

Marco Geddes da Filicaia

La privatizzazione della sanità fa male alla salute. Uno studio di Lancet mostra come l'esternalizzazione dei servizi su larga scala, introdotta con la riforma della sanità britannica del 2012, sia coincisa con la crescita della mortalità.

La sanità, anche in Italia, è un settore in cui è in atto una esternalizzazione di servizi. Tale termine, che corrisponde all'inglese *outsourcing*, si riferisce in realtà a più tipologie di processi e di servizi. Vi sono attività che non fanno parte del "core" del Servizio sanitario e il cui processo di esternalizzazione è in corso da decenni: gestione parcheggi, giardinaggio, trasporto rifiuti, gestione mensa, lavaggio biancheria ecc. **L'attuale esternalizzazione dei servizi sanitari riguarda invece attività che fanno più direttamente parte del percorso si cura**, con valenza professionale medica e infermieristica e quindi direttamente connesse con l'assistenza alla persona.

Le ragioni che vengono addotte per giustificare, o per promuovere tale esternalizzazione verso il privato, coinvolgendolo in parte del percorso assistenziale a fianco del pubblico o chiamandolo direttamente a sostituire il servizio pubblico, **sono sostanzialmente tre.**

- **La prima è, per usare un neologismo, di natura efficientistica.** Il privato consentirebbe, data la sua maggiore efficienza, di raggiungere i risultati con una minore spesa. Tale affermazione ha trovato molte obiezioni di natura empirica: l'aumento della spesa per Beni e servizi; il confronto fra i costi di servizi esternalizzati e di servizi effettuati direttamente. Viene inoltre evidenziato come il contenimento dei costi sia spesso realizzato non con una più efficiente organizzazione delle attività, ma tramite il ricorso a personale precario e sottopagato.
- **La seconda ragione è di natura più prettamente ideologica,** là dove si afferma che in una società "libera" pubblico e privato debbano collocarsi sullo stesso piano e agire competitivamente. È presumibilmente tale convincimento che ha ispirato l'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato a rivolgersi al Presidente del Consiglio dei Ministri con la sua annuale Segnalazione di Proposte di riforma concorrenziale chiedendo "... una maggiore apertura all'accesso delle strutture private all'esercizio di attività sanitarie non convenzionate [ed eliminando] il vincolo della verifica del fabbisogno regionale di servizi sanitari"^[1]. A tale impostazione vi sono obiezioni di natura sia pratica che etico-politica. Si fa presente che le massive esternalizzazioni comportano un depauperamento di competenze pubbliche e la conseguente incapacità di esercitare anche un controllo sulle attività demandate al

