

Editoriale

- 1 *Il futuro della programmazione territoriale. Cosa cambia e come attrezzarsi*
U. De Ambrogio

Piani di zona

- 2 *La Lombardia prova a cambiare strada sui Piani di zona*
V. Ghetti, K. Avanzini, U. De Ambrogio

Valutazione e qualità

- 6 *Qualità nelle strutture residenziali per anziani e costi di gestione crescenti*
A. Battistella

Politiche sanitarie

- 12 *Salute e politiche sanitarie ai tempi della crisi*
M. E. Locatelli

Professioni sociali

- 16 *Preparare e prepararsi al lavoro di gruppo*
A. Bregantin, M. Luppi, A. Maiocchi, L. Mariani

Prevenzione

- 21 *Programmazione territoriale di interventi per il "Guidatore Designato"*
L. Fornari, G. Aresi

Disabilità

- 25 *Valutazione multidimensionale del disabile in Veneto. Opportunità e limiti*
R. Morello, L. Visconti

Intercettazioni

- 29 *La grande recessione e i redditi familiari*
S. P. Jenkins, A. Brandolini, J. Micklewright, B. Nolan

- 31 *Attenzione alla retorica dell'equità*
E. Granaglia

Notizie

- 32 *Accadde domani*
G. Rusmini

Direzione

Emanuele Ranci Ortigosa
(direttore responsabile)

Ugo De Ambrogio, Sergio Pasquinelli
(vicedirettori)

Caporedattore

Francesca Susani (pss@irsonline.it)

Redazione

Claudio Caffarena, Ariela Casartelli, Diletta Cicoletti, Vittorio Glassier, Graziano Giorgi, Francesca Merlini, Daniela Mesini, Paolo Peduzzi, Franco Pesaresi, Dela Ranci Agnoletto, Edoardo Re, Giorgio Sordelli, Patrizia Taccani

Comitato scientifico

Paolo Barbetta, Alessandro Battistella, Luca Beltrametti, Paolo Bosi, Annamaria Campanini, Maria Dal Pra Ponticelli, Maurizio Ferrera, Marco Geddes da Filicaia, Cristiano Gori, Antonio Guaita, Luciano Guerzoni, Francesco Longo, Gavino Maciocco, Marco Musella, Franca Olivetti Manoukian, Giuseppe A. Micheli, Nicola Negri, Fausta Ongaro, Valerio Onida, Marina Piazza, Costanzo Ranci, Chiara Saraceno, Maria Chiara Setti Bassanini, Antonio Tosi

Contatti

Via XX Settembre 24, 20123 Milano
tel. 02 46764276 - fax 02 46764312
www.pss.irsonline.it

Ufficio abbonati

Daniela Mezzera (pss.abbo@irsonline.it)

Abbonamento 2012

ccp. n. 36973204

€ 57,00 (privati)

€ 63,00 (ass. di volontariato e coop. sociali)

€ 85,00 (enti)

€ 90,00 (estero)

L'abbonamento decorre dal 1° gennaio al 31 dicembre.

Prezzo per copia: € 7,20 (arretrati € 12,00)

Progetto grafico e impaginazione

Riccardo Sartori

Stampa

Grafica Sant'Angelo

Via Vicinale 6, Sant'Angelo Lodigiano (LO)

Tel. 0371 210290

Registrazione

Tribunale di Milano n. 83 del 5-3-1973

ISSN 0393/9510

È vietata la riproduzione dei testi, anche parziale, senza autorizzazione.

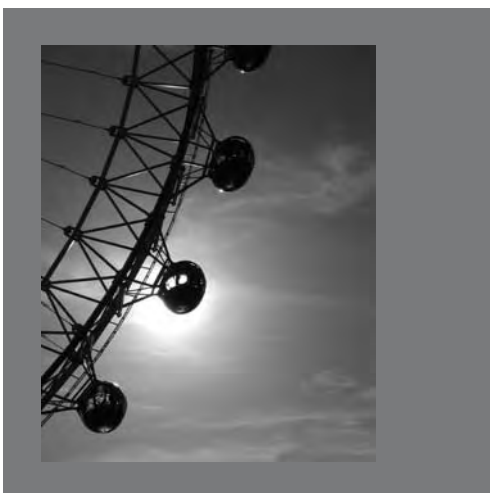


Foto di copertina © Jim Crossley
www.flickr.com/photos/raindog



Prospettive Sociali e Sanitarie è stampata usando le carte *Recital white* e *Respecta 100* di Burgo Distribuzione, composte al 100% da fibre riciclate

