

Luoghi comuni e distorsioni insidiose nel dibattito sulla sanità pubblica

Nerina Dirindin

La sanità pubblica è oscurata da pregiudizi e ideologie che contribuiscono a darne una immagine distorta, peggiore di quella reale. Riportare il dibattito all'interno di un confronto oggettivo e documentato

costituisce una delle priorità delle politiche sanitarie del nostro paese, per evitare che le tante difficoltà generate dalla crisi economica possano indebolire il sistema di tutela della salute.

1. Introduzione

Da qualche anno, il dibattito italiano sulla sanità pubblica sembra polarizzato su posizioni contrapposte, spesso infondate e in gran parte strumentali.

Forti correnti di pensiero denunciano la insostenibilità economica del servizio sanitario pubblico, proponendo dati di contesto che non trovano riscontro nelle statistiche internazionali, mentre, nonostante tutte le debolezze, il nostro sistema di tutela della salute continua a essere classificato fra i migliori al mondo.

I media danno risalto ai casi di malasanità, di sprechi e di inefficienze, sicuramente da deprecare ma che oscurano i tanti casi di dedizione, competenza e sobrietà che si rilevano in molte regioni italiane.

Il dibattito più recente sulla corruzione nella pubblica amministrazione guarda alla sanità pubblica come il luogo per eccellenza della immoralità; in realtà i pochi dati disponibili dicono che sono le dimensioni del settore a renderlo in *assoluto* un terreno di interesse per la criminalità, ma in termini *relativi* non ci sono evidenze su una maggiore presenza della illegalità.

Secondo altri luoghi comuni, la sanità pubblica sarebbe preda della peggiore politica, mentre il servizio sanitario nazionale è l'unico comparto della pubblica amministrazione che negli ultimi decenni si è dotato di un apparato tecnico e di sistemi di governance che non hanno eguali negli altri comparti pubblici (come riconosciuto anche dalla Corte dei Conti). Ciò non significa che la sanità non sia oggetto di continue pressioni da parte della cattiva politica, ma è altresì vero che le politiche sanitarie hanno bisogno di buona politica, di strategie e indirizzi attenti all'interesse generale della collettività.

Le accuse ai dipendenti pubblici, che sarebbero fannulloni e improduttivi, colpiscono anche gli operatori della sanità, ma i dati rivelano che complessivamente i dipendenti pubblici sono in Italia eccezionalmente bassi, inferiori a quelli della Germania e persino degli Usa, e che gli operatori della sanità sono mediamente in grado di produrre risultati non inferiori a quelli di altri paesi sviluppati. Anche in questo caso l'affermazione vale con riferimento ai dati medi nazionali, i quali nascondono livelli locali di disorganizzazione e inefficienze che non possono essere tollerati e difesi.

Gli esempi potrebbero continuare, ma sono sufficienti a testimoniare un dibattito sorretto più da convinzioni ideologiche e posizioni strumentali che da evidenze scientifiche.

Il presente contributo tenta di discutere alcuni luoghi comuni frequentemente riportati nel dibattito attuale, cercando di ristabilire elementi di verità spesso trascurati o addirittura misconosciuti.

L'obiettivo è chiarire come la sanità pubblica sia sempre più oscurata da pregiudizi e ideologie che contribuiscono a darne una immagine distorta, peggiore di quella reale, che rischia di favorire – anziché contrastare – un graduale peggioramento del sistema di tutela della salute.

2. Un luogo comune molto insidioso: non possiamo (più) permetterci un sistema sanitario come quello che abbiamo conosciuto fino ad ora

Uno dei luoghi comuni più abusati nel dibattito sul sistema sanitario è il costo – considerato eccessivo e insostenibile – della nostra sanità pubblica e la conseguente necessità di introdurre forme alternative di finanziamento, sostitutive o integrative di quello pubblico. Tale affermazione si compone di una diagnosi (l'eccessivo costo della sanità pubblica) e di una terapia (il finanziamento privato).

Proviamo ad analizzare, sulla base delle evidenze statistiche, entrambi gli aspetti.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica i dati disponibili mostrano, ormai da molto tempo e senza alcuna possibilità di smentita, che essa non può essere considerata eccessiva né rispetto agli altri paesi dell'Europa continentale, né rispetto alle dinamiche degli ultimi anni, né rispetto al finanziamento annuale dello Stato.