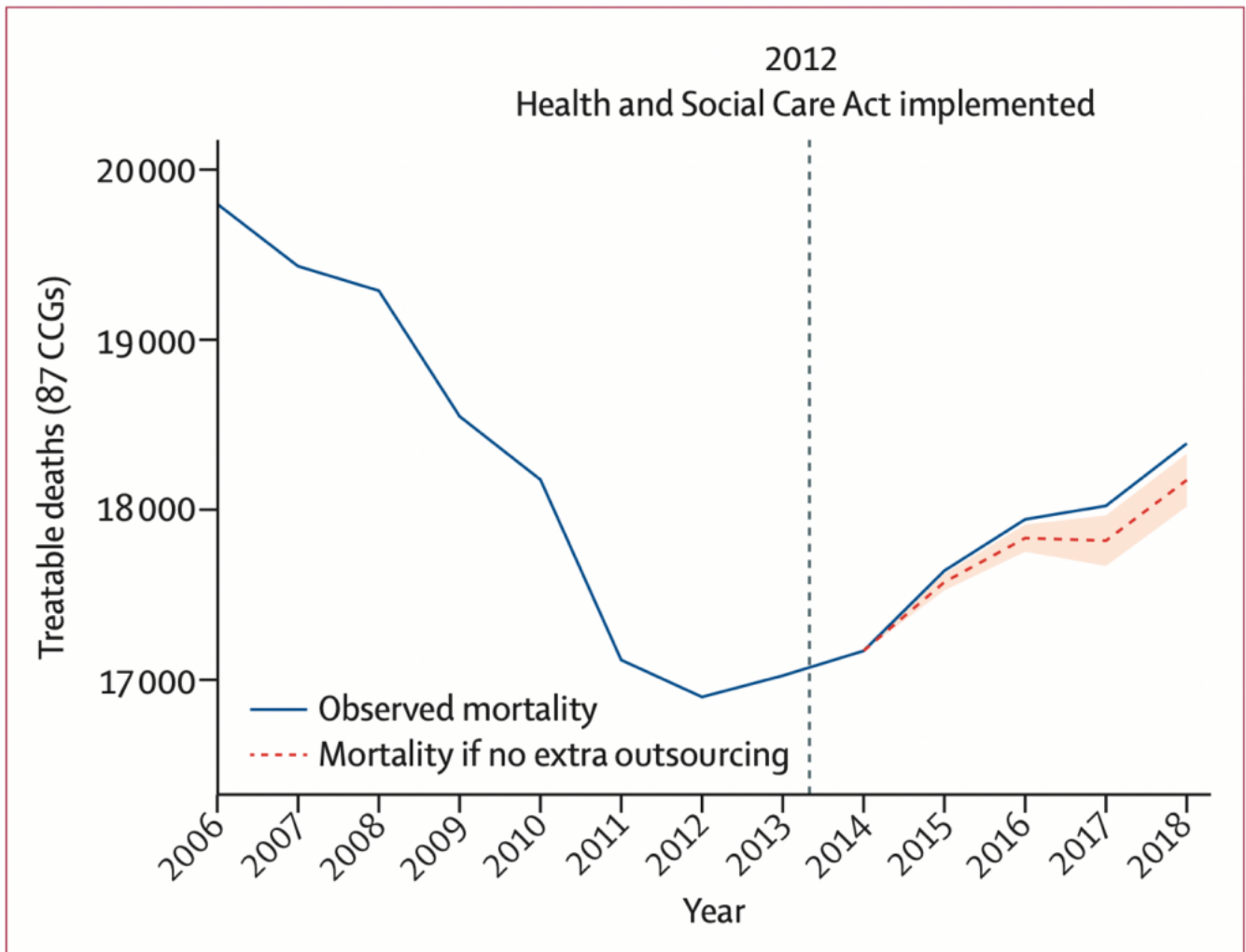
privato. Si obietta inoltre che, in una società democratica, i “bisogni sociali” non sono semplicemente bisogni, bensì diritti, che si collocano in una relazione di obblighi e doveri reciproci che solo un ente pubblico, ossia un ente capace di agire a nome di tutti simultaneamente e collettivamente può soddisfare[2].

- **La terza e ultima ragione è in termini di efficacia**, cioè la capacità di un intervento sanitario di ottenere gli esiti desiderati: i servizi sanitari gestiti dai privati sarebbero più efficaci o, quantomeno, ugualmente efficaci a quelli attuati dal pubblico, ma a costi più contenuti.

Rispondere a tale obiezione non è facile a ragione della carenza di studi comparativi. Recentemente è apparso sulla rivista **Lancet un ampio studio osservazionale che valuta, in Gran Bretagna, il rapporto fra esternalizzazione dei servizi sanitari e la mortalità** per cause che dovrebbero essere curabili con un intervento medico, per il periodo 2011 - 2020[3]. **L'esternalizzazione di servizi sanitari in Gran Bretagna ha avuto un notevole impulso a partire dalla riforma voluta dal governo conservatore (Health and Social Care Act) del 2012**, che ha spinto, e in molte situazioni obbligato, le autorità sanitarie a trasferire la fornitura di servizi da fornitori pubblici a quelli privati a scopo di lucro. Gli autori dell'articolo hanno realizzato un **database costituito da 645.674 pagamenti effettuati per un totale di 204,1 miliardi di sterline dai 173 CCG (Clinical Commissioning Groups) sul totale di 191 che operano nel NHS**, che hanno sostituito i *Primary Care Trust* (equivalenti alle nostre ASL) (leggi [qui](#) e [qui](#)).

