

Articoli/Articles

SALUTE E SISTEMI SANITARI

GUALTIERO RICCIARDI, ELISABETTA DE VITO

Cattedra di Igiene
Università degli Studi di Cassino, I

SUMMARY

HEALTH AND HEALTH SERVICES

The state of health of the world population has constantly improved in recent years. However, quality of life and life expectancy show huge variations in the different demographic regions of the world.

To explain such differences three main factors can be considered:

1 - patterns of disease, which are largely determined by geography and climate;

2 - human behaviour;

3 - health services funding, organization and management.

The paper develops a discussion on these issues, focusing on correlation between health systems methods of funding and management and state of health of the world population.

Introduzione

Le condizioni di salute della popolazione mondiale sono notevolmente migliorate nel corso degli ultimi decenni¹.

La situazione è però ben lungi dall'essere soddisfacente poiché vi è ancora un enorme divario, sia qualitativo che quantitativo, tra le zone più ricche del Pianeta e quelle in via di sviluppo (Tabella 1).

L'aspettativa di vita, ad esempio, è di appena quaranta anni in alcuni Paesi dell'Africa Sub-Sahariana mentre supera i settantacinque anni in quasi tutti i Paesi ad economia di mercato stabilizzata².

Key words: Health - Health systems - Health services

Tabella 1 - Indicatori sanitari delle diverse Regioni del mondo a confronto.

	PAESI IN VIA DI SVILUPPO	PAESI OCCIDENTALI
ASPETTATIVA DI VITA (1992)	52 anni	76 anni
MORTALITÀ PER ETÀ	50% < 5 anni	50% > 74 anni
MORTALITÀ INFANTILE*	> 200 per 1000	< 20 per 1000
CARICO DI MALATTIA*	575 DALYs** per 1000	117 DALYs** per 1000
MORTALITÀ PRECOCE (% sul totale)	67	55

*Africa Sub-Sahariana.

**DALYs= Disability Adjusted Life Years.

Fonte: World Bank, 1994.

Nell'Africa Sub-Sahariana, metà di tutte le morti si verifica al di sotto dei 5 anni; nei Paesi a più elevato livello economico-sociale, metà dei decessi avviene dopo i 74 anni.

I tassi di mortalità infantile sono al di sopra del 200 per 1000 in molti Paesi Africani, ma ben al di sotto del 20 per 1000 nei Paesi più ricchi.

Soltanto nel 1990, nei Paesi in via di sviluppo, sono morti 12,4 milioni di bambini sotto i 5 anni.

Almeno la metà di queste morti è da ricondurre ad infezioni, aggravate dalla malnutrizione, la maggior parte delle quali potrebbe essere prevenuta o curata con poca spesa³.

Il carico di malattia pro capite è, per i Paesi in via di sviluppo, cinque volte più alto rispetto a quelli occidentali avanzati.

Nel mondo sono stati persi, nel 1990, l'equivalente di 42 milioni di morti tra i neonati o di 80 milioni di morti all'età di 50 anni ma, mentre nei Paesi in via di sviluppo il 67% di tale perdita è attribuibile alle morti premature, nei paesi ad economia di mercato stabilizzata ed in quelli ex-socialisti, la percentuale è soltanto del 55%⁴.

La causa più frequente di tali perdite è riconducibile alle malattie infettive (Tabella 2), che incidono sempre pesantemente in tutti i Paesi in via di sviluppo e particolarmente in Africa Sub-Sahariana con una percentuale del 71,3% su tutti gli anni di vi-

Tabella 2 - Confronto nella distribuzione percentuale degli anni persi corretti per la disabilità (DALYs) per alcune cause in Africa Sub-Sahariana e nei Paesi occidentali

CAUSA	AFRICA SUB-SAHARIANA	PAESI OCCIDENTALI
Malattie trasmissibili	71,3	9,7
Tubercolosi	4,7	0,2
Diarrea	10,4	0,3
Infezioni pediatriche prevedibili con la vaccinazione	9,6	0,1
Malaria	10,8	<0,05
Cause perinatali	7,1	2,2
Malattie non trasmissibili	19,4	78,4
Neoplasie	1,5	19,1
Malattie neuropsichiatriche	3,3	15
Malattie cardiovascolari	1,9	15,3

Fonte: World Bank, 1994.

ta persi corretti per la disabilità (Disability Adjusted Life Years DALYs).