SALUTE E POLITICHE SANITARIE AI TEMPI DELLA CRISI

Recenti ricerche rilevano le prime, severe ripercussioni della perdurante crisi economica sulle condizioni di salute delle popolazioni coinvolte. Allo stesso tempo, i sistemi sanitari mostrano difficoltà nel gestire l'aumento della domanda di cure. Mentre è opinione sempre più diffusa che l'immissione di strumenti privatistici nella sanità sia la chiave di volta per renderne più efficace la gestione e ridurre i costi, altre evidenze sembrano suggerire il contrario. I membri dell'associazione IAHP hanno esaminato le politiche sanitarie sin qui intraprese dai governi, al fine di saggiarne la capacità di difendere il fondamentale diritto alla salute.

Dal 29 settembre al 2 ottobre 2011 si è svolta ad Ankara (Turchia) la XVI Conferenza della sezione europea dello IAHP, l'International Association of Health Policies. Tale associazione, pur essendo poco conosciuta nel nostro Paese, vanta tra i suoi presidenti onorari Giovanni Berlinguer, e al momento della sua fondazione, nel 1977, annoverava Franco Basaglia tra i suoi membri.

Lo IAHP, composto da accademici, operatori sanitari e attivisti per il diritto alla salute, ha lo scopo di promuovere il dibattito e l'analisi scientifica dei temi inerenti la salute pubblica, le politiche sanitarie e i loro effetti sulla popolazione.

Nella XVI conferenza, dal titolo *Crisi del capitalismo e salute*, studiosi e operatori provenienti da quattro continenti hanno analizzato il rapporto tra la crisi economica globale in corso dal 2007, le politiche sanitarie e le conseguenze sulla salute. Il tema è stato sviluppato su quattro livelli:

- conseguenze dirette e indirette della crisi economica sullo stato di salute delle popolazioni;
- conseguenze delle politiche sanitarie sulla salute;
- influenza degli organismi sovranazionali sulle strategie nazionali di politica sanitaria;
- impatto degli organismi economico-finanziari sovranazionali sui determinanti sociali della salute.

Per ragioni di spazio, tratteremo qui soltanto i primi tre nodi.

CONSEGUENZE DELLA CRISI ECONOMICA SULLA SALUTE

In letteratura sono noti gli effetti sulla salute fisica e mentale di repentini incrementi della disoccupazione, dell'insufficienza di reddito e dell'insicurezza da essi generata. La crisi attuale non fa eccezione, come testimoniano recenti ricerche condotte in Grecia. Nel Paese europeo più esposto alla crisi finanziaria, le infezioni da HIV

crescono rapidamente, a causa sia dell'aumento della prostituzione sia del cospicuo incremento del consumo di stupefacenti assunti per via endovenosa (Kentikelenis et al., 2011). Il tasso di suicidi è in costante aumento sin dal 2008, e solo nella prima metà del 2011 si è avuta un'impennata del 40% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Aumentando la criminalità, cresce il numero di morti violente: tra il 2007 e il 2009 rapine e omicidi sono pressoché raddoppiati.

I dati raccolti sui restanti Paesi membri dell'Unione europea mostrano come tali fenomeni non siano circoscritti alla sola Grecia: già nel 2008 i suicidi nell'Europa a 15 erano aumentati del 7%, e il trend è in costante aumento (Stuckler et al., 2011).

Pur attendendo dettagliati dati epidemiologici, la Società italiana di cardiologia teme che la paura di perdere il posto di lavoro e l'ansia derivante dal timore di non riuscire ad arrivare alla fine del mese sottopongano il cuore di molti nostri concittadini a forti stress, mettendone a rischio la salute.¹ Tra le conseguenze indirette della congiuntura economica sulla salute, si annovera in primo luogo l'aumento del numero di coloro che rimandano o rinunciano alle cure sanitarie, oppure contraggono debiti per sostenerle.² Come conseguenza, in Grecia, sono sempre più numerose le persone che abbandonano la sanità privata per tornare a rivolgersi a quella pubblica, accrescendo così la pressione sulle strutture pubbliche e allungando i tempi d'attesa.

