

# Il *privato* e il *pubblico* a servizio del pubblico

di Mario Virano

Mai come in questi tempi di globalizzazione annunciata (e, in parte, praticata) il linguaggio diventa importante, come ci ricorda Alessandro Baricco in *Next*, quando osserva:

Un'unica definizione della globalizzazione, buona per tutti, non esiste per la semplice ragione che si hanno molte idee diverse su cosa sia. [...] Non è una questione di impotenza linguistica: è che proprio intendiamo cose diverse. Non è che tutti guardiamo lo stesso cavallo ma poi lo chiamiamo con nomi diversi: è che ognuno guarda un cavallo diverso ma poi tutti chiamiamo con lo stesso nome quello che vediamo.<sup>1</sup>

L'osservazione, ancorché peculiarmente riferita al dibattito «global-no global», ricalca il filone di riflessioni ermeneutico-epistemologiche sul rapporto fra oggettività e interpretazione, considerando il linguaggio non solo come strumento di comprensione e descrizione dei fenomeni, ma anche come guida concettuale all'azione.

Giova, a tale proposito, ricordare quanto dice Claudio Magris in *Microcosmi*: «La correttezza della lingua è la premessa della chiarezza morale e dell'onestà»<sup>2</sup>. E questa premessa può essere utile nell'approfondimento di alcune questioni generali intorno al tema della sanità.

È indubbio che la dialettica semantica fra parole e cose, significanti e significati, in precedenza richiamata, acquista un particolare rilievo a proposito di termini come «pubblico» e «privato» che hanno una storia ricca di esperienze e di teorizzazioni a monte, con importanti connotazioni storico-politiche e valenze simboliche.

Ogni approccio di tipo (anche solo lontanamente) ontologico, cioè volto a cogliere il «valore in sé» dell'una o dell'altra opzione generale, si scontra con lo spessore ideologico che accompagna il

---

1. Alessandro Baricco, *Next, piccolo libro sulla globalizzazione e sul mondo che verrà*, Feltrinelli, Milano 2002.

2. Claudio Magris, *Microcosmi*, Garzanti, Milano 1998.



dibattito ormai plurisecolare su pubblico e privato, con il rischio di privilegiare il confronto sulle idee generali più che sulle loro concrete implicazioni operative.

Un minimo di riflessione lessicale ci porta a sottolineare che all'aggettivo «pubblico» (la cui matrice etimo-

logica è affine a quella di «popolo») corrisponde il significato primario «che riguarda la collettività, considerata nel suo complesso e in quanto facente parte di un ordine civile»<sup>3</sup> (anche se, foneticamente, è difficile non sentire nell'aggettivo «privato» anche la memoria del participio passato del verbo «privare», quasi che la lingua ci volesse ricordare, nella quotidianità, che il prezzo dell'individualità è la privazione di una quota di socialità).

Ma il dato più sorprendente che ci rivela il linguaggio in uso è innanzitutto la sostantivizzazione implicita dei due aggettivi «pubblico» e «privato» che, nella pratica, sono usati come nomi di cose (imprese, attività, economia, settore ecc.) diventando così «il pubblico» e «il privato»: non quindi termini qualificativi, ma definizioni onnicomprensive.

In questa prevalenza che hanno assunto le categorie generali di *pubblico* e di *privato* rispetto alla concretezza specificativa tipica dell'attributo (che non vive di vita propria, ma accompagna ogni volta un nome), la vittima sacrificale è proprio la realtà che i sostantivi vorrebbero o dovrebbero indicare: nel primo caso «il Pubblico» ovvero «la gente, il complesso totale di un numero indefinito di persone»; nel secondo caso la «persona [...] considerata come singolo cittadino».

Allora potrebbe essere un utile e importante esercizio, ripartendo proprio dal linguaggio, rimettere in ordine i termini facendo fare al sostantivo e all'aggettivo il rispettivo mestiere primario: l'uno «che può stare da sé, autonomo [e] che serve a denominare entità concrete o astratte» e l'altro che «ne determina una qualità».

3. *Vocabolario della lingua italiana*, Istituto della Enciclopedia Italiana, Roma, 1986-1994, anche per le definizioni successive.

