

Articoli

Sopravvivere alla crisi? Politiche e istituzioni sanitarie in Italia *Survive the crisis? Policies and health care institutions in Italy*

Francesco Taroni

Università degli studi di Bologna

Parole chiave: crisi; costi umani; politiche sanitarie; regionalizzazione; sostenibilità

RIASSUNTO

Stiamo vivendo, e siamo destinati a vivere per molti anni a venire, la peggior crisi economica dai tempi della Grande Depressione. L'Italia è stata relativamente protetta dai disastri della prima fase "bancaria" della crisi per effetto della arretratezza del suo sistema finanziario "che non sa parlare inglese". Questo ha portato un ingiustificato senso di autocompiacimento che per qualche tempo ha indotto a sostenere che "non-può-succedere-qui". Al contrario, l'Italia è stata duramente colpita dalla terza fase della crisi dei debiti sovrani che ha provocato una recessione economica profonda e prolungata, a causa del suo declino decennale e degli altissimi livelli di debito pubblico.

L'impatto sociale della crisi combina quindi le conseguenze delle drastiche misure di austerità imposte alla spesa pubblica e alla tassazione con elevati livelli di disoccupazione e compressione dei salari e delle pensioni. Entrambi questi ordini di effetti aumentano la domanda di protezione sociale proprio nel momento in cui le istituzioni del welfare sono sotto attacco in quanto costituiscono una delle principali fonti di spesa pubblica. Questo si aggiunge agli alti costi umani "diretti" delle crisi economiche, come dimostrano sia le lezioni della storia del New Deal e della implosione della Unione Sovietica sia recenti evidenze empiriche.

La risposta in termini di politiche sociali e sanitarie in particolare è stata finora insoddisfacente nel rafforzare la rete di protezione sociale per proteggere la crescente frazione di popolazione vulnerabile e rafforzare la coesione sociale. I motivi principali sono indicati nella "finanziarizzazione" delle politiche sanitarie nell'ambito delle inappropriate istituzioni del federalismo sanitario dello Stato e nella ripresa del tema della insostenibilità di un Servizio sanitario nazionale di impianto universalistico ed equitativo sotto la spinta dell'invecchiamento della popolazione.

Key words: crisis; human costs; health policy; regionalization; sustainability

SUMMARY

We have been living and we are bound to live for a long and indefinite period of time the worst economic downturn since the Great Depression. Initially, the backward configuration of its financial activities “that do not speak English” kept Italy relatively unaffected by the first, banking phase of the global financial turmoil and induced an unjustified sense of complacency that “this-is-not-going-to-happen-here”. However, Italy has been severely hit by the third stage of the crisis, which involved difficulties in financing sovereign public debt and provoked a deep and prolonged recession of the “real” economy. This was because of a decade-long decline of the economy and the impossible level of public debt. The social impact of the current Italian crisis combines the effects of drastic measures of fiscal consolidation through spending cuts and tax increases with high unemployment and contraction in pensions and wages. Both are raising the demand for social protection through income support and access to essential services, exactly when the institutions of the welfare state, including the health care system, are under attack as the principal sources of public spending. This adds to the human “direct” costs of economic crises, which historical lessons from the New Deal and the melting of the Soviet Union as well as recent empirical studies prove very high. The response in terms of social, health and health care policies and politics has been so far grossly inadequate in strengthening the social safety net to protect the increasing vulnerable part of the population and to promote social cohesion. Reasons include the “financialization” of health and health care policies in the inappropriate institutional framework of regionalization of the Italian state and the resurgent claims of the fiscal un-sustainability of the universalistic and equitative aims of the Servizio sanitario nazionale.

Non una crisi ma molte

La Grande Recessione è ormai entrata nel suo sesto anno ma la tempesta ancora impazza e nessun approdo di qualche genere è ancora in vista. Già nel 2011 le previsioni erano state desolanti: «Ora che le dimensioni del problema davanti a cui ci troviamo sono più chiare, emerge una nuova certezza, la certezza che le cose sono destinate a peggiorare qualsiasi azione decidiamo di intraprendere. Una lunga malattia ora ci appare come lo scenario più ottimistico» (24). Il 2012 è stato finora l'anno peggiore meritando l'appellativo biblico di «anno delle locuste» ma il peggio, secondo le previsioni, è ancora davanti. Intanto, l'accumularsi delle esperienze ha eroso primitive certezze e reso più evanescenti “soluzioni” ritenute semplici e infallibili. La manifestazione più evidente è il lento accumularsi dei dubbi sulla validità della stima degli effetti recessivi delle politiche di austerità raccomandate dalla troika

composta da Unione Europea, Banca Centrale Europea e Fondo Monetario Internazionale, culminata nel gennaio 2013 con la pubblicazione da parte del Fondo di un working paper definito dal Washington Post «un mea culpa affogato nelle profondità di un mare di calcoli e di analisi di regressione». Nel commentare i risultati ottenuti nel 2012, il direttore del Fondo Monetario Internazionale ha invitato «a passare dall'ottimismo al realismo» della «incredibile difficoltà» di temperare crescita economica e riduzione del debito. L'economia mondiale sembra condannata a vegetare per un periodo indeterminato in uno stato simile a quello eloquentemente descritto da Keynes negli anni trenta: «una cronica condizione di attività al di sotto del normale per un lungo lasso di tempo, senza nessuna chiara tendenza né verso la ripresa né verso il completo collasso» (cit. in Krugman, 2012 p.X).