Più in dettaglio, è particolarmente forte il differenziale di perdita di DALYs per patologie quali la diarrea, la malaria, le infezioni respiratorie, che incidono in maniera sostanziale nei Paesi più poveri ed al contrario in percentuali minime nei Paesi più sviluppati.

È poi particolarmente stridente il contrasto, tra le diverse regioni demografiche, per quanto attiene l'impatto delle patologie prevenibili tramite vaccinazioni, con un range che va dallo 0,1% dei Paesi più sviluppati al 9,6% dell'Africa Sub-Sahariana.

I dati sono notevolmente differenziati anche per le patologie non trasmissibili che contribuiscono con percentuali in genere di poco superiori al 40% nei Paesi in via di sviluppo, ad eccezione dei Paesi del Medio Oriente, in cui incidono per il 36%, dell'Africa Sub-Sahariana, con una percentuale del 19,4% e dei Paesi più industrializzati (74,8% per i Paesi ex-socialisti e 78,4% per quelli ad economia di mercato stabilizzata).

Più in particolare, i Paesi ad economia sviluppata presentano percentuali di perdite dovuti a patologie tumorali notevolmente

superiori rispetto a quelle dei Paesi meno sviluppati con, agli estremi del range, l'Africa Sub-Sahariana (1,5%) ed i Paesi ad economia di mercato stabilizzata (19,1%).

Analoghe differenze si riscontrano per le patologie cardio-vascolari e per quelle neuro-psichiatriche⁵.

Fattori esplicativi dei diversi quadri epidemiologici

I fattori che possono contribuire a spiegare queste enormi differenze sono tre.

Il primo è il range di patologie presenti che è determinato prevalentemente dalla geografia e dal clima.

Il secondo fattore è il comportamento umano che è divenuto, con il passare del tempo, sempre più importante, in particolare per quanto concerne i patterns comportamentali individuali (fumo, dieta, esercizio, riproduzione, etc.)⁶.

È tuttavia noto come questi patterns siano determinati, in misura significativa, dalle condizioni economico-sociali che, conseguentemente, hanno un drammatico impatto sulle condizioni di salute delle popolazioni⁷.

Come illustrato in Tabella 3 i progressi sanitari sono infatti strettamente collegati al miglioramento degli indicatori economici.

Una altrettanto evidente correlazione è quella, più volte dimostrata, tra reddito e salute.

Più alto è il reddito medio pro capite di un Paese, più elevata è la probabilità che la popolazione di quel Paese viva più a lungo ed in migliori condizioni di salute. È stato infatti calcolato che il raddoppio di un reddito pro capite di 1000 dollari nel 1990 (corretto per la parità del potere d'acquisto) produce un guadagno di 11 anni nella speranza di vita, mentre il raddoppio di un reddito di 4000 dollari fa guadagnare circa 4 anni.

Inoltre, è ormai universalmente riconosciuto che, in ogni società, la capacità, il reddito e la condizione della donna hanno una importanza decisiva per lo stato di salute generale ed è evidenziato da innumerevoli studi come le politiche mirate ad accelerare l'incremento del reddito, a ridurre la povertà e ad au-

Tabella 3 - Popolazione, indicatori economici e andamento di alcuni indicatori sanitari per regione demografica, 1975-1990

Regione Demografica	Popolazione 1990 (milioni)	N. Morti 1990 (milioni)	Redditi pro capite Dollari 1990	Tasso di crescita 1975-90 (% per anno)	Mortalità infantile per 1.000		Aspettativa di vita alla nascita (anni)	
					1975	1990	1975	1990
Africa Sub-Sahariana	510	7,9	510	-1	212	175	48	52
India	850	9,3	360	2,5	195	127	53	58
Cina	1.134	8,9	370	7,4	85	43	56	69
Asia	683	5,5	1.320	4,6	135	97	56	62
America Latina	444	3	2.190	-0,1	104	60	62	70
Medio Oriente	503	4,4	1.720	-1,3	174	111	52	61
Paesi Ex-Socialisti	346	3,8	2.850	0,5	36	22	70	72
Paesi Occidentali	798	7,1	19.900	2,2	21	11	73	76
Mondo	5.267	50	4.000	1,2	135	96	60	65

Fonte: World Bank, 1994.

mentare l'emancipazione delle donne abbiano immediate e positive ripercussioni sulle condizioni di salute delle popolazioni.

Infine, la scolarizzazione e i suoi effetti sulla salute degli adulti⁸.

Indagini svolte sia in Paesi industrializzati che in quelli in via di sviluppo hanno accertato che esiste una forte correlazione tra livelli di scolarizzazione e stato di salute.

