

Introduzione

di Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi

Questo libro ha lo scopo di fornire, attraverso i diversi contributi in cui è articolato, una visione d'insieme dell'evoluzione che stanno attraversando i sistemi sanitari in Europa. Lo fa a partire, per esigenze di sintesi e parsimonia nella ricerca, dalla situazione di alcuni paesi: Italia, Francia, Germania, Olanda e Svizzera. Abbiamo scelto di concentrarci su queste realtà, e non su altre, perché sono quelle che negli ultimi quindici anni hanno visto cambiamenti più rapidi e più marcati.

Questi cambiamenti non sono andati tutti, come si vedrà nel dettaglio dei singoli capitoli, nella medesima direzione. Ma se un *trend* sia pure generalissimo emerge, è quello di un crescente coinvolgimento di attori privati nella fornitura di servizi sanitari – dopo che negli ultimi due secoli, al contrario, a prevalere era stata la tendenza alla monopolizzazione da parte dell'attore pubblico.

In queste poche pagine introduttive cercheremo di ripercorrere brevemente le motivazioni dell'uno e dell'altro fenomeno, con l'obiettivo di fornire un inquadramento, per quanto impressionistico, alle analisi dettagliate che verranno sviluppate nei diversi capitoli. Inoltre, proveremo a delineare le sfide che attendono i sistemi sanitari nei prossimi vent'anni: potenzialmente, un banco di prova impegnativo come non mai per gli Stati sociali dell'Europa continentale.

Eppur si muove

1. La preistoria dello Stato sociale

Ciò che noi chiamiamo “sanità” può essere considerato come la somma di tre componenti fondamentali: la scienza medica, le caratteristiche personali dei suoi praticanti, l’organizzazione sanitaria. Il tutto circondato da un quadro epidemiologico, che ne è una variabile dipendente: dal momento che è profondamente condizionato da stili di vita, innovazione tecnologica, grado di benessere e tipologia di consumi di una certa società.

Fino al diciottesimo secolo, prima della grande rivoluzione scientifica dell’Ottocento, l’organizzazione sanitaria in Europa è privata, mentre i medici sono liberi professionisti.

Con qualche eccezione, ciò che fin dal medioevo viene chiamato ospedale è un luogo di ricovero abbastanza indistinto, per lo più gestito da enti religiosi, per poveri e malati: malati poveri perché i malati ricchi sono curati a casa da medici, che da liberi professionisti offrono loro le proprie cure, e perché gli ospedali non sono certo luoghi gradevoli.

L’illuminismo e il pensiero rivoluzionario francese alla fine del diciottesimo secolo ci consegnano una visione critica e diffidente sugli ospedali: «Niente più indigenti, niente più ospedali», chiede a Parigi la sezione dei Lombardi di impronta montagnarda.¹

Ma la Rivoluzione apre anche il primo dibattito sulla statalizzazione della sanità: J.J. Menuret² propone cure gratuite amministrate da medici che il governo paga direttamente usando la rendita ecclesiastica.

Non sono che gli albori di una vicenda che richiederà l’intero diciannovesimo secolo per completare la prima fase istitutiva della medicina scientifica moderna.

Al termine di questo processo, ciò che offre la medicina all’inizio del ventesimo secolo è immensamente di più di quello che ha sempre offerto all’umanità, mentre

1. Albert Soboul, *Les sans-culottes parisiens en l’an II: mouvement populaire et gouvernement révolutionnaire, 2 juin 1793 - 9 Thermidor an II*, Parigi, Clavreuil, 1958.

2. Jean-Joseph Menuret, *Essai sur les moyens de former de bons médecins, sur les obligations réciproques des médecins et de la société*, Parigi, 1791.

Introduzione

la possibilità di curare acquista una nuova efficacia e credibilità.

Sviluppatisi seguendo dinamiche non dissimili da quelle della rivoluzione industriale, la rivoluzione medica può ora produrre un gruppo di prestazioni validate scientificamente, riproducibili e in grado di influire sulle condizioni di salute individuali e collettive, modificando uno scenario epidemiologico sostanzialmente fermo dalla fine delle grandi epidemie.

Gli Stati europei si sono già impossessati nel diciannovesimo secolo degli strumenti di intervento nei confronti della collettività, hanno posto in essere politiche per la diffusione di migliori condizioni igieniche ed edificato l'organizzazione della sanità pubblica. Tutto ciò va però rapidamente mutando.

Come ricorda Alphonse Crespo nel suo saggio,³ il "secolo breve" si apre sotto i terribili auspici di una nuova, grandissima domanda di cure cagionata dall'esplosione della violenza collettivizzata. Vi è infatti una linea di discendenza diretta, dallo Stato gendarme, artefice della carneficina, allo Stato barelliere.

È anche nel ricordo indelebilmente impresso sulla pelle dei sopravvissuti che una forte pressione sociale – prodotta da nuove domande politiche, dal diffondersi della alfabetizzazione e quindi dell'informazione – alimenta una diffusa richiesta: l'accesso alle cure mediche per strati sempre più ampi della popolazione. Un accesso alle cure mediche che non può che essere intermedio e pagato da un soggetto terzo riconducibile, in qualche modo, allo Stato.

Ma che significato ha parlare di "cure mediche" all'inizio del ventesimo secolo? Quale tecnologia e quali forme organizzative sono richieste?

Se le confrontiamo con la situazione odierna, si tratta di tecnologie di bassa complessità, modeste se non rudimentali, che richiedono un'organizzazione leggera e relativamente poco costosa. Molto è ancora affidato alla capacità professionale del singolo medico, domina la

3. *Infra*, p. 173.

