

*Il sistema sanitario tra bisogni e limiti:
un problema globale*

di Emanuele Davide Ruffino e Germana Zollesi

L'inconfessabile desiderio d'immortalità ha caricato la sanità di aspettative impossibili da realizzare e, con la crisi finanziaria, ne ha spento anche molte illusioni sulle potenzialità del settore obbligando a confrontarsi con le fredde leggi dell'economia. Avvertire un bisogno si è spesso trasformato nel rivendicare un diritto che per concretizzarsi deve però essere supportato da soluzioni che garantiscano almeno un soddisfacente stato di salute. Oggi che il problema assorbe ingenti risorse (in alcuni Paesi la percentuale delle risorse indirizzate verso la sanità supera il 10% della ricchezza prodotta) ed è generalmente considerato uno degli aspetti più qualificanti della "vivibilità" di una società (non vi è programma politico che non dedichi, sia a livello nazionale che a livello locale, un ampio spazio a questo aspetto), non si dispone ancora di modelli generalmente accettati, anche se gli sforzi compiuti in sede O.M.S. hanno permesso negli ultimi decenni di portare il problema sanitario a livello planetario, obbligando i singoli Stati a misurarsi sulla loro capacità di rispondere alle esigenze della loro popolazione.

La capacità dimostrata da una società di affrontare e risolvere i problemi connessi con lo stato di salute è, sempre di più, uno dei principali indici per valutare l'evoluzione che la società stessa ha compiuto verso forme più avanzate di civiltà. Non si può neanche immaginare un tentativo di risolvere i problemi sanitari con la semplice applicazione di un modello o la costruzione di un insieme di strutture, ma occorre concepire una società che sappia, oltre che predisporre i mezzi, anche introdurre una cultura proiettata verso stili di vita più confacenti a quelli che sono le caratteristiche fisiche e psichiche dell'uomo. Il diritto alla felicità sembra essere diventato un imperativo cui una società moderna deve garantire, non solo più ai propri membri, ma anche alle altre collettività, in una prospettiva di crescita adeguata alle esigenze e alla natura dei singoli.

Benessere “governativo”

Questa necessità individuale giustifica e legittima sul piano pratico l'applicazione di un governo del benessere esercitato da autorità centrali. È cioè per garantire la libertà assoluta al singolo che una società deve impegnarsi a eliminare le cause che possono generare malattie o disturbi connessi allo stato di salute. Il singolo individuo è libero se l'ambiente che lo circonda gli permette di essere tale, ma se l'ambiente gli impedisce, o pone in grave pericolo la sua salute, di fatto è come se una parte della libertà fosse espropriata. Il possesso del miglior stato di salute costituisce uno delle maggiori aspirazioni che un essere umano può inseguire, qualunque sia la sua razza, religione od opinione politica.

La conquista della sanità come diritto per ogni essere umano, oggi sancito da fondamentali documenti e attestazioni, in primis dall'OMS, si sono andate lentamente ad elaborare presso le civiltà che ci hanno preceduto. Oggi queste elaborazioni sono la base del nostro vivere: risanare l'ambiente, mettere in opera tutte quelle misure sociali idonee per assicurare la conservazione della salute, insegnare ai singoli le regole d'igiene personale, lottare contro le malattie di importanza sociale, organizzare i servizi per la diagnosi e la cura delle patologie e, più in generale, prevenire le malattie, aumentare la longevità, migliorare la qualità della vita di ogni singolo individuo.

Però la scarsità di risorse che caratterizza la vita dell'uomo sulla terra, fa sì che ogni sforzo compiuto per migliorare lo stato di salute sia frutto di un processo decisionale e ogni scelta implica necessariamente un sacrificio rappresentato da un costo economico o alternativo (qualità e quantità degli input impiegati) cui la società o l'individuo si sottopone, più o meno consapevolmente, in base alla maturità raggiunta. L'illusione di potersi comportare senza considerare la limitatezza delle risorse è, purtroppo, soltanto un sogno che non ha mai compiutamente potuto tradursi in realtà. L'ipotesi di godere di alcuni benefici senza doverne pagare il prezzo, o più esattamente di poter rimandare al resto della società il costo è diventato un atteggiamento generalizzato, tant'è che il problema sanitario è uscito dalle programmazioni nazionali per diventare un problema globale coinvolgente più aspetti.

Costi e giustizia sociale

L'individuazione di un giusto prezzo per quanto concerne i prodotti sanitari è una questione, oggi come in passato, aperta per tutti i tipi di servizi sanitari. La loro definizione non può prescindere dalle esternalità indotte: l'esempio maggiormente evidente è offerto dalle epidemie che, a livello mondia-

le, obbligano a predisporre programmi in grado di prevenire il diffondersi di patologie da cui tutti gli individui possono subire danni irreversibili.

L'esperienza offre un'infinità di occasioni per dimostrare come un intervento generalizzato possa contribuire a migliorare la qualità della vita. Come si è giunti a questa presa di coscienza è però ancora una questione ampiamente dibattuta e perciò si rende necessario capire come i sistemi sanitari si possano ulteriormente sviluppare. Il diritto alla salute, quale orizzonte simbolico della nostra società, è sempre più anelato nelle nostre società spinto da una demagogia di facile presa e da interessi industriali non sempre trasparenti. Però, l'allettare una persona o una collettività che un qualcosa non si paga, fa perdere coscienza del valore stesso del bene offerto e della fatica compiuta per conseguire i risultati raggiunti: non si tratta solo di evitare un azzardo morale, ma della consapevolezza che il realizzarsi di una serie di condizioni operative, deve essere codificato in un compiuto processo conoscitivo.

Sia pur nell'inesauribilità della materia, occorre superare l'analfabetismo organizzativo serpeggiante in diversi strati dell'organizzazione sanitaria per cogliere le ampie potenzialità di miglioramento ancora possibili.

Il rebus dell'ingresso nella crisi

Se, quando e come siamo entrati in crisi è diventato un rebus che apre un dibattito interdisciplinare con un coinvolgimento dell'etica, dell'economia, della programmazione socio-sanitaria e della legislazione in materia. Che non si tratti solo di un problema contabile di bilancio o di contenzioso con i fornitori per il ritardo nei pagamenti è ormai accettato dagli operatori e dagli stakeholder, ma non si è ancora identificato un paradigma interpretativo in grado di sintetizzare le variabili in gioco.

La richiesta/rivendicazione o la chiusura di servizio sono infatti atti programmatori che dovrebbero rappresentare l'attuazione di una visione strategica e non il semplice soddisfare un bisogno percepito. Il sapere-come e il sapere-dove rappresentano momenti manageriali volti ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, ma non spiegano quale priorità debba essere assegnata ai diversi valori caratterizzanti una collettività riflettenti il “sapere-perché”. Storicamente, nel 1948 disponevamo di meno risorse, ma si condivideva una speranza. Oggi le risorse a disposizione sono decisamente superiori, ma si fatica a raggiungere una comunione di intenti. Gli scontri elettorali (caratterizzati dal “contro” l'avversario), le rivalità nel fruire un'agevolazione ed ora, in ambito sanitario, quale gruppo/zona dimostra di avere un maggior diritto a richiedere/mantenere un determinato servizio o la divisione manichea pro o contro i farmaci generici o contro i vaccini, evidenziano come il problema

più che finanziario sia ideologico. Ogni individuo è naturalmente portato a richiedere qualsivoglia servizio sotto casa (tranne quelli inquinanti, dove vale l'inverso) e a disporre del miglior prodotto possibile. La crisi finanziaria diventa così la manifestazione dell'insostenibilità nel mantenere il sistema.

L'analisi sanitaria ha rilevato come "bisogno domanda offerta" si muovano in forme antitetiche, condizionati da tematiche quali la medicina difensiva e la professionalità compartecipata (dove emerge come non tutte le prestazioni erogate rispondano ai bisogni dei pazienti), l'appropriatezza (dove si analizzano quali interventi comportino un miglioramento dello stato di salute), l'aderenza (dove, a fronte di una correttezza prescrittiva non segue un comportamento collaborativo del paziente). Ed in più contesti ci si comincia a chiedere se sia etico obbligare parte della popolazione a sostenere il peso tributario per costi derivanti da comportamenti palesemente colposi di altri individui (non mettersi le cinture di sicurezza, il fumo o altro abuso di sostanze, il non conformarsi ad un stile di vita corretto etc.).

Al momento della promulgazione della Costituzione veniva previsto un obbligo di "garantire" da parte dello Stato l'erogazione dei servizi e un riconoscimento alla libertà del cittadino di accettare quanto imposto. Ma non si prevedeva l'atteggiamento da assumere nel caso l'individuo adotti un comportamento contrario al mantenimento di un buon stato di salute, obbligando il resto della popolazione a sopportare il peso fiscale per assicurare anche a loro le cure del caso.

