

Giornate Bormiesi di Cardiologia



Lezioni magistrali

Tavole rotonde
(2003 - 2012)

Edizione a cura di
Livio Dei Cas e Leo Schena

Lezioni magistrali

Tavole rotonde

(2003 - 2012)

Edizione a cura di
Livio Dei Cas e Leo Schena



*Attualità in tema di rischio cardiovascolare ed insufficienza cardiaca:
come valutarli, come trattarli*

12/15 aprile 2005

Economia e sanità: un binomio incompatibile?

Alberto Quadrio Curzio

*Preside della Facoltà di Scienze Politiche
Università Cattolica di Milano*

Sono lieto di poter intervenire a questo prestigioso convegno ed esprimo i miei sentiti saluti al Prefetto, al Questore, al Rettore e caro amico dell'Università di Brescia professor Preti, all'amico Livio Dei Cas che mi ha affidato questo titolo. Mia aggiunta: "o un incontro possibile?"

Credo che ci siano almeno tre punti di vista dai quali affrontare la questione: l'aspetto micro-macro, che significa l'ospedale e il sistema che vi ruota attorno; l'aspetto macro-nazionale, che significa il sistema sanitario nazionale; l'aspetto macro-europeo, che riguarda le comparazioni con la media europea che ormai influenza quotidianamente tutte le nostre scelte e che impone anche una serie di obblighi derivanti soprattutto dai vincoli finanziari prescritti dall'Unione Europea agli Stati membri. Mi intratterò soprattutto sul secondo e terzo aspetto.

Perché l'incontro tra economia e sanità è difficile ma necessario? L'obiettivo dell'economia è duplice. Da un lato l'economia si interessa dell'uso razionale delle scarse risorse disponibili; da un altro lato scopo dell'economia è incrementare queste risorse. L'obiettivo della sanità è primariamente il miglioramento dello stato di salute del paziente. L'obiettivo congiunto di questi due impianti, l'economia e

la sanità, è una popolazione in salute ed efficiente, ovvero quello che – in un modo effettivamente discutibile ma che comunque rientra nel loro lessico – gli economisti chiamano “capitale umano”. Il capitale umano è quindi una popolazione in salute ed efficiente e il mantenimento di questo stato deve essere realizzato minimizzando il costo dell’operazione. Questo è il motivo preciso per cui economia e sanità debbono andare insieme.

Le risorse necessarie per garantire l’efficienza e la qualità dei sistemi sanitari sono obiettivamente crescenti per almeno quattro ragioni: i cambiamenti demografici nei Paesi industrializzati connessi all’invecchiamento della popolazione; l’innovazione tecnologica e la straordinaria diffusione delle tecnologie ad alto contenuto di ricerca scientifica; la crescente consapevolezza della popolazione o degli utenti, i cosiddetti diritti apprezzabili; infine anche il crescente contenzioso degli utenti stessi. Quest’ultima voce sta assumendo peraltro una dimensione così rilevante che in più Paesi si pensa a provvedimenti legislativi per contenere la lievitazione dei costi del contenzioso.

A fronte di risorse necessarie crescenti ci sono però risorse disponibili stazionarie o calanti. L’incontro tra economia e sanità è necessario (ma anche difficile) non solo perché il capitale umano deve essere mantenuto in efficienza ma anche perché la sostenibilità dei sistemi sanitari in Europa sta diventando particolarmente complessa, data la lenta crescita dei Paesi dell’Unione Europea. Se la dinamica economica è lenta bisogna aumentare l’efficienza dei sistemi sanitari per contenere i costi senza ridurre il servizio. Sembra la quadratura del cerchio, sembra un’operazione impossibile, ma è un’operazione che va tentata.

Vorrei soffermarmi adesso su alcuni punti a proposito della lievitazione dei costi della sanità. In particolare vorrei trattare del cosiddetto “invecchiamento” e della spesa sanitaria comparata tra vari Paesi sviluppati, ovvero di quelli che sono i problemi macroeconomici della sanità stessa.

