

L'enigma di una sanità "liberale"

di Alberto Mingardi

La spesa sanitaria pubblica in Italia non è superiore a quella di paesi a noi comparabili. Tanto basterebbe, secondo alcuni, a chiudere qualsiasi dibattito. In un paese nel quale tutti si lamentano della scarsa qualità dei servizi pubblici (salvo continuare a considerare un *maggior* intervento dello Stato la soluzione a qualsiasi problema), la sanità pubblica gode di tassi di approvazione relativamente elevati. L'Organizzazione mondiale della sanità considera il sistema italiano il più efficiente al mondo, dopo quello francese.¹

Perché allora porsi il problema? La risposta risiede nella demografia e nella democrazia.

La struttura demografica del nostro paese, dove si stima che nel 2050 un terzo della popolazione avrà più di sessantacinque anni (e la percentuale degli ultraottantenni sarà più che raddoppiata rispetto a oggi), ci costringe a chiederci se servizio sanitario universale come lo conosciamo oggi, invecchiamento della popolazione

1. Si veda il rapporto *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*, Ginevra, Who, 2000. Va notato come i criteri sui quali tali analisi si focalizzano siano "reattività" (indicatore che include fattori molto eterogenei come protezione della privacy, libertà di scelta dei trattamenti, qualità del trattamento "alberghiero"), "equo finanziamento" (la percentuale del reddito familiare che va a finanziare il servizio sanitario) e "health inequality". È pertanto comprensibile che sistemi ad accesso universale occupino le posizioni più elevate. Per una critica argomentata e puntuale, si veda Glen Whitman, *WHO's Fooling Who? The World Health Organization's Problematic Ranking of Health Care Systems*, Cato Institute Briefing Paper n. 101, 2008, <http://goo.gl/tyb7Ka>.

e rigore delle finanze pubbliche siano compatibili. C'è probabilmente, all'orizzonte, un punto di rottura, oltre il quale o una quota crescente di risorse andrà allocata a sostenere i bisogni sanitari delle persone, oppure la politica dovrà per forza fare i conti con la disillusione di cittadini a cui sono state promesse cure all'avanguardia e gratuite, che non possono più essere offerte. Le stime prudenziali dell'Ocse indicano che nel 2060 la sanità potrebbe valere il 14,5% del Pil italiano (il 10,2% se fossero messe in atto misure di contenimento dei costi molto robuste).² Ma è difficile abbozzare ipotesi precise, se si considera che l'innovazione tecnologica potrebbe modificare radicalmente le prassi più consolidate in questo settore.

Inoltre, la sanità italiana è nota per essere estremamente disomogenea, rispetto alla qualità dei servizi erogati: la percezione comune, che probabilmente non sbaglia, è che vi siano alcune regioni dove gli standard sono d'eccellenza, e altre nelle quali è meglio non fratturarsi un dito del piede.

Negli anni Novanta, la spesa sanitaria è stata contenuta in ragione, soprattutto, della necessità di "rispondere" agli scandali che erano giunti a conoscenza dell'opinione pubblica nel periodo di Tangentopoli. Nel triennio 2010-2013, è stata la crisi del debito a richiedere una serie di interventi, alcuni dei quali estremamente significativi. Ma i tagli di spesa, in questo settore, tendono per definizione a evitare di andare a intaccare i "serbatoi di consenso" (cioè il personale). Se non si taglia il personale, si finisce per tagliare tutto quanto il resto (dalla diagnostica alle forniture d'ogni tipo), che è parimenti necessario a erogare servizi di qualità.

Sarebbe sbagliato immaginare che siano problemi circoscritti al nostro paese. Oggi la sanità è uno dei settori industriali, ovunque al mondo, a maggiore intensità di ricerca e sviluppo. E, nello stesso tempo, è un settore che eroga servizi in una "economia di controllo"

2. Christine de la Maisonneuve - Joaquim Oliveira Martins, *Public Spending on Health and Long-term Care: A New Set of Projections*, Parigi, Oecd, 2013.

presidiata da una burocrazia pubblica. L'una cosa e l'altra coesistono non senza tensione. È forse venuto il momento di chiederci se non possa esistere un modo diverso di organizzare la fornitura dei servizi per la salute.