CONSEGUENZE DELLE POLITICHE SANITARIE SULLA SALUTE

Poiché il miglioramento dell'aspettativa di vita dipende in larga misura dall'accessibilità alle cure sanitarie e dalla loro qualità, molte ricerche presentate alla Conferenza dello IAHP si sono interrogate circa i modi in cui le politiche sanita-

rie, in questi anni di crisi, stiano rispondendo ai crescenti bisogni di salute della popolazione.

Per tornare al caso greco, è legittimo chiedersi se l'aumento delle infezioni da HIV tra tossicodipendenti non sia facilitato dal contemporaneo taglio di un terzo del budget riservato all'omologo greco dei SERT italiani. Analogo discorso può essere fatto in relazione ai tempi di attesa, certamente cresciuti anche a causa della forte riduzione dei posti letto nelle strutture pubbliche, del licenziamento di 26.000 operatori sanitari e della riduzione del 40% dei fondi riservati agli ospedali. Non è ancora misurabile, ma certamente presumibile, una ricaduta negativa sulla stessa qualità delle cure, e dunque sulla salute del popolo greco.

Le riforme intraprese nel Paese ellenico per diminuire la spesa pubblica comprendono la restrizione della copertura offerta dall'assicurazione pubblica, tale per cui le cure riservate a disoccupati di più lungo periodo ed immigrati saranno limitate alle sole prestazioni urgenti e non differibili. Le nuove norme, al contempo, aumentano la percentuale della spesa sanitaria a carico del paziente. L'innalzamento dei prezzi, congiuntamente alla diffusione della disoccupazione e alla decurtazione di salari e stipendi, con tutta probabilità incrementerà i casi di rinvio e rinuncia alle cure sanitarie, con particolare riferimento a quelle preventive. In Italia, è plausibile che l'aumento dei *ticket* sanitari, introdotto dalla manovra correttiva dell'estate 2011, conduca a risultati simili. Come conseguenza di tali difficoltà, sempre più cittadini scelgono di rivolgersi alle *street clinic* delle Organizzazioni non governative, indirizzate inizialmente alla sola popolazione immigrata.³

Dal confronto tra i partecipanti alla Conferenza, è emerso come le spinte alla riduzione dei budget per la sanità pubblica, alla restrizione dei benefici derivanti dalle assicurazioni obbligatorie e alla privatizzazione del sistema siano presenti pressoché ovunque nel mondo.

Perché nei momenti di crisi, quando cioè i cittadini avrebbero bisogno di maggiori tutele, tanti Paesi riducono i budget sanitari? Perché, proprio quando i pazienti tornano al pubblico in cerca di costi più sostenibili, si accelerano i processi di privatizzazione? Le risposte più frequenti sono essenzialmente di due tipi: alcuni sostengono che il ricorso alle varie forme di privatizzazione consenta non solo un risparmio finanziario, ma anche guadagni in qualità, efficacia, efficienza e persino equità dei servizi sanitari. Altri, pur considerando simili politiche potenzialmente lesive di diritti fondamentali, le giudicano inevitabili in momenti di grave crisi economica. Proveremo qui a saggiare la validità del primo ordine di

argomentazioni, esaminando, sulla scorta delle indicazioni dello IAHP, le origini di tali scelte di politica sanitaria e le conseguenze cui hanno sinora condotto.

ORGANISMI SOVRANAZIONALI E POLITICHE SANITARIE NAZIONALI

Come già ricordato, il titolo della Conferenza era *Crisi del capitalismo e salute*; i membri dello IAHP, dunque, leggono la congiuntura attuale come una vera e propria crisi di sistema. La crisi del debito pubblico che sta investendo molti Paesi deriverebbe anche dalla precedente crisi finanziaria e dai numerosi "salvataggi" di banche, grandi imprese ed enti finanziari. Si sarebbe trattato, in estrema sintesi, della conversione di un enorme debito privato in debito pubblico. I governi starebbero affrontando le attuali difficoltà economiche con le medesime soluzioni ricercate negli ultimi trent'anni, ovvero attraverso politiche normalmente definite neoliberiste, tra le quali ha un ruolo rilevante la privatizzazione di beni pubblici. Nel biennio 2009-2010, infatti, a livello globale i processi di privatizzazione hanno conosciuto una vera e propria impennata e i governi europei hanno dichiarato di voler cedere asset per 35 miliardi di euro entro il 2013 (Fondazione ENI Enrico Mattei, KPMG, 2011).