Nel primo universo (quello dei sostantivi) è contenuto il fine, ovvero la persona singola e l'insieme delle tante persone singole che, sommandosi le une alle altre, formano «il Pubblico»; nel secondo (quello degli aggettivi) c'è la specificazione dei mezzi che concorrono a precisare la qualità e le modalità (pubbliche e/o private) degli interventi che hanno come beneficiaria la collettività (e ovviamente ogni singolarità che la compone).

Nella sanità questo intreccio di questioni appare quanto mai evidente: la finalità non può che essere l'intervento di prevenzione e cura al meglio di ogni persona con le sue specificità, esteso all'intera comunità degli *aventi diritto* in quanto *aventi bisogno* (anche solo in via potenziale).

Il principio di fondo del *servizio pubblico* sta qui, nell'aggettivo «pubblico» usato come specificazione che sta a indicare in primo luogo l'estensione di copertura che viene offerta al «Pubblico» (sostantivo, sinonimo di «gente») in materia di tutela della salute e di intervento in caso di malattia, incidente e/o più in generale di necessità di cure.

In questa visione, dunque, il servizio sanitario pubblico è da intendersi in primo luogo come sistema di garanzie e di opportunità per tutti e la nozione autentica di «pubblico» coincide con quella di *erga omnes*. Ed è questo il carattere che deve costituire il discrimine per l'uso delle risorse pubbliche acquisite attraverso la fiscalità: l'integrale rispetto del «fine» (pubblico), non il carattere soggettivo del «mezzo» (pubblico o privato). Siamo in un orizzonte sideralmente lontano dall'idea di sanità privata all'americana, nella quale il servizio è disponibile in funzione della copertura della carta di credito.

D'altra parte, se è vero quanto dice Baricco nel libro citato, e cioè che ormai «le cose non sono più quello che sono, ma quello che generano [...] il sapere ha cessato di essere la scienza dei fondamenti, ed è divenuto la scienza degli effetti» (che è forse, in ultima analisi, una semplificazione massmediatica della concezione filosofica del «pensiero debole»), allora può essere utile guardare anche le cose della sanità da questo punto di vista e chiedersi non già quali siano i «fondamenti» migliori in assoluto per garantire la migliore assistenza e cura agli ammalati, ma i reali benefici verificabili come «effetti» positivi per i pazienti.

Infatti, se il discorso può ritenersi inequivoco per quanto attiene la platea a cui il servizio si rivolge («il Pubblico»), più complesso

appare avventurarsi fra le categorie di pubblico e privato rispetto alla natura del soggetto che tale servizio eroga.

Qui non interessa riesumare un'astratta disputa sull'eventuale preminenza qualitativa dell'una o dell'altra sponda, ma sottolineare che tra i due crinali, spesso contrapposti, scorre ormai da tempo, e in ogni campo, una terza categoria determinante, che è quella dell'efficienza basata sull'imprenditorialità e sulla managerialità.

Questo connotato unificante è ormai il vero discrimine fondamentale che attraversa i servizi, determina il confronto sugli effetti e prescinde, almeno in parte, dalla natura giuridico-patrimoniale-istituzionale del soggetto che li fornisce.

Questo fiume dell'efficienza non solo scorre indifferentemente fra l'argine pubblico e quello privato, ma con la sua corrente competitiva ne verifica la consistenza mettendone reciprocamente a nudo arretratezze, labilità strutturali e debolezze in genere, sia di impianto generale sia di singolarità puntiformi, così come, specularmente, i (rispettivi) punti di forza.

Ma il fiume del servizio sanitario inteso come asse fondamentale dell'offerta per la sete di prevenzione e cura della collettività, nel suo tracciato territoriale e nella sua regolazione fondamentale del flusso (di attività) e della portata (economico-finanziaria), non può che essere un «alveo pubblico».

Se è consentito insistere sull'analogia esemplificativa con il fiume, mentre l'acqua che scorre è sicuramente un bene pubblico, le singole opere idrauliche (chiuse, bacini, canali di derivazione ecc.) e i servizi fluviali, sia come manufatto sia come attività, possono essere indifferentemente realizzati e gestiti da soggetti pubblici o privati rispondenti al requisito base dell'efficienza imprenditoriale (ovviamente sotto controllo pubblico).