I soggetti meglio educati tendono a fare scelte migliori per la propria salute e così, solo per ricordare alcuni Paesi in cui tale correlazione è stata accertata, negli Stati Uniti, in Costa d'Avorio, in Ghana, in Pakistan ed in Perù l'aspettativa di vita è enormemente condizionata dai livelli di scolarizzazione.

Il terzo elemento esplicativo delle differenze nelle caratteristiche epidemiologiche dei diversi Paesi del mondo è quello relativo alle modalità con cui vengono organizzati, finanziati e gestiti i servizi sanitari.

I sistemi sanitari

La struttura attuale dei sistemi sanitari nazionali dei diversi Paesi del mondo è raramente derivata da un processo di programmazione consapevole e deliberato tanto che, tra le approssimativamente 165 nazioni del mondo non sussistono due sistemi sanitari esattamente sovrapponibili, anche perché la struttura e le attività di ogni sistema sanitario sono in continua evoluzione.

Esistono numerose modalità per classificare i sistemi sanitari, quella forse più semplice e funzionale li divide in tre aggregazioni basate: (a) sui principi di Beveridge; (b) sui principi di Bismarck; (c) sui principi del libero mercato⁹.

La prima si richiama alle idee del politico liberale inglese che ha consegnato alla storia il suo impegno per la costruzione del primo *welfare state* ed è caratterizzata da: copertura sanitaria generalizzata della popolazione; controllo o proprietà pubblica dei fattori di produzione; finanziamento tramite tassazione fiscale con o senza ticket; rapporto di lavoro pubblico o misto per il personale sanitario.

Appartengono a questo gruppo i sistemi sanitari di Gran Bretagna ed Italia, nonché di altri Paesi quali Irlanda, Portogallo, Danimarca e Grecia.

La seconda si ispira alla riforma del cancelliere tedesco Bismarck, introdotta in Germania alla fine del XIX secolo ed è caratterizzata da: sistema assicurativo sociale; proprietà essenzialmente privata dei fattori di produzione; finanziamento tramite premi assicurativi e conseguenti rimborsi, con o senza ticket; rapporto di lavoro privatistico per il personale sanitario.

Tra i Paesi che utilizzano sistemi sanitari di questo tipo vi sono Germania, Francia e Canada, nonché altri Paesi quali Lussemburgo, Belgio, Olanda.

La terza aggregazione affida tutte le dinamiche produttive e, quindi, anche quelle sanitarie, al libero mercato. È il modello tipico della Svizzera e degli Stati Uniti (Fig. 1).

MODELLO BEVERIDGE

copertura generalizzata della popolazione
controllo o proprietà pubblica dei fattori di produzione
finanziamento tramite tassazione fiscale
rapporto di lavoro pubblico o misto per il personale

MODELLO BISMARCK

sistema assicurativo sociale
proprietà essenzialmente privata dei fattori di produzione
finanziamento tramite premi assicurativi
rapporto di lavoro privatistico per il personale

MODELLO LIBERISTICO

tutto è affidato al libero mercato



Fig. 1 - Classificazione dei modelli sanitari.

In linea di massima, è possibile affermare che nei sistemi sanitari impostati secondo il modello Beveridge lo Stato garantisce, almeno teoricamente, la copertura dell'intera popolazione; garanzia che può venire naturalmente limitata dalla scarsità delle risorse, comunque, equamente ripartite.

Deve venire sottolineato che questo tipo di sistema si ritrova quasi esclusivamente nei Paesi più ricchi e, fra questi, in quelli dove le contingenze politiche hanno portato, in un determinato momento della storia, a porre la questione sanitaria ad un elevato livello di priorità¹⁰.

Nei sistemi orientati verso il modello Bismarck i governi sono, invece, intervenuti nel mercato in diversi modi. Nei Paesi più industrializzati quest'azione si è concentrata quasi esclusivamente sui meccanismi di finanziamento che sono stati collettivizzati senza, però, incidere sui meccanismi di erogazione delle prestazioni.

Nei Paesi meno ricchi, l'intervento dei governi ha interessato anche l'organizzazione dei servizi, ma in modo quasi sempre non sistematico.

In quelli poveri, lo Stato ha frequentemente operato con l'obiettivo di garantire livelli minimi di assistenza nelle zone rurali.

Nei sistemi sanitari di tipo liberistico, infine, il mercato privato è molto forte e l'intervento del governo è contenuto, così che è possibile che vengano soddisfatte soltanto le esigenze sanitarie di una parte della popolazione. La regolazione del mercato farmaceutico, così come quella del personale sanitario, è poco accentuata e tutto viene lasciato alla competizione esercitata dal mercato¹¹.

