

Le schede sintetizzano le evidenze disponibili su alcuni dei miti più ricorrenti nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi sanitari.  
Buona lettura!

### Mito n. 3: La proprietà privata delle strutture sanitarie produrrebbe un sistema più efficiente

■ Il sovraffollamento dei Pronto soccorso e le liste di attesa sono spesso citati come esempi dei problemi della sanità e come dimostrazioni che il sistema sanitario pubblico non funziona. Ai pazienti, ai medici e a chiunque si trovi a dover affrontare queste situazioni, l'unica soluzione possibile sembra quella di dare maggiore spazio alle imprese private for profit all'interno del sistema sanitario. L'efficienza del settore privato e le ragioni del profitto sono la cura per i mali del sistema, o almeno così si pensa.

■ Ma è davvero questa la soluzione? I sostenitori affermano che le strutture a fini di lucro sono in grado di fornire servizi sanitari più efficienti e a costi più bassi; la maggioranza degli studi dimostrano esattamente il contrario: liste di attesa e costi non si riducono stipulando contratti con imprese private a fini di lucro - e dalla letteratura americana emerge che i pazienti curati in strutture for profit hanno livelli più elevati di mortalità rispetto a quelli assistiti in strutture no profit.

#### Finanziamento pubblico, erogazione privata

■ Molti studi che analizzano l'assistenza sanitaria a fini di lucro provengono dagli Stati Uniti, dove coesistono ospedali privati for profit,

ospedali privati no profit, e ospedali pubblici. E tutti questi studi sono decisamente a favore dell'assistenza no profit.

■ Una recente revisione di 149 studi relativi a dati raccolti in un arco di 20 anni ha permesso un confronto fra i diversi tipi di ospedali rispetto ad accessibilità, qualità dell'assistenza e rapporto costo-efficacia. In particolare sono state considerate sei tipologie di strutture sanitarie: ospedali, case di cura, HMO (organizzazioni per la tutela della salute), hospice, centri per la dialisi e ospedali psichiatrici. I ricercatori hanno rilevato che:

- ◆ 88 studi concludevano che le strutture no profit presentavano risultati migliori;
- ◆ 43 studi non hanno riscontrato differenze;
- ◆ da 18 studi risultava che le strutture a fini di lucro presentavano risultati migliori.<sup>i</sup>

Le differenze sono particolarmente evidenti quando si considerano gli ospedali psichiatrici: su 17 studi, solo 1 ha concluso che le strutture for profit sono migliori.<sup>ii</sup>

■ I ricercatori americani hanno anche studiato cosa succede quando i governi finanziano ospedali a fini di

lucro per fornire assistenza sanitaria. Utilizzando i dati del programma federale USA Medicare è emerso che la spesa sanitaria è maggiore e aumenta più velocemente nelle comunità servite da ospedali for profit rispetto a quelle in cui gli ospedali sono no profit.<sup>iii</sup> Fra il 1990 e il 1994, gli ospedali a fini di lucro hanno fatturato 8.115 dollari per ogni paziente dimesso, a fronte dei 7.490 dollari fatturati dagli ospedali no profit. Gli ospedali for profit sostengono anche spese di gestione molto superiori.<sup>iv</sup>

■ Se si considerano i risultati relativi alla salute dei pazienti, le differenze sono ancora più ampie. Gli studi condotti negli Stati Uniti rilevano una qualità di assistenza migliore in organizzazioni no profit, che garantiscono tassi più alti di vaccinazioni, mammografie e altri servizi a carattere preventivo. Un esempio significativo è costituito dalla dialisi e dai trapianti di rene, finanziati attraverso il programma Medicare ma eseguiti da centri sia for profit sia no profit. Una recente revisione sistematica relativa a 500.000 pazienti in dialisi seguiti per un anno ha rilevato che quelli trattati in strutture for profit hanno una mortalità significativamente maggiore rispetto ai pazienti seguiti in centri no profit: considerando tutti gli

\* A CACCIA DI MITI. Serie a cura della Fondazione canadese per la ricerca sui servizi sanitari (CHSRF - [www.chsrf.ca](http://www.chsrf.ca))

Americani in dialisi, questo significa che ogni anno si potrebbero verificare nei centri for profit fino a 2.500 morti premature.<sup>vi</sup> Inoltre, le persone che si rivolgono alle cliniche for profit hanno meno probabilità di essere sottoposte a trapianto di rene.<sup>vii</sup>

■ Nonostante il crescente numero di prove in questo senso, alcuni ricercatori canadesi continuano a chiedersi quanto questi dati derivati dall'analisi di strutture degli Stati Uniti siano rilevanti per la realtà del loro Paese, considerate le differenze fra i due sistemi sanitari per quanto riguarda acquisti, finanziamenti, offerta.<sup>viii</sup> Comunque, visto che le prove a sostegno delle organizzazioni no profit continuano ad accumularsi da quasi 20 anni, durante i quali il settore for profit statunitense si è notevolmente modificato nelle modalità con cui offre le proprie cure, sembra ormai certo che l'assistenza for profit registra tassi di mortalità superiori, indipendentemente dalle caratteristiche della gestione amministrativa.<sup>ix</sup>

