

PER UN MODELLO EUROPEO DI SISTEMA SANITARIO

1. LINEE GUIDA PER L'ASSETTO ISTITUZIONALE

Livio Garattini, Bruno Finazzi, Alessandro Nobili, Giuseppe Remuzzi

*Centro Studi di Politica e Programmazione Socio-Sanitaria
Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano*

Corrispondenza: cs.sanita@marionegri.it

Premessa

Recentemente balzata agli onori della cronaca in tutto il mondo a causa della pandemia, l'assistenza sanitaria è un elemento cardine in tutte le nazioni sviluppate. Indissolubilmente legata in qualsiasi realtà territoriale alle figure sanitarie che vi operano, a partire da medici e infermieri, la gestione di un sistema sanitario è comunque anche materia di economia e politica sanitaria, come ovvia conseguenza dei costi indotti dai beni e servizi erogati. Per tale motivo il tema sanità è da sempre oggetto di dibattito politico, a prescindere dalle contingenze temporali, con influenze ideologiche spesso demagogiche e fuorvianti. In questa sede proviamo a mettere ordine all'argomento sanità partendo da alcuni elementi base di economia e politica sanitaria, cercando nei limiti del possibile di non essere condizionati da opinioni personali, con **l'obiettivo finale di sviluppare una proposta di modello di sistema sanitario europeo basato su pochi e condivisibili concetti teorici.**

Domanda, Offerta e Prezzi

L'economia politica ci insegna che fare riferimento agli effetti benefici indotti dalla concorrenza nei liberi mercati è del tutto immotivato in sanità sotto il profilo teorico [1]. Infatti, la sanità costituisce un classico esempio di fallimento del mercato dal punto di vista sia della domanda sia dell'offerta, i due concetti cardine dell'economia.

a. Dal lato della domanda, il paziente non può essere equiparato al classico consumatore informato della teoria economica, che acquista il prodotto migliore al minor costo [2]. Proprio perché non sufficientemente informato e

competente in materia di salute, il paziente si rivolge a un medico per decidere quali beni e/o servizi utilizzare. Oltre che non informato, il paziente non può nemmeno essere considerato un consumatore razionale all'atto dell'acquisto di beni e servizi. Infatti la sua percezione della malattia, reale o percepita che sia, lo rende un soggetto potenzialmente debole e vulnerabile, facilmente vittima di ricatti finanziari, della serie "vale di più e quindi costa di più".

b. Dal lato dell'offerta, la teoria della concorrenza richiede necessariamente la presenza di un numero sufficiente di concorrenti che offrano gli stessi prodotti/servizi e operino in condizioni di mercato analoghe [3]. Al di là del fatto che queste condizioni necessarie (ma non sufficienti) per una concorrenza leale siano diventate oramai sempre più spesso assenti in tanti altri settori merceologici, motivo per cui sono sorte in tutti i paesi sviluppati le agenzie antitrust a tutela del libero commercio, la presenza di tali condizioni in sanità rischia addirittura di essere il risultato di situazioni assai (per non dire del tutto) irrazionali dal punto di vista territoriale; si pensi, ad esempio, alla presenza di più ospedali con caratteristiche del tutto simili ubicati in una stessa area geografica a bassa densità di popolazione.

Alla luce di questi ostacoli oggettivi e insormontabili, ne consegue che **in sanità non è possibile che si generino prezzi spontaneamente competitivi indotti dal naturale incrocio fra domanda e offerta.** Anche nel caso si tratti di prezzi fissati a

priori (cioè di tariffe), come spesso accade in sanità (vedi le tariffe ospedaliere DRG mutate dal sistema americano), la “fissazione artificiale” di prezzi rimane sempre e comunque un esercizio arbitrario [4], a lungo andare inevitabilmente fonte di distorsioni finanziarie fra i vari attori del sistema. Come non bastasse, l’adozione di tariffe in sanità genera costi amministrativi aggiuntivi assai ingenti, dovuti alla necessità di: i) effettuare controlli continui e sistematici sul loro utilizzo da parte dei fornitori; ii) condurre periodicamente analisi multicentriche dei costi per aggiornare i valori monetari in essi inclusi.

Finanziamento e Spesa

Una volta escluso il ricorso ai concetti di domanda e offerta (e quindi anche di prezzo) correlati alla concorrenza in sanità, quelli più appropriati a cui ispirarsi per gestire un sistema sanitario a livello macroeconomico sono finanziamento (entrate) e spesa (uscite). Mentre la soluzione razionale relativamente alla prima variabile è abbastanza semplice in sanità, quella più indicata per la seconda richiede un ragionamento più approfondito.