Non vi è, ad oggi, alcuno studio che quantifichi gli anni di vita sana garantiti da un tipo di sistema sanitario piuttosto che da un altro, ma non vi è dubbio che vi siano molti Paesi in cui il settore sanitario funzioni in maniera inadeguata ed insoddisfacente e ciò indipendentemente dal modello di sistema adottato.

Tutti i Paesi del mondo sono infatti alle prese con problemi di finanziamento, organizzazione e gestione dei servizi sanitari¹².

Il numero di posti letto ospedalieri nel mondo è cresciuto, dal 1960 al 1980, di 12 milioni di unità, passando da 5 a 17 milioni, mentre il numero di medici si è quintuplicato, aumentando da 1.2 a 6.2 milioni di professionisti.

Tutto ciò ha creato nuove opportunità ma anche nuovi problemi.

Una volta costruiti gli ospedali sono estremamente difficili da chiudere ed i medici, una volta formati, esercitano legittime pressioni per essere impiegati.

Ciò ha condotto, in tutto il Pianeta, ad un fenomeno di *terziarizzazione dell'assistenza*, per cui gran parte delle prestazioni sanitarie, spesso immotivatamente, sono erogate a livello di costose strutture ospedaliere e non, come sarebbe più logico, efficace ed efficiente, a livello di assistenza sanitaria di base o di ospedali di secondo livello.

Questo problema è universale. È possibile rilevarlo nei Paesi più poveri, dove il policlinico universitario della capitale consuma, da solo, gran parte delle risorse finanziarie destinate all'assistenza sanitaria dell'intero Paese, ma è di frequente riscontro anche in numerose metropoli occidentali, dove i locali ospedali, più o meno specializzati, assorbono una vasta percentuale dei fondi sanitari disponibili, senza però soddisfare pienamente le esigenze più comuni e pressanti dei cittadini residenti.

Naturalmente i problemi, ed i relativi correttivi, differiscono profondamente tra Paesi industrializzati e Paesi in via di sviluppo.

I Paesi più ricchi si trovano infatti costantemente alle prese con i problemi legati ad una insostenibile crescita delle spese sanitarie a cui però raramente si associa un parallelo miglioramento nella quantità e qualità dell'assistenza.

Ciò ha condotto al generale riconoscimento, da parte dei politici, degli operatori sanitari, dell'opinione pubblica, della sostanziale inefficienza dell'allocazione delle risorse nel settore sanitario e della necessità di profonde riforme¹³.

A queste preoccupazioni si aggiungono poi quelle di inequità nella distribuzione e nell'accesso ai servizi sanitari, in special modo in quei Paesi, come gli Stati Uniti o l'Italia, con un sistema sanitario particolarmente frammentato.

Sull'altro versante, i Paesi in via di sviluppo hanno pesantemente investito in sanità negli ultimi anni, quasi sempre con l'aiuto di donatori, vista l'impossibilità di provvedere autonomamente.

Nel 1990 la spesa sanitaria mondiale è stata di circa 1.700 miliardi di dollari, circa l'8% del reddito del pianeta (Tabella 4)¹⁴.

Di questi, meno di 200 miliardi di dollari sono stati spesi nei Paesi in via di sviluppo in Africa, Asia, America Latina; i restan-

L'asse delle ordinate mostra quanto l'aspettativa di vita in un Paese differisca dal valore atteso sulla base del reddito e del livello di scolarizzazione medio di quel Paese. Francia, Haiti, Singapore, Siria hanno quasi esattamente l'aspettativa di vita prevista.

Cina, Costa Rica, Honduras, Sri Lanka, nella parte alta della figura, hanno tutte cinque o più anni al di sopra di quanto ci si sarebbe atteso. Egitto, Ghana, Malawi, Uganda, Stati Uniti e Zambia, nella parte bassa della figura, hanno tutti una aspettativa di vita di circa cinque anni inferiore rispetto a quanto i rispettivi livelli di reddito ed educazione farebbero prevedere.

L'asse delle ascisse mostra quanto la spesa sanitaria effettiva differisce da quella attesa in base ai livelli di reddito e di educazione.