Eppur si muove

semeiotica clinica e la farmacopea è ridotta. Gli ospedali vengono puliti e disinfettati con metodi artigianali, e la migliore sala operatoria non possiede i requisiti del peggiore ambulatorio dei nostri giorni. Tuttavia è già moltissimo per le popolazioni europee, e gli Stati si accingono a renderlo disponibile, assumendosi direttamente il compito di finanziare, produrre, erogare e controllare tutte le prestazioni sanitarie di prevenzione, di diagnosi e di cura: domiciliari, ambulatoriali e ospedaliere.

Questo compito è, per la verità, estremamente meno impegnativo rispetto ai nostri giorni, sia sotto il profilo economico che sotto quello organizzativo. È economico sia perché l'igiene pubblica, che è poco costosa, determina da sola, fra la metà dell'Ottocento e i primi decenni del Novecento, straordinari miglioramenti delle condizioni di vita delle popolazioni, sia perché in quell'epoca un medico esperto nel proprio ambulatorio (o a casa del paziente) e un ospedale a bassissima tecnologia sono il massimo della qualità possibile. Anche la tecnologia farmaceutica offre pochi e semplici prodotti, ma questo è tutto ciò che si può chiedere e tutto ciò che si può dare.

Nascono così, nei primi decenni del scorso secolo, i grandi modelli della sanità statizzata, che ancora oggi costituiscono l'ossatura dei sistemi sanitari in Europa.

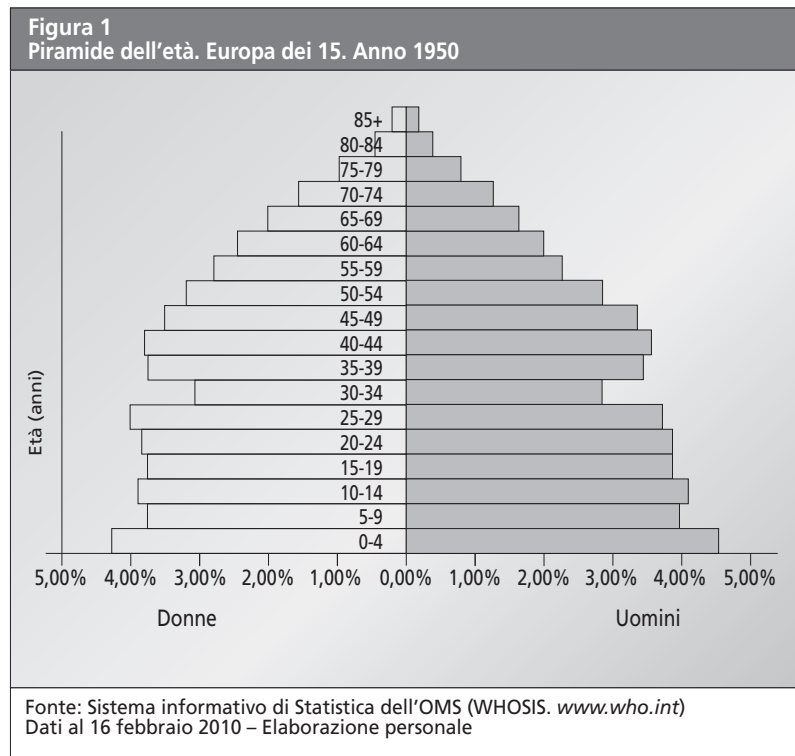
2. La rivoluzione tecnologica in medicina

Nella seconda metà del ventesimo secolo, la sanità comincia a modellarsi intorno a un nuovo, grande sviluppo delle conoscenze scientifiche nel campo biomedico.

Nel 1943, Fleming introduce nel prontuario terapeutico degli Stati Uniti il primo antibiotico: la penicillina. Nel 1953, Watson e Crick comunicano al mondo una scoperta straordinaria: il codice della vita, il DNA.

Due eventi simbolo, clamorosa punta di un iceberg sommerso di gigantesche dimensioni, che ha tutti i caratteri di una nuova grande rivoluzione scientifica e che in pochi decenni introdurrà nella sanità in misura dirimpente ciò che prima s'era visto solo in stato

Introduzione



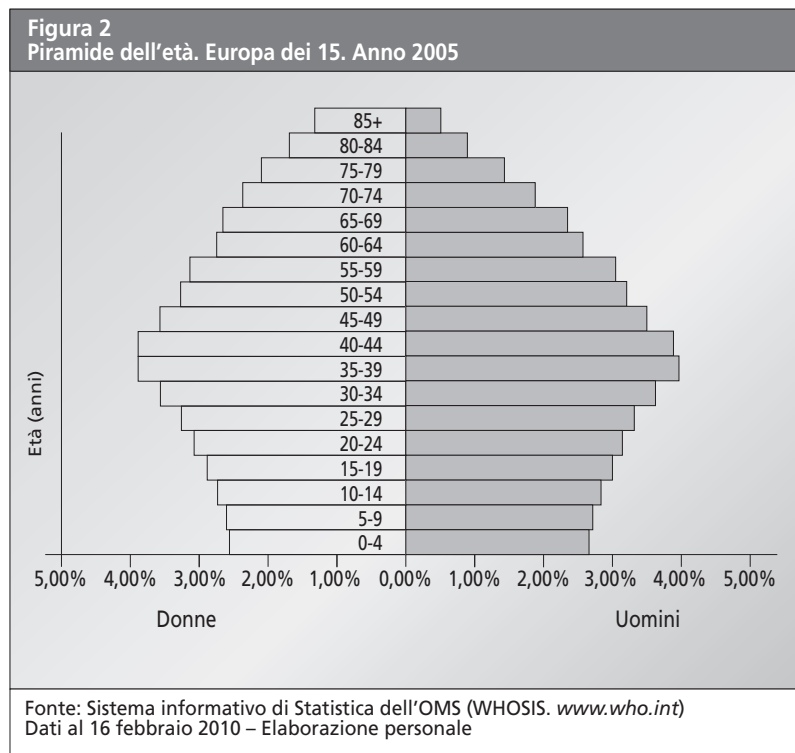
embrionale: la tecnologia. Con essa emergeranno possibilità mai viste prima: la cura eziologica tramite gli antibiotici delle malattie infettive, che a metà del ventesimo secolo sono ancora la prima causa di morte in Europa; la possibilità di entrare veramente nel corpo umano e vedere gli organi, misurare i flussi ematici, introdurre cateteri, dilatare arterie, operare senza incisione cutanea; una tecnica anestesologica che consente ogni tipo di intervento chirurgico; la circolazione extracorporea, il *by-pass* coronarico, la correzione dei gravi difetti congeniti del cuore, la riparazione degli aneurismi dissecanti dell'aorta; le diagnosi iniziali di moltissimi tumori, la chemioterapia, la radioterapia sempre più selettiva, la termoablazione delle metastasi, la sostituzione delle articolazioni usurate; l'insulina e i farmaci antidiabetici orali.