Nonostante la pesante crisi economica e il conseguente aumento del rapporto spesa/Pil (per effetto della riduzione del Pil), gli ultimi dati Oecd (2004) indicano per il 2012 una spesa sanitaria pubblica netta-

mente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 7,1% del Pil, quasi 2 punti di Pil in meno rispetto a Francia (9%) e Germania (8,6%) e molto meno dei paesi scandinavi (9,4% Danimarca, 7,8% Svezia) e del Regno Unito (7,8%). Solo la Grecia ha una spesa inferiore alla nostra (6,2% del Pil). Persino i paesi con un sistema sanitario affidato in maniera rilevante al finanziamento privato spendono, per la sanità pubblica, più di noi (8% Usa, 7,5% Svizzera). Non solo il livello, ma anche la dinamica della spesa pubblica non è di per sé motivo di preoccupazione. L'insieme degli strumenti di governance introdotti con gli Accordi Stato-Regioni e puntualmente fatti rispettare dal Ministero dell'Economia (il cosiddetto Tavolo Massicci, dal nome del direttore generale che ha seguito in particolare le Regioni sottoposte a Piano di rientro) ha consentito un significativo rallentamento della dinamica della spesa che si è protratto fino ai nostri giorni, tanto che attualmente la spesa per il Ssn potrebbe essere considerata addirittura troppo contenuta.

La tabella seguente documenta la progressiva riduzione della spesa sanitaria pubblica (tendenziale e programmatica) che i documenti di finanza pubblica riportano negli ultimi anni. A fronte di una spesa nel 2011 di 111,6 miliardi di euro, nel 2013 la spesa pubblica è stimata pari a soli 109,3 miliardi. Un risultato eccezionale sotto tutti i profili perché: a) registra una contrazione della spesa di ben 2,3 miliardi in soli due anni, b) realizza tutte le riduzioni previste dalle varie manovre di finanza pubblica e c) rileva riduzioni di spesa che vanno ben oltre quanto richiesto dalle manovre centrali (i documenti di finanza pubblica degli ultimi anni avevano infatti previsto una spesa superiore). Un risultato che se da un lato contribuisce a migliorare i saldi di finanza pubblica, dall'altro rivela una preoccupante contrazione dell'offerta di servizi, sicuramente non concentrata unicamente su inefficienze e inapproprietezze.

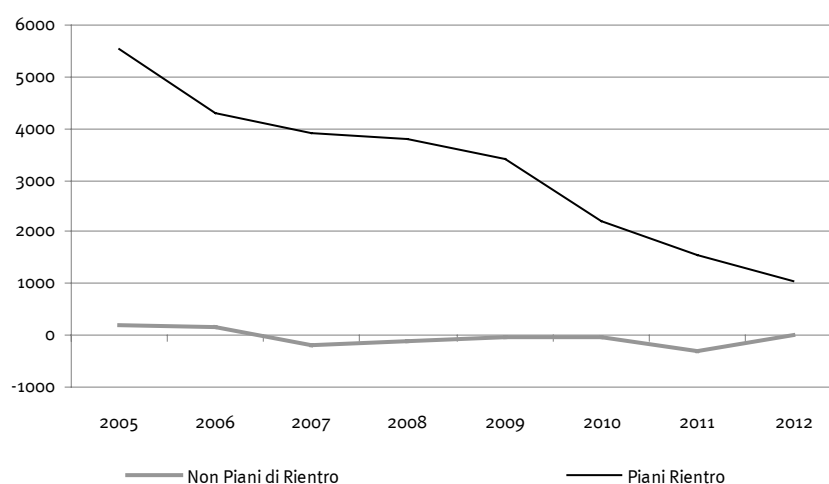
Tabella 1 - Spesa sanitaria pubblica: risultati e previsioni (milioni di euro)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Spesa programmatica post Legge stabilità 2013	112.039	113.597	112.327	112.421	115.397	
Spesa tendenziale Def 2013	111.593	110.842	111.108	113.029	115.424	117.616
Spesa programmatica post Legge stabilità 2014	111.593	110.842	111.108	113.116	114.926	117.048
Spesa tendenziale Def aprile 2014	111.593	109.611	109.254	111.474	113.703	116.149
% sul Pil della spesa sanitaria	7,1%	7,0%	7,0%	7,0%	7,0%	6,9%

Fonte: elaborazione a cura dell'autore su documenti di finanza pubblica.