1. Welfare e mercato

La proposta più nota, per la riforma dello Stato sociale in un senso *più liberale*, è il "buono scuola" di Milton Friedman. Già in *Capitalismo e libertà* egli ipotizzava potesse esistere un sistema scolastico che si fondasse su istituti pubblici e privati in concorrenza:

Un sistema siffatto darebbe una risposta ai problemi sollevati dalla tesi del monopolio naturale e verrebbe incontro alle ragioni di quelle famiglie che si lamentano del fatto che, inviando i propri figli in una scuola privata, sono costrette a pagare due volte per la loro istruzione: prima sotto forma di imposte generali, poi sotto forma di retta scolastica. Il sistema, inoltre, permetterebbe una vivace concorrenza e, pertanto, favorirebbe lo sviluppo e il continuo miglioramento di tutte le scuole. L'effetto della concorrenza contribuirebbe a far nascere una provvidenziale varietà di scuole e a introdurre maggiore flessibilità nei sistemi scolastici.³

L'idea del "buono scuola" sintetizza bene le ragioni per le quali coloro che apprezzano i vantaggi del processo di mercato tendono a essere critici verso lo Stato sociale per come è oggi strutturato. Queste loro critiche si appuntano su un fatto. Anche ammettendo (come fa Friedman) che vi siano buone ragioni per utilizzare il denaro dei contribuenti per finanziare l'erogazione di alcuni servizi a vantaggio di tutti, subsidiare l'offerta anziché la domanda comporta *di per sé* notevoli problemi. Il sussidio all'offerta anziché alla domanda implica quasi sempre la monopolizzazione nell'erogazione di quel servizio: al concorrente privato, che volesse mettersi in competizione con lo Stato, non restano che spa-

3. Milton Friedman, *Capitalismo e libertà*, Torino, IBL Libri, 2010 (1962), p. 153.

zi interstiziali. Il genitore che manda suo figlio in una scuola non statale, notava Friedman, “paga due volte”: una volta per l’istruzione pubblica che è costretto a comprare ma non utilizza, e una volta per quella privata, che utilizza. Il costo della scuola di Stato è un *sunk cost*, annegato nel grande mare della fiscalità, ed essa gli si presenta come un’opzione a costo zero, in concorrenza con altre opzioni onerose. Non è forse un caso se, in un paese come il nostro, le scuole non pubbliche sono di norma confessionali: avendo reso anti-economico iscrivere il proprio figlio in una scuola non statale, seguita a farlo soltanto chi ha ragioni non-economiche (fede e forte senso di appartenenza) per far così.

Monopolizzata in capo al pubblico l’erogazione di un certo servizio, è curioso che poi si pretenda che quel monopolio si comporti diversamente da qualsiasi altro. Le verità universalmente riconosciute della scienza economica sono poche, ma fra queste senz’altro c’è la constatazione che il monopolista tende a limitare l’offerta ovvero a praticare prezzi più alti. Il monopolista dell’assistenza ha poi l’indubbio vantaggio che quanti sono costretti a “comperarne” i servizi non sono consapevoli di quanto li stanno pagando, dal momento che il costo per la loro fornitura non è chiaramente comprensibile come tale al contribuente.

Ma i motivi sotto alcuni profili più pregnanti che militano a favore della critica “liberale” del *welfare state* sono legati davvero a *ciò che non si vede*, per dirla alla Bastiat. Friedman, nel passo citato poc’anzi, allude allo «sviluppo e continuo miglioramento di tutte le scuole». Laddove c’è concorrenza, cioè dove nuove imprese possono competere nell’offerta di un certo bene o un certo servizio, c’è libertà di provare a realizzarlo in modo nuovo. La critica di Friedman coglie particolarmente nel segno, quando capovolge un ragionamento assai diffuso. Si è soliti sostenere che servizi tanto importanti per la società quali sanità e istruzione dovrebbero essere forniti *non per lucro*. E tuttavia, questi servizi non sono importanti per la società in virtù della disposizione, della nobiltà d’animo, della foggia morale di chi li