La compresenza di operatori di differente natura giuridico-economico-istituzionale induce una tendenziale specializzazione dei ruoli che, ancorché non limitativa delle rispettive potenzialità, sottolinea e valorizza le relative peculiarità,



quelle che si potrebbero definire «non delegabili», pena il venir meno delle ragioni stesse di esistenza dei soggetti.

Per la parte pubblica questa invariante è sicuramente la funzione di programmazione e di controllo, nonché la copertura di segmenti strategici e di componenti di socialità che un mero approccio aziendalistico in una logica d'impresa a costi/ricavi non consentirebbe di contemplare.

Naturalmente, la nozione di programmazione è assai complessa e interessata da rilevanti processi evolutivi che ne allontanano il significato dal dirigismo delle scelte alla selezione delle opzioni, costruendo il quadro delle coerenze necessarie per l'affermazione e lo sviluppo delle opportunità.

Ciò vale in campo urbanistico, in quello dei trasporti e in tutti i settori delle politiche territoriali (in cui è continua l'interazione fra pubblico e privato) e non può non valere anche per il settore sanitario. In quest'ottica ogni programmazione che rifiuti l'assimilazione all'idea di pianificazione deve assumere la variabile tempo come essenziale, prevedendo procedure, modalità decisionali e processi autorizzativi in grado di coniugare la significatività preesistente degli indirizzi strategici con la flessibilità delle scelte necessarie per cogliere le opportunità che la congiuntura (nazionale e internazionale) e il mercato possono offrire.

Altrettanto fondamentale è il ruolo pubblico nel campo della ricerca, della formazione e dell'assistenza in quelle aree in cui la logica del profitto rivela i suoi limiti dimensionali, vocali ed economici.

Per esempio, è frequente l'appropriazione di esperienze e know-how nati in ambito pubblico da parte di soggetti privati che «arruolano» esperti senza riconoscere royalties agli i-





stituti di provenienza, dove quel sapere si è formato a spese della collettività.

Questo modello comportamentale, nel lungo periodo, finirebbe per inaridire le «fonti del sapere» medico. Come appaiono inderogabili alcune funzioni della mano pubblica, la compo-

nente privata non può non proporre come proprio apporto qualificante l'efficienza operativa perseguita attraverso l'approccio imprenditoriale alle attività.

Non sta scritta da nessuna parte l'equivalenza «privato = efficiente» (così come è indimostrabile l'assioma «piccolo è bello»), ma è certo che se il privato non è *almeno* efficiente perde ogni legittimazione a operare.

Quindi l'ottimizzazione manageriale dei processi *deve* essere garantita dal soggetto privato e *deve* essere oggettivamente riscontrabile.

A partire da questa base inderogabile, l'azione del privato non è aprioristicamente confinabile in una «riserva indiana» del servizio sanitario, ma si apre il grande spazio della collaborazione-competizione-specializzazione-integrazione all'interno di un orizzonte che è ormai europeo.

Questa dimensione continentale è infatti essenziale oggi, e non può non orientare le riflessioni nazionali e locali, in quanto al mercato unico e alla libera circolazione dei capitali e delle persone corrisponde, e corrisponderà sempre più, un tendenziale spazio assistenziale-sanitario unificato europeo, che (dall'originario regolamento 1408/71 dell'UE) si sostanzierà nella «Carta sanitaria» unica per tutti i cittadini europei, per la libera circolazione di tutti i pazienti che non possono (non vogliono?) essere curati in patria, nel quadro di un'integrazione del sistema sanitario dei paesi membri entro il 2005.

In quest'ottica il benchmark in base al quale si devono commisurare le nostre strutture e la nostra organizzazione impone una competizione in campo aperto sul terreno dell'efficienza e dell'ecellenza internazionali.

L'efficienza è il requisito di base indispensabile per «non perdere» pazienti che altrimenti andranno (e in parte già vanno) fuori Italia

e fuori regione per farsi curare, ribaltandone però l'onere sulla finanza pubblica (accentrata o federalisticamente ripartita).