A ciò si aggiunga il sostanziale azzeramento dei disavanzi delle regioni, risultato ottenuto soprattutto grazie ai drastici interventi messi in atto dalle Regioni sotto piano di rientro. La figura sottostante mostra come il lavoro di monitoraggio adottato dal livello centrale ha prodotto una drastica riduzione dei disavanzi: nel 2012 il disavanzo è rilevato esclusivamente nelle Regioni ancora coinvolte nei piani di rientro (per oltre il 60% nella Regione Lazio). Il risultato è effetto delle politiche del Ministero dell'Economia (Mef), che ha chiuso il rubinetto dei ripiani dei disavanzi con rilevanti penalizzazioni in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi prefissati (blocco del turnover, divieto di effettuare spese non obbligatorie, blocco dei trasferimenti erariali non obbligatori, aumento del prelievo regionale, ecc.). Da rilevare che, pressate dai tempi e dalle esigenze di bilancio, le Regioni sottoposte a Piano di rientro sono per lo più intervenute con riduzioni delle spese che in molti casi hanno prodotto una preoccupante contrazione dei livelli di assistenza, anche per l'impossibilità (e l'incapacità) di potenziare l'assistenza *territoriale* in presenza di importanti (e temporalmente precedenti) razionalizzazioni della rete *ospedaliera*. Ne risulta un crescente aumento dei ticket (sui farmaci e sulla specialistica), un diffuso rinvio di alcune prestazioni diagnostiche e una forte pressione sugli operatori sanitari continuamente chiamati a ripetute riorganizzazioni. Una situazione che rischia di minare la fiducia dei cittadini sul sistema sanitario.

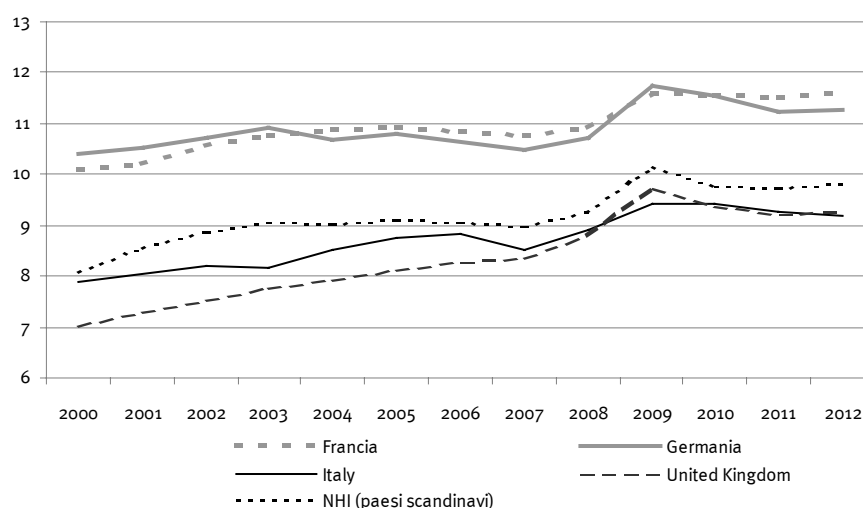
Figura 1 - Disavanzi contabili delle Regioni



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati CE, Ministero della Salute.

Con riguardo alla spesa sanitaria totale (pubblica e privata) i dati indicano che il nostro paese presenta valori che in nessun modo possono essere considerati motivo di allarme. Come visto per la spesa pubblica, anche la spesa totale è nettamente inferiore a quella dei paesi con livello di sviluppo simile al nostro: 9,2% del Pil nel 2012, oltre 2 punti di Pil in meno rispetto a Francia (11,6%) e Germania (11,3%) e comunque inferiore rispetto ai paesi scandinavi (9,8%) e al Regno Unito (9,3%). È appena il caso di ricordare che essa è nettamente inferiore a quella dei paesi con un sistema sanitario affidato in maniera rilevante al finanziamento privato (16,9% negli Usa).

Figura 2 - Spesa sanitaria totale in % Pil



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati Oecd (2014).

Sulla base di tali sintetiche considerazioni risulta difficile concludere (come invece si sente frequentemente affermare) che la sanità pubblica non è più sostenibile e la corrispondente spesa è fuori controllo. Anzi, i dati sembrano ribaltare la questione della sostenibilità: il problema è la *sopravvivenza* del sistema (a fronte di restrizioni così rilevanti) e non la *sostenibilità* della spesa!

Al contempo va ricordato che il Sistema sanitario nazionale (Ssn) continua a produrre risultati soddisfacenti, come dimostrano numerosi studi internazionali troppo spesso trascurati. Il problema è piuttosto la crescente insoddisfazione degli utenti verso i servizi offerti, la diffusa demotivazione degli operatori, il progressivo degrado delle struttu-

re, le frequenti difficoltà di accesso ai servizi, l'aumento irrazionale dei ticket, fenomeni che testimoniano gli enormi sforzi messi in atto dal sistema in questi ultimi anni ma che sono la spia del rischio di una progressiva perdita di fiducia da parte dei cittadini nei confronti di un sistema in crescente affanno.