produce. Sono importanti *in quanto tali*, precisamente per ciò che essi possono significare per chi ne beneficia anziché no. Ma se è così allora è poco sensato condannarci a subirne la fornitura in regime di monopolio. E ancor meno sensato è rifiutare a priori la concorrenza e quindi la possibilità dell'innovazione, come se non ce ne fosse bisogno. Il che sarebbe vero semmai se considerassimo questi servizi di importanza trascurabile e ancillare nella vita di noi tutti. Friedman ha saputo isolare due diversi argomenti – l'opportunità dell'accesso universale a un certo servizio e il monopolio pubblico del medesimo – mostrandoci quant'è assurdo desiderare che proprio ciò che è essenziale venga appaltato a una burocrazia.

Per questa ragione, l'idea del *voucher* è assai popolare fra i liberali. Purtroppo, però, ha avuto poca fortuna.⁴ Teorizzato da uno dei maggiori economisti del ventesimo secolo ch'era pure il più efficace divulgatore delle idee di libertà, a tutt'oggi il buono scuola è periodicamente oggetto di discussione – ma non ha trovato che applicazioni parziali, con l'eccezione dei paesi nordici.⁵

Nel campo della sanità, è avvenuto paradossalmente l'esatto opposto. Non c'è un "modello" di riforma liberale della sanità: una proposta che abbia trovato il suo Milton Friedman. Eppure, negli scorsi anni gli Stati sociali europei si sono trovati a introdurre, gradualmente, elementi di "privato" e di "concorrenza". Gli esempi più rilevanti sono sicuramente i Paesi Bassi e la Germania.

4. In Italia si parla di "buono scuola" perlomeno dal 1986. Il primo volume dedicato al tema è un quaderno del Crea, il Centro ricerche economiche applicate diretto da Antonio Martino, pubblicato nel 1982 (Autori Vari, *Il finanziamento dell'istruzione in una libera democrazia. Il buono-scuola: opinioni a confronto*, Roma, Crea, 1982). Nel 1986 la proposta di istituire dei *voucher* per l'istruzione ottenne una certa visibilità a livello nazionale, dal momento che fu fatta propria dal vicesegretario del Psi Claudio Martelli. Venne accolta con una raffica di "no" dalla più parte degli intellettuali che militavano a sinistra (da Norberto Bobbio a Paolo Sylos Labini). Quelle reazioni sdegnate, destinate a riproporsi negli anni, hanno bloccato sino a oggi qualsiasi tentativo di inoculare l'anticorpo della concorrenza nella scuola italiana.

5. Sul tema, si veda Giacomo Zagardo, *La punta di diamante. Scenari di scolarizzazione e formazione in Europa*, Roma, Ediguidea/Isfol, 2010.

2. Sistemi sanitari in mutamento

L'intervento pubblico nella sanità è diventato sempre più pervasivo. La "domanda di salute" è cresciuta nel corso del secolo scorso e si è sempre più indirizzata verso lo Stato. Se all'inizio del Novecento il miglioramento delle condizioni di vita era essenzialmente legato alle politiche d'igiene, sempre di più l'innovazione tecnologica non solo "risponde" alla domanda di salute ma consente che essa cresca e si evolva, spostando in avanti la "frontiera delle possibilità". Per questo, non basta più che lo Stato garantisca migliori condizioni igieniche – ma esso si trova a organizzare e coordinare la fornitura di cure mediche, ad attrezzare ospedali pubblici con strumenti diagnostici sempre più avanzati, ad acquistare e distribuire farmaci. La salute è individuale, ma la sanità è collettiva. Pertanto, non può che essere oggetto di scambio politico fra governati e governanti. Dal successo individuale di un esponente politico che riesce a portare un nosocomio nel suo collegio elettorale, alla più complessa partita delle forniture e delle autorizzazioni di farmaci e trattamenti, sino all'ampliamento delle necessità alle quali viene offerta risposta: la sanità per come la conosciamo ora è profondamente intrecciata a decisioni di tipo politico e anzi ha persino rappresentato «il terreno d'elezione del consociativismo».⁶