Nei suoi quasi sei anni di vita la Grande Re-

cessione ha intanto compiuto un lungo percorso e subito numerose mutazioni. Originata dal sistema bancario degli Stati Uniti e subito diffusasi nei paesi europei con mercati finanziari di modello anglosassone (come ad esempio Irlanda e Inghilterra) la crisi è rapidamente diventata fiscale attraverso l'esplosione dei debiti sovrani degli Stati aggravati dall'aiuto recato a banche e intermediari finanziari «troppo grandi per fallire». La crisi è così diventata globale, ma aggredendo l'economia reale dei diversi paesi si è contemporaneamente differenziata per gravità, manifestazioni e presumibile durata in ragione delle caratteristiche di ciascuno. Dopo una prima fase in cui è stata accolta con relativo distacco, la crisi si è manifestata in Italia in tutta la sua gravità sia per l'intrinseca debolezza di una economia segnata da un decennio di bassa crescita sia per gli angusti margini di manovra concessi da un debito pubblico di proporzioni gigantesche (17). Anche la durata della crisi si prospetta particolarmente lunga. Dopo sei trimestri consecutivi di crescita negativa risultata nel 2012 superiore ad oltre due punti percentuali di Pil (2,2%) il World Economic Outlook del gennaio 2013 prevede una ulteriore contrazione del Pil dell'1,0%, con una revisione in negativo dello 0,3% rispetto alle previsioni di ottobre 2012. La speranza di un sia pur modesto ritorno alla crescita è stata nuovamente spostata, questa volta al 2014, salvo la solita revisione in negativo. In ogni caso, il tasso di disoccupazione, salito nel 2012 al 10,6% rispetto all'8,4% del 2009, dovrebbe ancora crescere e mantenersi superiore all'11% fino al 2016, quando è prevista una discesa al 9,6% e poi all'8,8%, livelli comunque superiori a quelli del 2011.

Come negli altri paesi, anche in Italia il benessere della popolazione e le istituzioni del welfare sono state rispettivamente il bersa-

glio degli effetti della crisi e l'oggetto principale delle politiche di consolidamento fiscale adottate per contrastarla. Le istituzioni dei sistemi di welfare come pensioni, scuola e sanità sono il bersaglio naturale delle politiche di bilancio in quanto impegnano alte quote di spesa pubblica. In particolare, nei sistemi sanitari a finanziamento pubblico, la sanità è l'isola del tesoro dei tagliatori di deficit pubblico in quanto unisce a grandi dimensioni e elevata dinamicità endogena la promessa di un pronto ed elevato ritorno a scarsa visibilità politica. Ad indirizzare verso la sanità le politiche di riduzione della spesa pubblica è la semplice aritmetica della crisi: l'alto tasso di inflazione sanitaria (stimata attorno ad una tendenza «naturale» alla crescita dal 3 al 5% per anno) assicura riduzioni sostanziose della spesa pubblica senza la necessità di ricorrere ad interventi eclatanti ma limitandosi a mantenere invariati i livelli di finanziamento. La contrazione del Pil nella fase di recessione aumenta la proporzione della spesa rispetto al Pil indipendentemente dalla sua diminuzione in valore assoluto, assicurando i lamenti sulla insostenibilità della spesa sanitaria che legittimano la compressione in atto e giustificano ulteriori riduzioni future. Se per le dimensioni e la dinamicità dei consumi la sanità costituisce il settore ottimale per la riduzione della spesa pubblica essa rappresenta però anche, e contemporaneamente, il fronte primario di impatto della domanda di sollievo dagli effetti della crisi e delle stesse politiche intraprese per risolverla. La letteratura sul condizionamento reciproco fra fasi del ciclo economico, salute della popolazione e politiche sociali è antica e univoca. Fin dal piccolo trattato del 1790 di Johann Peter Frank *De populi-miseria morborum genitrice* la povertà e, soprattutto, l'impoverimento, sono stati tradizionalmente associati a un peggioramento

delle condizioni di salute che richiede di essere temperato da politiche di sostegno raccomandate se non per il benessere dei sudditi almeno per la potenza dello Stato.

L'intreccio fra crisi economica, politiche fiscali, politiche sociali e sanitarie prospetta quindi un difficile futuro per le istituzioni del welfare cui viene richiesto sia di contribuire alle nuove politiche di bilancio sia di continuare a soddisfare la loro funzione primaria di risposta ad una domanda in presumibile aumento e, almeno in parte, nuova per bisogni e destinatari. Inoltre, i nuovi problemi che la crisi è destinata a proporre metteranno alla prova la capacità dell'indirizzo politico e dell'azione amministrativa del SSN, acuendo ambiguità e limiti del suo governo «regionalizzato». L'impatto che la crisi potrà avere sul funzionamento delle deboli istituzioni del federalismo italiano di cui il governo della sanità costituisce la componente più rilevante è una delle sue dimensioni meno considerate ma più importanti nel lungo periodo. La crisi economica non è «un incidente passeggero nella vita di questa nazione» come il Presidente degli Stati Uniti Herbert Hoover aveva incautamente giudicato la Grande Depressione. Piuttosto come ha dichiarato il governatore della Banca d'Inghilterra «dovremo affrontare il più lungo periodo di declino delle condizioni di vita e di reddito delle famiglie a nostra memoria». Tuttavia, come questo declino si distribuirà entro il corpo della società è una questione che riguarda le scelte della politica, non le necessità dell'economia. Le politiche sociali, di cui anche quelle sanitarie fanno parte, costituiscono uno dei principali strumenti attraverso cui queste scelte (o non scelte) verranno fatte.