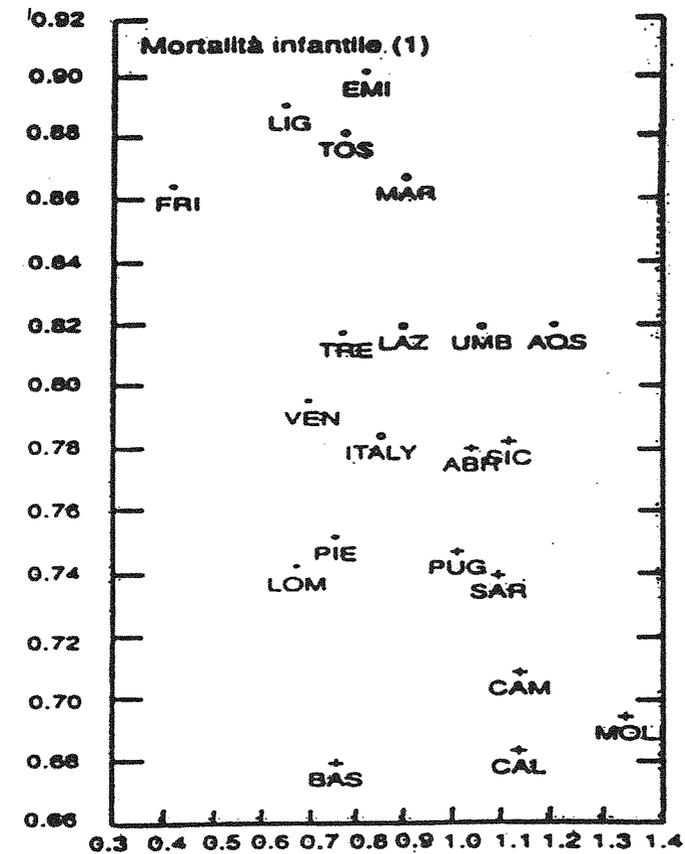
Egitto, Marocco, Singapore, Siria, Paraguay, nella parte sinistra della figura, spendono relativamente poco. Francia, Haiti, India, Mozambico e Stati Uniti, nella parte destra, spendono più del previsto.

Per ogni livello di reddito ed educazione, comunque, ad un più elevato livello di spesa sanitaria dovrebbe corrispondere, a parità di ogni altra condizione, un miglior livello di salute, ma non vi è alcuna evidenza scientifica di questa correlazione. I diversi Paesi sono dispersi in tutti i quadranti della figura. I Paesi presenti nella parte superiore sinistra del quadrante hanno migliori condizioni di salute impegnando una minore quantità di risorse. La Cina, ad esempio, spende nel settore sanitario un punto percentuale in meno del suo Prodotto Interno Lordo rispetto agli altri Paesi con lo stesso livello di sviluppo, ma ottiene quasi dieci anni di aspettativa di vita in più. Singapore impiega circa il 4% in meno del suo reddito in spese sanitarie rispetto agli altri Paesi con analogo sviluppo, ma ottiene la stessa aspettativa di vita.

Altri Paesi, come l'India ed il Costa Rica, ottengono risultati sanitari relativamente buoni, ma spendono decisamente di più. Egitto e Zambia, al contrario, hanno scadenti condizioni sanitarie con un livello di spesa ancora più basso rispetto a quello atteso.

È possibile riscontrare un analogo trend all'interno del nostro Paese.

Prendendo, ad esempio, come indicatore la mortalità infantile nelle diverse Regioni d'Italia, (Fig. 4) è possibile osservare co-



1. Decessi nel primo anno di vita per mille nascite valide

Fig. 4 - Correlazione tra spesa sanitaria procapite e tassi di mortalità infantile nelle diverse regioni italiane (Fonte: ISTAT, Annuario Statistico Italiano, 1990; Relazione generale sulla situazione economica del Paese, 1990; OCSE, Banca dati OCSE sulla spesa sanitaria: Fatti e tendenze, 1993).

me vi siano Regioni che hanno un'elevata spesa sanitaria pro capite ed una bassa mortalità infantile (Emilia Romagna, Liguria, Toscana, Marche, Friuli), altre che hanno una bassa spesa sanitaria ed elevati tassi di mortalità infantile (Calabria, Molise, Campania, Sardegna, Puglia), altre che hanno spese contenutissime e bassa mortalità (Basilicata) ed altre, infine, che hanno livelli di spesa medio-alti ed elevati tassi di mortalità (Valle d'Aosta)¹⁷.

