

Una salutare competitività – G. Corbellini – Il Sole24 Ore – 5-09-10

Come in un koan, il racconto che i maestri zen usano per aprire ai discepoli la strada dell'illuminazione, ho preso direttamente coscienza, nel corso di una triste vicenda personale, di cosa non va nella sanità, da un punto di vista economico. O, in altre parole, perché aveva tutto sommato ragione Milton Friedman quando scriveva, nel 2001, che la malattia di cui soffre la sanità è che, poiché paga sempre qualcun altro, a chi spende direttamente i soldi non viene mai in mente di ragionare prima in termini di utilità e solvibilità. Un giorno o due prima che mio padre morisse, il primario del reparto dove era ricoverato suggerì di effettuare una risonanza per capire l'origine dei deficit cognitivi che stavano aggravando il quadro clinico. Alla mia domanda, «Quale è, a questo punto, l'utilità di vedere cosa succede al suo cervello?», il primario rispose, mostrandosi stupito che in quanto familiare non assecondassi la sua premurosità: «Una risonanza non si nega a nessuno!».

Tenendo conto che mio padre era ricoverato in un efficiente ed eccellente ospedale del nord Italia, ne ho dedotto che probabilmente esistono dei margini ancora molto ampi per razionalizzare le spese sanitarie senza penalizzare le capacità degli operatori e danneggiare i cittadini; ma, anzi, incrementando l'accessibilità ai servizi o forse riducendo persino i debiti. Ma per riuscire a mettere in atto strategie che sfruttino questi margini occorrerebbe superare, in primo luogo, la filosofia ideologico/manichea «sanità pubblica vs. sanità privata», per concentrarsi sull'elemento che, indipendentemente da chi ci mette i soldi, in generale ha sempre dimostrato di migliorare qualità ed efficienza dei servizi nei sistemi sociali complessi: la competizione. Una competizione, che però deve essere arbitrata cioè alla pari, tra i fornitori di prestazioni, per intercettare con vantaggi differenziali i contenuti di una domanda che sarà tanto più selettivamente efficace quanto più sarà informata.

Il libro curato da Pellissero e Mingardi illustra, in modo più argomentato, più o meno lo stesso concetto, fornendo dati interessanti che meriterebbero di essere discussi da chi è pagato per governare e progettare il futuro legislativo di questo paese. Perché suggeriscono di pensare la sanità pubblica e il welfare sulla base di una filosofia politica un po' più moderna e soprattutto più realistica di quella che il ministro Sacconi racchiude nell'improbabile slogan «meno Stato più società». I curatori inquadrano molto opportunamente le origini politico-economiche dei modelli di servizi sanitari che hanno prevalso sul continente europeo nel corso dell'ultimo secolo e mezzo. Che sono riducibili a due: il modello Bismarck, creato in Prussia tra il 1883 e il 1889, dell'assicurazione obbligatoria in cui degli istituti (di diversa natura) raccolgono i contributi e li utilizzano per pagare le prestazioni erogate da strutture sanitarie che possono essere pubbliche o private, e il modello Beveridge, che si realizzava nel 1948 con la creazione del sistema sanitario nazionale inglese, in cui lo Stato ricava dalla tassazione generale i finanziamenti per pagare direttamente le strutture sanitarie, e che sono gestite principalmente da enti pubblici.

Pur con importanti differenze organizzative, i sistemi Bismarck e Beveridge hanno in comune, come osservano i curatori del libro, un impianto "paternalistico". Che appare dissonante rispetto all'evoluzione del rapporto tra i pazienti, o fruitori dei servizi sanitari e delle prestazioni mediche, e i fornitori, soprattutto i medici. Infatti, alla luce della natura dei problemi sanitari e delle impostazioni mediche dei trattamenti, che spingono inequivocabilmente verso una maggiore capacità discrezionale individuale nelle scelte, risultano piuttosto contraddittorie e non funzionali strategie che tendono a spingere verso una burocratizzazione dei sistemi sanitari. O, peggio a contingentamenti della spesa imposti dall'alto e sulla base di modelli decisionali inverosimili su una domanda, quella di salute, che per sua natura si autoalimenta.

Nel libro, che in appendice propone in italiano l'articolo di Friedman sopra ricordato, vengono messi a confronto gli sviluppi di cinque sistemi sanitari: quello italiano, quello svizzero, quello tedesco, quello olandese e quello francese. La lezione che ne emerge è allo stesso tempo sorprendente e prevedibile. I numeri dimostrano che il sistema sanitario italiano (limitatamente ad alcune regioni naturalmente) e quello olandese sono, per motivi storico-politici diversi, quelli caratterizzati dalla maggiore dinamicità. Mentre in Francia, Germania e Svizzera l'ossessione di regolamentare nei più fini dettagli i rapporti tra gli attori che calcano la scena sanitaria ha prodotto e sta producendo lievitazioni dei costi o insoddisfazioni, in Olanda è stato realizzato un sistema efficiente e soddisfacente che tiene fuori la politica e la pubblica amministrazione dalla sanità. Di fatto, tenendo separati erogatori, assicuratori e regolatori (lo Stato), stabilendo rapporti privatistici tra assicuratori ed erogatori di servizi, e lasciando la più ampia libertà di scelta all'utente, la qualità dei servizi e la diversificazione della domanda è andata nettamente migliorando.

Per quanto riguarda il sistema sanitario italiano, sono sempre i numeri a mostrare che il problema non «è quello di una spesa pubblica sanitaria eccessiva, bensì di una spesa sanitaria pubblica moderata in uno stato con una spesa pubblica complessiva troppo alta». Lavorando sui dati ufficiali con una serie di indicatori econometrici e di complessità delle prestazioni, vien fuori tutta una serie di cose ben note. A cominciare dal fatto che le regioni con più spesa e più disavanzo sono quelle con la rete sanitaria pubblica caratterizzata da gradi di complessità delle prestazioni più bassi. E dalla constatazione che le regioni del nord svolgono un ruolo trainante a livello nazionale grazie alla presenza di una componente di servizi privati di qualità e altamente competitiva. In generale, il modello italiano appare caratterizzato da una diffusa competizione tra offerte sanitarie, e le sue disfunzioni non dipendono, ancora una volta pubblico vs. privato, ma verosimilmente dalla mancanza di un'adeguata informazione ai cittadini per consentirgli di selezionare e quindi premiare quelle strutture, private o pubbliche che siano, le quali meglio corrispondono in termini di qualità e complessità tecnologica ad aspettative che si vanno sempre più diversificando.

Il libro di Pellissero e Mingardi è a suo modo incoraggiante, perché mostra che, alla fin fine, delle dinamiche spontanee di adattamento dei sistemi economico-sociali sono localmente ed efficacemente all'opera in questo paese, nonostante la drammatica disinformazione e inadeguatezza di chi, ai vertici della politica, avrebbe il compito di garantire quella sana competizione che, a differenza del paternalismo, produce funzionalità ed efficienza.

Gabriele Pelissero e Alberto Mingardi (a cura di).

«Eppur si muove. Come cambia la sanità in Europa, tra pubblico e privato», IBL Libri, Milano