Cominciare a dipanare le diverse componenti di un intreccio che combina gli effetti della crisi e delle politiche fiscali adottate per

contrastarla sul benessere della popolazione e sulla capacità di contrasto del SSN è l'oggetto principale di questo contributo. A questo scopo saranno brevemente considerate le evidenze sui costi umani delle crisi economiche per esaminare poi i provvedimenti adottati in Italia nell'ultimo anno, incluse le opzioni trapelate in modo quasi incidentale sulla possibile configurazione futura del SSN.

I costi umani delle crisi economiche

A ormai sei anni dal suo inizio, nessun paese e nessun organismo sovranazionale ha avviato una qualche attività per costruire un profilo soddisfacente dell'impatto della Grande Recessione sul benessere della popolazione. La limitatezza dei dati sui costi umani della crisi contrasta con la ricchezza e la tempestività delle informazioni economiche e finanziarie. I limiti sono, almeno in parte, oggettivi ed endogeni. I vari paesi sono stati interessati in momenti diversi da crisi con manifestazioni differenti per intensità, durata e configurazione, anche in rapporto alle condizioni preesistenti dell'economia, al tipo ed alla funzionalità dei loro sistemi sanitari ed alle politiche di contrasto adottate. L'assenza di indagini specifiche costringe a utilizzare statistiche correnti che scontano necessariamente un certo ritardo, sono di qualità e livello di dettaglio spesso insoddisfacente ed espongono al rischio di distorsioni e di diluizioni dell'effetto in quanto non permettono gli opportuni livelli di disaggregazione dei fenomeni. Inoltre, gli effetti più precoci si manifestano con eventi "soft", come ad esempio la depressione o disturbi del comportamento, che raramente trovano una rappresentazione informativa adeguata nelle statistiche correnti. Le segnalazioni dal campo provenienti dai servizi sanitari dei paesi più intensamente, e precocemente, colpiti come la Grecia sono naturalmente preziose ma utili

principalmente per segnalare gli eventi da esplorare con maggiore attenzione (13). L'Italia soffre in particolare misura di queste limitazioni, anche se non mancano encomiabili tentativi di utilizzare svariate fonti per costruire una prima immagine dell'impatto sulle condizioni di salute e sulla risposta dei servizi sanitari (5). Tuttavia, anche se è troppo presto per trarre bilanci è tuttavia necessario evitare che, come spesso accade, non diventi improvvisamente troppo tardi per utilizzare le sia pur incomplete e incerte conoscenze nella formulazione delle politiche sanitarie per il tempo della crisi. Combinando le lezioni della storia (31) con le informazioni disponibili da vari paesi è possibile delineare un profilo sufficientemente soddisfacente per informare le politiche sanitarie fondato su quattro punti fondamentali.

1) *Le recessioni economiche fanno male alla salute.* Il tradizionale assunto di un effetto negativo delle crisi economiche sulla salute della popolazione è stato messo in discussione da una serie di analisi empiriche condotte negli Stati Uniti e successivamente confermate in numerosi altri paesi, che dimostrano un andamento pro-ciclico della mortalità, che diminuisce durante i periodi di recessione e aumenta, o rallenta la sua diminuzione, durante la ripresa (20, 21, 22). Secondo questi modelli, l'aumento dell'1% nel tasso di disoccupazione (assunto come indicatore di gravità della crisi) comporta una diminuzione dello 0,54% nella mortalità generale, equivalente per gli Stati Uniti ad una riduzione di 5 decessi per 100.000 abitanti, pari a circa 12.000 morti in meno per anno (20). A risultati analoghi hanno condotto le analisi storiche condotte su un gran numero di paesi per lunghissimi periodi di tempo. Negli Stati Uniti della Grande Depressione l'aspettativa di vita fra il 1925 ed il 1940 è complessivamente aumentata da 57 a 63 anni (28).

La riduzione della mortalità nel complesso della popolazione si osserva a livello generale e per grandi gruppi di cause specifiche, come le malattie cardiovascolari, respiratorie e la mortalità infantile e neonatale, tranne che per i suicidi (v. oltre). Tuttavia, se si esaminano anche gli effetti di medio e di lungo periodo e si rifugge dalle analisi che considerano soltanto le medie complessive su grandi aggregati di popolazione, anche queste evidenze confermano l'immagine classica della medicina sociale che povertà e impoverimento sono «la madre di tutte le malattie». Nelle persone che perdono il lavoro (che anche in periodi di crisi costituiscono una frazione minoritaria della popolazione generale) la probabilità di morte si mantiene più elevata di quella osservata nella popolazione generale per oltre 20 anni soprattutto nelle persone licenziate in età prossima alla pensione, che subiscono una riduzione di 18 mesi dell'aspettativa di vita a 55 anni (27). Coile et al. (4) hanno confermato le osservazioni di Ruhm di una riduzione della mortalità generale nel primo anno del licenziamento mostrando tuttavia nel lungo periodo una significativa diminuzione della sopravvivenza che nelle persone licenziate a 55 anni si mantiene fino ai 79 anni, si attenua una prima volta al raggiungimento dell'età minima della pensione (negli Stati Uniti fissata a 62 anni) e ancora alla qualificazione per Medicare, acquisita a 65. L'effetto protettivo del reddito da pensione e della copertura sanitaria giustifica la variabilità fra paesi che limita la generalizzabilità delle osservazioni originarie di Ruhm e mostra l'effetto protettivo dei sistemi di welfare sulla mortalità. Ogni 100 dollari di aumento della spesa pubblica impegnata in programmi di welfare riduce dello 0,99% la mortalità generale, del 2,8% la mortalità per patologie alcool-correlate e dello 0,6% la mortalità per malattie cardio-

vascolari (25).