L'elenco potrebbe proseguire, ma due immagini sono sufficienti a mostrare questo straordinario sviluppo della medicina e della sanità.

Eppur si muove

La figura 1 mostra la struttura della popolazione europea (UE-15) nel 1950, all'alba della nuova rivoluzione. È ancora una classica "piramide" dell'età, un po' modulata dalle due grandi guerre mondiali, ma dimostrativa di una popolazione che, a partire dai 40 anni di età, perde una quota di persone in modo costante per ogni classe di età, e si riduce in misura drastica dopo i 70 anni.

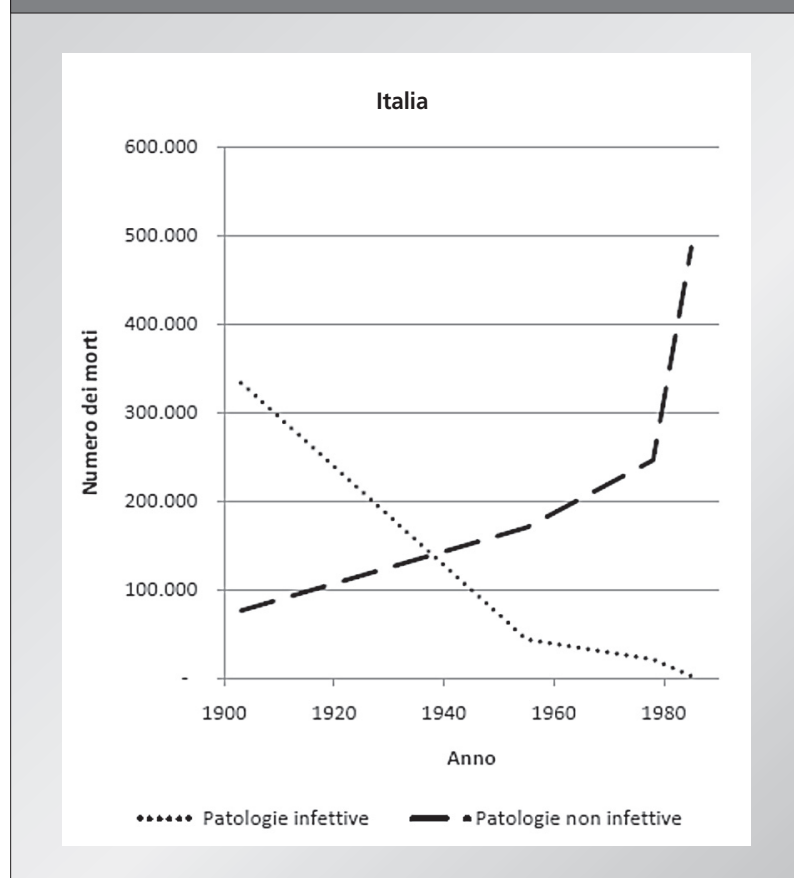
La figura 2 mostra come la stessa popolazione nel 2005 esprima una struttura totalmente modificata. I bambini nati negli anni fra il 1950 e il 1960 ci sono ancora quasi tutti e gli ultraottantenni sono diventati numerosi. In sintesi, ciò che si osserva è uno straordinario incremento della durata della vita, sicuramente dovuto, in parte non secondaria, al progresso della medicina e alla diffusione della tecnologia sanitaria – e quindi non più solo, come in precedenza, a migliori pratiche igieniche.