Vito Tanzi ha enunciato una «legge fondamentale del comportamento della spesa pubblica nel lungo periodo»,⁷ che afferma che la maggior parte dei programmi di spesa pubblica esibiscono la tendenza a crescere quasi continuamente e spontaneamente nel corso degli anni e a diventare sempre più costosi col trascorrere del tempo. La sanità non fa eccezione e ne è testimonianza l'aumento del suo peso rispetto al Pil (la media dei paesi Ocse era il 5% nel 1970, e il 9% negli anni Duemila).

Nel corso dell'ultimo secolo, i sistemi sanitari si sono differenziati sostanzialmente in ragione della loro mo-

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

7. Vito Tanzi, *From Fiscal Crises to Exit Strategies*, Londra, Politeia, 2012.

dalità di finanziamento. Si distingue infatti fra modelli "Bismarck" e modelli "Beveridge", dal nome del rispettivo capostipite.

Il modello Beveridge è finanziato attraverso la fiscalità generale, i servizi sono erogati principalmente da enti pubblici, le risorse per la sua operatività vengono determinate dallo Stato.

Il modello Bismarck è a contribuzione mista, con diversi istituti (casse professionali, enti pubblici, in alcuni casi enti di diritto privato) che raccolgono i contributi e li utilizzano per remunerare le prestazioni erogate dalle strutture sanitarie. Anche in questo caso, lo Stato svolge un ruolo di primo piano, partecipando alla fornitura del servizio con enti propri, sussidiando le fasce di reddito più basse, ovviamente regolamentando il sistema.

Si è osservata una crescente convergenza fra questi due modelli organizzativi: i contributi obbligatori sono assimilabili alle imposte, per ovvie ragioni, nonostante resti nel primo caso una certa trasparenza circa l'impiego dei fondi. Inoltre, non c'è virtualmente modello Bismarck nel quale lo Stato non si incarichi di indirizzare direttamente l'offerta e gli investimenti ospedalieri: anche questo porta all'inevitabile avvicinamento dei due sistemi.

Negli ultimi anni, però, modelli dell'uno e dell'altro tipo hanno cominciato a mostrare segnali di cambiamento. A titolo esemplificativo, citeremo per sommi capi alcuni esempi di "mutazione" istituzionale dei sistemi sanitari.

In Spagna, la sanità è di competenza regionale. Negli anni scorsi, era apparso degno di nota il caso della regione di Valencia: si tratta sostanzialmente di un grande modello di *project financing* applicato alla sanità.⁸ La tempesta della crisi del debito ha portato il governo Rajoy e anche le amministrazioni locali a riaprire il dossier "sanità", per porre in essere un più robusto controllo dei

8. Sul tema si veda il capitolo di Lucio Scudiero in Gabriele Pelissero - Lucio Scudiero, *Il futuro del welfare sanitario. Un caso italiano e uno spagnolo*, Torino, IBL Libri, 2011.

costi. Le misure intraprese sono state abbondantemente criticate, in particolar modo la decisione di negare l'accesso alle cure agli immigrati irregolari. Tuttavia, sotto altri aspetti Rajoy pare essere andato nella direzione giusta. Per ridurre gli sprechi sono stati introdotti meccanismi di *co-payment*: in Catalogna, persino un euro di pagamento per ogni ricetta.⁹ Il governo di Madrid si è impegnato a privatizzare sei ospedali e il 10% dei centri che svolgono assistenza sanitaria di base. Vi è stata una forte protesta da parte dei medici,¹⁰ ma nel complesso quella spagnola pare una risposta "emergenziale" eppure non priva di una visione d'insieme.