La mortalità per suicidi costituisce una significativa eccezione all'effetto protettivo di breve periodo delle recessioni economiche, con un incremento complessivamente stimato nell'ordine dello 0,8% per ogni punto percentuale di aumento della disoccupazione (20). Rappresentando un effetto sensibile e precoce della crisi, l'aumento della frequenza di suicidi è il fenomeno più intensamente studiato nella crisi attuale. In 17 paesi europei di cui sono disponibili i dati di mortalità, il tasso di mortalità per suicidi ha presentato nel 2008-9 un incremento del 5% rispetto al trend in diminuzione dal 2000 (26). Grecia ed Irlanda, dove la crisi è stata più precoce ed intensa, registrano gli incrementi maggiori, con valori del 17 e del 13%, superiori al doppio della media europea. I dati parziali a livello europeo confermano i risultati di alcune indagini nazionali. In Inghilterra nel 2008-10 è stato stimato un eccesso di 1000 suicidi rispetto al trend atteso, principalmente concentrato nei maschi e più elevato nelle aree a elevata disoccupazione (2). Negli Stati Uniti, il periodo 2008-10 ha registrato un aumento da 12 a 51 decessi per milione per anno, pari ad un eccesso complessivo di 4750 morti per suicidio (18). In Italia, l'analisi condotta su dati di fonte giudiziaria fra il 2000 ed il 2010 ha mostrato a partire dal 2008 una forte accelerazione nell'incremento annuo della frequenza di suicidi e di tentati suicidi attribuiti a cause economiche, con tassi del 58,9% per anno rispetto a valori del 10,7% osservati fino al 2007 (7). La stima complessiva è di un eccesso di 290 suicidi e tentativi di suicidio per cause economiche per anno rispetto all'estrapolazione del trend osservato negli anni pre-crisi.

2) *Il duplice effetto delle crisi.* L'impatto sulla salute deriva sia dalla recessione economica sia dalle politiche fiscali adottate per contra-

starla che agiscono attraverso la riduzione dell'effetto protettivo delle istituzioni del welfare e la produzione di nuovi elementi di insicurezza sul presente e di paura del futuro. Le manifestazioni più precoci comprendono disturbi del comportamento, depressione, suicidi e parasuicidi (33). «Amarezza, vergogna, vuoto e spreco» (23) caratterizzano la condizione del disoccupato, l'espressione classica delle recessioni economiche, così come il contesto psicologico delle moderne «patologie del non-lavoro» di coloro che temono di non poter conservare il lavoro (12) ovvero si trovano retrocessi nell'insicurezza dei lavori atipici, flessibili e precari (32), prodotto delle nuove politiche del lavoro adottate in periodi di crisi per ridurre il costo ed aumentarne la produttività. Il pensionamento è un classico momento di crisi nel ciclo di vita delle persone, associato a disturbi fisici e psicologici (3). Le riforme delle pensioni tipicamente associate alle politiche di consolidamento fiscale amplificano gli effetti negativi del pensionamento sia quando è più precoce del previsto sia quando viene posticipato. Lo «scalone Olandese» introdotto dalla riforma pensionistica fra i nati prima e dopo il primo gennaio 1950 ha comportato un aumento del 40% nella frequenza di depressione fra le persone costrette a scegliere fra restare al lavoro o subire una sostanziosa riduzione del trattamento economico (6). Altri interventi riformatori, come i secondi pilastri sviluppati per ridurre gli oneri dei sistemi pensionistici pubblici introducono un ulteriore elemento di insicurezza sul futuro, anche per la volatilità dei rendimenti dei fondi pensione sui mercati finanziari. La perdita di autostima delle persone in condizione di morosità può determinare uno stato di ansia e di depressione. Le persone sfrattate, oggetto di pignoramenti o che hanno avuto interrotte le forniture di gas, luce od acqua pre-

sentano una frequenza di disturbi del comportamento da tre a quattro volte superiore a quella osservata nella popolazione generale (19). Più in generale, e tenendo comunque conto che l'associazione può andare in entrambe le direzioni, le persone con debiti elevati presentano una prevalenza di due volte superiore alla popolazione generale nella frequenza di dipendenza da alcool e droghe e di disturbi psicologici (11). Particolarmente significativo a questo proposito è il circolo vizioso che può instaurarsi fra riduzione del reddito, esposizione debitoria e sviluppo di una dipendenza dai giochi d'azzardo, causa ma anche possibile effetto dell'indebitamento ma difficilmente contrastata dai governi locali o nazionali per l'alto contributo fiscale estratto dal fatturato dei giochi ad ampia diffusione.

3) *Le crisi producono nuove vulnerabilità sociali.* Disoccupazione e lavoro flessibile, anticipazione e posticipazione dell'età del pensionamento, riduzione del reddito ed esposizione debitoria riducono la capacità individuale e collettiva di far fronte a fattori di rischio endogeni ed esogeni, ponendo le persone e le loro comunità in una condizione di particolare vulnerabilità che li espone «a rischio di una pluralità di rischi» (10). Il concetto di vulnerabilità, a differenza della visione ristretta di esposizione a rischio specifico per una particolare condizione, distoglie l'attenzione dai processi biologici che determinano il danno specifico per focalizzarla invece sulle circostanze sociali che influenzano la capacità di risposta individuale e collettiva. Il concetto di vulnerabilità si ricollega quindi a quello dei determinanti «distali» delle condizioni di benessere e di malessere delle popolazioni ed invita a politiche collettive piuttosto che ad interventi selettivi su segmenti specifici di popolazione.