Introduzione

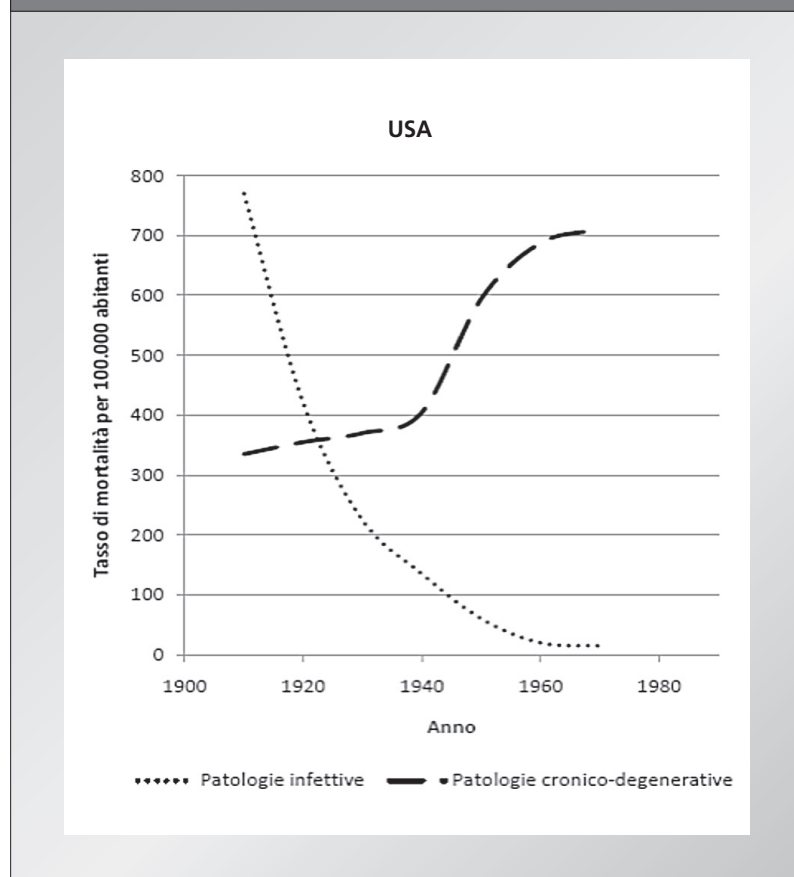
Le figure 3 e 4 mostrano un altro evento epocale: il crollo della mortalità per malattie infettive e la corrispondente crescita della mortalità per malattie croniche e degenerative. Si tratta di un fenomeno mondiale che riguarda tutti i paesi sviluppati, dagli Stati Uniti all'Italia come a tutti i paesi dell'Unione Europea. È un fenomeno che ha come effetti immediati quelli di aumentare considerevolmente la durata della vita (le malattie infettive uccidono in tutte le fasce di età, le malattie croniche e degenerative solo in età avanzata) e di incrementare enormemente il numero di malati presenti nella popolazione, malati cronici sempre più complessi e bisognosi di cure sempre più costose.

Figura 3
Andamento comparativo della mortalità per malattie infettive e non infettive.
Italia. Anni 1900-1980



Eppur si muove

Figura 4
 Andamento comparativo della mortalità per malattie infettive e non infettive.
 USA. Anni 1910-1970



Per i motivi così succintamente ricordati, la risposta alla domanda di sanità delle popolazioni europee deve passare, ora, attraverso la creazione di sistemi sanitari ad alta complessità, con tecnologie sempre più imponenti e con un'organizzazione pesante e molto costosa.

Alle spalle della quale si deve sviluppare una intera e imponente filiera industriale, capace di produrre una ampia serie di prodotti tecnologici quali farmaci, strumenti diagnostici sempre migliori e sempre più complessi, di cui medici e ospedali hanno sempre più bisogno.

Si apre così uno scenario completamente nuovo per i grandi sistemi di *welfare* sanitario in Europa.

3. Bismarck e Beveridge

Come verrà ricordato a più riprese nelle pagine che seguono, i sistemi sanitari nazionali sono sostanzialmente incardinati su due modelli. L'uno e l'altro prendono nome dal loro capostipite. Il modello "Bismarck" si fonda su una assicurazione obbligatoria e discende dal modello solidaristico inizialmente introdotto per i militari prussiani, esattamente come il modello previdenziale a "ripartizione".

L'assicurazione sanitaria obbligatoria è organizzata per comparti occupazionali. Pertanto, in teoria, il sistema non è a carattere universalistico – anche se nel corso del Novecento si espande fino a "coprire", di fatto, tutta la popolazione.

Il sistema "Beveridge" è invece probabilmente più familiare al lettore, trattandosi dell'archetipo del nostro sistema sanitario nazionale. La copertura è per definizione universalistica e le risorse atte a finanziarla provengono dalla fiscalità generale.

A rigore, la differenza fra i due modelli sta nel modo in cui interpretano il principio della "sicurezza sociale": in un caso (Bismarck) lo Stato realizza le finalità relative alla tutela della salute dei cittadini mediante l'obbligo, per i datori di lavoro e i lavoratori, di assicurarsi (con un ente pubblico o comunque d'interesse pubblico, tenuto a fornire, direttamente o tramite convenzioni, le prestazioni e i servizi stabiliti dalla legge) contro il rischio della malattia. Nell'altro caso, invece, lo Stato non si limita a stabilire quali sono le prestazioni cui hanno diritto i cittadini e a finanziarne la fruizione da parte degli stessi, ma organizza direttamente la struttura dell'offerta e predispone la rete dei servizi di diversa tipologia assistenziale.

Anche sul piano del finanziamento, i due modelli hanno un'impostazione all'apparenza differente: i sistemi ad assicurazione obbligatoria dovrebbero finanziarsi attraverso contributi sociali, i servizi sanitari nazionali attraverso il prelievo fiscale.

In realtà, vi è stata una progressiva convergenza e un per certi versi inaspettato sovrapporsi dei due modelli. Anzitutto, il meccanismo del sostituto d'imposta ha reso

Eppur si muove

meno evidente la differenza *dal punto di vista del lavoratore*, per il quale diventa sostanzialmente analogo contribuire al sistema sanitario attraverso la fiscalità generale oppure attraverso trattenute alla fonte versate poi dal datore di lavoro per la sua assicurazione medica.