In effetti la costituzione, sicuramente illuminante se collocata nel contesto storico del 1948, prevedeva l'obbligo di erogare cure sanitarie a tutti (ancorché gratuitamente solo agli indigenti) e non poteva prevedere che il confine tra cure sanitarie e assistenza si andasse progressivamente confondendo, così come non poteva prevedere la possibilità che qualcuno non accettasse o non collaborasse.

Il fattore "paziente"

È così obbligatorio accettare un soggetto al Pronto soccorso o ricoverarlo, ma nulla si dice su quelle fattispecie dove il paziente pretende assistenza, ma poi assume un comportamento non coerente (scarsa aderenza alle cure o comportamenti non coerenti con il proprio stato di salute), ponendo così in discussione il ruolo che deve assumere lo Stato e la finanza pubblica. Alcuni paesi (ad esempio Gran Bretagna e Spagna), hanno modificato l'impegno dello Stato per renderlo maggiormente etico oltre che maggiormente sostenibile in tempi di crisi. Il complesso delle attività sanitarie deve cioè assumere una funzione regolatrice, non solo al suo interno, ma anche nell'individuare,

con strumenti legislativi e regole di comportamento, un sistema razionale di servizi. Cioè un sistema erogativo dove il singolo intervento trova la sua attuazione e il suo completamento in un contesto di efficacia generale. Il prodotto sanitario, inteso nella sua accezione più ampia, proietta nello scenario collettivo, locale e internazionale, l'immagine di una rappresentazione sociale derivata dal sistema Paese: cioè il graduale processo di evoluzione di una cultura incentrata sulla Sanità basato sulla capacità del sistema di rispondere alle esigenze della collettività. La Sanità appare sempre meno come un sistema chiuso o rigido, ma un complesso incentrato su frequenti interscambi con gli altri settori della società, e oggi anche inserito in un contesto internazionale che obbliga a confrontarsi con mercati alternativi.

Di fronte alla crisi i sistemi occidentali, se da un lato faticano a ridurre la domanda, dall'altro vincolano l'offerta a sottostare a controlli e pressioni da parte degli stessi soggetti che tendenzialmente richiedono nuove prestazioni. Sintetizzando, si è creata una situazione dove, vi sono significativi interessi a far recepire, specifici bisogni come "essenziali" e i gestori della sanità sono chiamati a misurarsi sulla convenienza etica, sociale ed economica degli interventi.

In questo scenario, occorre rivedere non solo i saldi contabili, facilmente soddisfatti con una riduzione dei servizi erogati, ma la visione generale attraverso una ridefinizione del sistema intervenendo sulle condizioni che possano influenzare lo stato di salute di una collettività, quale fattore determinante per migliorare la qualità della vita nel suo complesso e non solo come difesa di un interesse particolare. L'allettare una persona o una collettività che un qualcosa non si paga, porta a perdere coscienza del valore stesso del bene offerto e della fatica compiuta per raggiungere i risultati, generando così un pericoloso rischio morale.

Parte II

Il problema visto dagli americani

Comunque andrà a finire, la legge fortemente voluta dall'ex presidente degli Stati Uniti Barak Obama, l'America ha riportato l'attenzione su un problema irrisolto: garantire la salute in forme sostenibili. Ma non essendo un problema solo a stelle e strisce, forse occorre parlare di uno scarso livello di conoscenze sul settore da parte delle società occidentali, per non parlare di una vera e propria forma di analfabetismo economico-sanitario, che genera un clima di generale incertezza.

Il Senato, a maggioranza repubblicana, non ha più volte accettato la proposta presidenziale di Trump, volta a cancellare l'Obamacare (ACA Affordable

Care Act), obbligando tutte le forze politico-sociali a rivedere le posizioni di un fronte ad un problema sicuramente di forte impatto demagogico, ma non ancora governato da regole razionali.

Nelle ultime campagne elettorali di tutti i paesi occidentali, il problema “sanità” ricopre un ruolo sempre più determinante: è sufficiente visionare i giornali di dieci/venti annor sono per verificare come lo spazio dedicato dai mass media a questo settore è enormemente cresciuto. Come succede negli Stati Uniti, si stanno sviluppando dibattiti volti a ridefinire una nuovavisione della società in grado di dare attuazioni alle sensibilità andatesi a maturare negli ultimi anni tenendo però in debita considerazione la limitatezza delle risorse dedicabili.

La legge sulla sanità a buon mercato (ACA Affordable Care Act) ha rappresentato il tentativo della presidenza Obama di sottrarre la popolazione americana da una specie di ricatto medico, che tende a utilizzare il bisogno di salute come veicolo per trovare spazio alle potenzialità dell’offerta, cercando in alternativa di garantire una copertura se non ancora universale, il più allargata possibile. Un problema tutt’altro che risolto, che esce dai confini della sanità se, come afferma, il consigliere per la sanità di Obama, Ezekiel Emanuel: “Gli Stati Uniti devono imparare a fornire assistenza di qualità ai nostri cittadini a costi ridotti o affrontare la perdita della nostra leadership economica nel mondo”.

Lo scontro durante le presidenziali

Una pubblicità assillante sui media americani inquadrava una donna triste che afferma con sicurezza come purtroppo, Obamacare “semplicemente non funziona.” Nonostante ciò le iscrizioni sono costantemente cresciute. I dati riportati dal HealthCare.gov riportava come almeno 9.5 milioni di persone precedentemente non assicurati hanno già ottenuto copertura sanitaria dal momento che la legge è entrata in vigore (superando l’obiettivo originale di 7 milioni riportato dallo stesso Healthcare.gov). Tale numero include le persone che hanno acquistato piani di salute direttamente da imprese di assicurazione o che si sono iscritti nel Medicaid. Questo successo ha fatto sì che il numero di americani senza assicurazione sia scesa al 13,4 per cento, il tasso più basso mai registrato. Prima dell’introduzione dell’Obamacare nel 2013, il tasso di non assicurati dell’America raggiungevano il 18%.

La diffusione del sistema non è però avvenuta in modo uniforme: nel Kentucky grazie anche all’azione informativa del sito web statale, più di 300.000 persone hanno aderito al Medicaid portando Obama ad elogiare il Governatore Steve Beshear, durante il discorso sullo stato dell’Unione in gennaio

2016. In altri Stati il discorso ha assunto aspetti solo marginali, nonostante le indicazioni federali.

Ma proprio la possibilità di un generale successo ha fatto prefigurare, secondo i critici, uno scenario catastrofico-fallimentare, essendo soprattutto i soggetti già ammalati ad assicurarsi. I “sani”, infatti, risultano più restii ad assicurarsi facendo così mancare il necessario sostegno finanziario al sistema: preoccupazione che ha fatto presa in diverse fasce dell’elettorato. Per ovviare al problema delle cosiddette “precondizioni” di salute prima di assicurarsi, si è ipotizzato un sostegno pubblico, superiore ai 100 miliardi di dollari, per sostenere chi già è ammalato, evitando così di soffocare il sistema alla nascita. In effetti, sono in molti ad interrogarsi sulla sostenibilità del sistema e, prima ancora, a chiedersi se “sia morale promettere qualcosa che si sa che non possiamo pagare”, asserisce il senatore repubblicano Robert Benvenuti.

Il dibattito di fondo negli USA contrappone chi ritiene che le prestazioni debbano essere pagate direttamente dal beneficiario (o tramite la propria assicurazione) e chi sostiene la necessità di tutela generalizzata dove il costo sia rappresentato dalla capacità di contribuire e non dalle prestazioni richieste, come già avviene da decenni per il Medicare. Tale sistema è riuscito a fornire una copertura quasi totale agli americani di età superiore a 65 anni, ottenendo un alto indice di apprezzamento dai fruitori.

Un sistema basato sulle possibilità del singolo pagante e non più sul pagamento delle prestazioni richieste, secondo i sostenitori dell’Obamacare costituisce uno stimolo all’economia in quanto, garantendo la sanità per tutti costituisce una forma tangibile di sicurezza sociale, apprezzabile anche da quegli imprenditori, specie dalle medio-piccole imprese che così saranno libere di sviluppare i loro business plan senza preoccuparsi del costo e della difficoltà nel fornire le cure sanitarie per loro stessi e i loro impiegati. Verrebbero così rimossi i vincoli che obbligano a continuare a lavorare in un posto, perché le loro famiglie necessitano di particolari cure mediche. A ciò si aggiunge che gli ospedali, con il consolidamento dell’Obamacare, vedrebbero significativamente ridurre i contenziosi per cure non rimborsate: il pagamento a prestazione da parte del singolo fa sì che siano in molti a richiedere cure che poi non sono in grado di pagare, generando difficoltà notevoli e dispendio di energie per il recupero crediti.

