

## SOS sanità chiama privati

di Diego Menegon

*La politica appare in ritardo e poco sensibile di fronte ai bisogni pressanti che emergono nel settore sanitario e che richiedono nuovi spazi per il settore privato*

Da decenni la sanità costituisce, da un lato, un mercato in cui si riversano le esternalità della cattiva politica, dall'altro, un settore in cui i crescenti bisogni di una società che invecchia richiedono soluzioni rapide ed efficienti.

Già ai tempi di tangentopoli i casi più eclatanti hanno interessato la sanità. Il ritrovamento di tangenti nel puff di casa di Duilio Poggiolini, direttore generale al Ministero della sanità retto da Francesco de Lorenzo, rappresenta uno dei ricordi più nitidi di mani pulite. Gli eccessi del giustizialismo non sono bastati a rendere più trasparente la politica sanitaria. Anche a livello regionale, l'attenzione dei giudici è stata attirata in questo ultimo decennio da fatti di malasanità. Le indagini hanno interessato giunte di ogni colore, da Sud a Nord.

In tempi più recenti alcuni scandali hanno evidenziato come i criteri politici prevalgano su quelli di merito nella gestione della sanità pubblica. Emerge un quadro in cui quel mercato che dovrebbe soddisfare un bisogno sociale di grande preminenza, si configura, invece, come un campo conteso dalla politica a fini elettoralistici. L'errore più diffuso è quello di riversare ogni responsabilità ad uno o pochi soggetti, colti in flagrante. Si tende così a distogliere lo sguardo dalla causa prima, insita nel funzionamento del sistema pubblico.

Le imperfezioni della gestione politica aggrava una situazione già critica alla luce della crescita della domanda di prestazioni sanitarie in una società che invecchia. Oramai una persona su cinque ha oltre sessantacinque anni. La speranza di vita si attesta intorno ai 77,4 anni per gli uomini e 83,3 anni per le donne; secondo l'ISTAT nel 2050 si attesterà rispettivamente a 83,6 e 88,8 anni. Secondo i dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, i costi affrontati dallo Stato per la copertura di prestazioni sanitarie sono quasi raddoppiati dal 1995 al 2005 e nel 2007 si sono attestati a 102,5 miliardi di euro. Complessivamente, la spesa sanitaria pro capite è passata dai 1380 euro ai 2532 euro in 15 anni. Le difficoltà incontrate in questi anni da regioni come la Sicilia, la Campania, l'Abruzzo, il Molise, la Liguria e il Lazio sono evidenti. L'aumento della spesa sanitaria del Lazio tra il 2000 e il 2006 da 945 milioni di euro a 1,68 miliardi di euro è sintomatico di un sistema di offerta che fatica a sostenere il ritmo della domanda.

Ne consegue che il ruolo svolto dai soggetti privati diventi centrale nell'affiancare il pubblico sia nel suo compito di "finanziatore", che di "erogatore"

*Diego Menegon è laureato in scienze politiche alla "Sapienza", è stato allievo del Collegio Lamaro Pozzani a Roma. È coautore del volume "Angelo Costa, un ritratto a più dimensioni", a cura di F. Fauri e V. Zamagni (Il Mulino, 2008). Ha collaborato con Valore srl nel campo dell'economia sanitaria e con il prof. Giovanni Guzzetta alla stesura del volume "Italia, ultima chiamata" (Rizzoli, 2008).*

di prestazioni. La quota di spesa sanitaria privata rappresenta ormai un quarto della spesa totale, ed ammonta al 2,2% del Pil, a fronte di una spesa pubblica pari ormai al 6,2% della ricchezza nazionale prodotta (negli anni Novanta si aggirava attorno al 5,5%). La spesa totale si aggira quindi attorno all'8%, ma raggiunge il 10-11% del Pil in regioni come la Campania e la Calabria, dove la spesa sanitaria pubblica corrente ammonta rispettivamente al 9 e al 9,42%.