In Germania non c'è stato bisogno di una crisi perché fosse sentita la necessità di effettuare risparmi. Quel paese ha, ovviamente, un modello Bismarck nel quale la copertura predominante è data dall'assicurazione sanitaria pubblica, con le assicurazioni private che mantengono un ruolo residuale. Il governo svolge una forte funzione di regolazione e programmazione dell'offerta di servizi.

Si è tuttavia andata sviluppando una offerta di erogatori privati tutt'altro che marginale. «Tra il 1996 e il 2007 il numero degli ospedali pubblici si è ridotto del 31,3 per cento e quello degli ospedali a utilità sociale del 18,8 per cento, mentre il numero degli ospedali privati orientati al profitto è cresciuto del 40,6 per cento», riportano Neubauer e Beivers.¹¹ Se molti ospedali privati restano realtà di piccole dimensioni, si sono sviluppati anche grandi gruppi che si rivolgono al mercato per il proprio finanziamento, con tutto ciò che ne deriva.

Il vantaggio del privato è tale soprattutto per quan-

9. Tale iniziativa è stata poi dichiarata incostituzionale.

10. Lo testimonia, volontariamente o involontariamente, un articolo particolarmente livoroso quale Helena Legido-Quigley - Laura Otero - Daniel la Parra - Carlos Alvarez-Dardet - Jose M. Martin-More - Martin McKee, "Will Austerity Cuts Dismantle the Spanish Healthcare System?", *British Medical Journal*, giugno 2013, 346:f2363.

11. Gunter Neubauer - Andreas Beivers, "Variazioni strutturali e crescente privatizzazione del mercato ospedaliero tedesco", in Gabriele Pelissero - Alberto Mingardi (a cura di), *Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato*, Torino, IBL Libri, 2010, p. 114.

to concerne autonomia gestionale e capacità di fare efficienza: la riforma tedesca appare quindi più che una chiara scelta di campo a favore di un cambiamento nei meccanismi di *welfare*, l'esito di una analisi costi-benefici da parte del pubblico.

Di ispirazione assai diversa è stata la riforma olandese,¹² introdotta da un governo di centro-destra nel 2006 e poi confermata dal successivo esecutivo di centro-sinistra. Anche l'Olanda è un sistema Bismarck, nel quale però tutti i residenti maggiorenni sono tenuti ad acquistare una polizza sanitaria. Essa copre un pacchetto base di prestazioni definito dallo Stato, ma si tratta di un'assicurazione privata.

L'universalismo è garantito dal fatto che le assicurazioni non possono rifiutare la copertura e non possono differenziare i prezzi in base alle condizioni di salute o all'età dell'assicurato. Lo Stato a sua volta sovvenziona le persone a basso reddito ma lo fa attraverso un meccanismo che esalta la libertà di scelta del paziente: cioè tramite un *voucher* che viene incassato dall'assicuratore scelto dal singolo.

Un fondo, detto di equalizzazione del rischio, garantisce la stabilità del sistema attraverso compensazioni a favore delle compagnie che assumono i rischi più elevati (anziani, cronici, disabili, ecc.). Il fondo è finanziato attraverso premi commisurati al reddito e riceve contributi dalla fiscalità generale esclusivamente per la copertura dei minori.

Anche in Olanda l'obiettivo del governo è stato quello di garantire la sostenibilità di lungo periodo del sistema sanitario. La concorrenza fra assicurazioni le dovrebbe indurre a controllare i costi con maggiore rigore di quanto non possa fare una pubblica amministrazione.

Il fatto che in questo caso la "privatizzazione" non sia avvenuta a livello degli erogatori, ma a livello del meccanismo di finanziamento dovrebbe cambiare radicalmente le dinamiche politiche della spesa. Ridurre gli

12. Sia concesso rimandare ad Alberto Mingardi, "Per una eguaglianza più libera", in Pelissero - Mingardi, *Eppur si muove*.