Il livello di “sofferenze” degli ospedali americani verso soggetti insolventi con l’Obamacare è, in effetti, decisamente diminuita: il contenzioso causato da cure non pagate aveva infatti raggiunto i 5 miliardi di dollari annui. Sofferenze non sopportabili per un sistema ospedaliero direttamente o indirettamente quotato in borsa e sottoposto alle turbolenze dei mercati finanziari.

Lo stesso Presidente Obama, promise in numerose occasioni nel 2007 e

2008 che il suo piano avrebbe ridotto i costi addizionali per la media familiare fino a 2.500 dollari all'anno. Gli americani hanno invece dovuto affrontare un incremento dei costi contribuendo così alla sconfitta del partito democratico accusato di aver creato un sistema non sostenibile finanziariamente. Con il senno del poi, anziché focalizzarsi sulla massiva espansione e ristrutturazione del Sistema sanitario, si sarebbe dovuto concentrare sulla riduzione dei costi sanitari, ponendo maggiormente l'enfasi sulla prevenzione e benessere.

Oltre alla preoccupazione che, nel lungo termine, l'ACA non sia in grado di rallentare l'inflazione sanitaria, ha fatto breccia la tradizionale irritazione degli americani quando costretti ad adeguarsi ad un eccessivo intervento dello stato nella loro vita.

Il principio che le persone più ricche devono fondamentalmente contribuire alle spese sanitarie dei meno fortunati, negli USA contrasta spesso con la ritrosia nell'attribuire allo Stato la possibilità di sostituirsi alla persona nel determinare le proprie scelte. Tale sospetto è inoltre rafforzato dal fatto che con l'introduzione del Affordable Care Act, il numero dei piccoli uffici medici andati fuori mercato sono decisamente cresciuti: tali attività sono state in gran parte assorbite dalle grandi organizzazioni, riducendo la concorrenza. La concentrazione delle attività sanitarie, chiamato consolidamento, tende a compromettere, infatti, le possibilità di scelta del paziente costringendolo a rivolgersi ad un mercato sempre più oligopolista.

Sotto un profilo meramente contabile, a preferire l'Obamacare sono i pazienti ad alto rischio, (comprese le persone che fumano, che non si sono presi cura di se stessi e non controllavano il loro peso), che pagando un premio fisso si garantiscono una gamma elevata di prestazioni: mentre i giovani e le persone in buona salute, rischieranno di doversi far carico, in un futuro più o meno prossimo, del peso fiscale per sostenere le cure di chi, con premio contenuto, ha esercitato una domanda consistente di servizi sanitari.

Non si tratta solo di un problema economico legato ai possibili aumenti delle imposte, ma di una fattispecie di moral hazard (letteralmente "rischio morale") in quanto i fruitori di un servizio offerto a tariffa prestabilita oppure ad un prezzo politico, siano portati a ritenere che questo non abbia alcun costo reale; ciò provoca, di conseguenza, un consumo spesso indiscriminato del servizio, anche oltre la soglia di un'utilità marginale pari a zero (cioè che si continui a richiedere servizi anche quando questi non comportino più alcuna utilità). Il cosiddetto out-of-pocket (tirar fuori i soldi dalla propria tasca) rimane infatti uno dei deterrenti più incisivi a limitare l'eccesso di consumi. Anche se questo discorso stride un po' con il fatto che da decenni, gli americani siano la popolazione che più spende per acquisire servizi sanitari.

Occorre ricordare come la storia americana sia nata da un insieme di co-

munità che si eleggevano direttamente lo sceriffo e il giudice e che provvedevano direttamente a costruirsi l'ospedale: ora che lo stato Federale voglia sostituirsi a loro (con un aumento del peso fiscale) sono in tanti a non accettarlo culturalmente, prima ancora che economicamente. Per una parte significativa dell'elettorato appare sempre più evidente che un indebitamento contratto nel presente corrisponde ad una minore possibilità di azione nel futuro, su cui graveranno detti debiti. Vengono di fatto invertiti i principi delle politiche Keynesiane che vedevano proprio nella spesa pubblica un volano per la crescita economica. Chi ha ragione lo deciderà la storia, ma i malati di oggi, da anni spettatori del dibattito sulla salute, vorrebbero soluzioni più immediate e concrete. Le elezioni hanno dato ragione agli scettici, ma poi alla prova dei fatti il sistema è sopravvissuto grazie ad una spaccatura all'interno dello stesso partito del neo presidente Trump, scatenando ancor più il dibattito ed obbligando a riflettere anche gli altri paesi occidentali.

La sanità americana: luci ed ombre

I costi sanitari negli Stati Uniti sono i più alti al mondo in termini di percentuale sul PIL, ma nonostante cioè gli "esclusi" dal sistema sono decine di milioni. A muovere verso l'Obamacare è stata sicuramente la consapevolezza che il paese più ricco della Terra non garantisce la sanità a tutto il suo popolo, mentre permette forme di malversazione (profiteering) dell'industria farmaceutica e delle compagnie private di assicurazioni, in alcuni casi accusate di sciacallaggio. Gli Stati Uniti spendono, pro capite, quasi il doppio nella sanità di altre nazioni (tra cui Gran Bretagna, Italia, Francia), ma continuano a registrare mortalità (compresa quella infantile) poco confortanti.

A difesa degli alti costi sostenuti, va riconosciuta la capacità del sistema americano nel settore della ricerca e la conseguente posizione di leadership a livello internazionale nel mercato farmaceutico e della strumentazione medica, con un significativo impatto sull'export americano.

Se da un lato è innegabile che gli Stati Uniti hanno offerto il maggior contributo all'evoluzione delle scienze mediche con un'infinità di studi e scoperte, dall'altro cresce la preoccupazione di un eccesso di utilizzo di beni e servizi sanitari oltre i limiti dell'appropriatezza, riducendo l'efficacia complessiva degli interventi. In effetti l'ACA non è stata sufficientemente incisiva nell'affrontare le cause di aumento dei costi sanitari, né di reinventare il Sistema ospedaliero, anzi si sono andate a consolidare forme di oligopolio che in alcune realtà si sono trasformati in monopoli locali e regionali incontrollati, con conseguente aumento delle spese sanitarie e farmaceutiche. Queste tendenze di fondo stanno spingendo gli assicuratori a proteggere le proprie posizioni

con nuove tattiche, compreso il tentativo di guidare i pazienti ad alto costo, i cosiddetti “non-preferreds”, fuori dai piani medici: cioè non più assicurarli.

L’ACA, ha tentato di introdurre una specie di trasparenza forzata per contrastare le preoccupazioni che le prescrizioni dei medici e le scelte dei trattamenti siano influenzate da ragioni di convenienza finanziaria, cercando di far uscire il problema dalle sacche della burocrazia e dei cavilli legali ed accrescere gli studi basati sull’appropriatezza. Argomento difficilissimo per le possibili complicanze su cui poco è stato fatto e comunque non in forme esaustive, ma che sarà il banco di prova per qualsivoglia sistema sanitario si voglia approntare: l’Obamacare ha avuto il merito di evidenziare il problema e di tentare un primo approccio basato su una maggiore conoscenza dei dati disponibili.

Il ruolo dei Datori di lavoro

Attualmente gran parte delle polizze assicurative sono a carico dei datori di lavoro (169 milioni di americani ricevono la loro copertura attraverso i loro datori di lavoro) ma nelle previsioni di Ezekiel Emanuel, il primo assistente di Obama e architetto della legge, tale condizione si sarebbe ribalta nel 2025 allorché i costi delle polizze a carico del datore sarebbero risultati residuali nel contesto generale.

Dagli ultimi dati disponibili, senza correttivi, i costi in capo ai datori di lavoro passeranno da 4,800\$ a 5900\$ dal 2015 al 2023.

Gli impiegati percepiscono con immediatezza quando i loro premi crescono, ma lamentano scarsa informazione circa il perché di detta crescita, avvalorando il sospetto che qualcuno speculi sulle loro necessità. I datori di lavoro dovrebbero fornire informazioni adeguate ogni anno durante il periodo d’apertura di iscrizione, ma siamo ancora distanti da una effettiva trasparenza sui benefici dei piani assicurativi e dei loro costi.

Milioni di lavoratori hanno l’impressione di pagare di più per la loro sanità, perché i loro datori di lavoro hanno lentamente riorganizzato i parametri in modo che gli impiegati abbiano minori coperture, con conseguente rischio di sopportare direttamente alcune spese sanitarie.

