

La sanità e l'illusione delle riforme di struttura

www.nelmerito.com, di **Elena Granaglia**

11 gennaio 2013

Dopo le pensioni, la sanità rischia, nella prossima legislatura, di diventare uno dei primi banchi di prova per le tanto invocate riforme di struttura che, nel nostro paese finiscono, inspiegabilmente, per significare sempre e soltanto un rafforzamento dello spazio del privato (si è mai sentito dire che introdurre un reddito minimo d'inserimento, così contrastando l'anomalia italiana in sede UE, sia una riforma di struttura?).

Il Presidente Monti ha già aperto la strada prospettando la bomba ad orologeria costituita dall'invecchiamento della popolazione e auspicando un ampliamento dello spazio del finanziamento privato. Di fronte a ciò, diventa, oltremodo urgente disvelare il carattere in larga misura ideologico della posizione.

In precedenti numeri di www.nelmerito.com, Gabriele e Tediosi hanno rispettivamente messo in evidenza errori nelle stime sottiacenti la tesi della bomba ad orologeria demografica e il ruolo, in sanità, di induttore di spesa del progresso tecnologico (diversamente da quanto avviene in altri settori dove il contributo è all'innalzamento della produttività). In questo intervento, vorrei concentrarmi direttamente su alcuni limiti della soluzione proposta: l'ampliamento del finanziamento privato. Tali limiti, aggiungo, sarebbero tanto più forti quanto più fosse vera la tesi della bomba ad orologeria.

Si consideri, innanzitutto, l'opzione dell'acquisto individuale di polizze assicurative sul mercato, come nella prospettiva ancora di recente sostenuta da Giavazzi ed Alesina, secondo cui "che senso ha tassare metà del reddito delle fasce più alte per poi restituire loro servizi gratuiti? Meglio che li paghino, e contemporaneamente che le loro aliquote vengano ridotte. Con ciò che risparmiano, i «ricchi» potrebbero acquistare polizze assicurative, decidendo liberamente quanto assicurarsi" (Il Corriere della Sera, dicembre 2012). Ebbene, proprio per chi è più esposto a rischi di malattie, come gli anziani (seppure con i caveat di Gabriele, sopra ricordati), le assicurazioni sanitarie si rivelano particolarmente inadeguate.

Da un lato, l'assicurazione copre rischi non certezze: se ci si ammala, la patologia di cui si soffre cessa di essere assicurata al rinnovo della polizza (e come sa chiunque sia andato ad acquistare una polizza sul mercato, la durata della polizza diminuisce drasticamente al crescere dell'età). Dall'altro lato, si pongono problemi di selezione avversa: preoccupati di ritrovarsi con un pool di assicurati più esposti a malattie di quanto prefigurato, gli assicuratori tendono ad aumentare i premi. Premi sempre più elevati dissuadono, tuttavia, dall'assicurarsi i buoni rischi, i quali restano privi di tutela. Non a caso, anche negli Stati Uniti, da quasi mezzo secolo, l'assicurazione sanitaria (Medicare) è pubblica per tutti coloro con più di 65 anni. Certamente, l'incompletezza assicurativa non è un problema per i super-ricchi, che potranno sempre ricorrere ai propri risparmi: ma quanti sono questi soggetti? Una frazione assai esigua della popolazione, non i ceti medi e neppure molti di coloro che appartengono alla parte più alta di tali ceti. Semmai, un altro problema della disuguaglianza odierna è far passare come a vantaggio di tutti posizioni a favore soltanto di una piccola minoranza.

Un'altra possibile via è costituita dalle polizze di gruppo, tipiche del welfare contrattuale e/o aziendale. In tal caso, i datori di lavoro si accollerebbero una parte dei costi della copertura sanitaria dei propri dipendenti, pagando anche per forme di protezione dei malati più durature nel tempo. La presenza di un gruppo di assicurati (dal quale nessuno può uscire) limiterebbe, poi, i rischi di selezione avversa. Ma, anche a prescindere dai disoccupati, quale potrà essere la copertura di un welfare contrattuale/aziendale in un paese dove le imprese con più di mille addetti sono meno di 500 e oltre 3 milioni sono le imprese con meno di 15 addetti? Non si sottovaluti, poi, il peso delle crescenti concorrenza internazionale e flessibilità del mercato del lavoro. In Usa, ad esempio, già ben prima della crisi in atto, il welfare aziendale risultava fortemente ridimensionato, sia nella forma di un azzeramento tout court delle tutele sia in quella del passaggio da un sistema a benefici definiti ad uno a contributi definiti (Hacker, 2008). E, comunque, come sopra indicato, gli ultrasessantacinquenni restano assicurati dallo stato.

