

QUANTO PIL È NECESSARIO PER PROTEGGERE LA SALUTE?

G. Acocella

Presidenza del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Roma

How much of the GDP should be allocated to health care?

Health protection in Italy was allotted 8.9% of the gross domestic product in 2005. This is below the mean of the Organization for Cooperation and Economic Development (OCSE), which averaged 9.5%, as well as below that of France (11.1%), Germany (10.7%) and the United States (15.3%). Public health expenditure was 76% and private health expenditure 24%, whereas for OCSE these percentages averaged 80% and 20%, respectively.

When the data are subdivided by area (Northern, Central and Southern Italy), the expenditure was 56.24% in Northern Italy, 56.39% in Central Italy, and 52.05% in Southern Italy. The National Council for Economy and Work (CNEL) has determined that the health expenditure in Italy must be increased to OCSE levels. In addition, structural changes are needed to simplify the administrative process. (G Ital Nefrol 2008; 25: 632-5)

Conflict of interest: None

KEY WORDS:

National Council for Economy and Work, GDP, Health protection, Health expenditure

PAROLE CHIAVE:

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, CNEL, OCSE, PIL, Spesa sanitaria

✉ Indirizzo degli Autori:

Dr. Giuseppe Acocella
Presidenza del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro
Viale D. Lubin, 1
00196 Roma
e-mail: acocella@unina.it

L'Oregon Health Plan - il programma di aiuti pubblici che negli anni '90 garantiva nello Stato dell'Oregon l'assistenza sanitaria a più di centomila famiglie che non erano in grado di sostenere una polizza assicurativa, dopo l'approvazione dei *Qalys*, di cui fra poco dirò - è stato compromesso dalla crisi economica che ha privato di risorse il piano stesso, che oggi ne può coprire solo meno di ventimila. La notizia che giunge ora dagli Stati Uniti, relativa alla novità che il recupero di risorse ottenuto razionalizzando in parte la spesa consente di avere a disposizione risorse per circa tremila cittadini, è emblematica. Delle novantamila persone che avrebbero diritto a fruire della nuova copertura aggiuntiva, quale criterio si assumerà per scegliere i beneficiari? Livelli di reddito, età, gravità e tipo delle patologie? La risposta, diffusa anche dai giornali Italiani a metà marzo 2008, è che si ricorrerà alla lotteria.

Il caso dell'Oregon non rappresenta certo una situazione tipica, ma sicuramente mostra per esasperazione il legame tra spesa sanitaria e diritto alla salute, così come viene configurandosi anche in Italia, in tempi come i nostri, assillati da limiti di spesa in ambito sociale e sanitario, di fronte ad una accertata tendenza alla

crisi economica e alla frenata del PIL. Per fissare solo qualche dato essenziale relativo alla spesa sanitaria rispetto al PIL nazionale, va ricordato che nel 2007 i servizi sanitari hanno contribuito (direttamente o indirettamente) alla formazione della ricchezza nazionale per il 7.1%. Se confrontiamo lo stesso dato riferendoci ai due bienni precedenti, esso risulta di 6.7% nel 2005 e di 6.2% nel 2003. Se si aggiungono a questa per i servizi sanitari la spesa per la distribuzione di farmaci e spese medicali (2.4%) e per l'industria della salute al di fuori di queste due ultime voci (1.6%), la spesa nel 2007 risulta - rispetto al PIL 2007 - corrispondente a 149 miliardi di euro, per un valore complessivo dell'11.1%. Se confrontassimo questo dato con un valore intermedio del precedente quadriennio (per esempio il 2004), esso risulta in un triennio aumentato (11.1% contro 9.5%).

La valutazione della ricchezza delle nazioni (il PIL, una quota del quale sempre più a fatica viene destinata alla solidarietà sociale), richiederebbe oggi un nuovo e diverso calcolo del PIL giacché esso registra profonde differenze se si adotta una ottica meramente liberista-produttivistica o se si sceglie invece una prospettiva capace di valutare proprio come elemento di

sviluppo il benessere sociale e la produzione di servizi diretti a tale scopo.