Alla questione della morale pubblica cui accennavo innanzi, dunque, si aggiunge un problema di sostenibilità strutturale che richiede un ripensamento generale del settore. Su questo ultimo aspetto si addentrava un documento dell'Istituto Bruno Leoni redatto durante l'ultima campagna elettorale dal titolo "Liberare l'Italia. Manuale delle riforme per la XVI legislatura". Il testo evidenziava alcune lacune del nostro ordinamento e formulava delle proposte volte a migliorarlo. Proposte che i più si sarebbero aspettate provenire dalle formazioni politiche in corsa alle ultime elezioni; queste, in realtà, al di là di poche proposte poco incisive, sembrano aver trascurato questioni con poco appeal elettorale, ma di enorme rilievo per la società a venire.

Andando ad esaminare più in dettaglio gli impegni che le due maggiori formazioni politiche hanno preso in questa campagna elettorale, troviamo le proposte inerenti la sanità rispettivamente alla lettera m) della sesta azione di governo, dedicata allo stato sociale, del programma del Partito Democratico e al capitolo 4, paragrafo 1 del programma del Popolo della Libertà. Entrambi le formazioni politiche si impegnavano a proseguire le politiche avviate dai precedenti governi per la riduzione delle liste d'attesa e ad investire in ricerca, nuove tecnologie e strutture, soprattutto al Sud. Un altro punto in comune riguarda le nomine dei manager delle aziende pubbliche, che dovrebbe valorizzare il merito introducendo graduatorie e concorsi pubblici. In alternativa, il Partito Democratico proponeva la selezione da parte di una commissione regionale di tre tecnici dei Direttori Generali delle ASL. Rimane oscuro, nel primo caso, chi abbia i titoli per nominare i tre tecnici affinché nel corso della selezione prevalga sulla ragion politica prevalga il merito. Il PD prevedeva, inoltre, un sistema nazionale-regionale di valutazione dei risultati del SSN, già delineato dal ddl del Governo Prodi sulla "Qualità e sicurezza del SSN. Una proposta programmatica della formazione di Walter Veltroni riguardava in modo specifico l'odontoiatria, prospettando la creazione di un Fondo odontoiatrico promosso dal pubblico e contribuito volontariamente dai cittadini. La proposta ha il merito di intervenire su un campo in cui la spesa out of pocket è ragguardevole, ma ha il difetto di investire su un nuovo strumento di intervento pubblico dalla chiara connotazione dirigista e di trascurare - ed anzi ostacolare - le soluzioni che il vivace settore dei fondi *no profit* offrono o potrebbero meglio offrire. Si calcola, infatti, che circa il 65-70% dei fondi sanitari integrativi erogano prestazioni di questo tipo (Giannoni, 2000; Muraro, Rebba, 2004).

Se il programma del Popolo della Libertà verrà rispettato, si provvederà alla riforma della legge 180/78 precipuamente per quanto riguarda il trattamento sanitario obbligatorio dei disturbati psichici e all'attuazione della legge contro le droghe e il potenziamento dei presidi pubblici e privati di prevenzione e di recupero dalle tossicodipendenze. Anche in questo caso gli interventi strutturali non sono minimamente contemplati.

Una rapida lettura dei programmi di PD e PDL ci suggerisce, quindi, l'idea di una politica rivolta all'imminenza e poco propensa alle riforme di ampio respiro, una politica incapace ad affrontare dinamiche e problematiche di lungo periodo. Per il futuro si enunciano affermazioni di principio (ricerca, settori innovativi, investimenti), senza entrare nel concreto. Di fatto queste carenze, sottolineate anche dall'Istituto Bruno Leoni ("Partiti bocciati in libertà economica", [www.brunoleoni.org](http://www.brunoleoni.org)), si traducono in una

politica che non guarda con la dovuta attenzione alla necessità di ridefinire il ruolo del settore pubblico e privato nell'erogazione di prestazioni sanitarie dirette e nell'offerta di strumenti finanziari per l'intermediazione della spesa sanitaria.