L'eccellenza è invece l'arma non solo dell'accreditamento del sistema-paese nel comparto strategico della sanità e della salute, ma anche l'attrattore di utilizzatori «esterni» dei servizi offerti e, parallelamente, di investitori e di ricercatori, lo strumento per innescare quel circolo virtuoso della qualità che propizia gli sviluppi evolutivi del settore.

Il tema dell'eccellenza (o, più propriamente, *delle* eccellenze) non è però univoco perché può essere declinato secondo vari modelli; ma è certo che non può essere «puntiforme»: cioè l'eccellenza non vive come «singolarità» al di fuori di un contesto omogeneo e propizio a favorirne l'affermazione, il mantenimento dinamico e l'estensione per «contagio» benefico.

Innanzitutto c'è il capitolo fondamentale della ricerca (di base e applicativa, universitaria e non); poi c'è il contesto applicativo in ambito ospedaliero polispecialistico; accanto c'è l'interazione con il sistema di assistenza complementare per le fasi «pre» e «post» acute; a ciò si accompagna la necessità-opportunità della costituzione di un'interfaccia diretta con l'innovazione prototipale legata alla produzione (farmaci, strumenti, tecnologie, biotecnologie ecc.), in modo da individuare «filieri» integrate «verticalmente» (ricerca, cura, produzione) e che mutualmente dialogano «in orizzontale» per il possibile transfer interdisciplinare tra i vari comparti di sperimentazione iperspecialistica.

Questo intreccio di filiere che formano un «sistema» delinea da un lato un modello di settore (sanità), ma dall'altro anche un progetto industriale tout court, in un ramo di punta, sicuramente *brain intensive*, ma ragionevolmente anche *labour intensive*, considerandone l'indotto potenziale.

Naturalmente, questo doppio profilo impone molteplici coerenze nell'organizzazione, nella sofisticazione dei sistemi di supporto (prenotazione, documentazione, archiviazione, informazione, banche dati ecc.) e nel rapporto su base infotelematica con il territorio (diagnostica remota, telemedicina ecc.). Non si approfondisce, in questa sede, il quadro degli ulteriori servizi complementari che sono necessari per il funzionamento della «macchina» primaria fin qui descritta: ricettività, logistica, processi manutentivi, distribuzione, commercio, dotazioni per la persona ecc.

Si richiama solo in estrema sintesi il dato pervasivo della qualità come necessario carattere unificante di ogni intervento o aspetto, a partire dal contenitore edilizio che deve non solo ospitare, ma rappresentare e valorizzare, nel contesto architettonico, l'eccellenza dei contenuti in esso allocati: dal layout alla forma simbolico-evocativa dell'immagine.

Se questi sono il taglio e il mix di iniziative che possono sorreggere una moderna eccellenza competitiva a livello internazionale, è assai difficile non riuscire a immaginare adeguati spazi di intervento-collaborazione fra operatori pubblici e operatori privati, che non si contendono pezzi di un «mercato locale» bloccato, ma si proiettano in maniera competitiva sulla scena internazionale.

Ciò è tanto più vero se si considerano i processi che hanno radicalmente mutato il panorama industriale (tradizionale e avanzato) in questi ultimi anni.

Le medie e grandi aziende ormai non hanno più sedi in proprietà, non hanno più magazzino; affidano all'esterno la logistica, non fanno in proprio né la manutenzione né la gestione dei beni mobili e immobili (dai computer all'energia ecc.), esternalizzano parti crescenti dei servizi ecc.

Se il modello industriale, che ha sua motivazione fondamentale nell'abbattimento dei costi e nell'aumento dell'efficienza, viene esteso al comparto sanitario attraverso *spin-off* e *global service* via via più mirati, dalle attività più tradizionali a quelle più sofisticate che hanno a che fare con l'uso (la manutenzione, l'aggiornamento, il rinnovo) delle dotazioni tecnico-sanitarie più complesse, si delineano spazi collaborativi tra il pubblico e privato che, senza intaccare il cuore delle attribuzioni inderogabili del «pubblico», utilizzano le potenzialità degli apporti operativi dell'imprenditorialità privata.

