

Sindrome di Stoccolma. La crisi sul sistema sanitario svedese

2013-06-17 10:06:53 Redazione SI



Tommaso Grillo Ruggieri

La coalizione conservatrice-liberale sta portando avanti da alcuni anni profonde modifiche legislative orientate a riformare i criteri di allocazione delle risorse a favore di una apertura a investitori *for profit*. Con una legge del 2009, denominata *Free Choice Act Law*, si è infatti formalmente decretata la volontà di far competere i privati con le strutture pubbliche nell'erogazione delle cure primarie.

“Parchi curati, scuole, biblioteche e trasporti pubblici perfettamente funzionanti. Ma per le nuove generazioni conta lo scarto tra quel che la società promette e quel che non riesce a mantenere. Dall'alto della sua reputazione e delle aspettative che ne conseguono, la Svezia paga forse un prezzo ancora più alto nello sfogo di rabbia e delusione. Le opportunità professionali e di miglioramento delle condizioni di vita si distribuiscono in modo sempre più asimmetrico.”[1] È questo il commento dell'inviata di *Repubblica* Anais Ginori sugli scontri che si stanno verificando in questi giorni nelle periferie di Stoccolma e che stanno coinvolgendo anche altre città. Ma se davvero anche l'isola felice del *welfare* in Europa sta scoprendo di “essere circondata da una cintura di disagio e frustrazione”, cosa accadrà al sistema sanitario dopo la recente riforma?

In molti paesi d'Europa si respira un clima di forte cambiamento in risposta alla crisi e al progressivo aumento della spesa sanitaria e indirizzato principalmente a rivisitare gli schemi di allocazione delle risorse in favore di maggiori aperture all'entrata di nuovi investitori o di nuove forme di relazioni tra gli erogatori.

sanitaria pubblica in % della spesa sanitaria totale	92,5	90,4	89,9	86,6	84,9	81,2	81,1	81,4	81,5	81,5	81,0
Spesa sanitaria out of pocket in % della spesa sanitaria totale	-	-	-	-	-	16,7	16,6	16,5	16,4	16,4	16,8
Spesa sanitaria privata totale in % della spesa sanitaria totale	7,5	9,6	10,1	13,4	15,1	18,8	18,9	18,6	18,5	18,5	19

Fonte: OECD Health Data 2012[2]

La coalizione conservatrice-liberale salita al governo nel 2006 sta portando avanti da alcuni anni profonde modifiche alla legislazione di riferimento orientate a riformare i criteri di allocazione delle risorse a favore di una, fortemente supportata, apertura a investitori *for profit* [3-6].

Dopo aver operato una simile apertura per quanto riguarda l'attività ospedaliera e aver abolito il monopolio di stato sulle farmacie [3,6], il governo è passato a riformare i criteri di allocazione delle risorse nel settore delle cure primarie.

Con una legge del 2009, denominata *Free Choice Act Law*, si è infatti formalmente decretata la volontà di far competere i privati *for profit* con le strutture pubbliche nell'erogazione delle cure primarie e la conseguente compartecipazione dei nuovi entranti all'allocazione dei fondi pubblici disponibili.

Si è così avviata e consolidata nel tempo la costituzione di una rete di *primary care center (PCC)*, aggregazioni paragonabili a Case della Salute o ambulatori integrati di cure primarie(a), non più di esclusiva proprietà pubblica. Una riforma volta dunque a modificare profondamente le relazioni tra gli attori del sistema sanitario svedese, completando la "virata" verso la *competizione* avviata nel 2007.

Questo cambio di marcia in favore della privatizzazione ha inevitabilmente sollevato molte attenzioni, spesso in senso critico, e rivolte in particolare ad indagare gli impatti sul grado di equità di accesso ai servizi dei cittadini svedesi[6].

Riprendendo alcune osservazioni riportate da Göran Dahlgren in un recente articolo

in merito[5], la riforma contiene infatti alcune misure “di protezione” in favore del *privato entrante* e ritenute potenzialmente dannose sia per il buon funzionamento della rete dei *PCC*, sia per i cittadini svedesi.