Né è da supporre che un sistema Bismarck sia necessariamente più autonomo e indipendente da parte dell'amministrazione pubblica. Nei modelli Bismarck, come spiegano bene Neubauer e Beivers nel loro saggio, la pianificazione pubblica dell'offerta è divenuta sempre più pervasiva. La sanità fa parte di quegli "scambi politici" su cui si reggono i moderni Stati democratici. Per questo, la spesa pubblica per la sanità è andata costantemente crescendo nel Novecento. Come hanno rilevato Vito Tanzi e Ludger Schuknecht, «i rapidi progressi nella medicina e la consapevolezza che la sanità pubblica possa contribuire al benessere degli individui e alla produttività economica hanno dato origine, nel ventesimo secolo e specialmente nell'ultimo decennio, al rapido sviluppo del settore della sanità e, con ciò, alla domanda di un impegno dello Stato nel mantenere standard sanitari elevati per la popolazione».⁴

Una questione certamente saliente, nell'analisi dell'evoluzione dei sistemi sanitari, è in che misura essi siano condizionati dall'avanzamento tecnologico e quindi, in parallelo, dal miglioramento delle condizioni di vita.

Parrebbe che per quanto diversi, da paese a paese, possano essere i servizi sanitari nazionali, vi siano alcuni elementi unificanti dell'esperienza della sanità pubblica nel mondo occidentale. In questa sede e rispetto ai contributi riuniti in questo volume, ci interessa sottolinearne due:

- la sostanziale congruenza delle dinamiche politiche che hanno portato a una monopolizzazione "di fatto" della fornitura dei servizi sanitari da parte dello Stato;

4. Vito Tanzi - Ludger Schuknecht, *La spesa pubblica nel XX secolo: una prospettiva globale*, Firenze, Firenze University Press, 2007 (2000), p. 33.

Introduzione

- la permeabilità dei sistemi alla variabile esogena dell'innovazione tecnologica.

Sul piano delle dinamiche politiche, la "domanda di salute" cresce nel corso del secolo e viene indirizzata verso lo Stato. I fenomeni sono concatenati e l'innovazione gioca un ruolo primario. A differenza di quanto avveniva a inizio secolo, quando il miglioramento delle condizioni di vita era essenzialmente legato alla diffusione di una migliore igiene sociale, l'innovazione tecnologica "risponde" alla domanda di salute ma consente anche che essa cresca, che venga spostata innanzi la frontiera delle possibilità e che aumentino legittimamente le aspirazioni di tutti.

Questo sottende però un altro fenomeno: grazie alla ricerca medica, la "salute pubblica" diventa "salute privata". Non basta più l'imposizione di uniformi e migliori condizioni igieniche, lo Stato organizza o coordina la fornitura di cure mediche individuali, attrezza gli ospedali pubblici con strumenti diagnostici che possano servire a identificare mali che peculiarmente affliggono i singoli individui, acquista e distribuisce farmaci che hanno lo scopo di agire individualmente su malattie e sintomi.

La salute è individuale, ma la sanità è collettiva e statale. L'ispirazione dei modelli Bismarck e di quelli Beveridge è la medesima. Come ha notato Wilfried Prewo, «che si presentasse nella forma escogitata da Bismarck sul finire dell'Ottocento o in quelle attuate da Roosevelt e Beveridge negli anni Trenta e Quaranta del ventesimo secolo, lo Stato assistenziale trattava i cittadini come i beneficiari di un diritto concesso e fornito dallo Stato a prescindere che quest'ultimo agisse in base a un mandato democratico o, come nel caso di Bismarck, come un protettore autoritario ma benevolo».⁵

Nel dibattito pubblico, la "salute" acquista uno sta-

5. Wilfried Prewo, *Oltre lo Stato assistenziale: autonomia personale, responsabilità sociale e vera solidarietà*, Soveria Mannelli-Treviglio, Rubbettino-Leonardo Facco, 2005 (2004), p. 20.

Eppur si muove

tus particolare sino a essere consacrata come “diritto” costituzionale, per esempio in Italia dall’articolo 32 della Costituzione.⁶ Far sì che i cittadini siano “in buona salute”, per lo Stato significa da un lato accertarsi che siano in grado di contribuire alla generazione della ricchezza nazionale: la malattia è un fattore debilitante e inibisce la partecipazione alla vita economica del paese. Ma vuole anche dire sviluppare un legame più intimo, più personale, di quanto non sia mai stato fatto in passato, fra cittadino e Stato. Il “diritto alla salute” non riguarda la mera integrità fisica, per la tutela della quale i sudditi “cedono” la propria libertà all’uscita dallo stato di natura di hobbesiana memoria. Il “diritto alla salute” si configura come una sorta di diritto alla vita buona e presuppone un ruolo attivo dei poteri pubblici nell’accertarsi che essa effettivamente sia tale.

La promessa di consentire a tutti di accedere gratuitamente a cure mediche efficaci entra a far parte dello “scambio politico” fra governanti e governati. La sanità è materia discussa elettoralmente e diventa oggetto di decisioni che non hanno più un profilo meramente tecnico. L’apertura di un nuovo centro ospedaliero, ad esempio, mentre viene decisa da un’autorità politica è oggetto di riflessioni in termini di consenso. Il presidio del territorio (elemento costitutivo di qualsiasi Stato) viene declinato anche sotto il profilo sanitario: da una parte si moltiplicano gli ospedali, dall’altra quella medica è sempre meno una “libera professione” e sempre più un servizio fornito per conto dei pubblici poteri.

Anche l’uso più banale delle strutture sanitarie in termini di consenso ha conseguenze di lungo periodo. La forma che assume la rete sanitaria riflette anche il successo di singoli esponenti politici nel portare un

6. «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Introduzione

nosocomio nel loro territorio. Ma il potere, come al solito, evita di mostrarsi arbitrario. Nasce la scienza della gestione sanitaria, che cerca di far convivere nel contesto della programmazione di settore le esigenze e i bisogni dei territori – per come sono compresi attraverso gli strumenti intellettuali disponibili – e le esigenze e i bisogni della politica.

