

Il rapporto pubblico-privato nel SSN tra ideali, ideologie, realismo

Elio Borgonovi*

I sistemi complessi si muovono tra ideali, visioni, strategie, ideologie, integralismi, realismo. Gli ideali stanno alla base di cambiamenti radicali. Le visioni indicano la direzione del cambiamento, l'orientamento di fondo. Le strategie definiscono diversi percorsi che qualificano il cambiamento. Le ideologie irrigidiscono i sistemi in quanto propongono soluzioni uniche, distinguono il bianco dal nero, rispondono alla logica del prendere o lasciare, del cambiare tutto o niente. Gli integralismi rappresentano l'estremizzazione delle ideologie, ma a volte anche degli ideali, producono contrapposizioni insanabili, non di rado conflitti sui cosiddetti "principi non negoziabili", quando non addirittura conflitti aperti. Il realismo favorisce/abilita/consente il cambiamento reale ed è condizione di sostenibilità. Questi principi generali sono utili per interpretare la situazione attuale del SSN, che preferisco chiamare servizio nazionale di tutela della salute, infatti "sanitario" evoca il concetto di prestazioni, servizi, mentre "salute" evoca la finalità ultima, che è quella di recupero, mantenimento e promozione della salute nell'ambito delle conoscenze scientifiche e dei diritti stabiliti dal diritto positivo. Occorre mantenere l'ideale del servizio nazionale articolato nei principi di universalità, equità, solidarietà fondata su fiscalità generale.

Nel corso degli anni si è indebolita la visione sul futuro che oggi sembra legata in modo riduttivo all'evoluzione scientifica e tecnologica. Non sono chiare le strategie in quanto soprattutto l'ultimo quarto di secolo è stato caratterizzato da interventi "parziali", non di rado contraddittori, simili più a rattoppi e rammendi che hanno contribuito a un graduale peggioramento dell'equilibrio tra bisogni di salute e risposte. Il sistema è stato indebolito da ideologie pro-pubblico o pro-privato. Coloro che intendono privilegiare il pubblico sostengono che vi è una strategia esplicita e consapevole di indebolimento del pubblico, per aumentare lo spazio del privato. Chi ha una visione ideologicamente positiva del privato sostiene che la sua espansione è una conseguenza, e non la causa, dell'inefficienza del pubblico e contribuirebbe ad aumentare la scelta per i pazienti. L'integralismo correlato alla contrapposizione di queste due visioni rischia di determinare la rottura del sistema. Il principio di realismo impone di prendere atto di ciò che è cambiato dal 1978, anno di introduzione nel nostro Paese del SSN e, in termini sempre più accelerati, negli ultimi 20-30 anni. Innanzitutto, va chiarito che le difficoltà del servizio nazionale di tutela della salute del nostro Paese rispecchiano una tendenza generale visto che un'indagine in diversi Paesi europei ed extra-europei di giugno 2024 ha messo in evidenza che poco più della metà degli intervistati si è dichiarato soddisfatto del proprio SSN, con una riduzione media di 18 punti percentuali rispetto al 2020. Mentre la narrativa prevalente usa il termine "crisi" dei sistemi di tutela della salute, sembra più corretta l'interpretazione di Henry Mintzberg secondo il quale le "difficoltà" possono/devono essere considerate come sintomi del successo dei moderni sistemi di tutela della salute. Infatti l'allungamento della vita media, il successo nel combattere patologie che in passato portavano alla morte, la possibilità di intervenire con farmaci, dispositivi, controlli periodici sulle condizioni di cronicità, lo sviluppo di cure palliative non solo per il fine vita, ma anche per l'attenuazione del dolore hanno aumentato enormemente la domanda e stanno ponendo in modo più rilevante il problema di selezione o per lo meno di definizione delle priorità tra diversi bisogni. In secondo luogo, non va dimenticato che da alcuni decenni è in atto un rilevante spostamento in ricchezza dai Paesi occidentali ai Paesi emergenti, con una riduzione della

* Elio Borgonovi, Università Bocconi, Milano.

ricchezza disponibile per il welfare state di tipo universalistico (modello Beveridge) o di tipo residuale (modello Bismark).