I dati di cui sopra consentono inoltre di ridimensionare un altro luogo comune particolarmente diffuso, secondo il quale la sanità pubblica sarebbe il settore della Pubblica amministrazione (Pa) maggiormente inefficiente e sprecone. Il rapporto fra spesa pubblica e risultati ottenuti dimostra che nella maggior parte dei casi le aziende sanitarie mettono in atto azioni di revisione della spesa che non hanno eguali in tutta la Pa. Molto resta ancora da fare, ma molto è stato fatto per contenere gli sprechi e fronteggiare le restrizioni degli ultimi anni.

3. Un luogo comune funzionale al cambiamento di sistema: la spesa sanitaria privata è molto elevata e sono necessarie forme di intermediazione finanziario-assicurativa

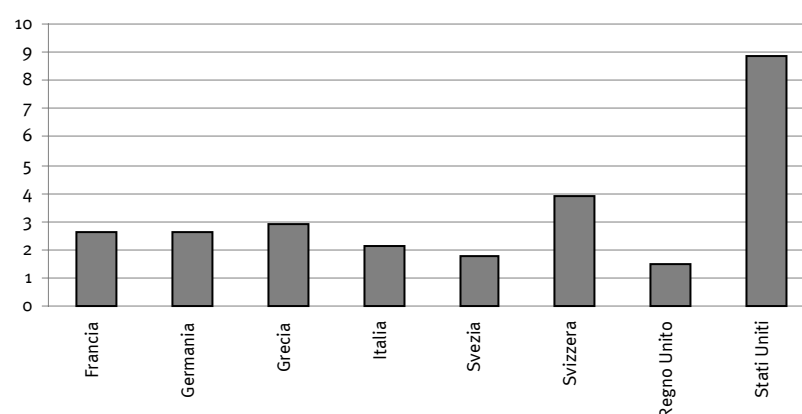
Subito dopo l'allarme sulle dimensioni della spesa sanitaria pubblica, viene – quanto a enfasi mediatica – un secondo luogo comune, direttamente collegato al primo: la rilevante spesa sostenuta privatamente dagli italiani e la conseguente necessità di forme private di intermediazione finanziaria.

Anche in questo caso si tratta di un'affermazione in gran parte infondata, come dimostrano le statistiche internazionali dalle quali è bene partire.

I dati Oecd (2004) sulla spesa sanitaria privata consentono, ancora una volta, di fare un po' di chiarezza: nel nostro paese la spesa privata (2,1% del Pil) è nettamente inferiore a quella di Francia (2,6%) e Germania (2,6%), mentre è superiore a quella del Regno Unito (1,5%). Si noti che, in generale, la spesa privata pare essere più elevata proprio laddove la spesa pubblica è più rilevante, segno di modelli di comportamento (e di consumo) che prestano – nel bene e nel male – analoga attenzione alla salute sia nel pubblico che nel privato. Ne è conferma il caso degli Usa, dove la spesa privata è notevolmente elevata, 8,9% del Pil, a fronte di una spesa pubblica comunque molto rilevante e pari all'8% del Pil. Analoghe considerazioni possono essere fatte per il Regno Unito, il cui sistema universalistico, tradizional-

mente sobrio e apprezzato (ma attualmente purtroppo in via di preoccupanti riforme), ha una spesa pubblica piuttosto contenuta e una spesa privata molto misurata. Diversa, al contrario, è la situazione dei paesi soffocati dalle politiche di austerità, caratterizzati da una rilevante quota di spesa a carico dei bilanci delle famiglie e da una riduzione dell'intervento pubblico¹.

Figura 3 - Spesa sanitaria privata in % Pil



Fonte: elaborazione a cura dell'autore su dati Oecd (2014).

I dati Oecd mettono inoltre in evidenza, all'interno della spesa privata del nostro paese, la scarsa incidenza, rispetto alla maggior parte dei paesi dell'Europa continentale, della spesa per assicurazioni private, la quale assorbe in Italia meno di un quinto della spesa privata (il rimanente essendo *out of pocket*), mentre in Francia essa ne rappresenta ben i due terzi e in Germania circa il 40%. Il dato è spesso – troppo semplicisticamente – assunto come fondamento della richiesta di un maggior ruolo, nel nostro paese, delle assicurazioni private o di forme di intermediazione finanziario-assicurativa. Anche in questo caso è necessario un approfondimento.