### Combinare i sistemi

■ I sostenitori dell'assistenza sanitaria for profit spesso criticano il Canada perché ha un sistema "a pagatore unico" ostile agli interessi privati. In realtà, in Canada esistono già strutture a fini di lucro, come centri per la risonanza magnetica e altri centri diagnostici, laboratori privati e altri servizi. La loro esistenza è stata difesa sostenendo che ridurrebbero i tempi di attesa.

■ Alcune province canadesi permettono al personale sanitario, in particolare ai medici, di lavorare in entrambi i sistemi, quello pubblico e quello privato. Per esempio, le province di Manitoba e Alberta offrono interventi di chirurgia della cataratta in strutture sia pubbliche sia private. E in entrambe le province, i pazienti pagavano di tasca propria le spese per le lenti multifocali e per il ricovero, fino a quando i governi locali non hanno introdotto delle norme che bloccavano tali pagamenti extra: ora tutti i costi dell'intervento sono a carico dei sistemi sanitari provinciali.<sup>x-xii</sup>

■ Il problema dell'offerta mista

consiste nel fatto che può sottrarre risorse al sistema pubblico per darle a quello privato. Medici e infermieri non possono essere contemporaneamente in due posti, così è possibile che tanto più tempo essi dedicano alle strutture for profit, tanto meno ne rimane per quelle del settore pubblico.<sup>xiii</sup> E questa situazione può determinare liste di attesa più lunghe per i pazienti che si rivolgono al sistema pubblico. Anche se i chirurghi che eseguivano interventi di cataratta in entrambe le strutture - pubbliche e private - delle province di Manitoba e Alberta non trascuravano i propri pazienti del settore pubblico a favore di quelli del settore privato, i tempi di attesa per un intervento di cataratta sono più lunghi per i chirurghi che operano in entrambi i settori rispetto a quelli che lavorano solo nel sistema pubblico.<sup>x-xii</sup>

■ Le cliniche private for profit esistono per fornire assistenza sanitaria, ma i proprietari e le persone che le gestiscono vogliono anche guadagnarci. Questi obiettivi possono essere in conflitto, e talvolta a danno del paziente. Come sostiene Robert Evans, economista sanitario all'Università della British Columbia, "le ragioni del profitto sono le medesime ovunque".<sup>xiii</sup>



- i. Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "Two decades of research comparing for-profit and non-profit health provider performance in the United States." *Social Science Quarterly*, 84(2): 219-241.
- ii. Vaillancourt Rosenau P and Linder SH. 2003. "A comparison of the performance of for-profit and non-profit U.S. psychiatric inpatient care providers since 1980." *Psychiatric Services*, 54(2): 183-187.

- iii. Silverman EM et al. 1999. "The association between for-profit hospital ownership and increased Medicare spending." *New England Journal of Medicine*, 341(6): 1523-1528.
- iv. Woolhandler S and Himmelstein DU. 1997. "Costs of care and administration at for-profit and other hospitals in the United States." *New England Journal of Medicine*, 336(11): 769-774.
- v. Himmelstein DU et al. 1999. "Quality of care in investor-owned vs non-profit HMOs." *Journal of the American Medical Association*, 282(2): 159-163.
- vi. Devereaux PJ et al. 2002. "Comparison of mortality between private for-profit and private not-for-profit hemodialysis centers: a systematic review and meta-analysis." *Journal of the American Medical Association*, 288(19): 2449-2457.
- vii. Garg PP et al. 1999. "Effect of the ownership of dialysis facilities on patients' survival and referral for transplantation." *New England Journal of Medicine*, 341(22): 1653-1660.
- viii. Currie G et al. 2003. "What does Canada profit from the for-profit debate in health care?" *Canadian Public Policy*, 29(2): 227-251.
- ix. Devereaux PJ et al. 2002. "A systematic review and meta-analysis of studies comparing mortality rates of private for-profit and private not-for-profit hospitals." *Canadian Medical Association Journal*, 166(11): 1399-1406.
- x. Armstrong WL. 2000. "The consumer experience with cataract surgery and private clinics in Alberta." *Consumers' Association of Canada*.
- xi. DeCoster C et al. 1998. "Surgical waiting times in Manitoba." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- xii. DeCoster C et al. 2000. "Waiting times for surgery: 1997/98 and 1998/99 Update." *Manitoba Centre for Health Policy*.
- xiii. Evans RG et al. 2000. "Private highway, one-way street: the Deklein and fall of Canadian medicare?" *Centre for Health Services and Policy Research; Health Policy Research Unit paper 2000:3D*.