Le privatizzazioni di beni e servizi un tempo sottratti alla mercificazione, quindi, rappresenterebbero un tentativo di superamento dello stallo del sistema economico attraverso la creazione di nuovi mercati, l'espansione di quelli già esistenti o l'aumento della loro profittabilità. Nell'ambito dei servizi pubblici locali e di quelli sociosanitari, poi, tale profittabilità è garantita nel tempo dalla scarsa elasticità della domanda.

È noto come politiche di questo tipo vengano diffuse nei Paesi in via di sviluppo da enti finanziari sovranazionali. Sono molto dibattuti, per esempio, gli effetti delle condizionalità imposte dal Fondo monetario internazionale agli Stati cui eroga prestiti. Suscitarono particolare scalpore le ricerche, pubblicate su alcune riviste scientifiche di rilievo internazionale, che correlavano i forti aumenti della morbilità e della mortalità nei Paesi ex URSS ai Piani di aggiustamento strutturale condotti dal FMI (Stuckler et al., 2008). Il FMI, oltre a premere per la contrazione della spesa pubblica, spesso induce i governi a prevedere imposte d'uso per accedere ai servizi pubblici; alcuni studi ritengono che la causa della sensibile riduzione del ricorso popolare alle cure mediche e l'aumento, pari al 10%, del tasso di mortalità per malaria in Mozambico sia da ricercare proprio nell'introduzione di un ticket

Perché nei momenti di crisi, quando i cittadini avrebbero bisogno di maggiori tutele, tanti Paesi riducono i budget sanitari? Perché, quando i pazienti cercano costi più sostenibili, si accelerano i processi di privatizzazione?

Note

- 1 Dichiarazione del presidente della SIC, in Adnkronos Salute, 2011.
- 2 Nel 2009 in Italia cinque milioni di persone hanno avuto difficoltà ad affrontare le spese sanitarie (CEIS, 2010). Fenomeni simili si verificano in Grecia (Kentikelenis et al., 2011).
- 3 In merito alla Grecia, si veda Kentikelenis et al., 2011.

Bibliografia

- AA. VV., *Non è vero. I dogmi del neoliberalismo alla prova dei fatti*, MC Editrice, Milano, 2002
- Adnkronos Salute, "Cardiologia: SIC, crisi economica genera stress e influenza salute cuore", *Adnkronos*, 9.12.2011, www.prosp.it/crisicuore
- Compagnoni V., "La sanità", in Pizzuti F. (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2007*, UTET, Torino, 2007
- CEIS, *Rapporto sanità 2009*, Health Communications, Roma, 2010
- Crouch C., *Postdemocrazia*, Laterza, Roma-Bari, 2003
- Davies S., *Making the connections: contract cleaning and infection control*, Unison, London, 2009
- Gaffney D. et al., "PFI in the NHS: is there an economic case?", *British Medical Journal*, vol. 319, 1999
- Granaglia E., "Nuovi approcci alla libertà di scelta dei pazienti. I quasi-mercati e il quasi-monopolio pubblico", in Pizzuti F. (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2007*, UTET, Torino, 2007
- Kentikelenis A. et al. "Health effects of financial crisis: omens of a Greek tragedy", *The Lancet*, vol. 378, 9801, 2011
- Kondilis E. et al., "Payment and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece", *BMC Health Services Research*, vol. 11, 234, 2011
- Kondilis E. et al., "Regulation of health providers in Greece: a failure or just a myth?", Atti non pubblicati della XVI Conferenza dello IAHP, 2011
- Lister J. et al., "Reforming health systems through marketization: comparative analyses of effects of three decades of marketization in England, Malaysia and New Zealand", Atti non pubblicati della XVI Conferenza dello IAHP, 2011
- BBC 4, "PFI hospitals 'hit patient care'", *BBC*, 12.07.2007, www.prosp.it/BBC-PFI
- Raitano M., "Welfare state universalistici e selettivi: definizioni, tendenze, effetti", in Pizzuti F. (a cura di), *Rapporto sullo stato sociale 2007*, UTET, Torino, 2007
- Stuckler D. et al., "Effects of the 2008 recession on health: a first look at European data", *The Lancet*, vol. 378, n. 9786, 2011
- Stuckler D. et al., "International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries", *Plos Medicine*, vol. 5, 7, 2008
- Yeates N., *Globalizzazione e politica sociale*, Erickson, Trento, 2004