La minore diffusione, in Italia, delle assicurazioni private è in primo luogo spiegata dalla presenza di un Servizio sanitario nazionale universalistico, globale e finanziato con la fiscalità generale (a differenza di Francia e Germania, oltre che di Svizzera e Usa). Di fronte all'offerta

¹ Si veda in proposito il saggio di Enza Caruso, *infra*, pp. 27-49.

di una copertura privata, la scelta di un cittadino italiano non può infatti prescindere dalla consapevolezza che, in presenza di un problema di salute, il ricorso alla sanità pubblica non comporta alcun esborso monetario diretto (salvo la compartecipazione al costo), ovvero non implica alcun rischio finanziario (da trasferire a una compagnia di assicurazione). Tale semplice considerazione è sufficiente a spiegare la storica, e razionale, bassa preferenza degli italiani per le assicurazioni private di malattia. Nel nostro paese infatti ogni cittadino è già dotato (e contribuisce già a finanziare) un sistema che lo protegge contro il rischio di non potersi curare a causa della propria condizione economica. L'ipotesi di aggiungere a tale protezione un'altra copertura, e per gli stessi rischi, non può che essere presa in considerazione solo da particolari gruppi di individui e solo in presenza di specifiche condizioni di funzionamento della sanità pubblica.

Non è un caso che i paesi con una maggiore incidenza della spesa per assicurazioni private non dispongano di una copertura universalistica e globale: Francia e Germania ad esempio sono caratterizzati da sistemi di sicurezza sociale che, attraverso un ampio numero di forme mutualistiche, non garantiscono la stessa copertura a tutti i cittadini e per tutti gli interventi assistenziali. I ticket sono spesso piuttosto consistenti, tanto che alcune polizze assicurative offrono una copertura integrativa contro il rischio di spendere troppo per la compartecipazione, con l'effetto di una doppia (e inefficiente) assicurazione dei rischi, quella di base soggetta a varie forme di *cost-sharing* (franchigie, quote fisse, ticket, limiti massimi di rimborsabilità, ecc.) e quella supplementare che assicura ciò che resta a carico del paziente. Tale sistema impone ai cittadini oneri (di amministrazione, di caricamento, di remunerazione degli intermediari assicurativi) consistenti, superiori a quelli praticati da forme di protezioni universalistiche e globali. La competizione fra le diverse mutue rende inoltre difficile ogni azione volta a favorire scelte appropriate, sotto il profilo clinico e organizzativo, delle prestazioni garantite ai cittadini, il che produce una tendenza a un aumento continuo dei consumi e della spesa (Dirindin, 1997).

Anche in presenza di un Servizio sanitario nazionale è peraltro possibile che proprio quegli elementi che spiegano la razionalità della scelta di non assicurare (nel mercato privato) una spesa che è già protetta (da una copertura pubblica) vengano ad affievolirsi, per effetto di cambiamenti (o di mancati adeguamenti) nelle modalità di erogazione delle prestazioni pubbliche. L'acquisto di un'assicurazione privata di malattia potrebbe infatti essere preso realisticamente in considerazio-

ne da alcune fasce di cittadini (in particolare del ceto medio-alto) in presenza di specifiche condizioni: quando il ricorso alla sanità pubblica diventa via via sempre più oneroso (in termini di tempi di attesa o di ticket), oppure sempre meno soddisfacente (rispetto al comfort garantito nelle strutture private) o ancora sempre più soggetto a criteri di appropriatezza (soprattutto quando tali criteri sono percepiti come un limite al diritto incondizionato all'assistenza, anziché come una forma evoluta di tutela). È chiaro che si tratta di condizioni che da alcuni anni si stanno, prima sporadicamente e poi con maggior frequenza, verificando in alcune regioni del nostro paese e che rischiano di estendersi su gran parte del territorio nazionale soprattutto in relazione alle recenti drastiche restrizioni finanziarie imposte al Ssn.

A ben vedere peraltro, tali condizioni non sono sufficienti di per sé a giustificare la richiesta di una maggiore presenza di assicurazioni private; al contrario esse dovrebbero in primo luogo essere contrastate da politiche pubbliche attente alla qualità delle prestazioni, alle procedure di accesso, alla struttura dei ticket, al degrado dei luoghi di cura, alla semplificazione dei percorsi, alla cultura dell'accoglienza, al coinvolgimento del paziente nelle scelte decisionali, in modo da garantire un'assistenza che eviti il superfluo ma non rifiuti il necessario e non imponga oneri economici troppo gravosi per i bilanci delle famiglie.