Mi si permetta a questo punto del discorso qualche considerazione sul tema della spesa sanitaria considerata sotto uno speciale profilo, cioè quello della questione *morale* che si apre quando si discute dell'allocazione delle risorse. Nonostante tutte le dichiarazioni ripetute dai Governi nei paesi sviluppati in più occasioni, gli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria si stanno rivelando non un metodo razionale di distribuzione delle risorse, ma piuttosto un criterio improprio di valutazione *morale* del valore della vita umana. In Gran Bretagna già qualche anno fa il Dipartimento della Sanità rese una dichiarazione impegnativa di fronte alla Commissione ristretta sull'etica medica della Camera dei Lords: «l'allocazione delle risorse non ha alcun ruolo all'interno della discussione concernente l'interruzione del trattamento per prolungare la vita del paziente. Il medico ha l'obbligo di agire al meglio delle sue possibilità per il paziente che ha in cura». La realtà in quelli che definiamo paesi *civili* mostra ben diversi aspetti, come rilevò David Lamb, secondo il quale «la conferma che alcuni medici abbiano messo in pratica il contenimento dei costi servendosi di giudizi di valore sulla vita degli anziani e dei dementi è arrivata da un rapporto pubblicato dal "Sunday Times" il 9 ottobre 1994, dove si affermava che nelle case di cura per anziani del Regno Unito si praticava una politica di eutanasia. Il quotidiano riportava che circa un quarto dei 20000 anziani ricoverati nei reparti di lunga degenza degli ospedali Britannici non riceveva il vaccino antinfluenzale durante la stagione invernale. Il problema è stato illustrato attraverso il caso dell'ospedale psichiatrico di Fareham, nello Hampshire, dove nell'inverno 1993 fu omessa la vaccinazione di diciassette lungodegenti infermi mentali, otto dei quali morirono entro la prima settimana dopo aver contratto il virus. Nessuna delle famiglie in questo caso era stata consultata a proposito della decisione di non vaccinare» (1).

Ma anche nella stessa Gran Bretagna, alla fine del 900, sono stati denunciati casi verificatisi al *Tameside Generale Hospital* di Manchester e al *Royal Oldham Hospital*, di anziani in condizioni non gravi, "lasciati morire" attraverso la sospensione di una alimentazione adeguata per non impegnare la struttura sanitaria troppo a lungo, impedendole di accogliere altri pazienti. L'aspetto inquietante - che si aggiunge a quello più grave dell'indifferenza morale per la vita del malato - è costituito dal progressivo e talvolta inavvertito processo di diffusione dell'opinione che vi siano esistenze non più degne di essere vissute. Dai casi estremi si apre la breccia attraverso la quale può passare il criterio di accettazione del principio che la vita umana non è bene *indisponibile* a chiunque (compresi lo Stato

o le famiglie), ma soggetto ad una valutazione di convenienza (non vale più la pena).

La questione si è del resto posta con evidenza e crudezza nella impostazione del "modello Oregon", «il tentativo messo in pratica dai legislatori dello Stato Americano tra il 1989 e il 1993 di ottenere una deroga allo statuto del sistema federale di assistenza sanitaria *Medicaid*, che eroga prestazioni a fasce di popolazione selezionate principalmente in base alle fasce di reddito. La proposta Oregoniana consisteva nel sostituire al criterio tradizionale "erogare tutte le prestazioni ma solo ad una parte della popolazione", il nuovo criterio "erogare solo le prestazioni più importanti ma a tutta la popolazione", escludendo, ovviamente, gli appartenenti alle fasce economicamente più disagiate da prestazioni "meno importanti", ma spesso insopportabili per i meno abbienti.

Il progetto era finalizzato all'elaborazione di un sistema di prioritizzazione basato sull'approccio costi-utilità e sull'uso "tecnico" dei *Qalys* che permettesse di porre in "ordine di importanza" 709 prestazioni sanitarie riassuntive dell'intera offerta sanitaria statale. Ciò consentiva di poter tracciare una linea al disopra della quale fossero comprese le prestazioni il cui costo complessivo rientrava nel *budget* previsto per la spesa sanitaria (verosimilmente, almeno nell'intento dei legislatori, più importanti e quindi erogabili), mentre il finanziamento pubblico nell'ambito del sistema *Medicaid* delle prestazioni al di sotto della linea veniva escluso per chiunque.