La componente privata assume una funzione via via più importante e travalica i confini della "complementarietà"; spesso, infatti, anziché svolgere un ruolo per l'appunto "complementare", si sovrappone al sistema sanitario nazionale. Le difficoltà di accesso al servizio pubblico, le lunghe liste d'attesa, le inefficienze spingono i cittadini a "far da sé", anche per fruire di quei servizi che rientrano nei LEA, i livelli essenziali di assistenza ridefiniti ad aprile, che dovrebbero essere assicurati dal servizio sanitario nazionale rafforzano tale tendenza. Non mancherei di far notare che proprio questa componente di spesa privata produce un'esternalità positiva per quanti fruiscono del servizio sanitario nazionale, poiché frenano l'allungarsi delle liste d'attesa e il sovraccarico delle strutture ospedaliere.

Un primo ostacolo al pieno sviluppo del settore privato è rappresentato dal fatto che spesso i privati cittadini non hanno strumenti adeguati per razionalizzare la propria spesa. Gli esborsi out of pocket, quindi, costituiscono una voce eccezionalmente alta in Italia, pari a circa un terzo, superiore del 50% rispetto a quella che si registra in Germania. Questa situazione è strettamente connessa allo scarso sviluppo del ramo malattia nel sistema assicurativo e dei fondi sanitari integrativi.

Oggi si stima che 1,6 milioni di cittadini, concentrati al Nord, siano titolari di una polizza; la spesa coperta dalle assicurazioni rappresenta appena lo 0,9% della spesa privata. Quanto ai fondi e alle casse, possiamo giovarci dei dati elaborati nel corso di due ricerche del 2000 (Giannoni, Università di Perugia) e del 2004 (Muraro e Rebba, Università di Padova), nonché dei primi risultati di una ricerca condotta dalla società Valore srl su un campione più ampio. Il settore è popolato da 516 soggetti che contano circa 1,8 milioni di iscritti e 3,5 milioni di assistiti e gestiscono un valore di spesa sanitaria pari a poco meno di 5 miliardi di euro, a fronte di un bisogno potenziale di oltre 25-30 miliardi di euro. Il settore si compone di tre parti: i fondi, le società di mutuo soccorso e le casse aziendali. Queste ultime si distinguono perché si limitano a raccogliere le quote degli associati per poi spostare il rischio sulle imprese assicurative. Sommando i due pilastri di natura privatistica della sanità, risulta così che solo il 6% delle famiglie ha una copertura sanitaria mediata da un soggetto terzo pagante (fondo *no profit* o assicurazione). Ben diversi i numeri in Francia, dove il 90% dei pazienti ricorre alla previdenza complementare, o in Germania, dove accanto alle 292 mutue, nerbo del sistema sanitario tedesco, è molto attivo il mercato assicurativo, che copre l'8,4% della spesa sanitaria. In Italia la spesa out of pocket costituisce il 73% della spesa privata, contro il 48,7% della Francia, il 46,8% della Germania e il 33% degli USA. Di contro la copertura dei fondi sanitari e delle assicurazioni ammonta al 3% della spesa privata (la componente residua è rappresentata da associazioni assistenziali), contro il 20,5% della media europea (dati OECD, *Health Data 2005*).

Da un lato, quindi, le inefficienze del sistema sanitario nazionale, connesse alla cattiva gestione politica, oppure alle difficoltà strutturali del mercato a rispondere a dinamiche comuni a tutte le società occidentali, spingono il cittadino a rivolgersi a strutture private e a richiedere prestazioni non coperte dal SSN. Dall'altro, fattori di ordine sia economico che giuridico comprimono gli spazi del settore privato.

