

EDITORIALE

di Stefano Zamagni

La seconda metà del 20° secolo sarà ricordata, nella storia del welfare, come il periodo in cui si attua, per la prima volta nei paesi avanzati, un coinvolgimento diretto e indiretto dello Stato nell'organizzazione e/o gestione dei servizi sanitari. È bensì vero, infatti, che è nel 1883 che Bismarck introduce in Germania l'assicurazione nazionale contro gli incidenti sul lavoro; che è nel 1911 che il Giappone crea il primo fondo per l'assistenza sanitaria dei poveri; che è nel 1912 che Lloyd George introduce in Gran Bretagna la prima forma di assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori; che è solo negli anni Venti che si registra in Italia la prima forma di assistenza sanitaria a carico dello Stato per i dipendenti pubblici. Ma non si può certo negare che è solo a partire dal 1945 – anno in cui prende avvio in Inghilterra il *National Health Service* ad opera principalmente di Beveridge e Bevan – che i governi dei paesi occidentali (chi prima, chi poi) iniziano a porre al centro delle loro agende domestiche la questione della difesa dei cittadini dai rischi connessi allo stato di salute. Come è ampiamente noto, prima di tale periodo è la società civile, con le sue plurime istituzioni, a farsi carico della cura degli indigenti e dei malati. Ne conserviamo una traccia rivelatrice nel fatto che, ancor oggi nel nostro paese, i nosocomi vengono indicati con l'espressione “ospedale civile”.

A prescindere dalla specificità delle risposte locali, ciò avviene sulla base del riconoscimento, e dunque dell'accettazione in termini politici, di un principio fondamentale: mentre si può acconsentire sul fatto che, in economie di mercato, sia il reddito (genericamente inteso come indicatore delle condizioni economiche) a determinare l'accesso di una persona ad una ampia categoria di beni e servizi, non si può accettare che il reddito valga anche a definire le condizioni di accesso alle cure sanitarie, cioè, in ultima istanza, alla vita. Di qui l'idea di garantire, almeno tendenzialmente, a tutti i cittadini eguali opportunità di accesso alle cure. Si deve ricordare che all'affermazione di tale principio ha contribuito, in modo determinante, l'avanzamento delle conoscenze in campo medico e lo straordinario progresso delle tecnologie bio-medicali, registrati nel corso dell'ultimo mezzo secolo. (Come i trattati di storia della medicina documentano e come ci ricorda V.R. Fuchs, fino alla seconda guerra mondiale le cure mediche ave-

vano ben poco da offrire in termini di miglioramenti della salute: non sempre era conveniente sottoporsi ai trattamenti terapeutici disponibili!).

Quanto precede ci introduce immediatamente al tema di questo numero monografico: perché la Sanità Pubblica ha bisogno del non profit. Come è noto, caratteristica saliente di una organizzazione non profit (ONP) è quella di appartenere ad una pluralità di *stakeholders*. Ciò significa che i proprietari di una ONP non sono solamente coloro che investono in essa per trarne un vantaggio in termini di rendimento sul capitale investito. La funzione obiettivo di una ONP è piuttosto quello di servire, in qualche modo specifico, la comunità in cui opera mediante la produzione di esternalità sociali e la salvaguardia delle ragioni dell'equità. (Tecnicamente, una esternalità viene a crearsi tutte le volte in cui le azioni di un soggetto hanno un impatto – positivo o negativo – sul benessere di altri soggetti, un impatto che non risulta mediato o regolato dal sistema dei prezzi. D'altro canto, un'esternalità è sociale, o collettiva, quando concerne la comunità nel suo insieme).

In presenza di esternalità sociali, i benefici complessivi generati dall'attività di un soggetto di offerta non sono solamente quelli attribuibili all'output ottenuto, ma anche quelli collegati al modo – cioè al tipo di processo – in cui quell'output è stato ottenuto. Ne consegue che l'esistenza di esternalità positive, mentre scoraggia l'impresa for profit dall'accrescere il proprio investimento, rappresenta la missione stessa della ONP, la ragione cioè per la quale i membri di quest'ultima si uniscono per dare vita ad una attività economica. Si badi che, con ciò, non si vuol affatto significare che l'impresa for profit non sia interessata a prendere in considerazione le esternalità sociali oppure che non sia contenta di produrle. Si vuol semplicemente affermare che l'obiettivo della massimizzazione del profitto (o di un qualche altro indicatore di profittabilità) non consente all'impresa for profit di "attribuire" un qualche peso a tali esternalità all'interno del proprio processo decisionale, anche se resta vero che altri soggetti (ad esempio, un ente locale oppure un'associazione di consumatori) potrebbero indurre o costringere l'impresa for profit a ciò.

Quali ragioni di ordine economico parlano dunque a favore delle ONP come soggetti erogatori di prestazioni sanitarie? La risposta che oggi viene avanzata dai più è quella che si appoggia sulla teoria del vantaggio comparato, una teoria in base alla quale hanno titolo a fornire prestazioni sanitarie quelle imprese – non importa se pubbliche, se private o se non profit – che dimostrano di risultare più efficienti. Si badi che tale posizione teorica è stata ed è talmente influente e pervasiva da aver ispirato o, quanto meno, influenzato lo stesso trattato di Amsterdam, quello che ha dato il via al processo di unificazione europea. Come è noto, questo trattato prevede che, eccetto che per le prestazioni che hanno diretta attinenza con la salute pubblica (come ad esempio la prevenzione di epidemie), anche al settore sanitario vadano applicate le regole della competizione.