Innanzitutto, per i nuovi entranti è stata assicurata la **libertà di scelta su dimensionamento** e, soprattutto, **localizzazione geografica delle nuove strutture**, erodendo dunque in tal senso i poteri di controllo e di *governance* a livello locale. In estrema sintesi, per favorire un approccio fortemente *competitivo*, non è stata prevista la facoltà di coordinare l’offerta di servizi, né di rimodulare (*ex ante* o *ex post*) la diffusione territoriale delle strutture.

Inoltre, per dare maggiore impulso a tale riassetto, è stata prevista una sorta di **“principio di precedenza” all’accesso ai fondi in favore dei nuovi centri privati**, rendendo possibile investire in nuovi *Primary Care Center* puramente pubblici solo in assenza di nuovi entranti di iniziativa privata.

Queste forme di apertura e di “protezione” concesse al privato hanno sviluppato un acceso dibattito tra sostenitori e detrattori, con questi ultimi impegnati a sostenere come le riforme varate fossero fonte di una competizione malsana, a discapito di un’auspicata cooperazione tra strutture in un periodo di forte scarsità di risorse.

Dahlgrem, criticando proprio il mancato presidio e coordinamento di questa “sterzata” verso la privatizzazione, ha raccolto alcune evidenze circa l’impatto della riforma sul livello di equità d’accesso dei cittadini. In particolare si è potuto constatare[5]:

1. **un progressivo “abbandono” delle località cd. rurali** a vantaggio delle, già ben coperte, zone cittadine. Il privato è infatti “naturalmente” portato a cercare di inserirsi dove è possibile servire un bacino d’utenza consistente e concentrato. Il “diritto di precedenza” sul finanziamento dei centri privati ha dunque creato i presupposti per incrementare l’offerta laddove sussisteva già una buona copertura dei bisogni, ostacolando di fatto una maggiore diffusione territoriale dei *PCC*. A conferma di ciò risulta infatti che nessuno dei 196 centri “nati” tra il 2010 e il 2011 sia sorto in una zona con un basso livello di accesso alle cure (cioè le zone rurali e/o non popolose); in particolare, il 57% si è insediato nelle tre zone maggiormente urbanizzate del paese, “portando” i *PCC* di proprietà privata in maggioranza rispetto a quelli *state-owned*[4];
2. conseguentemente, l’impossibilità di finanziare un’opera di riduzione dell’iniquità d’accesso geografica attraverso il finanziamento di nuovi centri pubblici nelle aree meno avvantaggiate a causa del **“diritto di precedenza”** sui fondi per i nuovi investitori privati.
Tale scenario potrebbe dunque contribuire a creare due **canali di offerta con performance e qualità differenti**. Vi è inoltre il rischio (come già dimostrato dalla chiusura di un centro pubblico in una zona caratterizzata da un basso livello di offerta) che i *PCC state-owned*, specie quelli delle zone svantaggiate, si ritrovino sotto vincoli finanziari eccessivamente stringenti e nell’impossibilità di ricevere un vitale sostegno economico;
3. la difficoltà effettiva di poter operare un ri-bilanciamento del sistema in presenza di evidenti disequilibri geografici. Non sono state infatti previste

limitazioni temporali contrattuali per i nuovi provider privati for profit riguardo alla possibilità di accedere ai fondi pubblici. L'attività di questi ultimi dunque, una volta costituiti e fatto salvo il rispetto di alcune norme di "accreditamento", non è soggetta a vincoli temporali (ad esempio, una licenza di alcuni anni rinnovabile);

4. la possibilità che gli eventuali risparmi conseguiti con il nuovo sistema, qualora si mettessero in piedi sistemi per monitorare qualità e equità di tale sistema competitivo, vengano riassorbiti *in toto* dai conseguenti alti costi di amministrazione e burocratici;
5. infine, la possibilità che alcuni necessari servizi meno redditizi siano "messi da parte" a favore di attività remunerata maggiormente e più tempestivamente (si pensi, ad esempio, ai programmi di prevenzione nelle scuole).

Per i detrattori della riforma dunque, l'effetto paventato e argomentato di tali cambiamenti è stato un diffuso **aumento delle disuguaglianze** a discapito di zone relativamente già deprivate e a favore delle zone più benestanti del paese.