La pratica medica raggiunge una sua dimensione “industriale” in un settore pianificato e altamente burocratizzato, che deve contemperare esigenze diverse.

All’incrocio di questi diversi fenomeni, si osserva ovunque nel mondo un aumento dei costi della sanità. Cresce la “domanda” di salute, cui la politica è ben lieta di dare risposta per consolidare la propria presa sull’elettorato. La domanda, proprio perché sussidiata, continua ad aumentare. Intanto, l’ideologia dominante punta nella direzione di un graduale incremento delle coperture. Sullo sfondo, l’edificazione di una “burocrazia sanitaria” procede per tentativi ed errori, creando pian piano strumenti analitici adeguati per tarare i propri sforzi. Gli errori di valutazione producono degli “sprechi” che sono ciclicamente oggetto delle critiche degli osservatori: l’allocazione delle risorse è lungi dall’essere ottimale, la selezione delle tecnologie diagnostiche o mediche su cui investire è sovente controversa, la logica politica filtra anche nella selezione dei trattamenti.

È in questo quadro che la spesa pubblica per la sanità arriva a crescere in modo vieppiù significativo. Nell’arco di una generazione, la spesa sanitaria pubblica nei paesi OCSE passa dall’aver un impatto sul PIL in media del 5 per cento (1970) a contare per il 9 per cento del PIL (2005).

Sullo sfondo, una situazione complessa, nella quale convivono tendenze in forte tensione l’una con l’altra.

Da una parte, la tecnologia “costa”, sia che la ricerca scientifica si compia in centri di ricerca pubblici, sia che invece si tratti di miglioramenti nel farmaceutico o nella diagnostica, settori privati che per il pubblico sono dei “fornitori”. Il fatto che nella sanità vi sia un monopsonio pubblico permette allo Stato di avere una forte

Eppur si muove

influenza sui prezzi: ma se non vi fosse remunerazione dell'innovazione, essa non avrebbe luogo. Inoltre, l'innovazione medica tipicamente richiede ingenti quantità di capitale. Per questo motivo, vi è stata una crescente divisione internazionale del lavoro, che è consistita nell'accentramento negli Stati Uniti delle maggiori imprese mondiali del farmaceutico e della diagnostica. Ciò è stato reso possibile dalla permanenza, in quel paese, di un mercato in certa misura libero, ovvero non viziato dal monopsonio pubblico, e dalla maggiore vivacità del mercato dei capitali. Le burocrazie sono inerentemente conservatrici, refrattarie all'innovazione. Quando lo Stato monopolizza un settore economico, qualsiasi innovazione deve passare attraverso un filtro, una negoziazione politica. È per questo motivo che l'innovazione "di prodotto" (farmaci, diagnostica) è prevalentemente americana: si sviluppa laddove i filtri sono (relativamente) più blandi e le negoziazioni politiche meno onerose.

D'altra parte, i costi continuamente in crescita della sanità nascondono anche dinamiche che hanno poco a che vedere con il "prezzo" dell'innovazione tecnologica, e sono legate all'uso discrezionale dei fondi, all'allocazione politica delle risorse, all'opacità dei criteri di spesa.⁷ Sono problemi che l'Italia ben conosce, e che esplodono in alcuni scandali di grande rilievo mediatico, fra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta quando, come ha avuto modo di ricordare Giuliano Cazzola, «la sanità ha rappresentato il terreno di elezione del consociativismo».⁸

La lunga corsa al rialzo del costo della sanità ha però preso un ritmo diverso a cominciare dagli anni Ottanta. Come scrivono Tanzi e Schuknecht: «Il rallentamento della crescita della spesa sanitaria dopo il 1980 riflette,

7. In tale contesto, non sorprende che un'analisi dell'efficienza degli ospedali pubblici nel nostro paese sottolinei come «la produzione parrebbe realizzabile efficientemente con sensibile risparmio di posti letto e personale e quindi con riduzione dei costi». Daniele Fabbri, "L'efficienza degli ospedali pubblici in Italia", in AA. VV., *L'efficienza nei servizi pubblici*, Roma, Banca d'Italia, 2003, p. 127.

8. Giuliano Cazzola, *La sanità liberata*, Bologna, il Mulino, 1996, p. 132.

Introduzione

in una certa misura, gli sforzi di riformare il settore sanitario e di controllare i suoi costi. Tuttavia è probabile che la pressione sui “bilanci della sanità” sia destinata a crescere. Il progresso tecnico probabilmente innalzerà i costi dei servizi sanitari più che in altri settori, e l’aumento dell’aspettativa di vita e l’invecchiamento della popolazione renderanno più urgente il miglioramento dell’utilizzo delle risorse pubbliche e la sua efficienza rapportata ai costi».⁹

Queste riforme hanno un effetto di stabilizzazione nel breve periodo, ma non sono risolutive nel lungo: la sanità appare ovunque un cantiere aperto. Dal momento che la fornitura pubblica dei servizi sanitari non è in discussione, tali riforme si risolvono sostanzialmente nell’imposizione di una serie di limitazioni alla spesa che non mancano di avere effetto sulla qualità del servizio fornito, e che sono necessariamente incoerenti con la domanda di salute della popolazione. I metodi utilizzati sono sostanzialmente l’imposizione di tetti di spesa (per esempio per la spesa ambulatoriale o per i farmaci), calmieri per i fornitori privati, controlli salariali per medici e personale paramedico, e una forma di controllo surrettizio dei costi, quale l’imposizione del numero chiuso alle facoltà di medicina per calmierare il numero dei medici e quindi frenare l’aumento del personale occupabile.¹⁰ Nello stesso periodo, hanno cominciato a essere introdotti anche strumenti di compartecipazione alla spesa, con l’obiettivo di ridurre l’effetto di esplosione dei consumi legato a una domanda sussidiata, responsabilizzando i pazienti stessi. I meccanismi di *co-payment* suscitano reazioni indispettite negli elettorati, e il ceto politico prova di norma a non farvi ricorso.