L'art. 32 della Costituzione italiana afferma che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Fino ad oggi il legislatore ha attribuito allo stato il compito non solo e non tanto di offrire assistenza sanitaria alle categorie più deboli, ma di farne

un mercato semichiuso, in cui lo stato è finanziatore attraverso l'imposizione fiscale ed imprenditore che eroga le prestazioni sanitarie a tutti i cittadini in regime di quasi-monopolio. Il quadro che si viene a creare vede come principale beneficiaria la classe politica, che di fatto amministra e gestisce un mercato di estrema importanza secondo meccanismi alieni al concetto di concorrenza e talvolta poco trasparenti.

L'orientamento del legislatore degli anni Novanta ha corretto in modo poco significativo questa impostazione introducendo il modello basato su tre pilastri: il SSN, i fondi *no profit*, il mercato assicurativo.

La Riforma ter del 1999 (D. Lgs. 229/99), o Riforma Bindi, pone forti limitazioni all'azione dei fondi. Ai sensi dell'art. 9, che li definisce, i fondi sanitari integrativi (fondi DOC) offrono:

- prestazioni aggiuntive, non comprese nei LEA, erogate da professionisti e strutture accreditate (medicina non convenzionale, cure termali, assistenza odontoiatrica)
- prestazioni erogate dal SSN comprese nei LEA, per la sola quota a carico dell'assistito
- prestazioni sociosanitarie per la quota posta a carico dell'assistito.

Il legislatore intende così stringere l'ambito in cui il settore sanitario privato può svilupparsi per offrire un'alternativa più efficiente al sistema sanitario nazionale. Vengono infatti esclusi dall'offerta dei fondi che possono godere di benefici fiscali le prestazioni comprese nei LEA erogate da strutture accreditate. Le conseguenze negative sono molte. Chi intende rivolgersi al settore privato paga due volte: come contribuente sostiene il SSN, come paziente versa direttamente e senza sconti il servizio di cui beneficia alla struttura accreditata. L'offerta di prestazioni indispensabili per la tutela della salute è scoraggiata e limitata. I rami che necessiterebbero di impulso e di essere sviluppati per rispondere alle esigenze nascenti, come nel caso della long term care, faticano ad affermarsi. Anche le strutture pubbliche sono meno incentivate a migliorare la propria gestione e la qualità dei servizi, non essendo spesso alla portata del grande pubblico di contribuenti il costo ulteriore che si deve sostenere per fruire dei servizi della sanità privata.

Per oltre otto anni la differenziazione tra fondi cosiddetti DOC e non DOC non ha avuto effetto, in carenza di un decreto attuativo; secondo una ricerca condotta dall'Università di Padova, nel 2003 solo il 13,6% dei fondi riteneva di rispondere alla definizione data all'art. 9 del decreto legislativo.

Il recente decreto ministeriale 25 marzo 2008 ha il merito di comprendere esplicitamente nella disciplina dei fondi sanitari integrativi le società di mutuo soccorso. Si definiscono poi le aree di intervento della sanità integrativa apportando poche correzioni a quanto previsto dal d. lgs. 229/99 e si istituisce l'anagrafe dei fondi.

Continuano ad essere escluse da benefici fiscali la sottoscrizione di polizze assicurative. Il pregiudizio contro l'istituto dell'impresa e il profitto non trova però una valida giustificazione. Le casse sono, come le SMS e i fondi, enti *no profit*, ma raccolgono risorse per poi sottoscrivere una polizza assicurativa collettiva con un'impresa. La mediazione delle casse è doppiamente conveniente: permette all'iscritto sia la copertura della spesa sanitaria privata attraverso un'assicurazione ottenuta a condizioni di favore (essendo collettiva aumenta il potere contrattuale di chi la sottoscrive e diminuisce il rischio in capo all'impresa), sia di beneficiare della deducibilità della quota versata all'ente *no profit*. Non si comprende, tuttavia, perché il singolo contribuente non possa beneficiare di alcun incentivo fiscale se decide di sottoscrivere autonomamente una polizza assicurativa.

