

IL RISCHIO DELL'AUMENTO DELLA SPESA

La politica delle mance e la sanità riformabile

di MASSIMO MUCCHETTI

C'è un rischio sanità nei conti pubblici analogo a quello pensionistico? E così, dopo i fondi pensione, avremo i fondi sanitari? I dati dell'oggi ancora non autorizzano a ritenere insostenibile il Servizio sanitario nazionale. Certo, i difetti sono molti. Il sistema italiano offre livelli di assistenza eccellenti in ampie zone del centro-nord per i problemi seri e livelli del tutto insufficienti nel Mezzogiorno. Le liste d'attesa per gli esami sono ovunque estenuanti. Gli sprechi persistono. E però, quando si tirano le somme dei costi e dei benefici, si scopre che, secondo l'Organizzazione mondiale della sanità, il nostro sistema è il secondo al mondo dopo quello francese. In Italia, dove il Servizio sanitario nazionale copre il 76% della spesa, l'onere pro capite è pari a 2.392 dollari mentre negli Usa, dove l'assistenza pubblica non arriva al 45%, siamo a 6.102 dollari a testa e al trentasettesimo posto in classifica, triste sintesi tra l'altissima qualità assicurata agli abbienti e l'indecenza lasciata agli ultimi. Da noi la vita media sfiora gli 80 anni, negli Usa supera di poco i 77. Qui muoiono 4,3 neonati ogni mille, là 7.

Nel 2004, anno al quale risalgono i più aggiornati confronti internazionali, la sanità italiana assorbe l'8,4% del prodotto interno lordo, un po' meno della media europea e molto meno della quota americana, ormai arrivata al 15,3%. Il Servizio sanitario nazionale, in particolare, prende il 6,4% del Pil. E mostra una dinamica assai meno pronunciata di quella americana. Rispetto al 1990, la quota di spesa pubblica dedicata alla sanità è aumentata in Italia del 16,4, negli Usa del 47,6%. Ma proprio su questo punto affiorano i primi dubbi.

In un libro di prossima pubblicazione per il Mulino, gli economisti Fabio Pammolli e Nicola Salerno avvertono che la dinamica reale della spesa pubblica sanitaria può far saltare le previsioni dell'Unione

europea ai fini dei Programmi di stabilità, con negative conseguenze sulle prestazioni. In base all'andamento demografico, la Ue prevede che, per l'Italia, la spesa pubblica sanitaria possa crescere da 1,1 a 4,9 punti percentuali del prodotto interno lordo entro il 2050.

Il Cerm, centro studi presieduto dallo stesso Pammolli, considerando anche l'elasticità della spesa sanitaria rispetto al reddito disponibile (più si è ricchi e più si spende per la salute), ipotizza una spesa sanitaria che sale al 12,55% del Pil con un grado di copertura da parte del Servizio sanitario nazionale che, in costanza di contribuzione, si ridurrebbe al 51% nel giro di 40 anni.

L'Osce prende in considerazione anche altre variabili, tra cui le nuove offerte derivanti dallo sviluppo tecnologico, e immagina un incremento fino a 9,4 punti di Pil. Il modesto incremento tra il 1990 e il 2004 sembrerebbe smentire tali allarmi, ma il contenimento della spesa sarebbe un fenomeno esaurito, dovuto com'era alle restrizioni eccezionali in vista dell'euro poi superate dalla riforma federalista e dai suoi costi.

Basta l'esperienza, d'altra parte, per capire che sarà sempre più difficile garantire tutto a tutti e che insistere nella copertura universale, dei poveri e dei ricchi, rischia di determinare un'eterogeneità dei fini tale per cui i primi troveranno un servizio pubblico

tendenzialmente più scadente e i secondi avranno sempre modo di ricorrere al meglio in Italia e all'estero.

Che fare, dunque? Una corrente di pensiero, interpretata da Pammolli e Salerno, propone fondi sanitari a integrazione di un Servizio sanitario nazionale che definisca i livelli minimi di assistenza: fondi la cui sottoscrizione andrebbe agevolata fiscalmente in misura inversamente proporzionale al reddito del sottoscrittore. Come per le pensioni, accanto al pilastro pubblico della sanità, che funziona a ripartizione, sorgerebbe così un pilastro privato a capitalizzazione. Una rivoluzione. Ma che cosa escludere dalla lista dell'assistenza minima garantita senz

accorciare la vita ai più poveri? E quale integrazione sanitaria può costruirsi chi parte da 800 euro al mese e, dopo 40 anni di lavoro, arriva a 1.600 e deve già risparmiare per la pensione integrativa? Di qui l'idea riformista di accogliere l'allarme di Pammolli e Salerno come argomento per rafforzare chi vuol rendere più efficiente il modello a ripartizione, tagliando gli sprechi vecchi ed evitando i nuovi, derivanti dalla tendenza dei fornitori privati del Servizio nazionale a concentrarsi sulle procedure più remunerative, versione nuova e sofisticata dei rimborsi a piè di lista che fecero la fortuna dei vecchi baroni delle cliniche. Ma come riformare la sanità se i partiti vi impongono la politica delle mance?



L'esperienza e alcuni studi sulla dinamica dei costi lasciano pochi dubbi sul fatto che sarà sempre più difficile garantire la copertura statale universale per tutti. L'eventuale introduzione di fondi che facciano da «pilastro privato», con l'attuale livello di molti salari, presenta problemi di contribuzione. L'eliminazione degli sprechi vecchi e nuovi e il ruolo dei partiti