La *misurazione* della qualità della vita così introdotta, in realtà, non trova la sua motivazione soltanto nel fatto che «il *Qaly* consente, nella valutazione della riuscita di un trattamento medico, di non tener conto solo del prolungamento della durata di vita ottenuto grazie all'applicazione del trattamento stesso, ma di considerare anche la qualità della vita sperimentata dal paziente in quel periodo», ma soprattutto in virtù del dato nuovo che influisce sulla programmazione finanziaria degli interventi sanitari, dal momento che «il prolungamento della vita media ha determinato un progressivo spostamento di interesse dai problemi riguardanti le patologie acute e quindi le situazioni che comportano un rischio immediato per la vita, alla gestione di malattie croniche, degenerative, lentamente progressive» (2).

Né può a questo punto tranquillizzare l'osservazione di N.L. Cantor che a tal proposito ritiene che «la soluzione delle questioni concernenti l'allocazione delle risorse dovrebbe venir lasciata al giudizio sociale - come si riflette nei regolamentari e legislativi - e non al giudizio individuale del medico secondo il quale i fondi sarebbero spesi meglio altrove» (3).

È facile comprendere come la *questione morale* relativa al fine primario del diritto alla salute (e del relativo

dovere di cura e di assistenza da parte del sistema sanitario) venga in realtà accantonata a vantaggio di valutazioni esclusivamente economicistiche, spogliando quell'essenziale diritto del suo valore assoluto ed assoggettandolo a vincoli *preesistenti ed indiscutibili* in termini di risorse finanziarie, quasi un nuovo *diritto di natura del bilancio* in luogo dell'antico, ormai *obsoleto, diritto naturale alla vita*. La questione è complessa, invade direttamente l'ambito dei diritti fondamentali, del significato del Welfare e della giustizia sociale nelle democrazie contemporanee, ed andrebbe affrontata - per quel che ci riguarda, in specie in un contesto come quello di cui stiamo qui discutendo - in relazione ai possibili sviluppi del principio della *economicizzazione* del sistema sanitario.

La stessa introduzione - da parte della organizzazione Mondiale della Sanità - del concetto di *mortalità evitabile*, cioè del *guadagno* costituito dall'aver strappato alla morte (o alla malattia invalidante) il periodo di vita individuale che sarebbe risultato *perduto*, ove non fosse intervenuta la cura, per dispendiosa che sia, beneficamente rivolto a considerare il valore della vita personale per la vita sociale, può celare qualche insidia. Il positivo criterio, infatti, alla fine può involontariamente accrescere il significato *quantitativo* degli indicatori proposti: vale, infatti, solo la vita "utile", non segnata, evitata la morte, anche dalla malattia? Solo nel caso di un recupero di utilità sociale e di pienezza delle facoltà intellettuali e fisiche si potrebbe dare una valutazione positiva degli anni strappati alla morte e alla malattia e restituiti alla vecchiaia? Come si vede la lenta ma inesorabile svalutazione della condizione umana avanza anche all'interno di posizioni che mirano a considerare positivamente lo stesso fenomeno crescente dell'allungamento della vita.

La medicina è costretta di fatto a caricarsi di funzioni amministrative e di gestione finanziaria, abbandonando (non sempre a malincuore) la rassicurante matrice deontologica che ne prevedeva l'esclusiva dimensione terapeutica e benefica (che aveva già però mostrato ampi segni di cedimento alle pressioni speculative: si pensi all'abuso della farmaceutica e della diagnostica), cosicché, è stato detto, si è verificato che «la medicina ha perso la sua innocenza» (4). La medicina che potremmo definire *meramente curativa* diventa paradossalmente la condizione *meno interessante* per orizzonti della medicina più "innovativi", sia sotto il profilo della applicazione della ricerca scientifica sia della speculazione economica (si pensi invece alla fecondazione assistita o ai trapianti di organi e di tessuti, o alla chirurgia estetica, per annoverare alcuni di questi "orizzonti nuovi"), rassegnandosi massicciamente ad nuova prospettiva di una medicina non più orientata in misura esclusiva da scopi terapeutici.