Le prospettive

L’ACA non ha risolto uno dei più grandi problemi nella sanità USA: come finanziare la cura a lungo termine per pazienti che soffrono di disabilità o di malattie croniche come l’Alzheimer. Con l’ACA si è pensato di estendere la copertura anche a questo tipo di patologie, ma ogni tentativo è stato smorzato

dagli eccessivi costi, lasciando però spazio a parecchi programmi pilota mirati a trovare modi per permettere a persone molto fragili e malate di ricevere direttamente a casa propria cure e servizi sociali.

Il successo dell’operazione passerà inevitabilmente attraverso un maggiore coordinamento delle cure tra medici, infermieri, specialisti, ospedali e altri operatori cui i pazienti possono rivolgersi per l’assistenza sanitaria. Diversamente dal sistema italiano o inglese, predisposti a gestire il coordinamento tra più livelli assistenziali, la sanità americana è meno abituata ad assicurare che medici di famiglia e infermieri siano partner degli ospedali nel gestire i percorsi delle cure.

La legge sanitaria di Obama prevedeva anche la creazione di hospice per permettere a persone con malattie terminali di ricevere assistenza senza dover rinunciare ai trattamenti ancora utili.

Per dare effettività a questi progetti occorreva però superare un altro punto critico: la cronica difficoltà (o forse sarebbe più corretto parlare di riluttanza) degli attori del sistema a scambiarsi documenti sanitari al fine di garantire che i pazienti possano disporre all’abbisogna di una copia completa di tutti i loro documenti elettronici sanitari, semplicemente tramite un codice di accesso. Oltre alle scelte di impostazione, il dibattito sugli assetti della sanità americana ha permesso di approfondire le conoscenze sulle variabili che caratterizzano il sistema. Oggi uno dei principali costi che le strutture e i singoli professionisti devono sostenere sono collegati alle cause giudiziarie connesse alla cosiddetta negligenza medica. Per integrare l’efficacia della riforma si è infatti proposto di inibire le cause contro strutture e personale sanitario che abbiano seguito linee guida e protocolli di buona pratica clinica, riconosciute dalle organizzazioni mediche accreditate.

In effetti uno stato deve garantire ex ante la qualità e la professionalità di chi opera in ambito sanitario, limitando i contenziosi solo laddove questi parametri non sono rispettati: dal trend in crescita quasi esponenziale dei contenziosi in ambito sanitario, in America come in Europa, e dalla scarsa attenzione a prevenire questo problema sembra quasi che il sistema sia più interessato a garantire lavoro agli studi legali che non a prevenire gli incidenti sanitari. Se un professionista viene lasciato operare in una struttura pubblica o privata è perché questo risponde a definiti, controllabili e controllati requisiti.

Repubblicani e Democratici continuano ad ispirarsi a impianti ideologici profondamente diversi su alcuni degli elementi chiave. Sono in disaccordo sul ruolo del governo, sulle libertà del singolo individuo e soprattutto sul dilemma della spesa complessiva. Anche fuori dagli Stati Uniti le forze politiche di tutto il mondo occidentale stanno dibattendo sugli stessi problemi, ed in particolare su come impostare gli asset del sistema stesso. Per superare questa

fase occorre definire senza partigianeria di parte individuare tutte le possibili soluzioni. Le pagine che seguono tentano di mettere un po' d'ordine.

Parte III

La scelta del sistema sanitario: ossia di che sanità sei?

Alla domanda, “quale sanità preferisco?” i talk show hanno insegnato a rispondere con frasi ad effetto del tipo “che funzioni”, “che assicurazioni cure adeguate”, “che fornisca risposte tempestive” e via dicendo. Tutte risposte condivisibili, ma che non spiegano “come” e prima ancora “con quale sistema”.

Ed allora ci permettiamo di proporre una classificazione delle possibili organizzazioni sanitarie in modo da aiutare a definire le preferenze verso il mondo sanitario, sapendo che se anche noi non ci interessiamo di sanità, prima o poi sarà la sanità ad interessarsi a noi!

Abbandonate le lotte ideologiche che vedevano contrapposto pubblico e privato come modelli alternativi, l'evoluzione delle politiche che governano i sistemi sanitari dei paesi occidentali si caratterizzano per l'ambizione di dominare e rielaborare i fenomeni sanitari tramite mediazioni, necessariamente temporanee, ma che permettano l'applicazione di un sistema normativo confacente alle istanze presenti nella società.

Molti Stati rispettando, anzi esaltando, i margini imprescindibili di libertà individuale, pongono tra i loro fini il miglioramento delle condizioni di salute della collettività, attraverso una, più o meno marcata socializzazione del rischio. In quest'ottica, molte politiche sanitarie hanno cercato di sviluppare il settore passando dalla gestione della cura assistenziale e dell'emergenza, alla prevenzione ed infine alla promozione della salute, con una concezione dell'igiene ambientale intesa nel suo significato più ampio ed esteso.

Istituzionalmente lo Stato è chiamato a stabilire verso quale tipo di sistema vuole indirizzare il settore sanitario, al fine di assicurare la tutela della salute di tutta la popolazione.

Tra i due estremi (sola presenza dello Stato accentratore e pianificatore e la totale libertà delle componenti d'affermarsi secondo le regole di mercato) si possono identificare un'infinità di soluzioni intermedie, anzi si può affermare che le ipotesi estreme risultino ormai solo visioni concettuali, mentre tutti i sistemi presenti nel mondo, dagli Stati Uniti (dove la spesa pubblica ha superato quella privata) alla Cina (dove viceversa la spesa privata ha superato quella pubblica) possono definirsi misti con la contemporanea presenza di componenti pubbliche e privatistiche. Può quasi risultare un “gioco” individuare qual è la posizione individuale di ognuno di noi e verificare, tra le diverse soluzioni, quella che più si avvicina alla propria posizione individuale.

Se si esaminano le ipotesi su come si sono andati a realizzare i sistemi sanitari si può costruire una successione di ipotesi (evidentemente le possibilità di combinazioni sono pressoché infinite e questo schema ne riassume solo i principali). In dettaglio:

Prevalenza del settore pubblico:

- presenza esclusiva del settore pubblico con servizi offerti a prezzo zero o a prezzi politici (stabiliti dalle autorità centrali);

- mercati interni ai rispettivi servizi sanitari. Tutto il servizio rimane pubblico ma si possono sviluppare forme di concorrenza tra i vari enti operanti nel settore;

- il settore pubblico si rivolge anche a privati fornitori tramite convenzioni (produzione di servizi privata, ma il pubblico conserva sempre una posizione di monopolio sul mercato).

Sistema misto:

- intervento pubblico con servizi offerti gratuitamente o a prezzi politici ma dove i privati possono organizzarsi per offrire prodotti sanitari intermedi o prestazioni dirette a pagamento, sottoposte a controllo pubblico;

- entrambi i sistemi convivono anche se con finalità diverse in un regime di confronto/concorrenza;

- prevalenza di forme assicurative obbligatorie sia pubbliche che private gestite in modo autonomo.

Libera concorrenza:

- sistema misto dove il pubblico garantisce solo alcune prestazioni a particolari categorie di persone e/o per determinate patologie;

- preponderante presenza del privato sottoposto a un articolato complesso di norme e di controlli;

- solo intervento del privato caratterizzato da forme di libera concorrenza regolamentate da norme e regolamenti.

Se negli Stati Uniti vige un sistema essenzialmente privato, con alcuni interventi pubblici (Medicare e Medicaid che la riforma Obama ha cercato di sviluppare), in Europa i vari sistemi sanitari sono riconducibili sostanzialmente a due modelli: il Beveridge e il Bismark. Il primo, dal nome del ministro inglese che lo ideò, è caratterizzato da una copertura universale di tutti i cittadini e da una partecipazione dello Stato sia nella fase di finanziamento, basata sul prelievo fiscale, che nell'erogazione dei servizi.

In pratica lo Stato si fa garante in proprio della salute dei cittadini, gestendo direttamente la maggior parte delle strutture assistenziali. Questo

modello è la base dei sistemi sanitari operanti in: Inghilterra, Irlanda, Portogallo, Danimarca e Italia.

