

In difesa del Servizio Sanitario Nazionale

2013-02-21 10:02:10 Redazione SI



Elena Granaglia

Il *welfare state* non è nato solo per finalità, per quanto cruciali, di equità. È stato ed è anche strumento di stare bene per tutti. Per opporsi all'austerità non basta difendere il pubblico a partire dalle inefficienze del privato. Occorre tenere conto anche delle inefficienze del pubblico e, in troppe occasioni, il SSN si rivela al di sotto delle proprie potenzialità.

Quasi 30 miliardi di tagli lineari al finanziamento del SSN nel periodo 2012-2015: questo è il risultato delle politiche di austerità per la sanità nel nostro paese. L'obiettivo è quello della stabilizzazione, nel tempo, della spesa sanitaria pubblica in termini addirittura nominali (dunque, della riduzione in termini reali). I tagli, vale la pena ricordare, giungono non dopo anni di facili piè di lista per il settore. Se si guardano gli ultimi dati Ocse (2012), si scopre una realtà assolutamente ignorata nel nostro paese: **nel periodo 2000-2010, il trend di crescita della spesa sanitaria complessiva è stato il più basso fra tutti i 34 paesi Ocse.**

Certo, gli sprechi esistono nel SSN e su questo torneremo più avanti. Altrettanto certo è che la stabilizzazione in termini nominali possa realizzarsi in alcuni anni (successe nel 1993 e ri-successe nel 2011). Se assunta a obiettivo strategico di un servizio sanitario pubblico, in particolare, in un contesto di crescita delle attese di vita e di sensibile progresso tecnologico[1], l'effetto non può che essere il **peggioramento della sanità pubblica e progressiva estensione del finanziamento privato.**

Il punto è riconosciuto dai fautori dell'austerità sanitaria. Semplicemente, si tratterebbe di un effetto inevitabile del nostro debito pubblico e dei più complessivi vincoli di bilancio. O, nei termini spesso usati nel dibattito pubblico, **il vecchio welfare state sarebbe per noi una creatura del passato che non ci possiamo**

più permettere.

Le obiezioni all'estensione del finanziamento privato tendono a focalizzarsi sulle implicazioni equitative: la penalizzazione dei più poveri è evidente ogni volta che si espande il ricorso alle risorse private. Potremmo solo aggiungere che l'impovertimento prodotto dalla crisi insieme al costo dei servizi sanitari rischia oggi di rendere poveri, ai fini dell'accesso alla sanità, un numero di individui ben superiore al 13% segnalato tale dall'indicatore di povertà relativa nel nostro paese.

In questa sede, vorrei portare l'attenzione su alcuni problemi, più trascurati, di efficienza, l'efficienza avendo a che fare con valutazioni di benessere anche per i più avvantaggiati, a prescindere da implicazioni distributive. In sintesi, **il finanziamento privato rischia di fare stare peggio anche chi avrebbe le risorse per accedere alla sanità privata.** In questo senso, sarebbe l'opposto di quella che gli inglesi chiamano una *win win solution*, l'inefficienza accompagnandosi alla iniquità.

Due sono le ragioni principali.

La prima concerne il prezzo da pagare: nel privato, esso tende ad essere più elevato per molte prestazioni, seppure non di qualità superiore.

L'altra concerne il rischio di incompletezza assicurativa: il mercato assicurativo non è in grado di assicurare una protezione continua nel ciclo di vita. Come noto, 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). Individui con precedenti malattie non potrebbero, pertanto, assicurarsi anche quando hanno risorse necessarie all'eventuale acquisto della polizza, con la conseguenza di dovere rinunciare alla cura pur avendo le risorse per pagare l'assicurazione oppure di doversi pagare la cura di tasca propria, rinunciando così ai benefici dell'assicurazione in termini di ripartizione del rischio.

Ma, se è così, perché sottrarsi al finanziamento pubblico per pagare di più privatamente e non avere la copertura assicurativa per la quale si sarebbe disposti a pagare? È questo comportamento ad apparire irrazionale, esattamente al contrario di quanto affermano fautori del finanziamento privato quali Giavazzi ed Alesina[2], 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".

Naturalmente, il ricorso al finanziamento privato può assumere configurazioni diverse e una valutazione approfondita richiederebbe di distinguere fra di esse. Un conto, ad esempio, è un finanziamento privato che ha come attori principali i cittadini. Un altro è un finanziamento centrato su imprese coinvolte in forme, anch'esse variegata, di *welfare* aziendale e contrattuale, seppure la tendenza di questi ultimi anni sia ad una drastica diminuzione dell'assunzione di rischi da parte delle aziende e ad un'accentuazione, a seguito della maggiore flessibilità del lavoro, delle difficoltà nella portabilità dei benefici da parte dei lavoratori[3].

