volerelaluna LA POLITICA PUNTOACAPO

Pubblico e privato nei servizi sanitari

Autore: Autori/Autrici vari/e

Con un articolo dal titolo *Health systems should be publicly funded and publicly provided*, pubblicato sul *British Medical Journal* lo scorso settembre e corredato di ben 46 citazioni bibliografiche, N. Modi, J. Clarke e M. McKee propongono le evidenze raccolte circa la maggiore convenienza per i pazienti, i professionisti e l'economia in generale dell'erogazione pubblica rispetto a quella privata nei sistemi sanitari nazionali a finanziamento pubblico. A fronte della sempre più intensa deriva privatistica del Servizio sanitario nazionale in atto in Italia sia sul versante del finanziamento (promozione del cosiddetto "secondo pilastro" con sgravi fiscali per prestazioni acquisite in proprio e per fondi sanitari privati e assicurazioni previsti dai contratti di welfare aziendale e fondi regionali), sia sul versante dell'erogazione dei servizi (incremento del ricorso ai privati per specialistica ambulatoriale, ricoveri ospedalieri e, cfr. Lombardia, l'assistenza anche di base ai cronici) è utile richiamare le loro tesi.

In primo luogo gli autori sottolineano che l'apertura del Sistema sanitario nazionale del Regno Unito (NHS) ai fornitori privati, operata dall'Health and Social Care Act del 2012, ha originato tutte le conseguenze descritte ed efficacemente riassunte nelle conclusioni: «Un mercato nell'assistenza sanitaria aumenta la probabilità di iniquità e sfruttamento, con assistenza subottimale sia per i ricchi che per i poveri. La creazione di networks complessi e frammentati di fornitori ostacola i tentativi di monitorare qualità, esiti per i pazienti e altre misure di efficacia. Il settore pubblico è progressivamente destabilizzato dato che i fornitori privati offrono paghe più alte e selezionano i casi più semplici, ma contribuiscono poco alla formazione. L'efficienza sotto il profilo dei costi è compromessa dall'aumento dei costi di transazione, con il denaro pubblico che viene dirottato per il profitto, e il settore pubblico che deve provvedere al salvataggio quando le cose vanno male».

I fallimenti del mercato

L'esposizione delle evidenze inizia proprio dai fallimenti del mercato, nel quale l'assistenza sanitaria è merce passibile di compravendita a fini di profitto privato.

Gli autori cominciano citando il premio Nobel K. Arrow secondo il quale «il mercato della sanità aveva fallito poiché l'assistenza sanitaria non è un prodotto semplice, come una scatola di viti, ma è complesso e soggetto a rilevanti asimmetrie informative in quanto il professionista sanitario in genere ha maggiori conoscenze rispetto al paziente». Tale asimmetria è alla base dei molteplici livelli di sfruttamento del paziente come fonte di profitto con possibili conseguenze avverse, iatrogenesi inclusa, come descritto da Ivan Illich, ma ricorre anche nel fenomeno del "paradosso del paziente" segnalato da M. McCartney che ha constatato «un'aumentata difficoltà a ottenere le necessarie cure dal NHS per i suoi pazienti, mentre essi sono contemporaneamente esposti alla pubblicità per

l'acquisto di tomografie "total body", screening genomici personali e altri ingiustificati "controlli sanitari"». In un sistema di mercato «i pazienti e il pubblico sono esposti senza difese alle offerte di redditizi servizi sanitari diretti al consumatore che possono essere non necessari, inutili o persino dannosi causando ansie che provocano più accertamenti e una maggior spesa». Le conseguenze sono che «sia i ricchi che i poveri sono resi più vulnerabili; i primi per le indagini in eccesso, gli interventi non necessari, i costi più alti e i trattamenti dubbi; i secondi per la mancanza dell'assistenza necessaria». È quanto rileva Tudor Hart con la sua "legge dell'assistenza inversa" relativa al fatto che «la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale rispetto ai bisogni della popolazione che ne usufruisce», operando in modo più completo laddove maggiormente esposta alle forze di mercato e meno dove tale esposizione è inferiore.