Il modello Bismark prevede invece che la copertura universale di tutti i cittadini sia ottenuta attraverso la contemporanea presenza del pubblico e del privato nei fattori di produzione. In questo caso i cittadini sono, per legge, obbligati a stipulare una qualche forma assicurativa, ma possono rivolgersi per il soddisfacimento dei loro bisogni optando liberamente tra strutture pubbliche e private poste su un piano paritetico e concorrenziale. I paesi europei che adottano questo modello sono: Olanda, Germania, Lussemburgo, Grecia, Francia e Spagna. Ma le forme per attuare questi modelli e le direttive dell'O.M.S. (che offrono un valido termine di confronto nel misurare i progressi compiuti da un sistema sanitario) trovano, in base ai criteri politici adottati, diverse applicazioni nei singoli Stati. Parecchi sono, infatti, i parametri che possono caratterizzare i singoli sistemi:

- grado di equità orizzontale e verticale che si vuole ottenere;
- possibilità di scelta da parte dei pazienti;
- responsabilità e possibilità operative dei singoli attori;
- grado d'influenza della sfera politica e competenza decisionale dei tecnici;
- contrapposizione in termini economici tra chi fornisce i servizi (ospedali, medici, poliambulatori), chi li sovvenziona (autorità sanitarie) e chi li acquisisce (Assicurazione, singolo paziente o raggruppamenti di questi), realizzando un diverso grado di concorrenzialità sui mercati tra i vari attori;
- grado di decentramento della responsabilità ai singoli operatori (burocrazia o *deregulation*);
- spirito d'imprenditorialità presente nel sistema;
- livello qualitativo che si vuole raggiungere.

Indipendentemente dal sistema adottato, si pone il problema dell'articolazione delle responsabilità gestionali sia da un punto di vista di coinvolgimento degli enti locali o periferici, sia per quanto concerne il potere di programmazione del singolo medico o équipe. Se un maggior grado di decentramento permette di meglio conoscere i problemi dei cittadini e di fornire risposte adeguate alla situazione, a questo corrisponde però una maggiore possibilità di creare disuguaglianze di trattamento. A favore delle responsabilità centralizzate dello Stato spingono, infatti, quelle correnti ideologiche rivolte alla realizzazione di sistemi universali ed egualitari di sicurezza sociale.

L'uguaglianza nell'erogazione delle prestazioni (in genere connessa a forme gratuite di distribuzione che annullano l'elemento reddituale del singolo) è, infatti, l'obiettivo ultimo di molti sistemi sanitari, non solo a economia pianificata, ma anche nei paesi occidentali a libero mercato.

Questo primo inquadramento permette di sviluppare il ragionamento evidenziando i punti di forza e di debolezza che possono caratterizzare le singole posizioni.

Privato puro

Mercato scarsamente regolamentato dove le componenti sono libere di prendere e attuare le proprie decisioni senza dover rispondere a nessuno se non la ricerca del massimo vantaggio.

Tipo di mercato

L'assenza di regole rigide fa sì che il tipo di mercato viene dettato dalle situazioni che si vengono a formare spontaneamente in base a condizioni oggettive: possono così ritrovarsi forme di monopolio o di oligopolio quando gli investimenti o il know how sono tali per cui solo una o poche aziende riescono a fornire un determinato servizio, ma la mancanza di vincoli dovrebbe permettere (o più correttamente non impedisce) l'ingresso di più imprese nel settore in base alle condizioni di mercato.

Livello di libertà del cittadino

Teoricamente massima: la mancanza di vincoli formali permette, infatti, al cittadino di operare le sue scelte come meglio crede. In realtà però problemi di asimmetria informativa e, per le cure more expensive, la disponibilità finanziaria fanno sì che la mancanza di regole non porti inequivocabilmente ad una soluzione di piena libertà.

Grado di concorrenzialità del sistema

Al limite del "selvaggio", per le attività a larga diffusione: per le altre si registra il serio rischio di forme locali e/o settoriali di monopolio.

Ruolo economico del medico di fiducia

Sotto un profilo economico è un libero professionista che, in base al mercato in cui opera, ricerca il massimo profitto soddisfacendo soprattutto le esigenze immediate (in primis bisogno d'attenzione, comfort alberghieri e supporti logistici) dei clienti/pazienti.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Massima possibilità operativa perseguita attraverso l'individuazione di quelle attività maggiormente remunerative (tralasciando invece attività che nel breve non ottengono soddisfazione dal mercato).

Autonomia finanziaria

Essendo l'impresa stessa a determinare l'utilizzo dei propri fondi (capitale proprio, riserve e utili non distribuiti) questi vengono indirizzati laddove si ritiene ci saranno maggiori possibilità di ritorno sugli investimenti.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere dovrebbe essere polverizzato tra tutti coloro che prendono decisioni in campo sanitario e, quindi, i cittadini/pazienti, quali detentori della domanda, dovrebbero poter giocare un ruolo di primo piano: in realtà però notevole può essere il ruolo esercitato da "agenzie di marketing" criptate che in mancanza di regole possono influenzare il comportamento dei singoli individui.

Privato regolato

Mercato dominato dalla presenza di attività private, la cui libertà di azione viene da un lato garantita da apposite regole dall'altro viene inserita in un contesto in cui al bene del singolo è affiancato la tutela del benessere collettivo. La presenza di regole certe e determinate permette d'indirizzare il sistema verso alcuni obiettivi considerati prioritari e di verificare che le condizioni di mercato, ritenute opportune, trovino precisa concretizzazione nelle singole situazioni (cioè se si vuole una situazione di libera concorrenza occorre installare un insieme di regole che la garantiscano da degenerazioni).

Tipo di mercato

A determinare il tipo di mercato non sono solo le oggettive condizioni rilevabili nella società ma anche la volontà normativa d'indirizzare la Sanità, o settori di questa, verso determinate forme di monopolio, oligopolio, concorrenza perfetta, considerate di volta in volta utili per affrontare una situazione. Ad esempio la gestione dell'elisoccorso e delle ambulanze, lasciata senza regolamentazione creerebbe solo del caos mentre, pur in presenza di fornitori privati per questi servizi, ma con un'efficace regolamentazione, si dovrebbe poter raggiungere un sistema in grado di rispondere anche ad obiettivi pubblici.

Livello di libertà del cittadino

Fatto salvo il rispetto delle norme regolanti la materia (alcune delle quali poste in essere proprio a tutela del cittadino) il sistemare tutte le componenti in esso operanti, possono godere di ampi margini d'azione.

Grado di concorrenzialità del sistema

Il sistema conosce le regole e le sue componenti cercano di operare per ottenere il massimo vantaggio, rispettando le suddette regole. La funzionalità del sistema è data dalla bontà delle regole e dalla loro attuazione: esiste però il pericolo che alcune componenti lobbistiche cerchino di entrare nella fase di determinazione delle norme per indirizzarle a loro esclusivo vantaggio.

Ruolo economico del medico di fiducia

L'imposizione di regole può non contrastare (anzi è possibile imporre direttamente l'applicazione di alcuni indirizzi etici) con la mentalità ippocratica del medico che si vede così tutelato da effetti distorsivi che possono derivare da un clima di eccessivo confronto non controllato (primo esempio è il bisogno del medico di salvaguardare la sua professionalità: da qui la necessità di prevedere il reato di esercizio abusivo dell'arte medica o del reato di comparaggio).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

In rapporto ai vincoli stabiliti le imprese operanti in questo mercato ricercano una "nicchia" che soddisfi le esigenze di profitto e la prospettiva futura di ricoprire un più significativo ruolo all'interno del sistema se non altro per poter far rilevare l'utilità della propria attività;

Autonomia finanziaria

Tranne la parte di disponibilità finanziarie destinate a soddisfare i vincoli imposti dal sistema (esempio: norme di sicurezza, obbligo a erogare determinate situazioni...) vi è completa autonomia nel destinare i fondi (la programmazione aziendale probabilmente viene influenzata dalle possibili previsioni, oltre che sull'andamento del mercato, sull'evoluzione normativa).

Chi detiene il potere decisionale?

Il Legislatore ricopre un ruolo importante nel momento della definizione delle regole e nella verifica della loro attuazione: ma una volta stabilite le regole questo tipo di mercato lascia ampia autonomia di decisione a tutte le componenti ad esso interessato (cittadini e loro medici broker, imprese private e no profit, associazioni di volontariato...)

Regime delle assicurazioni obbligatorie

La possibilità di affrontare eventuali disagi connessi allo stato di salute sono delegate a società a ciò predisposte: vi è cioè la consapevolezza che il problema salute non può essere affidato solo alla lungimiranza dei singoli, ma occorre che ogni individuo, per obbligo di legge si occupi della questione ricercando sul mercato quella forma (autorizzata e accreditata) che meglio soddisfi le proprie esigenze. In prima battuta le Società assicurative s'inseriscono come terzo soggetto in un mercato che vede sul lato della domanda la quasi totalità della popolazione e sul lato dell'offerta, un insieme di attività di cui le società assicurative rappresentano i maggiori acquirenti.

Tipo di mercato

Se le Società assicurative sono numerose e non vincolate dalle sottoscrizioni di cartelli, il mercato presenta un alto livello di concorrenzialità: se invece poche società controllano gran parte del mercato (o se tra loro ci sono accordi che obbligano le società sottoscrittrici ad un comportamento uniforme) siamo in presenza di un oligopolio.