In terzo luogo, perché è in atto un'evoluzione culturale con il passaggio dal concetto di welfare (stare bene, avere la disponibilità di maggiori quantità e qualità di beni e servizi, compresi quelli di salute) a wellness (apparire bene, in forma come accade nelle società o nei gruppi sociali ricchi o comunque privilegiati) a quello di well being (sentirsi bene).

Un passaggio che è ben sintetizzato dalla formula secondo cui finora i sistemi di tutela della salute hanno consentito di aggiungere anni alla vita, ora si tratta di aggiungere qualità agli anni, formula che si traduce anche nel passaggio dall'indicatore di "vita attesa alla nascita", che ha avuto un deciso innalzamento in quasi tutti i Paesi negli ultimi decenni, all'indicatore di "vita attesa in buona salute", che invece negli ultimi anni si è ridotto in molti Paesi e presenta differenze assai più accentuate del primo indicatore anche all'interno dello stesso Paese, per esempio, tra regioni italiane.

Interpretando i diversi modelli di sistemi di tutela della salute secondo un'analogia con il sistema dei trasporti si può dire che il modello di servizio nazionale definito dalla 833/78 poteva essere considerato come un'autostrada nella quale potevano viaggiare mezzi di trasporto di proprietà pubblica e di proprietà privata (strutture accreditate e contrattualizzate). I mezzi di trasporto avevano una velocità differente, maggiore o minore efficienza, ma tutto sommato non troppo accentuata date le regole comuni. A loro volta i pazienti potevano scegliere quale mezzo privilegiare potendo contare sulle stesse condizioni, gratuità del servizio o pagamento di un ticket con le esenzioni per vari gruppi (per patologia o per reddito). Accanto all'autostrada del SSN esisteva un sistema di vie rappresentate da strutture private non accreditate che consentivano velocità diverse da quella prevista per le autostrade, un sistema percorso soprattutto con auto private (pagamento out-of-pocket) e con limitati mezzi collettivi (assicurazioni private, fondi intermediati). Infatti di fronte a un finanziamento pubblico poco superiore a 136 miliardi, si ha un finanziamento privato di 46 miliardi, di cui 88-90% out-of-pocket e 10-12% di cosiddetta sanità integrativa, 25 miliardi per lunga degenza, per circa il 90% a carico diretto delle famiglie. Nei sistemi privatistici, fondati su assicurazioni private, modello USA e simili, l'autostrada è rappresentata dal sistema delle assicurazioni private sulla quale viaggiano mezzi con velocità molto diverse in rapporto all'entità dei premi assicurativi. Chi ha la possibilità di pagare premi più elevati, ha accesso a mezzi più veloci e più sicuri rappresentati dalla quantità e qualità delle prestazioni garantite. Le vie secondarie sono rappresentate dai diversi programmi pubblici (medicaid, medicare, veterans, assicurazioni previste dalla Obamacare differenziate nei diversi Stati). Si può dire che con l'aumento delle opportunità di cui si è scritto sopra l'autostrada dei servizi del servizio nazionale è diventata sempre più congestionata e ha prodotto ritardi (lungi tempi d'attesa per le prestazioni in conto SSN), spostamento di una parte della popolazione sulle strade alterative (strutture private con finanziamenti privati), meno congestionate e quindi più rapide, purtroppo con una parte di pazienti "lasciati a terra", oltre i 4 milioni di italiani che, secondo recenti indagini ISTAT e CENSIS, hanno dovuto rinunciare alle cure per motivi economici o per altre condizioni di fragilità.

