

IL LIBRO VERDE SUL FUTURO DEL MODELLO SOCIALE: LA SANITÀ

di Vincenzo Rebba
03 ottobre 2008

Il Libro Verde (LV) dedica molto spazio alla sanità, anche se in modo non del tutto organico e sistematico. Lo fa partendo (nel paragrafo dedicato alle disfunzioni del sistema italiano di welfare) con un esame delle principali problematiche del SSN. Se la diagnosi dei principali malesseri del SSN appare in buona parte condivisibile, i rimedi proposti risultano un po' carenti, pur considerando il carattere necessariamente interlocutorio che caratterizza tipicamente un Libro Verde.

Peraltro, gli spunti di proposta offerti dal LV non vengono esposti in maniera sistematica per cui appaiono piuttosto slegati rispetto alle criticità ben evidenziate nella sezione introduttiva. Ho quindi cercato, non senza difficoltà, di raggruppare questi spunti per consentire un'analisi sistematica del documento. Alla fine, sembrano emergere quattro principali aree tematiche: A) azioni strategiche; B) modalità di finanziamento del sistema; C) strumenti di governo del sistema B) monitoraggio e valutazione dei servizi. A) Sotto il profilo delle strategie, il LV punta principalmente su tre fronti (i primi due già segnalati come prioritari dal Libro Verde della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica del 2007): prevenzione, valorizzazione della sanità territoriale e ricerca biomedica

A1) Sviluppo di politiche di prevenzione

La prevenzione dovrebbe realizzarsi non solo con adeguati interventi pubblici ma anche, e soprattutto, attraverso un potenziamento delle responsabilità individuali. L'empowerment del cittadino nelle scelte di salute dovrebbe essere realizzato sia promuovendo l'educazione sanitaria, sia introducendo incentivi all'adozione di corretti stili di vita.

Va segnalato il pericolo che tra le forme di incentivo prefigurate nel LV si possano contemplare anche possibili limitazioni alla copertura o all'accesso nei confronti di persone - ad esempio fumatori e obesi - che si ritenga non abbiano adottato corretti stili di vita (come ad esempio nella proposta radicale di David Cameron, leader del partito conservatore inglese, di non garantire in questi casi le prestazioni gratuite del NHS). Incentivi più efficaci ed equi possono invece derivare dall'uso di strumenti fiscali (ad esempio, maggiori imposte indirette su alcool e tabacco) e da sussidi alle attività e ai comportamenti pro-salute.

A2) Valorizzazione dei servizi territoriali all'interno di un welfare di comunità

Il LV punta a valorizzare il territorio come luogo del "fare comunità". Si sottolinea in particolare l'esigenza di un potenziamento dell'assistenza primaria e di una riqualificazione del ruolo dei medici di medicina generale allo scopo di garantire continuità assistenziale e un'efficace comunicazione con i pazienti. Un altro passaggio chiave sul fronte di un nuovo welfare partecipato, riguarda l'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla popolazione anziana.

Anche questa seconda strategia d'intervento è purtroppo sviluppata in termini generici e confusi. Non vengono inoltre considerate le ormai numerose esperienze che si vanno consolidando nella varie realtà territoriali. Mi riferisco, ad esempio, alle Società della salute e, su un piano più circoscritto, alle UTAP e ai Nuclei delle cure primarie; esperienze queste ultime che nella precedente legislatura avevano trovato una sintesi nel modello della "Casa della salute" e di cui non vi è traccia nel LV.

A3) Ricerca biomedica

Pur dedicando al tema uno specifico approfondimento, il LV non offre particolari indicazioni ma pone invece una serie di quesiti: come promuovere e sostenere la ricerca biomedica; quale sistema adottare per valutare le proposte di ricerca; come valorizzare il metodo e la qualificazione scientifica nella ricerca biomedica e come incentivare i giovani a perseguirla; quale rapporto deve sussistere tra ricerca biomedica e principi inerenti la dignità della persona. Si tratta di questioni che meriterebbero un Libro Verde a parte, implicando considerazioni legate alla politica industriale, alla ricerca, alla formazione e alla bioetica. B) Secondo il LV, il finanziamento del sistema sanitario dovrebbe prevedere un secondo pilastro privato complementare rappresentato da fondi sanitari integrativi fiscalmente agevolati. Le forme mutualistiche e assicurative private dovrebbero configurarsi, analogamente a quanto previsto dalla normativa esistente (in particolare l'art. 9 del D.Lgs. 229/1999) come integrative di livelli essenziali di assistenza pubblici. Accanto ai fondi sanitari integrativi, soprattutto per la realizzazione di investimenti sanitari, andrebbero poi promosse forme nuove di finanziamento come il project financing, il leasing immobiliare, le società miste.

La più ampia copertura dei rischi che verrebbe garantita dalle assicurazioni complementari, da un lato potrebbe aumentare il livello di efficienza allocativa del sistema - consentendo un più efficiente utilizzo delle risorse private - dall'altro potrebbe migliorare l'equità nel finanziamento dei servizi (in particolare quelli richiesti dai non autosufficienti), riducendo il ricorso alle spese out of pocket. Non è detto però che ciò riduca o che mantenga inalterata la disparità di accesso ai servizi legate al reddito. Esiste una notevole evidenza empirica

riguardo al fatto che le polizze sanitarie integrative vengono richieste soprattutto da persone con piÃ¹ elevate capacitÃ economiche e non riducono le spese out of pocket dei sottoscrittori. Le assicurazioni integrative tendono quindi a ridurre il livello di equitÃ di accesso ai servizi socio-sanitari. Incentivi fiscali a fondi e assicurazioni integrative possono esacerbare ulteriormente il grado di iniquitÃ nell'accesso.

