

# SANITÀ E POLITICA VANNO SEPARATE

ALBERTO MINGARDI \*

**C**aro direttore, è giusto che un malato, all'uscita dall'ospedale, si veda consegnare un documento che riassume le spese affrontate per lui dal servizio sanitario? Per il senatore Ignazio Marino (*La Stampa*, 24 gennaio 2012) si tratterebbe di un contributo a una «democrazia partecipata». I malati informati del costo che rappresentano per la collettività potrebbero organizzarsi in «appositi comitati» e dare così un contributo per individuare miglioramenti nell'uso delle risorse.

È davvero così? Questa «bolletta sanitaria» male non fa ma attenzione a caricarla di troppe aspettative.

L'idea si fonda su una non automatica identificazione di ruoli. Il paziente è anche un contribuente, ma non tutti siamo pagatori e beneficiari del Ssn alla stessa maniera.

Le difficoltà nel controllare la spesa sanitaria sono legate in parte allo «spreco» che contraddistingue in questo ambito come in molti altri i sistemi pubblici, ma anche alle dinamiche demografiche. Gli over 75 consumano, dal punto di vista della spesa, 11 volte le risorse che «costano» i 25-34enni. Il 70% della spesa è assorbito dalla popolazione di pazienti cronici.

Informare i pazienti circa il costo delle prestazioni può servire a ricordare loro che nessun pasto è gratis: la sanità «gratuita» non lo è affatto. Tuttavia, questo è il classico caso in cui non ci si può appellare a una maggiore «morigeratezza» dei consumi individuali, per controllare la spesa.

La discussione dovrebbe avere luogo su ben altro: il problema non è avvicinare sanità e democrazia, ma allontanare sanità e politica.

Buona parte delle inefficienze del Servizio sanitario nazionale affonda le proprie radici nell'uso strumentale al consen-

so che ne è stato fatto. Di questo si discute quando si sottolinea la cronica incapacità di razionalizzare la rete ospedaliera italiana, ad esempio.

Uno studio dell'Istituto Bruno Leoni curato da Lucia Quagliano, di prossima pubblicazione, confronta la domanda (posti letto effettivamente occupati) con l'offerta da parte degli ospedali pubblici, dal 1995 al 2007, in una Regione pure «virtuosa» come la Lombardia. Grazie all'innovazione tecnologica, nell'ultimo quindicennio la durata media dei ricoveri si è molto ridotta: passiamo meno tempo in ospedale. Tuttavia, l'effetto sui posti letto offerti dal pubblico non si vede.

La domanda in capo al settore pubblico scende del 33% ma l'offerta si riduce solo del 7,6%. Si è determinato insomma un eccesso di capacità produttiva: che, se la sanità fosse un settore economico esposto alla concorrenza, sarebbe il segnale di una crisi imminente.

Questo accade persino nell'unica regione italiana che non è cronicamente in disavanzo - e che usa consapevolmente privati che hanno un ruolo non ancillare.

L'eccesso di capacità produttiva è frutto di una spesa per investimenti che risponde a una domanda di consenso. Non c'è esponente politico cui non piaccia tagliare il nastro di un nuovo ospedale.

Esattamente come da esigenze di consenso dipende la riottosità a tagliare la spesa corrente, che significa: personale, appartenente a categorie efficacissime (medici e infermieri in primis) nel «volantinaggio verbale» caro alla politica a tutti i livelli.

Gli ospedali privati lombardi sono riusciti ad adattare con più elasticità l'offerta alla domanda di posti-letto, minimizzando gli sprechi, proprio perché seguono il «motivo del profitto» e non quello del consenso.

Informare il paziente dei costi che si sono sostenuti per lui è un appello alla sua buona coscienza, ma non gli mostrerà il conto delle promesse elettorali e delle appassionate orazioni circa una sanità «pubblica e gratuita». La sanità italiana a livello «micro» è fatta di professionalità eccellenti e dedizione alla cura. Sono le decisioni macro che vanno «de-politicizzate».

**\*Direttore generale Istituto Bruno Leoni**