Concretamente, questo significa che, a regime, le ASL dovranno seguire le medesime regole che già oggi gli enti locali devono rispettare quando decidono di affidare all'esterno l'erogazione di determinati servizi. Dovranno cioè procedere alla cosiddetta valutazione comparativa: il servizio verrà affidato a quegli erogatori che, ferma restando la qualità, assicurano il costo più basso. Quanto a dire che quelle strutture che si dimostreranno incapaci di reggere alla valutazione comparativa verranno, prima o poi, spazzate via dal vento della competizione.

Quale il senso di ciò? Quello di suggerire una ragione cogente dell'incapacità delle ONP a reggere il confronto competitivo con le imprese for profit. Tale argomento spiegherebbe – secondo Hansmann e molti altri autori – la massiccia recente penetrazione di imprese for profit in ambiti, come quello sanitario, tradizionalmente considerati terreno di conquista delle ONP. Addirittura, autori come J. Kendall arrivano a sostenere che, a causa dei ben noti effetti di reputazione e delle pressioni esercitate dalle associazioni dei consumatori, sempre più informate e agguerrite, l'impresa for profit sarebbe indotta ad operare in modo non opportunistico – anche se vorrebbe farlo – e dunque a fare “complessivamente meglio” dell'impresa non profit.

Non è difficile cogliere le implicazioni pratiche di conclusioni del genere. Non solamente non risulterebbero più giustificate forme di sostegno pubblico, di tipo fiscale o di regime civilistico, alle ONP, ma neppure potrebbero essere accolte forme di sussidio permanente a questo tipo di organizzazioni. La logica della competizione, in altri termini, impone che i medesimi contratti devono essere siglati con i soggetti che operano nel settore sanitario, siano essi imprese non profit oppure imprese for profit. Sembra questa, ormai, la nuova articolazione cui si è oggi giunti dopo che da parecchi anni si era andati dicendo (e scrivendo) che la teoria del vantaggio comparato individuava nella esistenza in sanità di forti asimmetrie informative e di rilevanti esternalità sociali, la causa della superiore efficienza della forma non profit rispetto a quella for profit.

I saggi qui raccolti, da angolature diverse, danno conto di come si sia giunti a questa sorte di svolta ad *U* e suggeriscono anche quali vie battere affinché possa essere scongiurato il rischio di ridurre la qualità in sanità unicamente a ciò che è quantificabile sulla scorta dei familiari metodi di rilevazione statistica. Si badi che il problema non è affatto quello – come taluno ha interesse a far credere – di eliminare la competizione in un ambito come quello sanitario. Al contrario, si tratta di arricchire la nozione di competizione per far sì che soggetti di offerta portatori di specifiche capacità relazionali possano gareggiare alla pari con altri soggetti di offerta, lasciando che siano gli utilizzatori dei servizi sanitari a decidere quanto spazio economico deve occupare l'un tipo o l'altro di soggetto di offerta.

In buona sostanza l'argomento sviluppato in questo numero monografico di *Salute e Società* ha un fine ultimo, quello di mostrare che il governo

di un sistema complesso come è il sistema sanitario non può essere messo in opera restando all'interno della tradizionale contrapposizione tra una visione statalista ed una liberista dell'ordine politico-economico. Secondo tale concezione, controllo statale e meccanismo di mercato vengono visti come alternative antitetiche per il disegno di un sistema sanitario. Eppure, è cosa ormai nota che né l'istituzione stato né l'istituzione mercato sono in grado, da sole, di risolvere conflitti fondamentali e, in particolare, di sciogliere in modo accettabile quelle "scelte tragiche" che si presentano in sanità in modo sistematico e non già occasionale.

Rispetto a tale concettualizzazione dicotomica – invero, alquanto obsoleta – giudico più promettente la via di un rapporto cooperativo tra dimensione pubblica e privata secondo cui lo stato assume, da un lato, la funzione di stimolatore dell'evoluzione di assetti organizzativi chiamati ad annullare le sacche di inefficienza endemicamente presenti in sanità e, dall'altro, la funzione di regolatore, cioè di ordinatore che agisce in modo promozionale della società civile per scongiurare i rischi del privatismo sanitario. (Sarebbe questo un antagonista serio di quella coesione sociale che è stata ed è l'elemento centrale del processo di sviluppo italiano). Al tempo stesso, al mercato, che deve articolarsi nelle forme diverse ma complementari dei soggetti profit e non profit, spetta il duplice compito di fornire le risorse aggiuntive rispetto a quelle raccolte con la fiscalità generale per rendere sostenibile un welfare sanitario di tipo universalistico, e di contrastare le tentazioni sempre ricorrenti di dirigismo sia economico sia politico mostrando, con i fatti, come si possa arrivare ad esiti socialmente ottimali in sanità.