sugli esami del sangue prescritta dall'organismo finanziario (AA. VV., 2002, p. 105).

La crisi in corso permette di saggiare come anche i governi del Nord del mondo siano talvolta sospinti a percorrere politiche di stampo neoliberista da altri soggetti, siano essi organizzazioni inter-governative, banche private od organismi sovra-nazionali. La privatizzazione di diversi servizi pubblici in Grecia, pure in alcuni settori già avviata autonomamente dal governo, è stata infatti forzata dall'intervento della *troika*: UE, BCE e FMI hanno subordinato l'erogazione degli aiuti economici alla privatizzazione, ad esempio, di servizio idrico e sanità.

Gli studiosi presenti alla Conferenza dello IAHP hanno confrontato le riforme sanitarie ispirate a modelli neoliberisti varate in diversi Paesi, rilevando come i passaggi seguiti per realizzarle si ripetano pressoché invariati dalla Malesia al Regno Unito, dalla Turchia al Cile.

Il primo passo consiste nella creazione di *think tank*, spesso sotto l'egida della Health and Nutrition Division della Banca mondiale, volti all'analisi dei principali problemi del sistema sanitario. Le cause ultime di tali criticità vengono di norma individuate nella natura pubblica dei servizi sanitari.

Il pubblico sarebbe sorprendentemente soggetto alle stesse storture a tutte le latitudini: esso risulterebbe ovunque inefficiente, di scarsa qualità e troppo caro. Non incontrerebbe la soddisfazione dei pazienti, non rispondendo ai loro desideri. Sarebbe diseguale perché, esplicitamente o meno, escluderebbe fasce di popolazione dalle cure. Il finanziamento tramite fiscalità generale, infine, sarebbe iniquo e dannoso per l'economia nel suo complesso. Di conseguenza, i diversi *think tank* propongono un insieme di riforme che solitamente comprendono le seguenti misure: forte flessione delle risorse destinate dallo Stato alla sanità pubblica, con blocco del *turn-over* degli operatori, i quali vengono sottoposti a processi di flessibilizzazione; aziendalizzazione del sistema pubblico e separazione tra finanziamento ed erogazione; esternalizzazione dei servizi collaterali, a partire dalla pulizia per arrivare poi al personale infermieristico e alle analisi di laboratorio; aumento dei premi assicurativi, restrizione delle cure coperte dalle assicurazioni e diffusione di polizze private; aumento della compartecipazione ai costi da parte del paziente. Infine, aumento del numero dei fornitori per assicurare libertà di scelta, equiparazione tra erogatori pubblici e privati, *partnership* pubblico/privato e privatizzazioni.

SELETTIVITÀ E TARGET EFFICIENCY

Quando le proposte si traducono in riforme sanitarie, normalmente i governi,

anziché optare per una completa privatizzazione, procedono ad un graduale slittamento verso il principio denominato *targeting the poor*, con conseguente abbandono dei principi universalistici. Tale modello, sostenuto e propagato in particolare dalla Banca Mondiale, postula che, essendo le risorse statali scarse, esse vadano indirizzate solamente ai più bisognosi, in modo da dar vita a sistemi più efficaci (poiché intervengono solo laddove vi sia un comprovato bisogno non altrimenti trattabile), più efficienti (poiché non sprecano fondi a vantaggio di chi sarebbe in grado di provvedere da solo a se stesso) e più equi, perché "danno di più a chi ha meno". Si tende dunque a creare un regime assistenziale "a doppio strato", dove i servizi pubblici si riducono alla copertura residuale degli individui marginali, mentre gli altri cittadini sono sospinti ad accedere al circuito privato (Yeates, 2004, p. 137).