Finora si è parlato di privati tout court, facendo riferimento al modello base dell'impresa-profit. Ma occorre tenere presente che, specie nella sanità, sia l'imprenditoria privata sia la finanza hanno sviluppato strumenti e modelli più corrispondenti alle finalità sociali dei servizi erogati, aprendo inediti capitoli affidati a soggetti «no-profit» e a forme di sostegno finanziario basate su fondi di investimento che possono essere anche «fondi etici».

L'approfondimento di questi temi richiederebbe tempi e spazi adeguati che mal si conciliano con il carattere di un volumetto che ha lo scopo di aprire una discussione, non già di proporre conclu-

sioni al dibattito. Tuttavia, è indubbio che: se si parte dal principio dell'interesse pubblico del fruitore di servizi sanitari; se si entra dentro i processi reali; se si valutano laicamente le inderogabili prerogative delle due famiglie di soggetti operativi potenziali in ambito sanitario; allora si scopre che la convivenza non solo è possibile ma, in potenza, è sinergicamente virtuosa.



Naturalmente questi orientamenti generali non forniscono automaticamente le risposte ai molteplici problemi pratici che la concretezza operativa impone nell'immediato: tuttavia, è importante averli ben presenti perché altrimenti c'è il rischio che lo status quo (legislativo, normativo, procedurale, comportamentale) da condizione contingente con cui fare doverosamente i conti diventi categoria dello spirito, sistema di valori e prassi inderogabile non solo nel presente, ma anche per il futuro, pensato a immagine e somiglianza del presente-passato.

La proposta del Turin Health Park si colloca su questo discrimine fra lo status quo e la prefigurazione di un futuro innovativo trainato dall'evento olimpico.

Se i principi ispiratori e gli obiettivi di fondo del THP sono univocamente determinati, fino a improntare il layout urbanistico-architettonico dell'intervento, le modalità attuative non possono che essere duttili, condizionate da un corpus legislativo che, alla fine del 2002, è ancora passibile di evoluzioni significative, e da esigenze pattizie fra la pluralità dei soggetti competenti. Ogni ipotesi di soluzione operativa non può pertanto che essere una simulazione, più o meno attendibile, alla luce delle quotidiane evoluzioni in corso. Tra le varie opzioni possibili se ne descrive una che, *sic stantibus rebus (legibus)*, potrebbe risultare ad alto tasso di fattibilità.

In quest'ottica la proposta operativa del THP si articola, dal punto di vista realizzativo, in due fasi distinte: la prima coincide con l'area dei Mercati Generali e punta alla creazione di una struttura olimpica in grado di trasformarsi, dopo l'evento, in una macchina polifunzionale per la salute del tipo di quella che si è descritta in precedenza; la seconda parte corrisponde invece all'area delle Dogane,

adiacente agli ex Mercati Generali, sul lato orientale, dove l'intervento potrebbe essere in capo alla mano pubblica, pur ipotizzando che possa essere integrato dal punto di vista architettonico e funzionale al complesso privato.

Va ricordato che la mobilitazione di capitali privati è uno degli elementi centrali del progetto anche ai fini olimpici: ha un effetto rilevante perché permette agli enti locali di liberare risorse pubbliche, ma anche perché consente un'agilità di intervento maggiore, in quanto sfugge ai condizionamenti e ai vincoli derivanti dalla legge Merloni.

L'intervento sull'area degli ex Mercati Generali comprende, come già indicato, un mix di attività che va dalla ricerca alla cura, dalla produzione al commercio, dalla didattica alla formazione. La sezione in cui gli elementi della ricerca e quelli della produzione trovano il loro campo di applicazione è costituita da una parte di ospedale polispecialistico a gestione «privata», nel senso complesso e innovativo illustrato in precedenza, e caratterizzato da alcune specializzazioni che allargano il ventaglio di quelle disponibili oggi sul territorio, senza quindi entrare in concorrenza con quelle delle Molinette e degli altri ospedali, ma apportando nuovo valore aggiunto.