Ritengo l’invecchiamento un termine-concetto inappropriato. L’allungamento della vita non significa necessariamente invecchiamento, anche se è noto che si verifica un certo degrado delle

capacità degli individui. Credo che la correlazione tra allungamento della vita e riforma dei sistemi sanitari si collochi al centro di tutta la questione. Detto in altre parole, la riforma dei sistemi pensionistici e la riforma dei sistemi sanitari devono andare di pari passo perché vanno sottratte risorse ai sistemi pensionistici proprio in virtù dell'allungamento della vita e della maggiore efficienza delle popolazioni per trasferirle ai sistemi sanitari al fine di mantenere in efficienza un capitale umano che può essere mantenuto tale anche ad età avanzate. Se consideriamo l'evoluzione nel tempo della vita media nei Paesi dell'Unione Economica e Monetaria europea (presi a riferimento del continente europeo), negli Stati Uniti e in Giappone appare evidente che l'allungamento della vita media nel corso degli ultimi decenni è stato un fenomeno impressionante. La vita media in Giappone è superiore a 80 anni, mentre negli Stati Uniti ed in Europa è di circa 77 anni. La vita media nell'Unione Europea era superiore a quella degli Stati Uniti fino alla fine degli anni '90, ma vi è stato poi un riallineamento dal momento che la vita media negli Stati Uniti è aumentata fino a livelli simili alla media europea.

In conclusione, in tutti questi Paesi la vita media è di circa 80 anni. Se calcolassimo i rapporti tra vita media ed età lavorativa, negli anni '60 e oggi, apparirebbe evidente che la gente dovrebbe lavorare molto più a lungo di quanto fa effettivamente. Negli anni '60, una persona si pensionava e dopo pochi anni concludeva la propria vita. Oggi una persona ha davanti a sé un periodo di pensionamento lunghissimo sebbene sia ancora in efficienza. Questa è la ragione per cui i sistemi pensionistici e i sistemi sanitari devono essere congiuntamente ripensati.

Considerando ora la situazione dell'Italia e dell'Unione Europea, è possibile notare che l'Italia ha un'attesa di vita media alla nascita superiore a quella dell'Unione Europea, anche se negli ultimi tempi si è verificato un certo riallineamento. Se esaminiamo la dinamica della spesa sanitaria totale sul reddito nazionale (PIL) constatiamo, nel confronto dei tre grandi blocchi delle economie sviluppate del pianeta, quanto segue. La spesa sanitaria totale rispetto al PIL, alla fine dell'anno 2000, negli Stati Uniti era pari a circa il 13%, nell'Unione Europea 9%, in Giappone 8%. Quindi, alla luce di

questi dati dobbiamo anche sfatare l'opinione corrente secondo cui la spesa sanitaria (rispetto al reddito) in Europa sia molto più alta della spesa sanitaria negli Stati Uniti piuttosto che in Giappone. La graduazione evidenzia infatti che la spesa sanitaria totale degli Stati Uniti è più alta di quella dell'Unione Europea. Credo poi si debba sfatare un altro luogo comune relativo all'Italia. Osservando il dato italiano e confrontandolo con quello dell'Unione Europea, constatiamo che la spesa sanitaria annuale in percentuale del reddito è più alta in quest'ultima piuttosto che nel nostro Paese. Infatti, la spesa dell'Unione Europea, nell'anno 2000, era intorno al 9%, mentre quella dell'Italia era pari a circa l'8%. Negli ultimi anni tuttavia la spesa sanitaria italiana sul reddito nazionale del nostro Paese è cresciuta ed è andata avvicinandosi alla media europea. Vorrei anche ricordare che la spesa sanitaria italiana ha subito in taluni anni un grosso ridimensionamento. Richiamo all'attenzione il biennio 1995-1996 quando ci siamo avvicinati al 7%. Le ragioni sono note: si è trattato di anni di particolare stretta data la necessità della nostra finanza pubblica di rientrare nei parametri previsti dall'Unione Economica e Monetaria.

In ogni caso abbiamo sfatato, almeno in parte, due luoghi comuni: che in Italia si spenda troppo e che in Europa si spenda più che negli Stati Uniti.