Non mancano presumibilmente anche effetti positivi dal nuovo assetto strutturale: tuttavia, se è vero che le aree avvantaggiate (urbane) possono aver conseguito vantaggi dalla competizione grazie ad un aumento atteso della qualità dei servizi a costi ridotti, è pur sempre argomentabile che i costi pagati dalle zone indebolite da tali riforme siano di difficile identificazione. E in generale è ulteriormente argomentabile come i vantaggi in termini di efficienza globale del sistema siano più facilmente quantificabili rispetto ai costi sociali di diversa natura sopportati dai cittadini danneggiati da una riduzione nell'accesso ai servizi.

Restano infine interrogativi aperti circa l'effettiva misura dei vantaggi per quei pazienti per i quali si è prospettata realmente un'estensione della libertà di scelta del proprio PCC: il privato effettivamente offre servizi a maggiore qualità percepita? Quale aspetto prevale nello scegliere da quale medico o centro farsi seguire tra la ricerca di servizi di qualità e altri aspetti? Le scelte in merito sono realmente esaustive della qualità offerta dai centri? E ancora, qualora lo fossero, qual è il punto di equilibrio opportuno quando si mettono sui piatti della bilancia un maggiore grado di libertà di scelta e una maggiore sperequazione sociale?

Da alcune ricerche istituzionali condotte dalla *Swedish Authority for Health Care Analyses* in merito[7], emerge come non si riscontrino sostanziali differenze tra la qualità percepita nel privato rispetto a quella nel pubblico. Inoltre risulta che l'allargamento della libertà di scelta non abbia modificato di molto la tendenza a servirsi delle strutture più vicine alla propria abitazione o al proprio posto di lavoro[5].

L'estensione della libertà dunque non sembra modificare (ancora) le scelte dei cittadini, mentre si riscontrano criticità riguardo l'equa diffusione dei servizi.

Una possibile soluzione per aggirare in parte tale *trade off*, posto il mantenimento del settore privato all'interno del mercato, potrebbe consistere nel conferire ai *County Council* il potere di coordinare e monitorare la diffusione dei *Primary Care Centres*.

Pur favorendo in ogni caso l'incremento della libertà di scelta per i pazienti attraverso la *competizione* tra le strutture, si consoliderebbe così la facoltà di presidiare e proteggere l'equità di accesso alle cure, garantendo la possibilità di rimodulare l'offerta secondo i bisogni della popolazione e dando a questi ultimi priorità rispetto ad altre logiche considerabili, nello spirito del servizio pubblico universalistico, per certo secondarie.

Risorse

[Sweden. Health system review](#) [PDF: 2 Mb]. Health Systems in Transition 2012; 14(5)

Tommaso Grillo Ruggieri, Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa

Bibliografia

1. Ginori A. [La sindrome di Stoccolma](#). La Repubblica, 05.05.2013.
2. [OECD Health Data 2012. Frequently Requested Data](#). October 2012 Version, OECD 2012
3. Valerio L, Fabbrini V. [Il sistema sanitario svedese](#). Saluteinternazionale.info, 31.01.2011.
4. Nadeem E. [Health Care Lessons from Sweden. Lessons from Abroad](#). [PDF: 2 Mb] A Series on Health Care Reform. Canada: Fraser Institute, , Maggio 2013
5. Dahlgren G. [Profit driven health sector reforms – experiences from Sweden](#) [DOC: 63 Kb] Background paper for the 15th Turkish National Public Health Congress, 2-6 October 2012. Göran Dahlgren, Visiting Professor University of Liverpool.
6. Burstrom B. [Will Swedish healthcare reforms affect equity?](#) BMJ 2009; 339:b4566.
7. Docteur E, Coulter A. [Patient-Centeredness in Sweden's Health System. An assessment and six steps for progress](#) [PDF: 947 Kb]. Swedish Agency for Health and Care Services Analysis, Luglio 2012.
8. Glasgow SM. [What Goes Up: The Genesis and Context of Health Reform in Sweden](#) [PDF: 92 Kb]. Global Health Governance Journal 2009; 3(1) .

Nota

(a) Solitamente includono tra i quattro e i sei medici di famiglia e dispongono di altro personale tra cui, ad esempio, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi.[4]