- a. Il criterio più logico da applicare per finanziare un sistema sanitario è quello della **fiscaltà generale con copertura universale**. Infatti, in linea di principio, non esiste miglior “assicuratore” di uno Stato per coprire il “rischio malattia” a cui sono potenzialmente soggetti i propri abitanti, potendo distribuire finanziariamente tale rischio su tutta la popolazione a prescindere dalle caratteristiche specifiche del sistema fiscale adottato.
- b. Il concetto di spesa sottintende quello di pagamento dei servizi erogati, con “fornitori” che possono essere pubblici o privati in tutti i sistemi sanitari europei occidentali. Sotto questo aspetto, la disciplina di riferimento è quella dell’economia aziendale, in particolare in materia di pianificazione dei servizi, organizzazione del lavoro e controllo di gestione. Solitamente

associato al settore privato, il termine azienda è in realtà applicabile a qualsiasi datore di lavoro, quand’anche appartenente alla pubblica amministrazione. Quindi, l’economia aziendale non è necessariamente correlata a soggetti che operano in un mercato privato, ma può essere utilizzata in qualsiasi tipo di ente per perseguire obiettivi di efficienza.

Mentre sul versante del finanziamento la logica fa decisamente propendere a favore dell’adozione di un sistema sanitario pubblico a copertura universale, **la scelta fra pubblico e privato in termini di erogazione dei servizi sanitari è meno immediata**. In linea di principio, un’azienda privata deve perseguire la logica del profitto (soprattutto se a fini di lucro), o alla peggio della copertura dei costi. Non ci si deve quindi minimamente stupire se, come spesso evidenziato in letteratura [5], gli ospedali privati si concentrano solitamente sui trattamenti più redditizi e/o su quelli meno costosi e più diffusi. D’altro canto, è comunque innegabile che le aziende pubbliche sono assai spesso condizionate da forti pressioni politiche nelle loro decisioni e rallentate nei processi dalla burocrazia amministrativa che tradizionalmente le pervade [6].

Assistenza Integrata e Doppia Attività

La preferenza per i soggetti pubblici anche in materia di erogazione dei servizi viene supportata **dall’approccio di assistenza integrata (AI)** [7], un concetto di buon senso emerso in letteratura all’inizio del nuovo millennio su cui è davvero difficile non concordare, ispirandosi alla **collaborazione sistemica fra tutti gli operatori del settore sociosanitario a vantaggio dei pazienti**. Il rischio principale da evitare è quello dei conflitti di interesse sollevati dai professionisti sanitari che svolgono doppia attività (DA) pubblica e privata [8].

- a. La necessità di AI viene incrementata dal bisogno sempre crescente di soddisfare la richiesta di servizi sanitari per malattie croniche e spesso multiple nelle società contemporanee, ai quali si aggiunge quello

dei servizi sociali correlati al progressivo invecchiamento della popolazione e alla conseguente perdita di autosufficienza dei soggetti anziani, oramai difficilmente gestibili a livello esclusivamente familiare nelle società moderne. La AI è sicuramente favorita dalla presenza di un unico “datore di lavoro” (logicamente pubblico), in quanto la frammentazione fra più servizi (pubblici e privati) risulta per definizione antitetica al concetto di AI [9]. È infatti del tutto naturale che la presenza di molteplici erogatori di servizi indebolisca la AI, in quanto i singoli interessi finanziari degli attori in gioco sono alla lunga destinati a prevalere, per ovvii motivi di sopravvivenza, e quindi a scontrarsi con una filosofia di integrazione sistemica dei servizi. Seguendo questa logica, anche i servizi sociali dovrebbero essere sommati a quelli sanitari, al fine di incentivare la AI sia a livello orizzontale che verticale [10], così superando ogni confine organizzativo a tutto vantaggio della continuità delle cure.

- b. La *conditio sine qua non* per poter erogare in modo efficace ed efficiente i servizi pubblici è quella di sottoporre a un **contratto di lavoro esclusivo** tutti i propri dipendenti, **vietando per legge la possibilità di DA**. Infatti, la storia ci insegna come, non soltanto in campo medico, la combinazione di attività pubblica e privata sollevi inevitabilmente conflitti di interesse finanziari da parte dei soggetti che la praticano [11], incrinando alla lunga il rapporto fiduciario dei pazienti nei loro confronti [12]. Una forma quasi paradossale di DA è quella incoraggiata dalle strutture sanitarie pubbliche (c.d. *intra moenia*). Trattasi di una situazione talmente estrema sotto il profilo deontologico da essere stata definita in letteratura una forma di “corruzione istituzionale” [13], essendo addirittura i datori di lavoro a incentivare i propri dipendenti a confliggere con le attività istituzionali delle proprie strutture di appartenenza. La messa al bando di qualsiasi forma di DA viene pienamente supportata dalla teoria dell’organizzazione del lavoro in campo aziendale [14]. Infatti la

possibilità per un lavoratore dipendente di operare contemporaneamente per un’azienda concorrente viene sanzionata contrattualmente in qualsiasi settore merceologico, ma ancora più paradossale sarebbe concedere a un dipendente il permesso di incontrare gli stessi clienti del proprio datore di lavoro fuori orario per ottenere da loro compensi a titolo personale, come concettualmente accade nella libera professione in campo medico. D’altro canto, è doveroso rimarcare che, quand’anche la medicina possa essere considerata una missione al servizio dei pazienti, ciò non significa nemmeno pretendere sacrifici illimitati da parte dei professionisti sanitari in regime di dipendenza, senza riconoscere loro uno stipendio adeguato alle condizioni economiche della società civile a cui appartengono.