In tal senso riteniamo che il nostro paese non possa assistere al lento indebolimento della sanità pubblica, limitandosi semplicemente a dare voce a chi invoca un maggior ruolo per le assicurazioni private. Tanto più che in alcune regioni tale indebolimento è ad oggi del tutto marginale, a riprova che il sistema – quando non abbandonato a se stesso – è in grado di contrastare le difficoltà proprie di un periodo di crisi.

Ma la richiesta di più finanziamento privato e il lento logoramento del Ssn sono probabilmente due facce di una stessa medaglia: l'indifferenza nei confronti di molti episodi di arretramento della sanità pubblica è parente stretta della spinta alla diffusione del luogo comune di cui stiamo parlando. E la crisi economica è, per i detrattori del welfare, un'ottima occasione per rinunciare a mantenere in vita un sistema da tutti riconosciuto di buona qualità e lasciare il campo alle tante sollecitazioni del mercato privato delle prestazioni e delle coperture.

A ciò si aggiunga che la richiesta di coperture private proviene in particolare dai ceti medio-alti, insoddisfatti dei servizi sanitari, «uniformi» ma probabilmente più appropriati, offerti all'interno dei programmi pubblici, tanto da indurli a pensare a forme di protezione in grado di garantire loro maggiore libertà di scelta della struttura e del professio-

RPS

Nerina D'Indin

nista cui rivolgersi. Il grande merito dei sistemi basati sulla fiscalità generale sta invece proprio nella copertura universale e uniforme della popolazione, contrastando le pressioni sulla spesa prodotte da una elevata domanda di prestazioni inappropriate, in particolare nella diagnostica e nella specialistica, perseguendo l'essenzialità dell'assistenza erogata, che impone una sanità sobria, basata sulle evidenze scientifiche e accogliente. Anzi, proprio la presenza di coperture assicurative private tende a favorire la crescita della spesa sanitaria, perché i fondi non possono ovviamente rinunciare a garantire tempestività e insindacabilità delle richieste dei propri iscritti, salvo l'imposizione di varie forme di *cost-sharing* che aumentano i costi che rimangono a carico dell'assistito².

Concludendo, il graduale (implicito) superamento dei principi alla base del Ssn – in particolare in alcune Regioni italiane – appare fonte di gravi preoccupazioni; esso non può essere giustificato da scelte di politica sanitaria volte in teoria a promuovere l'efficienza del sistema, ma destinate di fatto a favorire lo sviluppo di un *altro* sistema. Tale cortocircuito deve essere chiarito e smascherato. L'esperienza internazionale afferma che una maggiore presenza di coperture private produce un aumento dei costi della sanità e non una maggiore efficienza complessiva. L'eventuale riduzione della spesa a carico della finanza pubblica sarebbe più che controbilanciata da un aumento della spesa privata dei cittadini, con un saldo netto che peggiorerebbe i bilanci delle famiglie. Per questo è necessario operare per contrastare il lento indebolimento della sanità pubblica, nell'interesse delle finanze pubbliche e delle tasche dei cittadini.

4. Un'affermazione insidiosa: *ticket più elevati ai ricchi produce più equità*

Un discorso a parte merita la spesa sostenuta dagli italiani per i ticket. In periodi di crisi economica non è raro sentire ipotizzare aumenti del livello di compartecipazione alla spesa a carico dei cittadini appartenenti ai ceti medio-alti, certamente in grado di sopportare maggiori ticket. L'ipotesi è spesso giustificata da ragioni di equità: far pagare di

² Per esempio, in Austria il fondo assicurativo più costoso spende, in termini di spesa sanitaria pro capite, il 63% in più del fondo assicurativo più economico, il che favorisce un aumento non sempre appropriato dei consumi. Si veda ad esempio Koettl (2008).

più ai «ricchi» permette di mantenere in vita il sistema (anche) a favore dei «poveri». L'affermazione è molto insidiosa e potrebbe aprire la strada a sistemi alternativi di tutela della salute. Tentiamo qualche breve approfondimento, a partire dalle dimensioni del fenomeno.