Limitandoci al confronto tra l'Italia e l'Unione Europea con riferimento all'anno 2002, dall'esame delle varie percentuali della composizione tra pubblico e privato possiamo constatare che, in Italia, non solo la spesa sanitaria privata in percentuale del reddito è più bassa di quella europea ma anche quella pubblica.

Un altro indicatore riguarda i posti letto per 1000 abitanti. Sotto questo profilo troviamo delle curiose anomalie che probabilmente si spiegano a seconda delle modalità organizzative dei diversi sistemi sanitari nazionali pubblici e privati. Riscontriamo che il Giappone è il Paese che ha il numero maggiore di posti letto per migliaia di abitanti; segue l'Unione Europea e poi gli Stati Uniti. A mio avviso questo dato denota grosse differenze nell'organizzazione dei sistemi sanitari di questi Paesi. Lo stesso dicasi nel confronto tra Unione Europea e Italia. Notevole è il calo nel numero dei posti letto in Italia

rispetto alla media europea che segna invece un andamento crescente. Probabilmente su questi dati incide anche il riaccorpamento degli ospedali che negli anni più recenti ha avuto corso in Italia.

Credo che questi dati siano illustrativi del fatto che l'Italia non è un Paese "patologico" rispetto ad altri né dell'Europa né del resto del mondo. Sempre per argomentare che sul lato della spesa e della struttura l'Italia non è un Paese che presenta delle anomalie prendiamo in esame un dato comparato rispetto agli altri Paesi dell'Unione Europea. Nel 2002 la spesa sanitaria sul PIL, in Italia, è già salita all'8,6%. Altri Paesi, come la Germania, sono intorno al 10,7%. L'Irlanda è il Paese che nell'Unione Europea ha il livello più basso di spesa sul prodotto interno lordo (6,5%). Il rapporto del Regno Unito, ritenuto comunemente molto più virtuoso dell'Italia, è 7,6%. Tenendo conto anche del fatto che il Regno Unito ha un reddito nazionale sostanzialmente uguale a quello italiano, la differenza è di 1 punto percentuale. Quindi la mia conclusione è che obiettivamente l'Italia non presenta anomalie rispetto al resto dell'Unione Europea. Anzi siamo ancora lievemente sotto la media dell'Unione Europea e enormemente sotto rispetto al livello di spesa sanitaria di Paesi come Stati Uniti o Germania, rispetto ai quali l'Italia non presenta ormai livelli di reddito pro capite non molto differenti.

A questo punto, vorrei fare due brevi considerazioni sulla situazione italiana con riferimento al finanziamento ai disavanzi regionali della spesa sanitaria e alcune altre considerazioni connesse.

Il primo aspetto sul quale vorrei soffermarmi è il livello di spesa sanitaria pro capite e il livello di copertura della stessa. Dopo il notevole divario registrato nel 1990, nel '94-'95 si era arrivati sostanzialmente alla copertura totale, ma poi questo divario si è riproposto. Se esaminiamo lo stesso dato per il 2004 il divario si è lievemente ridotto. Un risultato piuttosto positivo.

Se consideriamo la spesa pro capite regionale limitatamente al servizio sanitario nazionale, si riscontra che dal '92 al 2001 c'è stato un notevole incremento, pari al 53%, della spesa pro capite (ma il dato è espresso in valori correnti non depurato dall'inflazione e non è ragguagliato al livello di crescita del reddito pro capite). È bene evidenziare che crescendo il reddito pro capite cresce anche

la quota di spesa relativa alla sanità, anche perché crescono le entrate complessive del sistema tributario nazionale. Quindi questo incremento pari al 53% non deve sconvolgere perché è una cifra che verrebbe adeguatamente rettificata tenendo conto almeno di tre altri elementi: l'inflazione; la crescita del reddito nazionale e del reddito pro capite; l'aumento delle entrate tributarie.