Anche se consideriamo in aggregato l'andamento della spesa sanitaria nei paesi Ocse, il dato è univoco. **I paesi caratterizzati da un maggior finanziamento privato spendono di più.** L'esempio paradigmatico è quello degli Usa arrivati, nel 2010, a spendere per la sanità il 17,6%, pur avendo quasi 50 milioni di cittadini non assicurati e oltre 80 milioni di assicurati solo a tratti nell'anno. Occorre, però, considerare anche **il caso della Germania**, spesso richiamata come esempio di paese virtuoso. Negli ultimi anni, la spesa sanitaria tedesca è cresciuta relativamente poco rispetto alla media Ocse: il tasso medio annuo di incremento reale nel periodo 2000-2010 si situa attorno al 2%, pochissimo sopra il valore del SSN (1,9%). Inoltre, il divario fra noi e loro in termini di Pil si è leggermente attenuato. Nel 2000, la Germania dedicava alla sanità il 10,4 del Pil e noi l'8%, mentre ora i valori sono rispettivamente l'11,6% e il 9,3%. Allo stesso modo conta il dato iniziale: la Germania nel 2000 dedicava alla sanità 2,4 punti in più del proprio Pil. Inoltre, l'incidenza della spesa sul Pil risente, inevitabilmente, della dinamica di quest'ultimo (decisamente sfavorevole per il nostro paese). Per neutralizzare tale dinamica, se si considera la spesa sanitaria media in dollari a parità di acquisto, allora la differenza fra Italia e Germania risulta ben più marcata. La Germania è passata da un valore di 2678 nel 2000 a 4338 nel 2010, mentre per l'Italia i valori sono rispettivamente 2064 e 2964[4].

Alla maggiore spesa sanitaria generata dal finanziamento privato andrebbe poi aggiunta la spesa pubblica per le agevolazioni fiscali, raramente, il finanziamento privato configurandosi come solo tale. Vi è quasi sempre un aiutino, nascosto, in termini di minore imposizione tributaria.

Per la questione dei rischi di incompletezza assicurativa, basta ricordare *Medicare*. Anche in un paese favorevole al finanziamento privato, quali sono gli USA, gli anziani, a prescindere dal loro reddito, sono assicurati dal pubblico e una ragione cruciale ha a che fare esattamente con il contrasto all'incompletezza dei mercati assicurativi.

Il che non nega 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). **Inoltre, i super-ricchi potrebbero comunque preferire una restrizione del perimetro pubblico, per pagare meno imposte, incuranti di dovere spendere un po' di più e di dovere accedere ai risparmi in assenza di assicurazioni complete.** Ma, per il grosso della cittadinanza, inclusi i ceti medi relativamente abbienti, la perdita di benessere derivante dalle politiche di austerità rischia di essere davvero consistente. Non dimentichiamo quanto ci ricorda con forza Barr[5], **il welfare state non è nato solo per finalità, per quanto cruciali, di equità. È stato ed è anche strumento di stare bene per tutti.**

Molti articoli a difesa del pubblico finirebbero con l'ultima affermazione. Penso sia sbagliato. Per opporsi all'austerità non basta difendere il pubblico a partire dalle inefficienze del privato. **Occorre tenere conto anche delle inefficienze del**

pubblico e, in troppe occasioni, il SSN si rivela al di sotto delle proprie potenzialità. Non potendo entrare nel dettaglio della questione, mi limito a rilevare una causa forse anch'essa sottovalutata, ossia, una carenza (anziché un eccesso), di pubblico, in questo caso, sul piano della dedizione collettiva alla produzione di un bene cruciale per i cittadini. Basti pensare, da un lato, ai molti medici sempre pronti a lasciare lo spazio pubblico per svolgere il secondo lavoro nelle strutture private in concorrenza con il SSN e, dall'altro, ai tanti medici dediti al lavoro pubblico, invece, esposti a contratti di lavoro precari e/o a norme che scimmiettano quelle tipiche delle organizzazioni a scopo di lucro.

Elena Granaglia, □Professore ordinario di Scienza delle Finanze, presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università di Roma Tre.

Bibliografia

1. Per una sintesi sul ruolo delle attese di vita e del progresso tecnologico, cfr. rispettivamente Gabriele S. [Non bisogna temere l'invecchiamento](#). Nelmerito.com, 12.12.2012 e Tediosi F. [Sanità, invecchiamento e progresso tecnologico](#). Nelmerito.com, 24.12.2012
2. Alesina R, Giavazzi F. C'era una volta lo stato sociale. Il Corriere della Sera, 13.09.2012.
3. Cfr. Hacker J. The Great Risk Shift. Oxford: Oxford University Press, 2006.
4. Per tutti questi dati, cfr. Oecd Health Data 2012 e per una rassegna delle principali cause dei maggiori costi del privato, cfr. Maciocco G. [Appunti per un programma elettorale](#). Salute Internazionale, 17.12.2012.
5. Barr N. The Welfare State as Piggy Bank. Oxford: Oxford University Press, 2001.