Secondo gli autori il NHS aveva ridotto questa divergenza, creando un settore a finanziamento e produzione pubblica in cui la cura è erogata non solo in base al bisogno (piuttosto che in base alla capacità del paziente di pagare) ma, cosa importante, senza un vantaggio immediato per il professionista sanitario o il suo datore di lavoro.

Il privato è meno efficace ed efficiente

Anche O. Williamson e la Banca Mondiale propongono il tema dell'*asimmetria informativa* paziente-acquirente/privato-erogante: il primo quando attira l'attenzione sui costi di transazione e sulla possibilità di comportamenti opportunistici nell'acquisto di «un prodotto difficile da definire con precisione», com'è l'assistenza sanitaria quando è oggetto di compra/vendita; il secondo quando teorizza l'opportunità dell'acquisto privato allorché il prodotto è semplice, il processo ben definito e gli esiti facilmente misurabili.

Ma tali concetti non tengono conto delle «complesse relazioni tra le differenti componenti dell'erogazione dell'assistenza sanitaria» come nel caso, ad esempio, dell'acquisto di servizi radiologici o laboratoristici da un fornitore privato che separa «lo staff che referta gli esiti da quello che eroga l'assistenza». E sottolineano: «La mancanza del contesto clinico e della discussione può abbassare la qualità dell'interpretazione di quasi tutti i test diagnostici; è stato riportato che le discussioni tra il radiologo e il clinico inviante cambiano la diagnosi e il trattamento nel 50-60% dei casi» e che «la frammentazione dell'assistenza tra erogatori riduce inoltre le opportunità formative».

Ma non c'è solo un problema di efficacia, c'è anche un problema di efficienza. Una revisione sistematica della performance ospedaliera nell'Unione Europea ha documentato che «la maggior parte delle evidenze suggerisce che gli ospedali pubblici sono almeno altrettanto efficienti o più efficienti degli ospedali privati». L'American Board of Internal Medicine Foundation attribuisce la necessità di iniziative di *choosing wisely* al fatto che i sistemi basati sulle assicurazioni offrono pochi incentivi a limitare i test e gli esami ma

molti motivi per raccomandarne di più.

Peggioramento delle dinamiche e delle condizioni di lavoro

Secondo gli autori «in un settore ad alta intensità di manodopera come l'assistenza sanitaria, la portata di sostanziali guadagni di efficienza è limitata. Così per conseguire "efficienze" i datori di lavoro privati, fornitori del NHS, spesso comprimono termini e condizioni di lavoro del personale non medico. La competizione per gli accordi di fornitura può comportare tagli del personale, uso di lavoratori meno esperti e condizioni più povere, incompatibili nel NHS. Queste circostanze compromettono il morale dei lavoratori e il benessere dei pazienti. Il primo aspetto è testimoniato dall'entità delle posizioni vacanti nel NHS, il secondo dall'esempio dell'esternalizzazione dei servizi di pulizia che, come è stato documentato, è correlata a staff più ridotti, a un tasso maggiore di infezioni ospedaliere e a stratagemmi per far apparire migliore la propria performance agli occhi dei valutatori».

Incremento dei costi e della richiesta di prestazioni per il settore pubblico

Esistono evidenze anche contro la tesi che la fornitura privata riduca il carico economico e assistenziale del NHS. Citate le evidenze sui sistemi sanitari pubblici del Cile e del Brasile, sempre più residuali dopo l'apertura al privato (come sta avvenendo anche nel Regno Unito), gli autori segnalano che il NHS si occupa di casi complessi, condizioni croniche e complicazioni e investe nella formazione del personale, mentre il settore privato seleziona i casi semplici e ovvi e raramente fornisce formazione. I fornitori privati di servizi per la maternità, ad esempio, addebitano ingenti somme per la supervisione di parti normali in donne sane, ma trasferiscono al NHS le nascite di bambini molto prematuri o ammalati che richiedono una complessa assistenza intensiva.