4) *Le istituzioni del welfare contano.* La storia

della Grande Depressione americana degli anni '30 insegna e le evidenze empiriche più recenti confermano che durante le crisi il sistema delle politiche sociali, incluso ma non limitato alla sanità, svolge una funzione immediata di sostegno alla popolazione e di modulazione degli effetti negativi che sia la crisi per sé che politiche di consolidamento fiscale adottate per contrastarla esercitano sulle sue condizioni di salute. I sistemi di welfare universalistici svolgono una funzione anticiclica sulle crisi, promuovono la coesione e concorrono al capitale sociale contribuendo a prevenire il collasso delle istituzioni che può avere effetti drammatici anche sulle condizioni di salute, come l'esperienza russa, spesso dimenticata, testimonia (31). Resta quindi valido il monito di Marmot secondo cui «l'austerità non comporta necessariamente una restrizione delle politiche di welfare. Piuttosto, è il contrario che può essere necessario» (15). Inoltre, le lezioni della Grecia e la profonda ristrutturazione in corso nell'economia della sanità americana sottolineano il ruolo di un settore sanitario pubblico privo di significative barriere economiche all'accesso come «fornitore di ultima istanza». Nel momento in cui redditi e risparmi delle famiglie sono intaccati dalla recessione, i servizi gratuiti del settore pubblico diventano la fonte principale di assistenza anche per le classi medie impoverite che prima si rivolgevano al settore privato, aumentando la domanda di servizi pubblici proprio nel momento in cui le loro risorse sono maggiormente compresse.

Politiche nella crisi

Obiettivo precipuo delle politiche sanitarie in tempo di crisi è realizzare e mantenere nel tempo il delicato equilibrio fra il contributo richiesto alla sanità per favorire il consolidamento fiscale e, contemporaneamente, man-

tenere la sua funzione primaria di tutela della salute rispondendo all'aumento congiunturale della domanda derivante dai nuovi bisogni indotti dalla crisi e superando i tradizionali limiti del suo funzionamento. L'intreccio di problemi nuovi e vecchi comporta un «sovraccarico istituzionale» che mette alla prova l'idoneità del sistema di governo del SSN nella duplice dimensione della appropriatezza del disegno istituzionale delle relazioni fra Stato e Regioni e della tenace inerzia delle istituzioni consolidate. Le politiche sanitarie elaborate finora nel nostro paese sembrano aver colto soltanto la dimensione degli strumenti necessari per assorbire la restrizione delle risorse senza attribuire sufficiente attenzione né ai nuovi bisogni e alle nuove espressioni della domanda né alla funzionalità del sistema di governo della sanità. Il risultato complessivo di tre manovre finanziarie e del cd. «decretone» Balduzzi è stato una legislazione emergenziale da cui è emersa una messe di interventi disparati per dimensione e portata sul piano organizzativo e finanziario. Le tre manovre finanziarie in meno di due anni (la legge Tremonti dell'agosto 2011, seguita dal decreto cd. Salva Italia e dalla Spending Review del governo Monti) hanno mantenuto praticamente bloccato per un quinquennio il finanziamento del SSN e disposto un cospicuo incremento della spesa a carico dei cittadini per prestazioni erogate dal SSN, che supera attualmente i 4 miliardi di euro ed è destinata a raggiungere i 6 miliardi con il nuovo incremento dei ticket previsto per il 2014. Ancora più drastici i provvedimenti sulla componente sociale, che hanno ridotto a circa un decimo il Fondo sociale e prima azzerato e poi parzialmente reintegrato il Fondo per la Non Autosufficienza per anziani e disabili. Nel contesto una generalizzata riduzione dei trasferimenti agli enti locali, la mancanza di questo secon-

do pilastro per il finanziamento dei servizi ad elevata integrazione sanitaria avrà la inevitabile conseguenza di trasferirne l'onere sul bilancio della sanità creando ulteriori problemi al funzionamento del SSN che la nuova domanda indotta dalla crisi impegnerà nel breve periodo proprio nel settore sociale.

Dal punto di vista organizzativo gli interventi più importanti comprendono l'ennesima riorganizzazione della rete ospedaliera e una importante riforma della medicina generale da condurre però a invarianza di costi. Il riordino ospedaliero dovrebbe portare la dotazione di posti letto per i ricoveri ordinari per acuti a 3,7 per mille abitanti dopo che il Patto per la salute 2010-2012 l'aveva già ridotta al 4 per mille dal precedente 4,5 per mille. Le risorse ipoteticamente liberate dalla nuova «riorganizzazione» dovrebbero essere utilizzata per finanziare la riforma dell'organizzazione della medicina generale, con un'attività di gruppo che dovrebbe diventare operativa su sette giorni e per 24 ore.