sprechi non è più solo una preoccupazione del Ministro dell'Economia, ma un interesse condiviso delle assicurazioni e dell'intera popolazione chiamata a pagare il premio assicurativo. In questo schema, la libertà di scelta diventa il garante della qualità del servizio: il singolo è in grado di optare per la compagnia che, per le convenzioni e i servizi che offre, è più capace di soddisfarne le esigenze. Di cruciale importanza è il fatto che, per legge, gli assicurati possono cambiare compagnia ogni anno e che una specifica autorità di settore, preposta ai controlli sulla qualità dei servizi, pubblici indicatori sulla *performance* delle assicurazioni e delle strutture sanitarie. Va inoltre segnalato come il sistema sia stato disegnato con l'obiettivo di ripristinare un autentico sistema dei prezzi nel campo della sanità – “liberando” trattamenti e forniture a vantaggio della libera negoziazione fra attori privati.

Una alternativa radicale, emersa al di fuori del perimetro europeo, è quella rappresentata dai “conti di risparmio per la salute” (*health savings account*). Il modello è quello su cui si regge la sanità di Singapore, nota per combinare un elevatissimo livello di complessità tecnologica con valori di spesa rispetto al Pil estremamente ridotti (nel 2011, il 4,6%¹³). Singapore ha adottato nel 1984 un sistema sanitario che combina una copertura catastrofale pubblica, prestazioni acquistate *out of pocket*, un sistema di assicurazioni integrative volontarie (dove il premio è in larga misura deducibile dalle imposte) e gli *health savings account*. Questi sono conti di risparmio che i cittadini dell'isola devono obbligatoriamente sottoscrivere, accantonandovi una quota pari al 6/8% del loro reddito. La possibilità di attingere a questi conti di risparmio per il pagamento delle spese mediche ha il pregio di «evitare i molti vincoli amministrativi dell'assicurazione sanitaria».¹⁴

13. Cfr. World Bank Open Data / World Bank Development Indicators, <http://goo.gl/gUeyCk>.

14. John C. Goodman - Gerald L. Musgrave - Devon M. Herrick, *Lives at Risk: Single-payer National Health Insurance Around the World*, Lanham, Rowman & Littlefield, 2004, p. 110.

Se a Singapore gli erogatori del servizio sono pubblici e privati (le cure ospedaliere sono fornite per l'80% da nosocomi di proprietà del governo), ciò che caratterizza il sistema sanitario è soprattutto questa forma di "autoassicurazione". Se il risparmio forzoso dei cittadini non è di per sé sufficiente a coprire l'intero funzionamento del sistema, il fatto che essi debbano attingere a risorse da essi stessi direttamente risparmiate, anziché avere tutte le proprie prestazioni coperte da un terzo, serve a ridurre quei problemi di azzardo morale che sono altrimenti ineludibili quando le persone non sono chiamate a partecipare alla spesa.

Dovendo trarre indicazioni generali da questa, peraltro veloce, rassegna potremmo forse dire che l'intento comune delle diverse riforme prese in esame è quello di limitare alcune distorsioni evidenti nei sistemi pubblicistici. Le scelte sino a ora contemplate riguardano ora il lato della domanda (*health savings account*), ora il lato dell'offerta ("privatizzazione" tedesca). In un caso e nell'altro si tenta di introdurre elementi di responsabilità: rendendo il cittadino più sensibile al costo dei servizi erogati, facendo assegnamento sulle capacità gestionali del privato. La riforma olandese agisce invece sui meccanismi di finanziamento, ponendo una intercapedine ulteriore fra spesa pubblica e prestazioni erogate. Soluzioni differenti, ma problemi simili.

3. Il modello lombardo e altre ipotesi

L'Italia ha un Servizio sanitario nazionale sul modello di quello britannico, ispirato al principio dell'universalità (tutti i cittadini possono accedere alle cure) e alla solidarietà (finanziamento tramite la fiscalità generale). Il sistema Beveridge è organizzato in modo rigidamente centralistico, mentre quello italiano è stato sin da principio articolato su modelli organizzativi diversi da regione a regione: questa caratteristica è uscita rafforzata dalla cosiddetta "riforma della riforma" (leggi 502/92 e 517/93) e dalla riforma del Titolo V del 2001.

Tuttavia, questa organizzazione su base regionale