Da questa situazione si può uscire con due diverse visioni. La prima consiste nella costruzione di due sistemi paralleli di autostrade, quella riservata al servizio nazionale e quella riservata al canale privato. L'altra è quella di cambiare sistema di trasporto e pensare a una ferrovia. Su binari comuni possono viaggiare sia treni del servizio nazionale (strutture pubbliche o privato accreditato) sia treni di compagnie private a loro volta suddivisi in due tipologie, quelle di strutture di erogazione profit (ospedali, ambulatori, centri diagnostici ecc.) con finanziamento di assicurazioni private o di fondi integrativi e quelle non profit. La visione delle due autostrade significa rinunciare all'ideale del servizio nazionale universalistico basato su principi di universalità, equità, solidarietà generale. La seconda è coerente con il mantenimento dell'ideale di servizio nazionale, ma richiede di essere tradotta in una strategia qualificata da realismo. Ciò significa definire slot di passaggio dei treni che sono differenti per numero di passeggeri trasportati, velocità e condizioni di accesso. La costruzione di una rete ferroviaria significa passare da un concetto di interesse pubblico di carattere "istituzionale" a un concetto di interesse pubblico di tipo "funzionale". La prima accezione significa distinguere e tenere separati i concetti di interesse pubblico, finalità propria delle istituzioni pubbliche (sovranazionali, nazionali, regionali, locali), dall'interesse particolare, finalità di istituzioni private, tipicamente singole famiglie, imprese private che operano secondo criteri di convenienza di mercato (imprese profit) o secondo criteri di econo-

mia civile (istituzioni non profit). La seconda accezione considera l'interesse pubblico come risultato del concorso di istituzioni pubbliche e di istituzioni private che si differenziano per modalità di finanziamento e di funzionamento. I due binari indicano che le istituzioni pubbliche e le istituzioni private devono essere progettate in modo coordinato per consentire di perseguire l'ideale di un servizio nazionale di tutela della salute sostenibile.

La legge n. 833/78 è stata approvata in un contesto in cui erano nettamente distinti il concetto di interesse pubblico di tipo istituzionale, garantito dal Servizio Sanitario Nazionale, che rappresentava l'autostrada tramite cui venivano soddisfatti i bisogni di salute, dall'interesse particolare che veniva lasciato al sistema marginale della sanità privata. Col tempo l'autostrada è diventata congestionata ed è quindi necessario riprogettare l'intero sistema sulla base di un concetto di interesse pubblico funzionale che può funzionare a tre condizioni. La prima che vi sia una co-programmazione, che significa definire i binari col contributo di risorse pubbliche e private. La lunghezza dei binari e della rete ferroviaria dipende dalla quantità di risorse pubbliche e private che il sistema è in grado di destinare ai bisogni di tutela della salute rispetto ad altri bisogni quali ricerca di base o applicata, istruzione di diverso livello, giustizia, servizi sociali, difesa, pensioni, tutela dell'occupazione, sostegno dell'agricoltura, industria, commercio, turismo, sport ecc. La seconda che si preveda l'esistenza di tre tipologie di treni, quelli rappresentati dalle strutture pubbliche o accreditate, che soddisfano i bisogni definiti dai livelli essenziali di assistenza, quelli costituiti dai premi del privato for profit, che rispondono alle esigenze di chi desidera soddisfare bisogni aggiuntivi a quelli essenziali o desidera maggiori "comodità del servizio", quelli del privato non profit (o della cosiddetta economia civile), che soddisfano i bisogni di chi per vari motivi è lasciato a terra dalle prime due tipologie di convogli. La terza condizione è legata alla definizione degli slot e quindi della velocità e frequenza di passaggio dei vari treni.

Se non si vuole che anche il sistema ferroviario venga congestionato e che vi sia una "guerra" per appropriarsi degli slot migliori, per esempio, che i treni del privato for profit prendano a bordo solo i pazienti con la maggiore capacità di pagare le cure e possano passare negli orari più comodi (saltare le liste d'attesa) occorre programmare in modo organico e integrato l'intero sistema di tutela della salute e non solo il Servizio Nazionale. Ciò significa affrontare con realismo la sfida della definizione delle priorità e della sostenibilità nel lungo periodo.