Le prescrizioni organizzative si indirizzano a settori di attività di grande rilevanza per il funzionamento del SSN, che sono però già stati oggetto di ripetuti provvedimenti, inclusi i Piani di rientro. La mancata attuazione da parte di alcune Regioni della rimodulazione ospedaliera prevista nel periodo 1996-9, cui si ispira implicitamente il Regolamento di riorganizzazione attualmente in discussione, così come l'istituzione di forme collettive di acquisto di beni e servizi prevista dalla Spending review riguardano carenze nella capacità amministrativa delle Regioni e limiti nella loro capacità di direzione politica che antedatano la crisi e difficilmente possono aver trovato in essa nuove risorse e rinnovato slancio. Per colmare il crescente divario fra fabbisogno programmato e finanziamento previsto sono state riproposte idee antiche scarsamente coerenti con il contesto eco-

nomico determinato dalla crisi. Incentivare l'apporto di capitale privato al SSN attraverso la promozione di forme di partnerariato pubblico-privato nella costruzione e gestione di strutture sanitarie sembra non soltanto non tener conto dei deludenti risultati delle esperienze condotte fin qui (9) quanto ignorare le generali difficoltà di accesso al credito che hanno bloccato anche la ben più solida esperienza inglese. Analogamente, l'appello ad un maggior impegno in sanità del terzo settore trascura la crisi delle donazioni e, soprattutto, il fatto che le sue organizzazioni alimentano gran parte dei loro bilanci attraverso commesse del settore pubblico, che nel 2008 raggiungevano il 47,8% della spesa per servizi resi a Regioni ed Enti locali (1) e sono quindi esposte alle loro stesse difficoltà di bilancio. Infine, puntare su un ulteriore aumento della compartecipazione alla spesa per le prestazioni del SSN sembra ignorare gli effetti sui bilanci delle famiglie ed i fenomeni di fuga verso il privato che ne riducono il gettito effettivo, oltre ai ben noti limiti teorici e pratici di questo strumento, recentemente sintetizzati in modo eloquente: «non riduce la domanda, perché le ricette le stila il medico, non il paziente; è regressivo, colpendo relativamente di più il povero del ricco; è dannoso per la salute, perché scoraggia il ricorso a cure tempestive; è negativo per la stessa finanza pubblica, perché la mancata cura genera cure più tardive e più costose; è insensato sul piano gestionale perché comporta costi di esazione quasi pari al gettito» (16).

Mancano invece indicazioni specifiche riguardo a priorità ed obiettivi che tengano specificamente conto degli effetti della crisi sulle condizioni di salute della popolazione. I lodevoli interventi promozionali contro il consumo di alcool negli adolescenti, il cibo spazzatura ed il gioco d'azzardo hanno dovuto

affrontare la vivace (e prevedibile) opposizione delle industrie e, soprattutto, la discreta e forse non così prevedibile resistenza dello Stato, preoccupato degli effetti della diffusione di comportamenti ritenuti salutogeni sulle entrate fiscali.

La principale debolezza delle politiche sanitarie elaborate durante la crisi risiede quindi nel fatto che gli interventi più significativi si sono limitati ad indicare i provvedimenti amministrativi e gli strumenti organizzativi necessari per rendere l'attività del SSN compatibile con i vincoli di bilancio definiti dagli obiettivi di contenimento della spesa pubblica dettati dalla politica di austerità. Le politiche di organizzazione e di funzionamento del SSN si sono quindi conformate alle tradizionali politiche di bilancio imposte dal Ministero dell'Economia con cui il governo centrale, malgrado la perdurante retorica «federalista» ha tentato di recuperare attraverso «il potere della borsa» le competenze cedute alle Regioni con la riforma costituzionale del 2001 (30). Le consolidate tendenze centripete delle politiche sanitarie sono state ulteriormente rafforzate dallo «stato di eccezione» determinato dalle esigenze di gestione della crisi e dai vincoli sovranazionali, sostenute anche dagli scandali che hanno interessato le due più importanti regioni italiane e portato allo scioglimento delle loro Assemblee legislative. Tutti gli interventi progettati hanno comunque immediatamente incontrato l'indisponibilità delle Regioni, preoccupate che la loro doppia qualificazione «a parità di oneri a carico dello Stato» e «con invarianza dei servizi ai cittadini» comportasse un trasferimento di oneri volto a diluire il costo politico per il governo centrale e foriero di ulteriori sottrazioni di autonomia. La tensione fra governo centrale e Regioni ha portato, fra l'altro, al rinvio a tempi imprecisati del Patto per la Salute, l'unica istitu-

zione che ha finora retto, malgrado i suoi limiti, la concertazione delle politiche sanitarie fra Stato e Regioni.

In questo contesto un'affermazione del Presidente del Consiglio emersa nel corso di una occasione poco più che rituale è sembrata sollevare l'ipotesi di un possibile cambio di modello del SSN in previsione di una asserita non sostenibilità finanziaria dei suoi principi fondamentali che ha costituito la novità più significativa dell'ultimo anno di governo «tecnico» della sanità italiana.

Proiezioni e previsioni

«Le proiezioni di crescita economica e quelle di invecchiamento della popolazione mostrano che la sostenibilità futura dei sistemi sanitari nazionali, compreso il nostro di cui andiamo fieri, potrebbe non essere garantita se non si individueranno nuove modalità di finanziamento per servizi e prestazioni». Il rilievo quasi incidentale del Presidente del Consiglio dei Ministri (qui ripreso dal comunicato ufficiale diramato dalla Presidenza il 27 novembre 2012) esprime preoccupazioni e sollecita soluzioni non nuove né dal punto di vista politico né da quello tecnico. L'esempio più illustre in tempi relativamente recenti risale alla crisi del 1992, quando il governo Amato approvò un decreto legge, poi rientrato, che escludeva dalla copertura del SSN le famiglie con reddito superiore a 24 milioni di lire, con l'eccezione dei ricoveri ospedalieri ed i farmaci cd. «salvavita» e affidava la gestione della copertura per le prestazioni non incluse nei livelli minimi di assistenza a «intermediari finanziari» non meglio specificati (30, p. 240). Le determinazioni di politica economica desunte dalla scheda tecnica della Ragioneria Generale dello Stato inserita nel Documento di programmazione economica e finanziaria 2003-6 prevedevano la necessità di ridurre di oltre un

quarto il costo procapite delle prestazioni del SSN per adeguarsi alla crescita della spesa sanitaria che sarebbe derivata dall'invecchiamento della popolazione ed evocava l'intervento di «organismi simili alle mutue» per le prestazioni escluse (29). Considerazioni analoghe sulla minaccia dell'invecchiamento sono presenti nel Libro Bianco sul Welfare del Ministro Sacconi approvato nel 2009, funzionali anche in questo caso alla asserita necessità di sviluppare fondi «integrativi» della copertura offerta dal SSN.