Tali dati sono stati utilizzati mettendoli in relazione alla mortalità evitabile grazie a tempestivi interventi sanitari, compresa la prevenzione secondaria e il trattamento[4]. I risultati sono evidenziati nella seguente figura che mostra la mortalità evitabile osservata nel periodo 2006 - 2018.

Figura 1. Gran Bretagna. Mortalità evitabile e riforma sanitaria del 2012.



Risulta evidente che a seguito dell'Health and Social Care Act la curva in decrescita della mortalità evitabile ha invertito il suo andamento e la riga tratteggiata evidenzia la diversa crescita di tale parametro (e i rispettivi limiti di confidenza) in assenza di outsourcing. Gli autori fanno presente che l'esternalizzazione a società a scopo di lucro ha influenzato la qualità dei servizi sanitari e i tassi di mortalità evitabile. Il dato, affermano giustamente e prudenzialmente, non può essere letto come un nesso di causalità. Tuttavia i meccanismi in atto che hanno inciso sulla mortalità evitabile possono essere molteplici.

- **I fornitori a scopo di lucro possono tendere a ridurre i costi** abbassando il numero di personale addetto, la loro qualificazione e l'adesione alle linee guida.
- Altro meccanismo potrebbe essere quello di **selezionare, da parte dei fornitori privati, servizi più redditizi** creando conseguentemente una concentrazione di casi complessi e più difficilmente trattabili nell'ambito pubblico. Ricordiamo che tale

meccanismo strutturale è stato chiamato in causa nella situazione pandemica in Lombardia, con una sanità privata di rilevante qualità, ma orientata ad attività programmate e più remunerative e una conseguente debolezza delle strutture pubbliche in cui si concentravano le attività intensive, con un conseguente squilibrio fra domanda e disponibilità di posti letto.

- Infine **una maggior concorrenza pubblico - privato** potrebbe aver portato anche gli operatori pubblici a dare la priorità a risultati più facilmente quantificabili (tempi di attesa, volumi di attività) a scapito della qualità del servizio

In Italia studi di tale mole e qualità sono difficilmente realizzabili causa della scarsa trasparenza nell'entità, tipologia e costi delle esternalizzazioni; mancano inoltre finanziamenti a una ricerca indipendente, in particolare destinata alla valutazione dei servizi sanitari. **Uno studio pubblicato dieci anni fa, ha evidenziato risultati analoghi** (seppure meno "robusti") a quello inglese; dall'esame, effettuato in 19 regioni, della relazione fra aumento della spesa sanitaria pubblica e mortalità evitabile nel decennio 1993 - 2003, è risultato che **un incremento di 100 € pro capite di spesa sanitaria pubblica equivaleva a una riduzione dell'1.47% della mortalità evitabile**; gli incrementi della spesa sanitaria privata non evidenziavano alcuna efficacia nel ridurre la mortalità[5].

[1] Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato. Segnalazione ai sensi degli artt. 21 e 22 della legge 10 ottobre 1990, n. 287 in merito a: Proposte di riforma concorrenziale, ai fini della Legge Annuale per il Mercato e la Concorrenza, anno 2021. Inviata al Presidente del Consiglio dei Ministri.

[2] Cordelli C., Privatocrazia, Mondadori, 2022

[3] Goodair B., Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatization, The lancet.com/public-health Vol 7: e638-e646, July 2022

[4] ONS. Avoidable mortality in the UK: 2019. Feb 26, 2021.
<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/avoidablemortalityinenglandandwales/2019> (accessed May 20, 2022).

[5] Quercioli C., Messina G., Basu S et al. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003, J Epidemiol

Community Health, 67(2): 132-8, 2013.