Per quanto riguarda la ripartizione geografica della spesa pro capite, sappiamo che alcune regioni a statuto speciale hanno un livello maggiore di spesa, mentre alcune regioni del meridione d'Italia hanno i livelli più bassi di spesa pro capite del servizio sanitario nazionale.

Un altro indicatore che viene utilizzato è il rapporto tra la spesa sanitaria e il reddito delle regioni italiane. In questo caso il dato si "ribalta". Perché? Si prenda ad esempio la Lombardia, che ha un rapporto tra spesa sanitaria e reddito totale pari al 6,50%. Il dato per la Calabria è invece pari all'11,76%. La spesa pro capite è più bassa della Lombardia, ma è anche vero che il reddito totale della Calabria è molto basso. Visto che è necessario fornire dei servizi essenziali, la spesa sul reddito totale della Calabria è quindi maggiore rispetto a quello della Lombardia.

L'ultima osservazione che vorrei fare riguarda aspetti più qualitativi e mi riporta a quel dilemma tra economia e sanità di cui si è accennato in precedenza. Gli economisti, a volte, fanno fatica a capire che l'assistenza sanitaria è un servizio alla persona perché sono molto abituati a ragionare con cifre di natura finanziaria che di per sé guardano poco al riferimento specifico alla persona. Fa fatica l'economista a capire che il servizio alla persona ha aspetti non solo quantitativi ma anche qualitativi e che nella spesa sanitaria bisogna "ritagliare" l'intervento sul paziente e sul suo bisogno. In altre parole, l'economista è molto portato alla standardizzazione della produzione. È una sua "categoria professionale" e per questo è arduo per lui capire l'uso appropriato delle risorse quando si tratta del servizio sanitario. Nella produzione dell'assistenza sanitaria bisogna aver coscienza (e farlo capire agli economisti) che la forza lavoro utilizzata (il medico) è ad altissima intensità di formazione. Talvolta però si è in presenza di asimmetria informativa tra medici

e responsabili del capitale fisico, i responsabili dell'ospedale (non certamente i direttori generali competenti, categoria crescente in numero, visti i significativi miglioramenti negli anni recenti). Vorrei soltanto sottolineare che spesso vi è questo continuo dilemma, questo dialogo difficile tra il responsabile del capitale fisico (io sono un economista e quindi grosso modo un responsabile di capitale fisico) e il responsabile del capitale umano. Un altro problema è come gli amministratori, cioè i responsabili del capitale fisico, riescano a decentrare decisioni su come allocare le risorse disponibili. Questi credo siano i grandi dilemmi generali di fronte ai quali ci troviamo.

Ritengo che l'efficienza nelle allocazioni delle risorse, scelte dal medico, debba essere valutata in base a parametri di miglioramento incrementale dello stato di salute del paziente in seguito al trattamento. Quindi il responsabile del capitale fisico deve attuare una delega al responsabile del capitale umano e il responsabile del capitale umano deve dare un parametro di misurazione della sua capacità di intervento. A proposito di questi parametri reputo che, nel tempo, ci siano stati dei miglioramenti in termini di costo-efficacia e di costo-utilità, ma credo che non siamo ancora arrivati a una situazione ottimale e che ci siano ancora molti passi in avanti da compiere.

Qual è la conclusione? Confesso che gli economisti hanno una scarsa percezione delle peculiarità dell'assistenza sanitaria. Anche se è in corso un miglioramento, credo che i medici abbiano una certa diffidenza, lo dico con tutto il rispetto, in merito all'impatto dell'applicazione dei principi economici sulla pratica medica. Questa, in conclusione, è l'origine del dialogo "difficile". Tuttavia, credo che l'evoluzione in atto e soprattutto l'allungamento della vita media e la scarsità delle risorse disponibili rendano indispensabile l'incontro tra sanità ed economia. Da ultimo ripropongo la considerazione iniziale da cui sono partito: l'allungamento della vita media richiede più risorse finanziarie per l'efficienza del capitale umano e richiede di sottrarre risorse finanziarie ai sistemi pensionistici che sono tuttora dimensionati su un'attesa di vita media, al massimo, di 70 anni.