I modelli che stimano l'impatto dell'invecchiamento della popolazione sulla spesa sanitaria adattano in genere quelli elaborati per la spesa pensionistica per proiettare nel lungo periodo (in genere, 30 o 50 anni) la percentuale della spesa sanitaria sul valore del Pil. Né il numeratore né il denominatore di questo rapporto sono, per motivi diversi, calcolabili con sufficiente approssimazione da essere utili per scelte di tale portata. Proiettare a trenta o cinquanta anni il Prodotto interno lordo di paesi che, come l'Italia, stanno attraversando una grave recessione di durata imprevedibile è qualcosa che, almeno al momento, sembra più una pratica aruspica che una tecnica econometrica. Riguardo al numeratore, per applicare alla sanità i modelli della spesa pensionistica sono necessarie assunzioni eroiche che limitano fortemente la validità delle stime. Le «ipotesi base» di molte di queste proiezioni assumono ad esempio l'invarianza nel tempo del profilo dei consumi specifici per età, sesso e tipologia di prestazioni e quindi anche, implicitamente, della epidemiologia della popolazione e del progresso tecnologico ed organizzativo dei sistemi di assistenza sanitaria e sociale.

Quando vengono esplicitate queste assunzioni si rivelano immediatamente controintuitive in quanto assumono che in mezzo secolo (un arco di tempo lunghissimo nella storia della

medicina e dell'organizzazione sanitaria) non si verifichino variazioni né nelle condizioni di salute né nelle tecnologie sanitarie né nella organizzazione dei servizi e neppure sulla organizzazione della vita familiare e nel mercato del lavoro. I limiti evidenti di questi modelli previsionali hanno indotto a superare il rigido determinismo demografico che aveva inizialmente portato a pronosticare scenari apocalittici derivanti dalla semplice trasposizione al futuro degli attuali profili epidemiologici, clinici ed assistenziali. Secondo uno dei punti di vista più accreditati «la demografia apocalittica, e più in generale l'affermazione che tentare di soddisfare i bisogni sanitari di una popolazione anziana porterà alla rovina le società moderne e renderà insostenibili i sistemi sanitari universalistici è uno zombi, un'idea intellettualmente defunta cui non si riesce a dare una sepoltura definitiva» (8). La sostenibilità dell'impatto dei processi di invecchiamento sui sistemi sanitari sarebbe garantita da due fattori fondamentali, e da una opportunità. I due fattori riguardano da un lato la presenza di un trend favorevole nei livelli di disabilità osservati nelle popolazioni oggi anziane rispetto alle coorti di nati negli anni precedenti la seconda guerra mondiale (14) e, dall'altro, la possibilità di razionalizzare la risposta assistenziale, sviluppando processi di innovazione organizzativa per il miglioramento della efficienza tecnica ed allocativa nella produzione integrata di servizi sanitari e sociali. L'opportunità deriva invece dal fatto che, a differenza delle sue implicite rappresentazioni, l'invecchiamento della popolazione è un processo a lenta evoluzione, più simile «al lento scivolamento dei ghiacciai che al precipitare improvviso delle valanghe» (8).

Amnesie del passato e del futuro

La crisi in cui versa l'Italia è profonda e pro-

mette di essere molto lunga. Alla debolezza dell'economia e alle gigantesche dimensioni del debito si aggiungono gli impegni assunti con l'adesione al Fiscal compact che impone una trasformazione delle politiche di bilancio per almeno i prossimi dieci anni. Piuttosto che un'emergenza finanziaria improbabile e collocata in un distante futuro il SSN deve quindi affrontare con determinazione un difficile e prolungato presente che intreccia una diversa domanda, nuove vulnerabilità e antichi problemi. Le evidenze disponibili documentano gli effetti precoci e le conseguenze a lungo termine delle crisi economiche e delle politiche di consolidamento fiscale adottate per contrastarle. Gli effetti più precoci sulla salute delle persone riguardano disturbi del comportamento, depressione, suicidi e tentativi di suicidio conseguenza delle condizioni di incertezza sul presente e di paura del futuro. Dal momento che i nuovi bisogni si rivolgono soprattutto a settori di attività che non dispongono di interessi forti a sostegno e saranno quindi presumibilmente i primi ad essere toccati dal riordino imposto dalla riduzione del finanziamento del SSN, le politiche sanitarie e sociali a livello nazionale e regionale dovrebbero assumerli come una esplicita priorità.