Chiaramente la domanda crescente stimolerebbe lo sviluppo di un settore sanitario privato più attento a bisogni anche diffusi. Tuttavia la doppia imposizione rende proibitiva la scelta a favore del settore privato per larghe porzioni della popolazione. L'offerta di servizi e di intermediazione da parte di soggetti privati viene così compressa, mentre i responsabili politici e i dirigenti del settore pubblico non hanno incentivi e stimoli a migliorare i servizi e a ispirare la propria gestione a criteri di trasparenza e merito.

Il modello dei tre pilastri verso cui il legislatore italiano si è orientato negli anni Novanta da un lato non trova compiutezza, dall'altro mostra già i suoi limiti.

L'incompiutezza è data dall'esiguità dei benefici fiscali offerti. I limiti risiedono nella ristrettezza dell'ambito operativo dei fondi e nel mancato sviluppo del terzo pilastro, quello assicurativo.

La scarsa attenzione rivolta allo sviluppo di questi due pilastri trova ragione in una diffidenza mai superata nei confronti del settore privato in un campo come quello della salute e nella convinzione che sia compito dello stato non solo garantire la possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie a tutti, ma anche quello di erogarle al riparo dalle logiche di mercato. La Costituzione, come abbiamo visto pone in capo alla Repubblica l'obbligo di garantire le cure agli indigenti. In linea di massima lo Stato potrebbe anche garantire il diritto alla salute agli indigenti senza servirsi di strutture proprie e coprendo semplicemente la spesa sostenuta dai privati cittadini (out of pocket o quote o polizze) in maniera inversamente proporzionale al reddito, fino a rendere gratuite le cure a chi, in stato di bisogno, non può permetterselo. In ogni caso, senza metter in discussione il servizio sanitario nazionale, occorre misurarsi maggiormente con il mercato e la concorrenza per consentire al cittadino di poter scegliere tra intermediari ed erogatori diretti di prestazioni sanitarie più efficienti.

Nel dettaglio, un primo passo in questo senso potrebbe essere realizzato attraverso:

- il passaggio dalla complementarietà alla concorrenza, con l'aumento e l'estensione degli incentivi fiscali a tutti i fondi che offrono copertura alla spesa sanitaria;
- la previsione di altri incentivi per la sottoscrizione di polizze assicurative.

Il ricorso al termine "incentivo" non sarebbe nemmeno appropriato, poiché si tratta piuttosto di un rimedio a parziale rimborso per quanti pagano due volte i servizi sanitari. Con lo sviluppo del settore privato, i minori introiti derivanti dagli incentivi trovano compensazione nella riduzione dei costi della sanità pubblica.

Si tratta quindi di concedere nuovi spazi a fondi, assicurazioni, strutture private per superare il modello di integrazione statica (il termine stesso di "pilastri" suggerisce l'idea della staticità) ed approdare ad un modello di integrazione sinergico, dinamico e concorrenziale tra i veicoli della spesa sanitaria e il sistema pubblico e privato.

**BIBLIOGRAFIA MINIMA**

Istat (demo.istat.it)

CEIS

Rapporto sull'evoluzione della spesa sanitaria per regioni dal 2001 al 2005, ASSR

“Il sistema sanitario italiano nel confronto internazionale” Ministero della Salute ([www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it))

“Liberare l'Italia – Manuale delle riforme per la XVI legislatura”, IBL, Torino, marzo 2008.

Diego Menegon, “Casse e Sanità in Europa”, 17 marzo 2008, [www.valoresrl.it](http://www.valoresrl.it)

IBL: Partiti bocciati in libertà economica, IBL, Torino, marzo 2008.

G. Muraro, V. Rebba, *I fondi sanitari integrativi in Italia – I risultati di una indagine empirica*, Università degli Studi di Padova, Dipartimento di Scienze Economiche “Marco Fanno”, Padova, 2004

M. Giannoni, “La riforma del S.S.N. I fondi integrativi e le Information Technologies: un'indagine conoscitiva”, Convegno AIES – La Sanità tra Stato e Mercat, Università di Padova, Padova, 2000.