Condizionamenti delle politiche e dei costi pubblici da parte dei grandi gruppi privati

Ma non tutto il privato è uguale nell'impatto negativo sul sistema sanitario pubblico. Esistono studi ed evidenze circa il fatto che i grandi gruppi imprenditoriali transnazionali «sono in grado di esercitare un potere enorme e di assumere una posizione dominante in un sistema che consente loro di stabilire le regole a proprio vantaggio». Oltre alle evidenze di false fatturazioni e di sovra-codifica delle malattie per ottenere rimborsi più alti da parte degli ISTC (Centri di Trattamento del Settore Indipendente), gli autori segnalano casi di grandi gruppi imprenditoriali che hanno trascinato il NHS in contenziosi costosi e protratti quando non aggiudicatari di contratti.

Peggiore qualità dell'assistenza degli erogatori privati

Anche in tema di qualità gli autori citano una recente rassegna delle revisioni sistematiche che ha concluso che, in generale, gli esiti sono peggiori negli ospedali privati a scopo di lucro che non negli ospedali non a scopo di lucro e in quelli pubblici e segnalano che il Centre for Health and the Public Interest ha identificato diversi rischi sistemici per la sicurezza del paziente specifici del settore ospedaliero privato, quali una copertura medica inadeguata e una scarsa capacità di gestire pazienti con complicazioni serie. Sottolineato il tema della povertà degli ambienti formativi e la scarsa comunicazione interistituzionale negli ISTC, che di per sé mettono a repentaglio la qualità delle cure, gli autori segnalano come la frammentazione dei percorsi assistenziali tra erogatori pubblici e privati stia generando nel Regno Unito un peggioramento della stessa a seguito delle difficoltà in termini di trasparenza e accertamento delle responsabilità nei rapporti tra erogatori, non necessariamente allineati quanto a valori e incentivi.

Impatti negativi sull'economia generale

L'intera economia risente delle scelte in tema di natura pubblica o privata del NHS. Gli autori citano le seguenti evidenze. Nonostante le patologie legate all'obesità impongano costi esorbitanti al NHS e all'economia nel suo complesso, «la strategia del Governo per l'obesità» è stata giudicata debole e accomodante verso l'industria del cibo-spazzatura. Ciò consegue anche al fatto che l'Health and Social Care Act del 2012 ha fatto slittare la responsabilità primaria del Governo dalla tutela della salute della popolazione alla sola copertura finanziaria dell'assistenza sanitaria per tutti, il che, assieme al profitto come scopo principale dei produttori, depotenzia gli sforzi per rimuovere i fattori primari di malattia. Alcune grandi imprese tra i fornitori del NHS non pagano virtualmente alcuna tassa nel Regno Unito. Il fallimento di svariate imprese aggiudicatarie di servizi precedentemente erogati dal NHS ha comportato ulteriori danni alle finanze pubbliche. Alcuni enti di beneficienza e imprese no-profit di grandi dimensioni pagano stipendi molto elevati ai propri dirigenti, riducendo la disponibilità di fondi per l'assistenza di prima linea.

Un dibattito centrato sulla semplice dicotomia pubblico-privato è inutile – concludono gli autori – mentre esistono molteplici linee di evidenza a indicare che il Regno Unito sarebbe meglio servito da un servizio sanitario sia finanziato che erogato in modo predominante dal pubblico. Vi sono solo tre spiegazioni plausibili, a loro avviso, per il disconoscimento delle evidenze da parte di quanti stanno introducendo un modello mercatistico di assistenza sanitaria: difetto di comprensione dell'evidenza empirica, interesse personale o credo ideologico.

Sulla relazione pubblico-privato sarebbe auspicabile che anche in Italia si producessero

studi empirici supportati da evidenze, ancor meglio se multidisciplinari, per fornire all'opinione pubblica l'opportunità di capire e difendersi dalla martellante campagna stampa di soloni neoliberisti o "interessati" suggeritori dei rimedi "privatistici" alla carenze del SSN.

di Gianluigi Trianni, Aldo Gazzetti e Anna Baroncini