La crisi ha provocato un «sovraccarico istituzionale» del fragile sistema di governo del SSN che rischia di amplificare le tensioni fra centralizzazione e decentramento che segnano la storia della sanità in Italia. L'ambiguità della articolazione del SSN nei suoi tre fondamentali livelli di governo nazionale, regionale e comunale data almeno dalla sua istituzione nel 1978 ed è attualmente acuita dal contrasto fra le residue e velleitarie istanze di federalismo fiscale da un lato e il neo-centralismo giustificato con il governo della crisi ed il rispetto dei vincoli sovranazionali dall'altro. Queste tensioni hanno già provocato

un congelamento delle relazioni fra governo centrale e governi regionali che rischia di approfondire ulteriormente la polarizzazione della sanità fra Nord e Sud del paese. Sovrapponendosi all'antica divisione sul piano economico, epidemiologico e nell'offerta dei servizi e alla più recente divaricazione nella capacità di governo e nel rendimen-

to istituzionale dei sistemi regionali, l'indebolimento delle istituzioni del federalismo provocato dalla crisi rischia quindi di rompere l'unitarietà del sistema che né la minacciata secessione politica né la programmata secessione fiscale erano finora riuscite a realizzare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Addotta S. Il terzo settore in epoca di grande crisi. *Queste Istituzioni* 2010;158/159:16-25.
2. Barr B, Taylor-Robinson D, Scott-Samuel A, McKee M. Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time-trend analysis. *British Medical Journal* 2012;345: e5142.
3. Bender K.A. An analysis of well-being in retirement. The role of pensions, health and "voluntariness" of retirement. *Journal of Socio-Economics* 2012; 41: 424-433.
4. Coile CC, Levine PB, McKnight R. Recessions, older workers and longevity: how long are recessions good for your health? *Nber Working Paper* 2012; n. 18361.
5. Costa G, Marra M, Salmaso S. Gli indicatori di salute ai tempi della crisi in Italia. *Epidemiologia Prevenzione* 2012; 36 (6).
6. de Grip A, Montizaan R, Lindeboom M. Shattered dreams. The effects of changing the pension system late in the game. *Economic J.* 2012; col.122(559):1-25.
7. De Vogli R, Marmot M, Stuckler D. Excess suicide and attempted suicides in Italy attributable to the great recession. *Journal of Epidemiology and Community* 2012;10.1136
8. Evans RG, McGrail KM, Morgan S.G. et al. (2001) Apocalypse no. Population aging and the future of health care systems. *Canadian Journal on Aging* 2001; 20: 160-191.
9. Fiorentini G. Società a capitale misto nell'offerta di servizi sanitari. *Mercato, concorrenza e regole* 2000;1:85-111.
10. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practices: the inequality paradox, the population approach and vulnerable populations. *American Journal of Public Health* 2008; 98:216-221.
11. Gathergood J. Debt and depression. Causal links and social norm effects. *The Economic Journal* 2012;122:1094-1114.
12. Green F. Unpacking the misery multiplier. How employability modifies the impacts of unemployment and job insecurity on life satisfaction and mental health. *J. Health Economics* 2011; 30:265-276.
13. Kentikelenis A, Papanicolas I. Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European J. Public Health* 2012; 22 (1): 4-5.
14. Manton KG, Gu X. Changes in the prevalence of chronic disability in the United States black and non-black population above age 65 from 1982 to 1999, *Proceedings of the National Academy of Sciences* 2001; 98:6354-6359.
15. Marmot MG, Bell R. How will the financial crisis affect health? *BMJ* 2009; 338: b1314.
16. Muraro G. Un ticket agganciato alla fiscalità. *Politiche sanitarie* 2011;12: pp. 96-7.
17. Quaglia L. The response to the global financial turmoil in Italy: "A financial system that does not speak English". *South European Society & Politics* 2009;14 (1):7-18.
18. Reeves A, Stuckler D, McKee M. et al. Increase in state suicide rates in the USA during economic recession. *The Lancet* 2012; 10.1016.

19. Royal College of Psychiatrists, NHS Confederation, Mental Health Network and London School of Economics and Political Science. *Mental Health and the economic downturn. National priorities and NHS solutions 2009*; Occasional Paper n.70.
20. Ruhm C.J. Are recessions good for your health? *Quarterly J. Economics* 2000; 115 (2): 617-650.
21. Ruhm C.J. Good times make you sick. *J. Health Economics* 2003; 22 (4): 637-658.
22. Ruhm C.J. A healthy economy can break your heart. *Demography* 2007; 44 (4):829-848.
23. Smith R. "Bitterness, shame, emptiness, waste": an introduction to unemployment and health. *BMJ* 1985; 291: 1024-1027.
24. Stiglitz J.E. How to make the best of the long malaise. *Financial Times* 2011; February 4.
25. Stuckler D, Basu S, Surche M, McKee M. The public health effects of economic crises and alternative policy responses in Europe. An empirical analysis. *The Lancet* 2008;374:315-323.
26. Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M. Effects of the 2008 recession on health. A first look on European data. *The Lancet* 2011; 378: 124-125.
27. Sullivan D. von Watcher T. Job displacement and mortality. An analysis using administrative data. *Quarterly Journal of Economics* 2009;124 (3): 1265-1306.
28. Tapia-Granados JA, Diez Roux A. Life and deaths during the Great Depression. *Proceedings National Academy Sciences* 2009;106 (41): 17290-17295.
29. Taroni F. Proiezioni demografiche e politiche sanitarie In: Fiorentini G. (a cura di) *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, pp. 105-138; 2003.
30. Taroni F. *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*. Roma: Il Pensiero Scientifico; 2011.
31. Taroni F. Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi: vecchie soluzioni per nuovi problemi? In Gensini G.F., Nicelli A.L. Trabucchi M. Vanara F. (a cura di) *Rapporto Sanità 2012*: 329-381.
32. Vives A, Vanroelen C, Amable M. et al.(2011) Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *International J. Health Services* 2011; 41 (4): 625-646
33. World Health Organization (WHO) Regional Office for Europe. *Impact of economic crises on mental health*. Copenhagen:WHO; 2011.