Livello di libertà del cittadino

Persa la "possibilità di disinteressarsi del problema salute" il cittadino è obbligato a scegliere tra le diverse opportunità offerte dalle società assicurative concorrenti. Lo Stato può garantire e verificare che non si vengano, di fatto, a creare forme di monopolio dove la libertà di scelta del cittadino sarebbe di fatto annullata.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità è data, oltre che nel momento della scelta del cittadino fra le diverse assicurazioni, anche tra le assicurazioni che si vedono impegnate nella ricerca di soluzioni maggiormente conformi alle esigenze che il mercato presenta.

Sul lato dell'offerta, questo sistema obbliga le strutture sanitarie a confrontarsi non più solo con il cittadino/paziente, ma anche con società che per esperienza e possibilità soffrono meno il problema dell'asimmetria informativa.

Ruolo economico del medico di fiducia

Contemporanea necessità di soddisfare il cliente/paziente e la società con cui è convenzionato e da cui è remunerato. Non sempre le due esigenze coincidono. Quando infatti un individuo ha sottoscritto una polizza ha poi tutto l'interesse a richiedere prestazioni. Il medico se remunerato a prestazioni tende a fornirle, aumentando così le spese per l'assicurazione; se invece il medico è remunerato su base capitaria avrà tutto l'interesse a ridurre le prestazioni, che per lui rappresenterebbero solo un aggravio.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Ricerca di stipulare contratti con una o più Società Assicuratrici, facendosi carico della necessità di soddisfare parte delle condizioni previste nella polizza.

Autonomia finanziaria

Se sono le stesse società assicurative ad avere le proprietà delle strutture sanitarie l'autonomia finanziaria di queste sarebbe dettata esclusivamente dai piani di previsione e sviluppo delle Società medesime. Se invece gli assetti proprietari sono diversi le strutture sanitarie possono avanzare i loro progetti e poi verificare il ritorno di utilità in base al successo riscosso dai pazienti e dalle loro Società Assicuratrici.

Chi detiene il potere decisionale?

Indubbiamente il potere delle Assicurazioni è molto forte ma deve costantemente confrontarsi con il successo riscosso tra i cittadini e le possibilità contrattuali da stipulare con le singole strutture ospedaliere, capaci di trattare su più punti in posizione di non subalternità.

Sistema misto in concorrenza

La contemporanea presenza del settore pubblico (basato sul prelievofiscale e rivolto a tutti gli individui in base alle loro necessità) e del settore privato (che ricerca nel mercato, cioè nella capacità di appagare i bisogni dei singoli individui, la propria ragione d'essere), permette di garantire livelli di assistenza sanitari a tutta la popolazione e di offrire servizi differenziati in un regime di confronto/competizione non solo fra aziende diverse ma tra sistemi diversi.

Tipo di mercato

Il mercato elabora continui confronti tra settore pubblico e strutture private, anche se non si può parlare di vera e propria concorrenza, in quanto le condizioni in cui operano i due sistemi sono spesso profondamente diverse; certo è però che il bisogno da soddisfare può coincidere ed è proprio dal confronto su come si riescono a risolvere i singoli problemi che si può instaurare

confronto (oltre a quello che si realizza all'interno dei due sistemi tra le imprese in esso operanti).

Livello di libertà del cittadino

Il cittadino è obbligato a partecipare alla copertura delle spese della Sanità Pubblica (in genere con un prelievo fiscale proporzionale al proprio reddito) ma può scegliere tra alternative diverse. Anche nel caso in cui un cittadino scelga di rivolgersi al privato deve comunque sottostare ad un esborso aggiuntivo a favore del settore pubblico, di cui solo in parte potrà poi ritornargli come servizi resi (servizi d'emergenza) o come fruitore di un benessere sociale diffuso.

Grado di concorrenzialità del sistema

Nel sistema convivono due forme di concorrenza: tra strutture private e tra enti pubblici (ammesso per questi ultimi che il sistema permetta un'effettiva concorrenzialità: in ultima istanza, tutte le unità operative sono riconducibili al volere di cui l'autorità politica e, quindi, strategicamente governate con finalità simili). A queste due concorrenzialità, per così dire "interne", si aggiunge il confronto tra i due settori: dovrebbero di conseguenza crescere le possibilità di elaborare soluzioni originali e alternative (il settore pubblico in questo può presentare forme di dinamismo manageriale in quanto obbligato a confrontarsi quotidianamente con il settore privato).

Ruolo economico del medico di fiducia

Il medico di fiducia deve aiutare a scegliere quale struttura meglio si adatta alle necessità del proprio paziente: succede però che, pur nel rispetto delle leggi, le strutture private possano attivare processi di marketing volto a convincere il medico sulla bontà delle prestazioni erogate, mentre la struttura pubblica difficilmente pone in essere simili comportamenti: anzi un'eventuale crescita della domanda porta a sviluppare controlli sui medici per i loro "eccessi" (un paziente in più, per un privato, è un cliente, mentre per la struttura pubblica è, in ultima istanza, un costo).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Alla concorrenza all'interno dei rispettivi settori e al confronto fra strutture diverse possono instaurarsi anche momenti collaborativi e sinergici volti a permettere lo sfruttamento dei reciproci punti di forza (molteplici possono essere, infatti, i tipi d'accordo che si possono stipulare tra i soggetti operanti in questo sistema).

Autonomia finanziaria

In entrambi i sistemi, l'autonomia finanziaria (e soprattutto le possibilità di investimenti futuri) devono costantemente confrontarsi su cosa altre strutture hanno già avviato presso la stessa collettività. La presenza del pubblico può infatti sopperire, tramite fondi stanziati ad hoc, l'erogazione di servizi proprio

laddove il privato è più debole o dove sono necessari forti investimenti iniziali, mentre il privato garantisce il rispetto di certi margini d'efficienza nell'uso delle risorse i cui standard, riveduti e corretti, devono trovare applicazione anche nel pubblico.

Chi detiene il potere decisionale?

La presenza di più soggetti fa sì che anche il potere risulti frazionato: dai pazienti che comunque possono decidere; dai medici di fiducia, dal legislatore, dagli ospedali privati (imprenditori) e pubblici (classe amministrativa espressione di un management che agisce applicando quelle che sono le direttive politiche stabilite per la Sanità).

Sistema misto senza concorrenza

Nella ripartizione dei compiti tra settore pubblico e libera iniziativa del privato possono identificarsi alcune materie che per scelta o per tradizione sono da considerarsi, con maggiore facilità, di pertinenza di uno di essi.

Di fatto si divide il comparto sanitario in due mercati distinti all'interno dei quali si vengono a creare regole diverse che possono sinergicamente concordarsi se la normativa che governa detto comparto indirizza verso comportamenti confacenti entrambi i settori.

A limitare il predominio di un settore sull'altro non è però, dove questo modello viene applicato correttamente, un dettato normativo quanto un'impossibilità finanziaria a sostenere ulteriori spese per il settore pubblico (limite di bilancio) e un limite di convenienza per l'impresa privata (il mercato deve cioè assorbire eventuali proposte il cui costo ricade totalmente sul cliente/paziente).

Esasperando il modello si può ipotizzare un mercato ad hoc per ogni raggruppamento di patologie (la complessità della materia e la sua estrema modificabilità, anche nel breve periodo, non permettono però di dare attuazione a questo tipo di ragionamento).

Tipo di mercato

La duplicità che caratterizza questo modello provoca la formazione di due distinti modelli: uno monopolista con la sola presenza del settore pubblico (in genere di competenza del pubblico sono i servizi di emergenza, l'alta specialità, i servizi more expensive...), l'altro, quello privato (in genere interessato alle specialità ambulatoriali tipo odontoiatria, oculistica...) può prevedere al suo interno tutte quelle combinazioni tipiche di questo settore (concorrenza perfetta, oligopolio e, in alcuni casi, anche il monopolio).

Livello di libertà del cittadino

In base alla patologia il cittadino è indirizzato verso uno dei due settori. Il privato può proporre, per quei servizi prodotti dal pubblico, prestazioni sussidiarie, con attenzione rivolta, soprattutto, agli aspetti alberghieri.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità si sposta da tutto il sistema a particolari settori di questo (cioè all'interno dei due settori dove maggiori sono le possibilità di confronto tra imprese diverse).