Sulla base delle precedenti osservazioni relative alle

trasformazioni intervenute nella organizzazione della sanità, si può affrontare la questione del PIL. Naturalmente la valutazione del PIL, come oggi è configurato - tanto per quel che riguarda l'incremento costante che si registra nella spesa, quanto nella valutazione sulla consistenza percentuale della voce "servizi sanitari", che stagnano intorno al 10% in Italia, inferiore ai valori registrabili tanto negli Stati Uniti quanto nei maggiori paesi Europei - imporrebbe anche di considerare se la voce "spesa sanitaria" sia veramente qualificabile più specificamente come "spesa per la salute", e non includa invece anche sprechi, clientele rapaci nel sistema sanitario, tangenti per forniture, strutture superflue, personale male distribuito territorialmente e per mansioni, come viene di frequente denunciato. Ma - al di là di questa pur necessaria cautela, che impone in ogni caso razionalizzazione della spesa e lotta agli sprechi - va respinta la facile e diffusa affermazione che la spesa sanitaria raggiunga livelli eccessivi se rapportata alla ricchezza nazionale, anche perché quello per la salute non va considerato un mero costo, ma una spesa *produttiva* che accresce il benessere della popolazione.

Una tale posizione è stata espressa nella pronuncia n. 20 - approvata dall'Assemblea del Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro nella seduta del 29 marzo 2007 e consegnata al Governo e al parlamento di cui il CNEL è organo (costituzionale) di consulenza - che conclude che «la spesa sanitaria nel nostro paese è in media con quella Europea, anzi è spesso inferiore», al punto che «il CNEL ribadisce dunque che il problema non è tanto la spesa ma il doppio livello di governo nella determinazione della spesa sanitaria, ingenerando equivoci della responsabilità tra Stato e Regioni». Inoltre «il CNEL ritiene che la politica sanitaria debba superare i limiti di una programmazione puramente finanziaria della spesa e va invece collegata a dati oggettivi», tanto più che «il servizio sanitario nelle regioni del Sud vive una condizione di forte disagio» (5). Pertanto, la spesa per servizi sanitari in proporzione al PIL, comprendendo, oltre ai servizi sanitari, anche la spesa farmaceutica e l'industria della salute, dal 1990 (7.7% del PIL) ha raggiunto livelli che mutano di poco nel corso dell'ultimo quindicennio, specie se confrontata con paesi come la Francia e la Germania, per fermarci all'Europa. L'8.4%, nel 2004 - rispetto alla media Europea del 9.5% (media OCSE) - costituisce un picco di spesa non raffrontabile a quello USA (15.3%) né con la media OCSE (9.5%), ma più o meno allineato con la media Europea (benché con dimensioni al di sotto dei paesi più significativi, cui pure andrebbe riportata la spesa Italiana per un confronto). L'Italia era quinta nel 2005, con una spesa dell'8.9% sul PIL, laddove era dell'11.1 in Francia e del 10.7% in Germania (6). Se si confrontano i dati

della spesa pubblica procapite e quella privata procapite, si rileva come, mentre in molti paesi OCSE la quota pubblica è superiore all'80%, in Italia essa è di poco superiore al 76%, stabile per circa un decennio (dalla metà degli anni '90 alla metà di questo decennio). La quota che grava sul privato è pertanto superiore ad un quinto della spesa, anzi vicino ad un quarto, ben superiore alla media OCSE, che si attesta su un 20%.