L'operazione potrebbe chiudersi a questo punto, ma il progetto ipotizza che ci possa essere, se i decisori pubblici lo riterranno utile, nei modi e nei tempi da loro definiti, un intervento anche sulle aree doganali ai sensi dell'articolo 37 bis della Merloni quater, cioè un'operazione di *project financing* in cui un promotore può proporre la realizzazione di un intervento ospedaliero, inteso come opera pubblica, che di fatto potrebbe essere la sede delle «nuove Molinette». L'eventuale realizzazione di questo complesso travalica l'orizzonte delle Olimpiadi, perché le procedure non ne consentono presumibilmente il completamento entro la scadenza dei giochi, ma se i decisori pubblici lo ritenessero, potrebbe essere operativo subito dopo le Olimpiadi, dando corpo, insieme alla parte privata, a un polo integrato di eccellenza sanitaria di grandi dimensioni e di livello internazionale.

Si tratta quindi di due operazioni distinte, ciascuna delle quali possiede la sua autonomia finanziaria, temporale, organizzativa ecc., in cui i soggetti possono essere anche diversi, così come il referente pubblico, in un caso il Comune e nell'altro la Regione, e possono essere uguali o diversi i soggetti proponenti, sulla base dei processi di affidamento dettati dalla legge. In ogni caso, è chiaro che

l'eventuale aspetto privatistico dev'essere inteso come gestione imprenditoriale di un pezzo di sanità pubblica, perché se ci sono servizi gestiti in maniera imprenditoriale da un soggetto privato, questo non tocca la finalità pubblica e la collocazione nel quadro pubblico del servizio complessivo che viene offerto.

Ma non c'è soltanto questo. Va considerata anche la natura del soggetto: se il gestore di servizi di sanità pubblica in chiave imprenditoriale privata è, per esempio, un soggetto senza scopo di lucro, ed è statutariamente impegnato a reinvestire tutti gli utili all'interno della ricerca, questo è conforme a una finalità pubblica o è una finalità speculativa privata? Noi pensiamo che sia molto più vicino alla finalità pubblica, certamente più di un soggetto totalmente pubblico che dilapidi risorse pubbliche.

Ma se poi il soggetto gestore fosse in qualche modo finanziato, per esempio, attraverso la raccolta di risparmio pubblico, con obbligazioni (o altre modalità) convertite nel medio periodo in azioni, e il soggetto divenisse una sorta di *public company* espressione del risparmio diffuso dei cittadini in genere, e di quelli torinesi e piemontesi in particolare, questo come dovrebbe essere considerato, a prescindere dalla forma giuridico-societaria? Pubblico, privato, sociale ecc.? C'è da discutere.

Per quanto ci riguarda, la ricerca dei partner è orientata a questi principi e ai criteri che sono stati fin qui richiamati.

Vi è poi un ulteriore aspetto dell'intervento THP che riguarda la socialità, ovvero la funzione pubblica, fuori dall'ambito sanitario, e di cui la realizzazione in chiave privatistica del villaggio olimpico deve tenere conto: il Comune di Torino, infatti, prevedeva, attraverso questa struttura, di dare una risposta alla domanda inevasa di edilizia sociale; la trasformazione che si propone contiene comunque al suo interno una parte di residenzialità che si può legittimamente considerare edilizia sociale, riferita alle nuove tipologie di socialità, per il personale paraospedaliero (molti infermieri provengono ormai da paesi extracomunitari), ma anche per studenti, ricercatori ecc. È ormai accettata l'idea che l'edilizia sociale non è più solo quella dei Cipputi, dell'operaio-massa; è anche legata ai nuovi profili della composizione sociale del lavoro che si è delineato negli ultimi anni.

In ogni caso, esiste anche un fabbisogno di edilizia sociale tradizionale per le fasce più deboli. Il Comune prevede che questa do-

manda trovi soluzione nell'intervento del Villaggio olimpico; gli investitori-promotori del progetto THP non possono non farsi carico dell'esigenza, ma anziché concentrare l'insieme delle abitazioni in quello che diverrebbe un piccolo ghetto, con situazioni sociali di disagio, prevedono di effettuare un intervento diffuso nel territorio metropolitano, in modo da reperire comunque il numero degli alloggi occorrenti, ma integrati nel tessuto sociale, riproponendo anche in questo caso il modello del privato operatore che collabora con il pubblico (potere) per garantire il servizio (abitativo) al Pubblico (ovvero ai fruitori *aventi-diritto* in quanto *aventi-bisogno*).