Ruolo economico del medico di fiducia

Informa il paziente delle disponibilità del servizio pubblico mentre seleziona, in funzione delle patologie (la non concorrenza tra i due sistemi dovrebbe escludere soluzioni adottate in funzione del tipo di pazienti,) le proposte avanzate dalle strutture private accreditate.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Il mercato sanitario scomposto in due settori obbliga le imprese a rispettare i vincoli preposti per il tipo di mercato in cui operano. Trattasi però di confini e regole mutevoli in base alle tendenze politiche dominanti e all'evoluzione tecnologica (nei paesi ad economia avanzata si è potuto constatare con quale rapidità sono avvenuti cambiamenti relativi alla "socialità" delle patologie).

Autonomia finanziaria

Sia all'interno del settore pubblico che in quello privato possono realizzarsi forme di autonomia finanziaria per le singole imprese rappresentate da budget non rigidamente vincolati se non per il raggiungimento delle rispettive finalità.

Chi detiene il potere decisionale?

Nell'ambito del sistema pubblico notevole peso decisionale e gestionale è di competenza del legislatore e delle autorità sanitarie chiamate a gestire i budget disponibili; mentre nel settore privato si ricreano le condizioni tipiche di questo mercato dove giocano un ruolo determinate pazienti e medici (quali detentori della domanda), imprese (quali detentori dell'offerta), oltre ovviamente allo Stato che determina i confini entro i quali gli attori possono muoversi.

Erogazione pubblica di servizi prodotti direttamente o acquistati sul mercato

Questo tipo di mercato è caratterizzato dall'esclusiva presenza del settore pubblico nella fase di erogazione delle prestazioni sanitarie, le quali possono essere prodotte oltre che da aziende pubbliche anche da quelle private. La logica economica che sottende questo modello è che lo Stato è obbligato a erogare gratuitamente o a prezzo politico determinati servizi ma non necessariamente deve produrli direttamente ad un costo maggiore di quello che può proporre, a parità di condizioni e di qualità, un privato.

Tipo di mercato

Il mercato (monopolista per quanto riguarda non più la figura del produttore, ma quella dell'acquirente/erogatore) si presenta governato da precise regole programmatiche dove la singola impresa deve soddisfare gli obiettivi

fissati dal sistema (cioè da un ente politico in rappresentanza degli interessi globali della popolazione), ma può disporre di un'ampia autonomia su come procedere nella sua attività.

Livello di libertà del cittadino

Il cittadino può godere della possibilità di rivolgersi alla struttura che più gli aggrada e così facendo ne determina, più o meno consapevolmente, il successo. Pur essendo tutto nell'ambito pubblico, l'individuo rimane comunque "cliente" e come tale deve essere trattato, soprattutto, se la struttura cui si rivolge (pubblica o privata che sia) è chiamata a soddisfare le sue esigenze per veder riconfermato il proprio potenziale produttivo.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità del sistema si manifesta nel momento in cui il pubblico si rivolge alle strutture private per l'acquisizione di determinati prodotti/servizi che intende erogare, mettendo in competizione più imprese.

Ruolo economico del medico di fiducia

Potendo ribaltare la domanda di sanità dei propri pazienti esclusivamente al settore pubblico (il fatto che poi a monte ci siano forniture private, salvo casi di comparaggio, non è un dato influente per il medico di fiducia) l'attenzione si sposta sulla ricerca della rispondenza dei servizi erogati dalle singole imprese ai casi trattati.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

L'operatività della singole imprese deve rispondere alle logiche informanti il sistema nel suo complesso (possono proporre nuove soluzioni, la cui bontà non può essere verificata dal mercato, ma deve sottostare all'autorizzazione, all'accreditamento e alle possibilità finanziarie del pubblico). Sono possibili forme di promozione da parte delle ditte private, ma non presso il pubblico (al di là di possibili norme vincolanti in tal senso, non è il pubblico che decide e paga l'intervento) mentre maggiore può risultare la pressione presso eventuali soggetti che possono disporre della domanda. Si ritrova in questo caso una pluralità di attori: un soggetto (il medico) che richiede il consumo di un determinato servizio, un soggetto (il paziente) che gode delle prestazioni e un terzo soggetto (il cosiddetto terzo pagante) che provvede a ricoprire le spese sostenute e, infine, un soggetto (l'impresa) che provvede a erogare le prestazioni.

Autonomia finanziaria

Il budget delle singole imprese viene fissato in base ai programmi stabiliti e non vi è un'immediata possibilità di verificare se il mercato non gradisce più (o vorrebbe una crescita) di determinati servizi.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere di decisione dei cittadini perde di peso a favore di uno Stato dirigista che determina quali e quanti servizi erogare (producendoli direttamente

o scegliendo dove acquistarli), mentre rimane nella scelta delle singole imprese erogatrici.

Servizio pubblico impostato su mercati interni

L'esigenza di soddisfare livelli minimi di assistenza sanitaria, indipendentemente dalla capacità dei singoli a remunerare le prestazioni richieste e la necessità di attivare un sistema comunque concorrenziale e selettivo, suggerisce l'adozione di un modello di mercato basato sui cosiddetti mercati interni: dove cioè le singole imprese pubbliche si confrontano con un insieme di regole ad hoc capaci di selezione ed escludere l'inefficiente.

Tipo di mercato

Concorrenza interna al settore pubblico dove ogni impresa, in un regime di libera competizione, cerca come meglio rispondere alle esigenze che provengono dalla volontà politica espressione della volontà popolare .

Livello di libertà del cittadino

I cittadini sono obbligati a scegliere la struttura sanitaria all'interno del settore pubblico e questa loro scelta contribuisce in modo più o meno determinante al successo economico delle singole strutture.

Grado di concorrenzialità del sistema

Il sistema pur essendo pubblico gode di un minimo di concorrenzialità poiché ogni struttura vede collegata la propria possibilità di crescita e di sviluppo alla capacità di soddisfare, meglio degli altri, necessità presenti nella società e rilevate dalla classe politica dominante.

Ruolo economico del medico di fiducia

Potendo ribaltare la domanda di sanità dei propri pazienti esclusivamente al settore pubblico l'attenzione si sposta esclusivamente sulla ricerca della rispondenza dei servizi erogati dalle singole imprese ai casi trattati (oltre a massimizzare il suo tempo libero rinviando ad altri soggetti il maggior numero di casi). In questi casi il medico è spesso diretta espressione del servizio sanitario pubblico e deve rispondere a questo sull'uso delle risorse e della domanda sanitaria da lui indotta. Classico è l'esempio degli studi condotti sul consumo di farmaci dove alcuni sistemi hanno posto tetti finanziari (un budget in Gran Bretagna che se violato comporta appesantimenti amministrativi e maggiori controlli in capo ai medici; vincoli finanziari in Germania dove addirittura si ipotizza di collegare parte della retribuzione del medico alla sua capacità di contenere i costi...).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Le strutture sanitarie pubbliche acquisiscono una condotta imprenditoriale nel momento in cui la loro opera risponde alla necessità di comparare i ricavi (economici e sociali) con i costi sostenuti. Tendenzialmente i prezzi in questo

tipo di mercato sono fissati dall'autorità centrale, per cui la concorrenza non dovrebbe avvenire su diversità monetarie ma sulla capacità di erogare servizi di maggiore qualità.

Autonomia finanziaria

Il budget è solo parzialmente determinato dall'Ente Centrale tramite trasferimenti, ma dipende anche dalla capacità della singola struttura di trovare sul mercato il riscontro del suo valore con la capacità di soddisfare un maggior numero di individui.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere è tutto nel settore pubblico anche se ripartito a diversi livelli: da quello centrale di legiferazione a quello periferico del management chiamato a gestire le singole strutture.

Sistema delle risorse stabilite a priori

La necessità di fissare un tetto massimo di spesa nel settore della Sanità pubblica (ma la cosa può verificarsi anche in alcuni passaggi nel settore della gestione dei pacchetti assicurativi) porta ad ipotizzare un sistema basato sull'attribuzione di risorse prestabilite a ogni singola struttura con l'obbligo di provvedere ai fabbisogni presenti in una determinata area e/o presso una determinata collettività (o dei propri assicurati).

La funzionalità del sistema perderebbe di significato se solo alcune componenti fossero soggette ai vincoli di budget: se infatti una struttura ne fosse esclusa, verso questa si verificherebbe un "rimbalzo di domanda" sempre maggiore e, alla lunga, insostenibile (cioè verso l'ospedale senza vincolo di budget verrebbero mandati tutti i casi more expenceive, per non farli gravare sul budget assegnato).

Tipo di mercato

I cittadini sono vincolati alla struttura sanitaria assegnata e sostengono il prelievo fiscale per il funzionamento della stessa: le richieste di prestazioni fino ad un determinato volume quantitativo servono a giustificare il budget assegnato, oltre quest'importo non diventa più un'opportunità di guadagno per la struttura bensì uno splafonamento del budget disponibile che, se non coperto dall'ente centrale, provoca un passivo finanziario. Se però l'individuo appartiene a una determinata collettività e/o residente in una determinata zona si rivolge ad un'altra struttura si può prevedere la possibilità di compensare le spese sostenute con un prelievo dal budget della struttura di competenza.