L'ammontare complessivo dei ticket pagati dagli assistiti è noto solo in parte, ovvero solo per la farmaceutica e per l'assistenza specialistica erogata dalle strutture pubbliche, mentre per le prestazioni specialistiche erogate dalle strutture private accreditate l'importo non è rilevato. Complessivamente si stima che la spesa a carico degli assistiti ammonti a circa 4 miliardi di euro, comprese le quote derivanti dalla integrazione rispetto ai prezzi di riferimento dei farmaci generici. Ne risulta un onere a carico dei cittadini storicamente piuttosto contenuto, pari a circa il 4% della spesa sanitaria pubblica, indicativo del ruolo – di mera responsabilizzazione degli assistiti – assegnato dalla legislazione italiana ai ticket (e non anche di finanziamento della spesa). Ancora più incerto è il dato delle entrate al netto dei costi amministrativi di gestione dei ticket e della perdita di gettito Irpef derivante dalle agevolazioni riconosciute ai ticket in sede di dichiarazione dei redditi (difficilmente stimabile, poiché tutte le spese sanitarie detraibili sono accorpate in un'unica voce).

Rilevanti sono le differenze a livello regionale, nella estensione del campo di applicazione dei ticket, nei livelli della compartecipazione, nei criteri di esenzione, nei sistemi di verifica, ecc., anche in relazione alle condizioni della finanza pubblica regionale: i residenti nelle regioni sotto Piano di rientro, ovvero deboli sotto il profilo tecnico e politico, pagano ticket elevati nonostante un'offerta assistenziale meno qualificata e completa.

Il sistema dei ticket e delle esenzioni è stato oggetto negli ultimi anni di una serie di modifiche (procedure di esenzione in base al reddito, introduzione del *superticket* di 10 euro sull'assistenza specialistica, variazioni a livello regionale) che ne hanno aggravato le debolezze, in termini di efficienza e di equità, rendendo sempre più impegnativi gli oneri a carico dei cittadini, soprattutto in un contesto di crisi.

Si pensi all'introduzione del *superticket* di 10 euro, nelle diverse varianti adottate nelle Regioni, che per molte prestazioni rende il ticket più elevato del prezzo praticato dalla sanità privata (Dirindin, 2011a), e il possibile ridimensionamento – in attuazione del Patto per la Salute – delle esenzioni per patologie alle classi medio-alte, con la conseguente spinta alla fuoriuscita dal sistema pubblico di parte della popolazione. Per molti accertamenti diagnostici infatti il costo della prestazione

RPS

Nerina Dirindin

erogata nel mercato privato è inferiore al ticket, da cui un graduale allontanamento dal sistema pubblico di una parte degli assistiti. Inoltre la combinazione di una compartecipazione elevata per le classi medio-alte (il cui reddito è già soggetto ad aliquote fiscali elevate) e un peggioramento dei livelli di offerta della sanità pubblica (anche in relazione alle restrizioni imposte dalla crisi economica) potrebbe produrre un aumento – fra i ceti abbienti – della propensione al ricorso a forme integrative o alternative di copertura, eventualità che potrebbe costituire la premessa per un ruolo sempre più residuale del Ssn. Gli elevati livelli di compartecipazione imposti ai più abbienti riducono infatti i benefici su cui gli stessi possono contare in caso di malattia e li inducono a interrogarsi sulla opportunità di continuare a partecipare a un sistema pubblico universale e globale. Gli obiettivi di equità perseguiti dalle Regioni che hanno modulato il ticket in base al reddito rischiano di essere vanificati dalla progressiva, implicita fuoriuscita dalla sanità pubblica dei medio-alti. Far pagare di più ai ricchi non produce quindi più equità, ma mina alla base un sistema che si basa sulla solidarietà generale realizzata attraverso il prelievo fiscale e favorisce il superamento di un sistema di fatto universalistico e uniforme. Sotto un altro aspetto, il rischio è che il finanziamento del servizio sanitario sia destinato a essere realizzato con un prelievo complessivo (compreso il ticket) più progressivo della generalità della spesa pubblica: quali ragioni possono essere addotte a giustificazione di un (eventuale) sistema che preveda per i servizi sanitari (e non anche per la sicurezza pubblica, per le strade, per gli incentivi alle imprese) un meccanismo di finanziamento più progressivo del prelievo fiscale? Su tali temi il dibattito in corso appare ancora insufficiente.