Nei sistemi che privilegiano un modello selettivo, al fine di raggiungere la popolazione bersaglio, l'erogazione del servizio è subordinata alla prova dei mezzi; in alternativa, si introducono elementi volti a disincentivare l'accesso dei cittadini più abbienti, quali l'imposizione di piccoli costi di partecipazione, come le liste di attesa, o l'offerta di beni di qualità anche solo esteticamente inferiore (Raitano, 2007).

È opportuno vagliare, pur sommariamente, i risultati più frequenti dell'applicazione di sistemi selettivi.

In primo luogo, è ormai noto che i "servizi per i poveri" tendono a diventare rapidamente "servizi poveri": se solo i soggetti più marginali usufruiscono delle cure pubbliche, e l'ammontare totale del bilancio destinato al welfare non si mantiene adeguato, la qualità delle cure tenderà a deteriorarsi.⁴

Gli schemi selettivi, inoltre, non sempre riescono a raggiungere la popolazione bersaglio: la selezione può infatti escludere una quota degli aventi diritto, oppure includere anche persone che non ne avrebbero titolarità. In alcuni Paesi lo scarto tra aventi diritto al servizio e fruitori effettivi raggiunge addirittura il 20% (Raitano, 2007).

Infine, lo stesso presunto risparmio derivante dalla riduzione degli sprechi (delle risorse, cioè, destinate a soggetti che potrebbero provvedere da soli a se stessi) è incerto. Dal punto di vista amministrativo, ad esempio, sistemi di tipo selettivo prevedono costi molto più consistenti rispetto ai sistemi universalistici, poiché richiedono di definire complesse norme di accesso e di monitorare costantemente la condizione di chi vi partecipa.

L'intera questione della spesa è argomento assai controverso, eppure cruciale. Benché la necessità di fare economia sia il principale argomento a sostegno delle privatizzazioni, nei Paesi in cui l'erogazione privata rappresenta una componente importante, normalmente i costi complessivi aumentano. È quanto accade anche in Europa, con la sola eccezione dell'Olanda (Compagnoni, 2007).

PARTNERSHIP PUBBLICO/PRIVATO

Al rilevante aumento dei costi contribuiscono frequentemente le *partnership* pubblico/privato

(PPP). Il caso inglese ne è l'esempio più efficace. Oltremanica una forma di PPP particolarmente diffusa è la *Private Finance Initiative* (PFI), tipicamente utilizzata nella costruzione di ospedali. L'opera è finanziata dalle banche, attraverso l'emissione di obbligazioni o altri prodotti finanziari. La gestione della maggior parte dei servizi sanitari erogati in tali ospedali è invece in capo, per alcuni decenni, al SSN inglese, il quale deve mensilmente ripagare il debito contratto con la banca, con l'impresa edile e con gli erogatori dei restanti servizi. Il SSN, però, non deve ripagare solamente i costi di costruzione, ma anche i "costi di finanziamento", cioè il rendimento delle obbligazioni. Il supposto vantaggio risiederebbe nel trasferimento dei rischi di impresa dal pubblico al privato. Tuttavia le spese totali, per il pubblico, si sono ormai dimostrate molto più elevate rispetto a un finanziamento completamente pubblico: dal 18 all'80% in più (Gaffney et al., 1999). Poiché però i costi di rescissione sarebbero insostenibili per il SSN, gli ingenti debiti già contratti devono essere ripagati *in toto*. Pur di saldare i debiti, gli ospedali gestiti dal SSN, ma costruiti tramite PFI, si trovano a dover "distorcere le priorità cliniche, con gravi impatti sui pazienti" (BBC Radio 4, 2007). Con lo strumento della PFI, dunque, lo Stato inglese si indebita, peggiora la qualità delle cure, ma garantisce profitti sicuri ad imprenditori e soggetti finanziari privati.

Le stesse esternalizzazioni, estremamente diffuse, risultano talvolta rischiose: in Inghilterra, per esempio, l'esternalizzazione dei servizi di pulizia ha condotto all'aumento delle infezioni ospedaliere (Davies, 2009).