In Italia, questo processo ha preso la forma di un vasto esperimento (avviato dalla legge Amato del 1992

9. Vito Tanzi - Ludger Schuknecht, *La spesa pubblica nel XX secolo*, p. 35.

10. Si veda, fra gli altri, *OECD Economic Outlook 79*, 2006. Per quanto riguarda il numero chiuso in medicina, questa misura di carattere corporativo potenzialmente fa crescere il costo del personale per unità impiegata: ma, nelle intenzioni della politica, in un sistema statalista e chiuso allevia le pressioni a impiegare il crescente numero di medici “prodotti” dalle università.

Eppur si muove

e dai suoi decreti attuativi) volto a unire il decentramento delle decisioni (che culmina nella sostanziale “regionalizzazione” della sanità, con la riforma del Titolo V), con l’innesto di strumenti volti alla creazione di un “mercato interno” (al SSN) per l’acquisto delle prestazioni sanitarie.

I saggi contenuti in questo volume si occupano dei cambiamenti osservati negli ultimi dieci anni nei diversi sistemi sanitari europei. Le politiche di contenimento della spesa messe in atto negli anni Ottanta e Novanta hanno sortito l’effetto desiderato: hanno “congelato” la spesa sanitaria, come avvenuto anche nel nostro paese (in Italia la spesa sanitaria passa dall’essere il 6,2 per cento del PIL nel 1990 a stabilizzarsi attorno al 5,4 per cento del PIL nel triennio 1997-1999, per tornare al 6,2 per cento del PIL nel 2002).¹¹ Ma l’inadeguatezza degli strumenti utilizzati ha talora costretto a ripensare profondamente i modelli di servizio sanitario nazionale: giocando la carta della loro riorganizzazione privatistica, oppure provando a porre in essere una pianificazione ancor più meticolosa e certosina, oppure ancora andando a cercare fuori dal perimetro tradizionale nuove risorse per il loro finanziamento.

I cambiamenti che esaminano Valentin Petkantchin per la Francia, Günter Neubauer e Andreas Beivers per la Germania, Alphonse Crespo per la Svizzera e i due autori di questa introduzione, rispettivamente per l’Italia e per l’Olanda, cercano proprio di rendere conto della molteplicità delle risposte a una sfida unica: contemperare risorse sempre più scarse e sfide della complessità.

4. Pazienti o consumatori?

Nell’illuminante testo che ristampiamo come appendice a questo volume, Milton Friedman sintetizzò quelle osservazioni che abbiamo sin qui ripercorso

11. *OECD Health Data*, 2003. Si veda anche Fabio Pammolli - Nicola Salerno, *Gli andamenti della spesa sanitaria: l’Italia in una sintetica comparazione internazionale su dati OCSE*, Roma, Cerm, 2004.

Introduzione

puntando a delineare «tre caratteristiche principali» della fornitura di cure mediche nei paesi avanzati, nella seconda metà del secolo scorso: «il rapido progresso nella scienza della medicina», «i forti incrementi della spesa, in termini sia di costi a persona sia di quota del reddito nazionale» e «l'aumento dell'insoddisfazione per il servizio».

Quest'ultimo elemento è in apparenza quello più difficile da spiegare. Lo abbiamo già ricordato: viviamo di più e, in media, molto meglio di quanto non sia mai accaduto nella storia umana. La ricerca medica ha mantenuto le sue promesse – e lo stesso hanno fatto, perlomeno in apparenza, i sistemi sanitari pubblici, che hanno saputo distribuire i frutti di quella ricerca al più ampio numero di beneficiari.

Va sempre tenuto presente l'ammonimento di Frédéric Bastiat: *c'è quel che si vede e quel che non si vede*.¹² Ogni spesa, ogni impegno pubblico sottende altrettanti costi sopportati. Non possiamo sapere, a rigore, se cittadini europei meno tassati avrebbero davvero evitato di far uso delle risorse che avrebbero avuto a disposizione in maggior quantità, per sostenere la domanda di servizi medici – e quali effetti ciò avrebbe avuto, sulla configurazione del settore.

La stessa pratica del sostituto d'imposta è simile, come ha notato Anthony de Jasay,¹³ al *truck*, la corresponsione del salario in natura che era denunciata dal movimento operaio, nel corso dell'Ottocento, come una delle pratiche più odiose messe in atto dai padroni. La differenza più rilevante sta nella mentalità paternalistica dello Stato sociale, che tassa i lavoratori per “regalare” loro la sanità pubblica (modelli Beveridge) o li costringe a contribuire a una copertura assicurativa che non hanno volontariamente scelto (modelli Bismarck), nella convinzione che non siano in grado di prendersi cura dei rischi connessi al proprio futuro.

12. Frédéric Bastiat, *Ciò che si vede, ciò che non si vede. E altri scritti*, Sovieria Mannelli, Rubbettino, 2005.

13. Anthony de Jasay, *Political Economy, Concisely. Essays on Policy That Does not Work and Market That Do*, Indianapolis, Liberty Fund, 2010.