Alla luce della disamina teorica dei principi che dovrebbero ispirare un modello di sistema sanitario europeo, pensiamo di poter concludere la nostra **analisi a favore di un Servizio Socio-Sanitario Nazionale (SSSN) pubblico, sia in materia di finanziamento che di erogazione dei servizi sanitari e sociali** [15]. Quanto ai **fornitori privati di servizi sociosanitari**, che di fatto esistono in tutte le nazioni, lungi da noi pensare di eliminarli: esistono da tempi immemorabili anche in altri settori nevralgici della società civile (come la scuola), tendendo (logicamente) a privilegiare le classi sociali più abbienti nei criteri di scelta della propria clientela. Tuttavia, **la loro coesistenza dev’essere esclusivamente parallela**, con confini invalicabili nel ricorso agli operatori sociosanitari del settore pubblico. L’eventuale coinvolgimento delle strutture sanitarie private nel SSSN può essere giustificato in modo complementare esclusivamente a livello locale, qualora i bisogni sociosanitari essenziali di specifici bacini di utenza non possano essere integralmente soddisfatti dalle strutture pubbliche con tempistiche accettabili. In una logica aziendale di razionale amministrazione di un SSSN, tale insufficienza andrebbe

preventivamente stimata in sede di pianificazione dei servizi, finanziando successivamente i fornitori privati solo con budget *ad hoc* (e non a prestazione), evitando al contempo di indebolire il coordinamento e le sinergie tra i fornitori pubblici all'interno del SSSN.

In conclusione, la vera **grande sfida per i possibili SSSN del futuro consiste nel limitare le cattive influenze della politica partitica e della burocrazia amministrativa**. Una volta fissate poche (ma chiare) regole del gioco a

-
- 1 Garattini L, Padula A. Competition in health markets: is something rotten? *J R Soc Med*. 2019;112(1):6-10.
 - 2 Garattini L, Padula A. Patient empowerment in Europe: is no further research needed? *Eur J Health Econ*. 2018;19: 637–40.
 - 3 Barros PP, Brouwer WB, Thomson S, Varkevisser M. Competition among health care providers: helpful or harmful? *Eur J Health Econ*. 2016;17: 229–33.
 - 4 Siciliani L, Chalkley M, Gravelle H. Policies towards hospital and GP competition in five European countries. *Health Policy*. 2017;121: 103–10.
 - 5 Tynkkynen LK, Vrangbæk K. Comparing public and private providers: a scoping review of hospital services in Europe. *BMC Health Serv Res*. 2018;18:141.
 - 6 Saltman RB. The impact of slow economic growth on health sector reform: a cross-national perspective. *Health Econ Policy Law* 2018;13: 382–405.
 - 7 Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care: la strada giusta per il futuro? *Recenti Prog Med*. 2021;112(10):615-8.
 - 8 Garattini L, Padula A. Dual practice of hospital staff doctors: hippocratic or hypocritic? *J R Soc Med*. 2018;111(8):265-9.

livello macro, la filosofia più indicata per gestire i servizi sociosanitari a livello micro dovrebbe essere quella di una cultura organizzativa ispirata alla collaborazione di gruppo, e non alla concorrenza individuale, minimizzando nei limiti del possibile le cattive influenze di marketing e affari in sanità. Pienamente consci della criticità di queste minacce nell'ambito di un servizio pubblico, il Centro Studi è al lavoro su proposte concrete mirate a salvaguardare il buon funzionamento di un potenziale SSSN.

- 9 Milstein R, Blankart CR. The Health Care Strengthening Act: the next level of integrated care in Germany. *Health Policy*. 2016;120(5):445–51.
- 10 Goddard M, Mason AR. Integrated care: a pill for all ills? *Int J Health Policy Manag*. 2017;6(1):1–3.
- 11 Garattini L, Padula A, Mannucci PM. Conflicts of interest in medicine: a never-ending story. *Intern Emerg Med*. 2020;15(3):357-9.
- 12 McCartney M. Direct patient care should be rewarded and cherished. *BMJ*. 2018;360: k948.
- 13 Sommersguter-Reichmann M, Stepan A. Hospital physician payment mechanisms in Austria: do they provide gateways to institutional corruption? *Health Econ Rev*. 2017;7: 11.
- 14 Holmstrom B. The firm as a subeconomy. *J Law Econ Organ*. 1999;15: 74–102.
- 15 Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Wistow G. Development of integrated care in England and the Netherlands: managing across public-private boundaries. *Health Policy*. 2003;65(3):227–41.