SOVRAPPRODUZIONE E SOTTOPRODUZIONE DI PRESTAZIONI

La struttura del finanziamento dei mercati, o quasi-mercati, sanitari è correlata, inoltre, a due fenomeni rilevati anche in Italia: sovrapproduzione di prestazioni superflue e sottoproduzione di cure necessarie. Si effettua un numero eccessivo dei servizi più richiesti dagli utenti, ma non per questo necessariamente più utili od opportuni, ed anzi, come per ogni intervento sanitario, potenzialmente rischiosi. Gli erogatori beneficerebbero di questa situazione poiché, prestando le cure richieste, incontrerebbero il favore dei pazienti, dal quale dipende la sopravvivenza della struttura; parallelamente possono privilegiare, in una forma di scrematura orizzontale, gli interventi più remunerativi (e dunque costosi per le casse pubbliche) a danno di quelli altrettanto adeguati ma più economici. Laddove la remunerazione del personale medico è legata al numero o alla tipologia di prestazioni erogate per unità di tempo, la sovrapproduzione di cure non necessarie tende a diffondersi, così come si contrae il tempo dedicato a ciascun paziente (Granaglia, 2007).

Parallelamente, si verifica una tendenza alla sottoproduzione di altre prestazioni; si pensi ai frequenti casi di dimissioni precoci, che liberano posti letto per nuovi pazienti ma possono condurre alla successiva riammissione dell'utente

dimesso, riammissione economicamente conveniente per il privato. Trovano infine spazio strategie di scrematura verticale dei pazienti: le cliniche tendono a non occuparsi dei soggetti ad un tempo più costosi e meno remunerativi, quali i malati gravi e cronici. I pazienti che, per scelta o per necessità, si rivolgono al privato, drenano risorse dal pubblico al privato, sicché i fondi e le strutture destinati ai pazienti più gravi rischiano di ridursi.⁵

CONCLUSIONI

Dal confronto tra studiosi di tutto il mondo emerge quanto l'immissione di strumenti privatistici sia poco efficace nella gestione delle principali difficoltà dei sistemi sanitari: con essi, anzi, di norma i costi aumentano, così come le diseguaglianze di salute.

Per quanto si riponga molta fiducia nelle capacità di forme di regolamentazione e controllo da parte dell'ente pubblico nel contenere gli effetti succitati, la prova della loro efficacia è, sfortunatamente, alquanto debole (Kondilis et al., 2011). Tra i limiti principali, ritroviamo ancora gli alti costi economici insieme all'aumento del carico amministrativo e burocratico. In diversi ambiti, tra cui quello finanziario, poiché i soggetti controllati sono privati, l'amministrazione pubblica non può che basare le proprie valutazioni sulle informazioni fornite dallo stesso soggetto regolato, che può quindi influenzarne l'esito. Legato a quest'aspetto è il tema della competenza: regolamentazione e valutazione richiedono non solo la conoscenza dell'operato della struttura da valutare, ma anche un'elevata competenza e una solida esperienza nel settore. Se nella sanità il problema può forse essere affrontato con un'adeguata formazione del personale, in diversi ambiti afferenti al comparto socio-assistenziale sembra più difficile che il pubblico abbia la capacità di regolamentare contesti dei quali non si è mai operativamente occupato o che ha da molto tempo rinunciato a gestire direttamente.⁸

Nel nostro Paese, dove, sebbene il sistema sanitario abbia mantenuto un impianto sostanzialmente pubblico e universalistico, sono stati introdotti da tempo molti degli strumenti privatistici qui analizzati, sfortunatamente dati e ricerche interdisciplinari sul legame tra politiche sanitarie e diseguaglianze di salute sono carenti. Sarebbe oggi ancor più urgente approfondire l'analisi sul tema, dal momento che, come argomentato, l'attuale congiuntura economica e politica rischia di mettere in pericolo la salute di una fetta non trascurabile della popolazione italiana. L⁷

Note

- Si veda Lister et al., 2011. Per un'approfondita comparazione tra risultati ottenuti da fornitori privati e pubblici negli USA e in Europa, si veda Kondilis et al., 2011.
- Si tratta del fenomeno di perdita di competenze legato a esternalizzazioni e privatizzazioni stigmatizzato da C. Crouch (2003), il quale arguisce che lo Stato, spogliandosi di responsabilità di erogazione, si tramuti in un "idiota istituzionale".