parole, si è consacrato il principio della totale irresponsabilità".

E' buffo che mentre Leoni aveva l'energia per opporsi a questo genere di "comunismo" quando l'Unione Sovietica era ancora una potenza minacciosa, a noi faccia difetto a quasi vent'anni dalla caduta del muro di Berlino.

Resta il fatto che laddove non ci porta il coraggio, forse ci porterà la demografia: e che senza una decisa sterzata verso il privato e l'imprenditorialità nel settore sanitario, la salute è e sarà sempre di più un costo odioso per lo Stato, e non, come invece dovrebbe essere, un interesse concreto per l'individuo ed una opportunità per il privato.

**Dott. Alberto Mingardi**