Ma il problema più significativo è rappresentato dalle proporzioni interne alla spesa: nel 2004 il 42% della spesa sanitaria era allocata nell'assistenza ospedaliera, mentre nei paesi dell'OCSE si fermava al 35%. Va vista in questa prospettiva la costante crescita della spesa sanitaria totale in misura più rapida rispetto alla crescita del PIL (7.7 nel 1990, 7.9 nel 2000, 8.4 nel 2004, 8.9 nel 2005, 11.1 nel 2007), ma tale da restare sempre al di sotto della quota OCSE. Risulta evidente l'urgenza di una ottimale allocazione delle risorse più ancora che l'aumento della spesa in termini assoluti o percentuali, allo scopo di una *maggior efficienza della spesa, che non può essere contenuta e ristretta al di là dei limiti oggi esistenti.*

È a questo punto che diventa importante la distribuzione territoriale. Disponendo il CNEL dei dati disaggregati per regioni, si può constatare che in un anno intermedio come il 2005, la spesa per i servizi sanitari diretti (in Italia del 54.82%) risultava al Nord del 56.24% e al Centro del 56.39%, mentre nel Mezzogiorno si fermava al 52.05%. La stessa dinamica era registrabile nei servizi medico-specialistici diretti. Inversa la situazione nei regimi a convenzione. In Italia la spesa risultava del 39.33%, mentre nel Nord si fermava a 37.82% ed al Centro a 37.46%, per schizzare nel Sud a 42.40%. Però, se questi dati del 2005 si raffrontassero con quelli del 2003, si scoprirebbe che in un solo biennio la situazione ha rivelato una tendenza al miglioramento (giacché i servizi sanitari diretti coprivano solo il 50.58%, rispetto alla media italiana del 53.68%, e i servizi in convenzione il 43.74% con-

tro una media nazionale del 40.24%).

In conclusione il quadro che emerge appare - in relazione al tema che ci siamo proposti di affrontare - determinato da alcuni dati evidenti: la spesa sanitaria deve crescere ancora per conseguire i livelli medi dei paesi sviluppati, anche se raffrontati al contesto dei paesi dell'OCSE in possesso di caratteristiche strutturali assimilabili alla situazione italiana. Se problemi sono individuabili nel sistema di finanziamento della salute in Italia, essi sono riscontrabili nello squilibrio tra Nord e Sud, e in specie in riferimento alla effettiva destinazione della spesa sanitaria verso la tutela della salute. Il sistema di finanziamento e di governo (il "doppio livello") richiede pertanto uno sforzo significativo di semplificazione amministrativa e di razionalizzazione organizzativa, affinché si possano aumentare le disponibilità da destinare alla cura e al sostegno terapeutico.

RIASSUNTO

In Italia la spesa per la protezione della salute nel 2005 è stata dell'8.9% del PIL, inferiore alla media dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico OCSE (9.5%) ed inferiore a quella della Francia (11.1%), della Germania (10.7%) e degli Stati Uniti (15.3%). La spesa pubblica è stata del 76%, quella privata del 24% mentre nei paesi dell'OCSE è stata rispettivamente dell'80% e del 20%. Per di più nella disaggregazione regionale nord-centro-sud: la spesa è stata del 56.24% al nord, del 56.39% al centro e del 52.05% al sud. Al CNEL si ritiene che la spesa sanitaria in Italia debba crescere ancora per portarsi ai livelli della media europea e che si debba andare verso una semplificazione amministrativa.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'Autore dichiara di non avere conflitto di interessi.

BIBLIOGRAFIA

1. Lamb D. *Therapy Abatement. Autonomy and Futility: Ethical Decisions at the Edge of Life*, 1995; tr. It. *L'etica alle frontiere della vita. Eutanasia e accanimento terapeutico*. Il Mulino. Bologna, 1998, p. 158.
2. Bucci R. *Etica e mercato della sanità*. Hoepli. Roma, 1995, p. 43.
3. Cantor NL. *Advance Directives and the Pursuit of Death with Dignity*. Bloomington- Indianapolis, Indiana University Press, 1993, p. 95.
4. Pessina A. *Bioetica, l'uomo sperimentale*. Mondadori. Milano, 1999.
5. CNEL, *Sanità - Livelli essenziali di assistenza, Osservazioni e proposte*. Pronunce 20, 29 marzo 2007, pp.11-12.
6. Cfr. i Rapporti CEIS Sanità dal 2003 al 2006, editi da Italtromo Esis Publishing, 2003-2005, e da Health Communications, 2006.