Significa affrontare la definizione dei livelli essenziali di assistenza con la cultura dello scultore invece che con quella del pittore. Il pittore aggiunge colori e la bellezza del quadro dipende dal modo in cui i colori sono usati. Andava bene nel periodo in cui fu approvata la 833 perché si era in presenza di minori opportunità di tutela della salute, si poteva dipingere su una tela bianca o comunque modellabile e quindi per qualche anno è stato possibile migliorare il quadro aggiungendo colori adeguati, per esempio aumentando i livelli essenziali di assistenza, utilizzare i colori dell'efficienza e della razionalizzazione, di nuovi farmaci, dispositivi, tecnologie. Col tempo l'accumulo di colori e il loro uso improprio da "pittori improvvisati" ha abbruttito il quadro, in altre parole ha messo sempre più a rischio la sostenibilità del sistema o ha prodotto l'esclusione di fatto di un numero crescente di pazienti. Passare alla cultura dello scultore significa sviluppare la capacità di togliere, togliere le scorie di prestazioni inappropriato, con bassa efficacia in termini di salute, quelle dell'ipertrofia normativa e della burocrazia inutile, delle norme contraddittorie, della sfiducia che si è creata tra pazienti e professionisti, delle informazioni errate, manipolate e finalizzate ad aumentare il consumismo sanitario che circolano in rete senza controlli (decine di migliaia di siti che trattano in modo non professionale i temi di salute o che promettono risposte "miracolose" a bisogni reali o percepiti), delle tecnologie inutili che si diffondono insieme alle tecnologie utili, del mito dell'intelligenza artificiale (fredda e solo razionale) che qualcuno propone come sostitutiva dell'intelligenza umana (multidimensionale, umanistica e umanizzante).

Un sistema di tutela della salute che si richiama alla cultura dello scultore richiede di percorrere queste fasi. Innanzitutto definire il tipo di scultura che si intende realizzare, il che significa pensare alla salute nelle sue componenti di prevenzione in modo integrato nelle sue componenti di prevenzione primaria, secondaria, terziaria, diagnostici (precoce o in presenza di sintomi), cura per patologie acute (di tipo intensivo, sub-intensivo), palliative (per il fine vita o per l'attenuazione del dolore), per condizioni di cronicità, assistenza in diversi contesti (ospedale, ambulatorio, cure intermedie, cure primarie, cure al domicilio). Mentre il disegno della 833 era stato possibile da una convergenza di tipo "politico" costruita nei decenni precedenti e consolidata dal principio delle "convergenze parallele" teorizzate da Aldo

Moro, la scultura che si intende realizzare non può fare affidamento su convergenze politiche, ma sarà possibile da una convergenza sul principio di realismo e di sostenibilità. Proprio il principio di sostenibilità nel lungo periodo potrà consentire di affrontare la seconda fase, ossia quella della “grandezza” del blocco di marmo da cui partire per realizzare la scultura. La dimensione del blocco di marmo è costituita dalle risorse che il sistema economico è e sarà in grado di mettere a disposizione. Se aumenterà il prodotto interno lordo e se la tutela della salute salirà nella graduatoria delle priorità nell’ambito del confronto governo/opposizione aumenterà la dimensione del blocco di marmo. La terza e più complessa fase è quella della scultura perché occorre mettere all’opera tanti scultori, che sono presenti nella catena del “life science” che va dalla ricerca alla produzione di farmaci, dispositivi e tecnologie per la salute, forniture di beni e servizi alle aziende pubbliche e private che erogano prestazioni e servizi ai pazienti. Una catena nella quale si sviluppano le funzioni di regolazione, produzione di risposte ai bisogni di salute, committenza (per esempio, regioni che acquistano prestazioni e servizi da erogatori privati accreditati e contrattualizzati, assicurazioni e fondi che acquistano servizi da erogatori privati e pubblici con la modalità di libera professione intramuraria), finanziamento (da fiscalità generale, da contributi a fondi di solidarietà volontaria, premi per assicurazioni private, pagamento diretto), controlli sul rispetto delle regole (per ritornare all’analogia dei treni rispetto degli slot assegnati). Una squadra di scultori in grado di comprendere il contesto reale (principio del realismo) rispetto ai modelli o alle idee (tipico degli ideali e delle ideologie), convinti che la scultura che emergerà dipenderà non dal disegno iniziale, ma dalla capacità di adattare le soluzioni alle modificazioni del contesto (processi), consapevoli che la bellezza della scultura dipenderà dalla disponibilità a rinunciare alle ottimizzazioni dell’interesse particolare per perseguire un interesse generale più sostenibile e migliore per tutti (l’unità del bene comune è più importante delle singole parti).