Qualunque sia la via seguita, si pone poi la questione dei costi da sopportare per chi riesce ad assicurarsi. Solo un dato: gli Usa sono arrivati a spendere nel 2010 il 17,6% del PIL per la sanità, pur avendo quasi 50 milioni di cittadini non assicurati ed oltre 80 milioni di assicurati solo a tratti nell'anno (per altre evidenze sui costi del privato e per una rassegna delle principali cause di tali costi fra cui, oltre alle già richiamate esigenze di controllo della selezione avversa, l'incentivo alla moltiplicazione delle prestazioni, a prescindere da una valutazione di efficacia; le maggiori difficoltà di controllo del potere di mercato dei medici e la proliferazione dei complessivi costi amministrativi, cfr. il recente Maciocco, www.saluteinternazionale.info). E' forse razionale sottrarsi al finanziamento pubblico per pagare di più privatamente? E, si noti, quanto meno nell'aggregato, non esiste alcuna evidenza di una migliore qualità dell'assistenza privata. Neppure, si dimentichi la domanda, spesso associata alle richieste di più privato, di agevolazioni fiscali, che pure sono un elemento di spesa pubblica.

Non nego, con queste osservazioni, che le assicurazioni private possano, in alcune situazioni, essere vantaggiose: ad esempio, per chi, relativamente sano, affronta un primo episodio di malattia o ha un buon contratto di lavoro. Per questa ragione, la libertà di acquistarle va garantita, anche per prestazioni sostitutive di quelle del SSN (nel liberale Canada, le assicurazioni sanitarie per prestazioni sostitutive sono state, invece, a lungo, vietate). Le assicurazioni private non rappresentano, tuttavia, la risposta generalizzata quando la finalità sia la certezza di copertura dai rischi nel ciclo di vita.

Molti articoli a difesa del pubblico finirebbero con l'ultima affermazione. Penso sia sbagliato. Non basta difendere il pubblico guardando ai limiti del privato. Occorre tenere conto di come il pubblico effettivamente funziona e, nel nostro paese, i motivi di insoddisfazione nei confronti del SSN sono numerosi. Nel periodo 2001-2010, la spesa sanitaria pubblica è aumentata del 50% (EUROSTAT), così registrando il maggiore incremento dopo quello della spesa militare. Certamente, il livello iniziale era basso: nonostante l'incremento, il livello attuale di spesa resta in linea con quello medio dei paesi europei, al di sotto di quanto spendono francesi e tedeschi (il che concerne le componenti sia pubblica sia privata)¹. Ciò nondimeno, gli effetti sulla qualità dell'assistenza non paiono sempre apprezzabili.

Solo a mo' di esemplificazione, basti pensare ai tempi di attesa presenti in molte realtà; al senso di intrappolamento di molti pazienti, bloccati in strutture spesso fatiscenti, ignari del proprio percorso di cura, nelle mani di medici che vedono di sfuggita, che non comunicano e che, ancor meno, sanno rispondere alle esigenze di cura complessiva (e non solo tecnica), pronti a svolgere il secondo lavoro nelle strutture private in concorrenza con il SSN; al peregrinare fra uffici diversi e alla frammentazione della cura che penalizzano in modo particolare gli anziani. Al contempo, ricordo le difficoltà per medici e paramedici dediti al lavoro pubblico, esposti a contratti di lavoro precari e/o a norme che scimmiettano quelle tipiche delle organizzazioni a scopo di lucro.

In conclusione, in sanità non servono riforme di struttura. Servono, però, riforme nelle modalità organizzative del servizio pubblico tese a realizzarne le potenzialità che restano disattese.

1. Sulla questione, cfr. l'interessante confronto fra Daveri e Turati su www.lavoce.info.