5. Una colpevole illusione: i costi standard

Nell'ultimo decennio, il dibattito sulla introduzione dei costi standard è stato affollato di promesse annunciate e troppo spesso non realizzate, di dichiarazioni ottimistiche divergenti dai comportamenti concreti, mentre al contrario la dimensione dei problemi avrebbe richiesto analisi disincantate, informazioni attendibili, valutazioni rigorose e chiarezza degli obiettivi da raggiungere. Per questo il tema dei costi standard oltre a essere un ritornello abusato è stata una colpevole occasione di scarsa trasparenza e di aspettative illusionistiche (Dirindin, 2011b). La legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale dispone che il

finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, compresi quelli di assistenza sanitaria, sia garantito superando il criterio della spesa storica e introducendo il criterio del «fabbisogno standard» determinato sulla base dei «costi standard». Due obiettivi, il superamento della spesa storica e il riferimento ai fabbisogni standard, assolutamente condivisibili ma che, nonostante le continue dichiarazioni di alcuni rappresentanti istituzionali, non solo non costituiscono una novità per la sanità pubblica ma il cui raggiungimento non è per ora stato facilitato dall'applicazione dei costi standard, anche per la debolezza dei decreti attuativi. Il sistema di definizione del fondo sanitario e i meccanismi di riparto restano infatti sostanzialmente uguali a quelli in vigore da oltre una decina di anni. Paradossalmente, questo rappresenta una novità positiva, perché riconosce che il fabbisogno sanitario nazionale (ora denominato fabbisogno standard) difficilmente può essere determinato con approcci diversi da quello macroeconomico già adottato da tempo. La seconda *non novità* è che i criteri di riparto (ora denominati costi standard) sono gli stessi già adottati in passato: sostanzialmente la quota pro capite pesata per l'età della popolazione. Con una preoccupante differenza: l'utilizzo dei nuovi criteri di riparto avviene in modo ancor più rozzo del recente passato. Inoltre il decreto non chiarisce come possano essere introdotti parametri, quali l'indice di deprivazione sociale, che molti studi hanno dimostrato essere in grado di contribuire a spiegare parte della variabilità del fabbisogno sanitario regionale a parità di struttura per età della popolazione. Si noti che l'adozione di questo criterio (anche solo al margine) aiuterebbe a svenire il clima del conflitto tra regioni, realizzando una redistribuzione più favorevole al Sud fondata su basi scientifiche, anziché sulla mediazione politica. In breve, una innovazione ripetutamente annunciata come rivoluzionaria, ma che si limita a cambiare il nome alla metodologia già da tempo adottata dal settore sanitario e che, nella sua indeterminatezza, rischia di favorire la conflittualità fra le Regioni e la discrezionalità della peggiore politica.

6. Un luogo comune: illegalità e corruzione sono molto diffusi nella sanità pubblica

Qualche breve considerazione infine sul tema della legalità. La sanità è un settore a rischio di opacità e illegalità per alcune sue caratteristiche intrinseche quali l'ingente quantità di risorse economiche

gestite, la sua complessità professionale e relazionale, il rapporto tra attori pubblici e privati, ma non si può pensare che essa non sia il riflesso della società in cui è innestata. E dunque è possibile una sanità libera dalla corruzione in una società in cui la corruzione tenta affannosamente di predominare? È evidente che la lotta alla corruzione in sanità non può prescindere da un impegno più vasto a favore di alti livelli di integrità, per rafforzare la fiducia dei cittadini nel sistema e per evitare di sottrarre risorse economiche e professionali all'assistenza sanitaria.

La casistica disponibile rivela che l'illegalità è diffusa sia nella sanità pubblica sia nella sanità privata, anzi i casi più odiosi si sono spesso verificati in strutture private accreditate i cui comportamenti illeciti non sono stati riconosciuti e contrastati in maniera adeguata dai sistemi di controllo della comparto pubblico. Molto resta dunque ancora da fare.

Il dilagare della corruzione in vari ambiti della società non può tuttavia essere un alibi per l'inerzia di tutti i professionisti della sanità nei confronti delle illegalità che si verificano all'interno del settore. Anche se il fenomeno è spesso eccessivamente enfatizzato nel dibattito di stampo scandalistico, nessuno può abbassare la guardia rispetto a obiettivi di trasparenza, integrità, correttezza, legalità e rispetto della dignità delle persone.

Riferimenti bibliografici

- Dirindin N., 1997, *Chi paga per la salute degli italiani*, Il Mulino, Bologna.
 Dirindin N., 2011a, *Un ticket che porta alla sanità privata*, www.lavoce.info, 19 luglio.
 Dirindin N., 2011b, *Dieci domande sul federalismo fiscale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino.
 Koettl J., 2008, *Yardstick competition among multiple non-competing health insurance funds: the case of Austria*, World Bank, Washington, D.C.
 Oecd, 2014, *Health Statistics 2014*, disponibile al sito internet: www.oecd.org.