Eppur si muove

La vocazione paternalista non è in discussione in nessun paese del mondo, e anche chi aveva continuato a seguire una traiettoria eccentrica rispetto al “modello sociale europeo” (gli Stati Uniti, nei quali una sanità pubblica che contava comunque per metà della spesa sanitaria sul PIL lasciava la possibilità di *opt-out*) pare essere determinato a cercare una convergenza con i sistemi pubblicistici. Da questo punto di vista, ci pare opportuno sottolineare l’attualità di un altro saggio fortemente anticipatore che abbiamo inteso riproporre in appendice, “Il mercato europeo dei servizi sanitari” di Giuseppe Rotelli, uscito per la prima volta nel 1989. In questo contributo, Rotelli sottolineava come la concorrenza in effetti si prestasse a diventare uno strumento nelle mani di governi intenzionati a garantire una copertura universalistica della popolazione per quanto riguarda i rischi connessi alla salute, ma in modo più efficiente di quanto invece non fosse il caso in sistemi interamente pubblicistici. Si tratta di un’impostazione che è filtrata anche nel più integralmente e rigorosamente statalista dei sistemi Beveridge, quello inglese, come attestano i lavori di Julian Le Grand.¹⁴

È bene, però, tenere sempre presente che parlare dell’utilizzo di meccanismi in sanità è rischioso, se non vengono soddisfatte alcune precondizioni. Come ha più volte sottolineato Alain C. Enthoven,¹⁵ uno dei pionieri di questi studi, esse sono perlomeno riconducibili a tre fattori: gli individui sono ragionevolmente bene informati, utilizzano (almeno al margine) il proprio denaro e hanno un’effettiva possibilità di scelta fra diversi fornitori.

I saggi contenuti in questo volume attestano in che misura i diversi sistemi sanitari europei (non) soddisfa-

14. Si veda, in particolare, Julian Le Grand, *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*, Princeton, Princeton University Press, 2007.

15. Per una recente sintesi del pensiero di Enthoven in quest’ambito, si veda Alain C. Enthoven, “Market Forces and Efficient Health Care Systems”, *Health Affairs*, 23, n. 2, 2004, pp. 24-27.

Introduzione

no tali condizioni. Ciò di cui però riescono a dar conto solo limitatamente è come sia diventato difficile registrare i cambiamenti culturali che pure vanno a condizionare la fornitura dei servizi alla salute, in particolare rispetto alla prima “precondizione” di Enthoven.

L’invecchiamento della popolazione determina un’evoluzione del quadro epidemiologico, conduce a un aumento della domanda di salute, ma si lega anche a un mutamento culturale.

Se con il ventesimo secolo abbiamo osservato una “industrializzazione” della sanità, con l’inizio del ventesimo vediamo i primi fuochi della sua “consumizzazione”. La variabile indipendente, in questo caso, è la diffusione dell’informazione.

In un settore di per sé viziato da asimmetrie informative pressoché invalicabili, osserviamo il crescente diffondersi dell’informazione medica, che comincia a travalicare i confini della stampa specializzata per diventare una tipologia di contenuti specifica e di pregio, in grado di attirare interesse da parte del pubblico. L’impatto del web è, poi, imponente. Internet è di norma un fattore di disintermediazione, e così è pure nel caso della sanità: il web consente un aggiornamento in tempo reale, senza più barriere di carattere nazionale, rispetto allo stato della ricerca medica e dei trattamenti. Ma non consiste solo in una nuova fonte di approvvigionamento di notizie: non salta solo l’intermediazione della carta stampata, o della televisione, o, nel caso della sanità, della tradizionale consulenza del medico di fiducia.

Internet si configura sempre di più come uno spazio sociale: un luogo nel quale pazienti afflitti dalla medesima patologia possono condividere esperienze e speranze, informazioni circa gli effetti di determinati trattamenti, o della possibilità di utilizzare alcuni farmaci per scopi differenti da quelli per cui vengono di norma prescritti. Questo vale nel bene e nel male: Internet è uno spazio nel quale oggi vengono anche elaborate nuove e complesse “leggende metropolitane” che possono orientare in modo clamorosamente distorto le domande di cura, spesso all’ombra di parole suadenti. Internet è

Eppur si muove

un luogo nel quale cambia il rapporto con i professionisti della salute, che tradizionalmente rientrano in categorie rigidamente segmentate: lo specialista, il medico di medicina generale, il professionista sanitario non medico, il farmacista.

Che conseguenze avrà nel medio periodo questo rimescolamento di carte? Da una parte, è prevedibile un ulteriore aumento della pressione sulle casse pubbliche. Se il paziente diventa "consumatore" e articola domande più complesse, questo lascia presagire futuri impegni più ingenti da parte dello Stato. Se l'informazione viaggia più veloce, è possibile che i pazienti-consumatori europei possano diventare più vocali nel chiedere l'autorizzazione (e il rimborso) di trattamenti già disponibili in altri luoghi del mondo.

Dall'altra, però, su un piano più teorico a entrare in crisi è lo stesso paradigma paternalista. Esso presuppone le asimmetrie informative, e se ne fa forte: è l'abisso che separa medico e paziente a giustificare un intervento di fatto pensato come "tutela" del soggetto per definizione debole, ovvero il paziente.

Ma che cosa accade quando il soggetto debole si rafforza? Che cosa avviene quando il cittadino-paziente è messo in condizione di avere un'interlocuzione più incalzante coi fornitori del servizio?

Il consumatore è un "cliente", non un soggetto passivo: "scambia", non è "assistito" dal produttore dei servizi cui è interessato. Nei prossimi anni, la tendenza alla "consumerizzazione" della sanità avrà effetti rilevanti, anche rispetto al bilanciamento pubblico-privato, specialmente in un quadro di finanza pubblica nel quale la risposta tradizionale a una maggiore domanda (l'ampliamento delle coperture) risulta impraticabile.

5. Verso una "europeizzazione" della sanità?

Lo sviluppo del settore privato in sanità è profondamente influenzato dallo sviluppo tecnologico. Come ci ha insegnato Karl Popper, predire il futuro è impossibile proprio perché non conosciamo la scienza del futu-