Livello di libertà del cittadino

Le richieste del cittadino, se la struttura è sottoutilizzata rappresentano una ricchezza: se viceversa il budget attribuito è già giustificato da altri in-

terventi diventano un pericoloso aggravio sotto il profilo finanziario. L'unica libertà in cui può sperare è che il sistema gli permetta, con una certa facilità di potersi rivolgere anche ad altre strutture che possano accettarlo sapendo che a monte le prestazioni rese saranno poi rimborsate.

Grado di concorrenzialità del sistema

Se i pazienti hanno la possibilità di rivolgersi ad altre strutture (almeno entro certi limiti questa possibilità deve essere concessa a chi, per ragioni di lavoro o di turismo, deve ricorrere a strutture sanitarie diverse a quella attribuita) deve scattare un sistema di compensazione, in genere basato sui D.R.G., che permetta di trasferire un corrispondente monetario alla struttura che ha effettuato l'intervento.

La facilità di movimento/trasporto e i nuovi mezzi di comunicazione portano a considerare quasi impossibile per un sistema sanitario moderno non considerare l'eventualità che un paziente si possa rivolgere a più strutture e, se il sistema di rimborso è attendibile, si viene a ricreare un minimo di concorrenzialità del sistema (esisterebbe cioè la possibilità da parte delle strutture operanti di confrontarsi e misurarsi in base alla capacità di attrarre clienti).

Ruolo economico del medico di fiducia

Il medico è tenuto a rispettare anch'esso i limiti di budget assegnati, anzi può essere visto come un gestore delle necessità terapeutiche del gruppo a lui assegnato che, se sufficientemente numeroso tale da annullare differenze casuali, non deve registrare esplosioni ingiustificate della domanda.

La possibilità di vincolare il budget del medico di base è spesso la prima operazione per impedire che la spesa sanitaria cresca in modo ingiustificato a tal punto che per soddisfare le esigenze non strettamente necessarie (il raffreddore, comunque lo si calcoli, è ancora una delle malattie più costose per un servizio sanitario pubblico) non si dispone più dei fondi necessari per le altre patologie (il cui costo è realmente proibitivo per gran parte della popolazione).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Col budget messo a disposizione, ogni azienda tenderà a soddisfare gli obiettivi assegnati e, con gli eventuali risparmi operati, può avviare propri piani di sviluppo cercando di andare a cogliere quelle esigenze presenti sul mercato ma non ancora soddisfatte. Nel lungo periodo è quindi possibile pensare che un'azienda sanitaria dotata di un proprio budget cui sia permesso di reinvestire eventuali surplus gestionali, acquisisca una certa autonomia finanziaria tale da potersi considerare come un'impresa no profit volta al soddisfacimento, oltre che degli obiettivi fissati dal sistema, anche di obiettivi che gli attori o i gruppi, operanti al suo interno, si sono assegnati.

Autonomia finanziaria

Il budget è assegnato a priori (cui possono aggiungersi, se il sistema lo permette, il surplus degli anni precedenti e il ricavato derivante dalla “vendita diretta” di alcuni servizi) ma all’interno di questo si può riscontrare un’autonomia gestionale abbastanza elevata. Al legislatore interessa infatti che siano erogati determinati servizi a livelli qualitativi accettabili, come operativamente questo può essere raggiunto non è più una questione politica da fissare con norme vincolanti, ma un problema gestionale risolvibile presso le strutture stesse (le cosiddette “sperimentazioni gestionali” avviate in molti settori dei pubblici servizi rispondono proprio a quest’impostazione).

Chi detiene il potere decisionale?

Inevitabilmente chi ha la possibilità di stabilire il budget da assegnare a ciascuna struttura detiene un significativo potere all’interno di questo sistema, ma un certo margine decisionale rimane a chi è chiamato a gestire le singole strutture soprattutto per quanto concerne l’organizzazione interna della struttura.

Pubblico centralista

L’esigenza di assicurare a tutti i cittadini uguali forme di trattamento sanitario, dando così piena attuazione al concetto di diritto alla salute, ha portato alcuni sistemi a concepire tutto il sistema governato centralmente applicando rigidamente le regole elaborate dalla classe politica dominante. È il concetto del “tutto a tutti” che spesso rappresenta un obiettivo irrinunciabile nell’elaborare un sistema che voglia superare, davanti al fattore salute, qualsiasi diversità concernete il reddito, il livello di cultura...

Tipo di mercato

Sistema monopolistico, dove il successo di una struttura non è dato dal mercato ma dal gradimento espresso dall’ente centrale.

Livello di libertà del cittadino

La libertà di scelta del cittadino è soffocata dalle esigenze di programmazione stabilite a livello centrale.

Grado di concorrenzialità del sistema

Pressoché nullo perché tutto viene deciso a livello centrale dove si stabilisce la priorità degli interventi e le modalità con cui devono essere eseguiti e dove si decide come ripartire il peso finanziario del settore (prelievo fiscale, disavanzo dello Stato, forme di partecipazione diretta...).

Ruolo economico del medico di fiducia

Ammesso che si possa ancora parlare di “fiducia” e non di “imposizione”, il medico di famiglia perde il ruolo di gestore di risorse ma, riconosciuta una patologia da lui non trattabile, si limita a indicare la struttura idonea al paziente. Per evitare che il medico di fiducia (proiettato sulla ricerca della

massimizzazione del guadagno e del tempo libero a sua disposizione) rinvii alle strutture ospedaliere anche pazienti che non necessitano di questo tipo di cure, si può però ipotizzare un complesso di norme che obblighino il medico di base a seguire il paziente anche durante la fase ospedaliera (essendo il sistema tutto pubblico, ciò è attuabile) o altri indicatori che rilevino contemporaneamente anomalie nella domanda indotta provocata dai medici.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

La singola struttura sanitaria deve solo ed esclusivamente adempiere ai compiti ad essa attribuiti. L’assolvimento di eventuali altre attività non comporta nessun vantaggio alla struttura e agli attori in esso impegnati, anzi turba l’egualitarismo assoluto perseguito dal sistema.

Autonomia finanziaria

Le risorse finanziarie vengono concesse per assolvere i compiti assegnati e non vi è alcuna possibilità per indirizzare eventuali residui. Per assicurare il “tutto a tutti” possono essere predisposti dei sistemi di rimborso a piè di lista: cioè si rimborsa tutto quanto la struttura spende. Ciò però non aumenta l’autonomia finanziaria in pratica si può solo spendere molto ma solo con le modalità previste, mentre non si può determinare indirizzi gestionali diversi.

Chi detiene il potere decisionale?

Tutto il potere è nelle mani dell’Ente centrale che dovrebbe avere una visione completa delle diverse situazioni sanitarie e, di conseguenza, intervenire laddove vi è bisogno di ristabilire livelli uniformi di assistenza: il condizionale è d’obbligo perché non sempre nei sistemi fortemente accentrati si è poi verificata a posteriori una distribuzione delle risorse migliore di quella realizzata con le regole di libero mercato (la non attenzione ai costi da parte della classe politica può infatti portare a investire anche in base a criteri non razionali, ma di opportunità).

Nell’ipotesi di successione presentare, si può notare come spesso imprese pubbliche e private finiscono per ricoprire ruoli simili ponendo i manager di entrambi i settori a operare scelte che richiedono lo stesso grado di professionalità e, comunque, un apprezzabile livello di conoscenze. La dicotomia Pubblico/privato cessa così di avere un valore dominante nel settore dell’economia sanitaria, trattandosi ormai tutte di imprese che devono convivere con una forte regolamentazione pubblica e con obiettivi sempre più delineati su principi aziendalisti.

L’impresa cessa così di ricoprire un ruolo strettamente operativo cui veniva affidato un generico compito (produrre utili o soddisfare indirizzi politico/programmatici) per assumere un ruolo di attore propositivo dei processi in corso in una società. Non vi è una soluzione sempre vincente sulle altre, in quanto trattasi di una scelta politica riflettente l’idea di società che si intende

realizzare: sotto un profilo pragmatico, il tutto dipende dalla volontà di perseguire un modello e della capacità del management ad attuarlo. Purtroppo nella nostra società si fatica ad individuare un modello (come evidenzia l'esperienza USA) e, per quanto riguarda l'Italia, la classe manageriale rischia di presentarsi obsoleta, in quanto formatasi nel rispetto ossessivo di regole burocratiche anacronistiche ed analfabeta sulle elementari conoscenze economico-manageriali.