Il fatto che il LV elenchi tra le prestazioni dei fondi il long-term care accanto alla sanitÃ integrativa, implicitamente fa intendere che forse Ã¨ stato definitivamente archiviato il progetto di costituzione di un fondo pubblico per la non autosufficienza analogo a quello adottato in Germania e su cui si discute ormai da un decennio. Il carattere integrativo sembra riguardare quindi solo i servizi complementari o supplementari rispetto ai livelli essenziali di assistenza socio-sanitari. Ma come dovrebbe configurarsi realmente tale integrazione? Anche su questo punto il LV appare alquanto contraddittorio se non ambiguo: dapprima il documento afferma che "il sistema di welfare non deve essere (â€) smantellato" e che "la spesa sociale non va tagliata", poi d'improvviso (nella sezione dedicata alla sostenibilitÃ a pagina 20) afferma che "a differenza che nel caso delle pensioni e della sanitÃ , negli altri comparti della spesa sociale non Ã¨ necessario ridurre la dimensione del pilastro pubblico". A questo punto non Ã¨ piÃ¹ chiaro se si voglia puntare ad un ridimensionamento o a un mantenimento degli attuali livelli essenziali di assistenza sanitaria pubblici.

Sul project financing e sulle altre forme di co-finanziamento privato di infrastrutture sanitarie, il LV non offre alcuno spunto. A questo riguardo, mi limito a ricordare che la convenienza economico-sociale di lungo periodo delle operazioni di partenariato pubblico-privato non Ã¨ scontata e si fonda principalmente sulla possibilitÃ di un adeguato trasferimento dei rischi finanziari dal pubblico al privato nonchÃ© sulla possibilitÃ di verifica della qualitÃ dei servizi dati in concessione al privato per ripagare il finanziamento iniziale. Il pericolo principale di tali operazioni Ã¨ quello di un trasferimento di oneri finanziari sulle future generazioni di contribuenti. C) Il LV auspica che il complessivo governo del SSN avvenga all'interno di un sistema di federalismo fiscale in cui l'allocazione territoriale delle risorse finanziarie pubbliche non si basi piÃ¹ sul criterio della spesa storica. Anche considerando l'assetto attuale delle relazioni finanziarie, tuttavia, si ritiene essenziale realizzare una gestione coordinata tra Stato e Regioni dei livelli essenziali delle prestazioni e dei servizi. Inoltre, viene affermata la necessitÃ di una "separazione tra la funzione di indirizzo politico e quella di gestione delle aziende sanitarie grazie a criteri piÃ¹ trasparenti di selezione di direttori generali e direttori di unitÃ operative".

Si tratta di affermazioni di principio del tutto condivisibili e sulle quali il dibattito Ã¨ piuttosto serrato. Si puÃ² soltanto rimarcare che appare opportuno che la concreta valorizzazione dei fabbisogni di spesa delle Regioni basata sui costi standard (prevista dal disegno di legge delega sul federalismo fiscale approvato dal Consiglio dei Ministri l'11 settembre scorso) avvenga in maniera trasparente e senza abbandonare (ma perfezionando) lo strumento della quota capitaria ponderata che tiene conto della struttura demografica e, in minor misura, delle caratteristiche epidemiologiche e sociali delle Regioni. D) In tema di monitoraggio e valutazione dei servizi, il LV propone alcuni strumenti. In primo luogo, per quanto riguarda il controllo della qualitÃ delle erogazioni e della spesa, si propone una rivitalizzazione dell'Agenas nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). In secondo luogo, si punta sull'utilizzo della health technology assessment per le valutazioni di convenienza sociale (costo-efficacia) delle nuove tecnologie e per programmare la distribuzione sul territorio delle apparecchiature biomedicali.

Appare sicuramente positivo il recupero dell'Agenas come strumento operativo del "patto per la salute" tra Stato e Regioni. Per quanto riguarda la valutazione di convenienza delle nuove tecnologie, il nostro paese appare ancora molto arretrato nel panorama europeo e anche qui Ã¨ auspicabile un potenziamento del ruolo svolto dall'Agenas e dalle Agenzie regionali. Un utile modello di riferimento puÃ² essere offerto dal National Institute for Clinical Excellence britannico. In conclusione, dal Libro Verde non sembra trasparire un chiaro progetto per quanto riguarda le politiche socio-sanitarie. Il documento propone molti spunti spesso solo abbozzati e non agevolmente ricollegabili alle criticitÃ del SSN evidenziate nella sezione iniziale.

Nella Prefazione viene richiamato molto opportunamente il Libro Bianco della Commissione Europea dell'ottobre 2007, che sottolineava da un lato lo stretto legame tra salute e prosperitÃ economica, dall'altro il fatto che la promozione della salute consente di ridurre la povertÃ , l'emarginazione e il disagio sociale. Lo stesso Libro Bianco affermava nel contempo il principio dell'universalitÃ delle cure e dell'accesso ad un'assistenza di buona qualitÃ , equitÃ e solidarietÃ . Non Ã¨ chiaro se questo principio ispiri anche il Libro Verde sul futuro del modello sociale italiano.