Per quanto attiene l'importanza del modello di sistema sanitario prescelto nel condizionare lo stato di salute delle popolazioni, non è possibile trarre conclusioni definitive su quale dei due modelli precedentemente descritti (Beveridge e Bismarck) garantisca risultati migliori, mentre è senza dubbio consentito esprimere un giudizio negativo sul sistema liberistico che conduce alla situazione paradossale degli Stati Uniti che, pur spendendo più del 5% in più rispetto alla spesa sanitaria attesa, ottengono diversi anni di aspettativa di vita in meno rispetto a quanto il loro livello di reddito e di scolarizzazione media farebbe prevedere.

Usando altre misure dello stato di salute delle popolazioni, come la mortalità infantile o la mortalità in età adulta, i risultati sono simili.

Né risposte pienamente soddisfacenti è possibile trarre dalle analisi sui livelli di soddisfazione dei consumatori quali quella svolta dall'OECD, rivolta soltanto a Paesi industrializzati, che comunque consente di osservare che i Paesi in cui si registra la percentuale più alta di gradimento sono quelli con sistemi assicurativi sociali (Canada, Paesi Bassi, Germania, Francia) mentre i Paesi con servizi sanitari nazionali sono collocati nella parte bassa della graduatoria (Gran Bretagna, Italia)¹⁸ (Fig. 5).

Quella che è sicuramente accertata è la correlazione tra gradimento del pubblico e livello di spesa, con i cittadini dei Paesi in cui si spende di più nel settore sanitario più soddisfatti rispetto a quelli, come l'Australia, il Giappone, la Gran Bretagna e l'Italia, in cui si spende di meno.

Fanno eccezione in tutti e due i casi, confermando la negatività del modello di sistema sanitario, gli Stati Uniti, il Paese che spende di più al mondo nel settore e che ha il più basso livello di gradimento del pubblico.

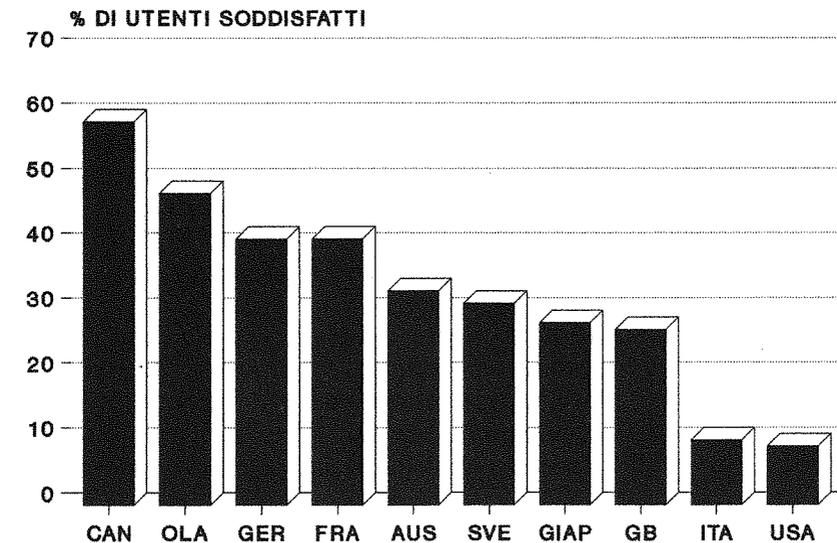


Fig. 5 - Indagine sui livelli di soddisfazione per i sistemi sanitari di 10 Paesi OECD (1990) (Fonte: Blendon, Health Affairs, 1993).

I possibili correttivi

Le analisi sinora condotte non hanno consentito di dare risposte definitive sulla correlazione tra salute e sistemi sanitari, hanno invece generato ulteriori dubbi.

Esse permettono però di constatare che, per migliorare le condizioni di salute di una popolazione, i momenti essenziali su cui agire sono:

a) l'incremento del reddito nei Paesi più poveri ed il miglioramento della sua distribuzione nei Paesi sviluppati.

È infatti dimostrato che la crescita del reddito ha un impatto più accentuato sulle popolazioni povere, che utilizzano le risorse addizionali per migliorare innanzitutto l'alimentazione e le condizioni abitative, con elevati ed immediati benefici per la salute. Questa correlazione è dimostrata anche dal fatto che il miglioramento dei tassi di mortalità infantile è molto più rapido quando il reddito di un Paese aumenta velocemente.

Si è calcolato che, se la crescita economica dei Paesi in via di sviluppo negli anni '80 fosse stata rapida così come nel ventennio 1960-1980, soltanto nel 1990 si sarebbero avute 350.000 morti infantili in meno.

Si è stimato, ad esempio, che soltanto in America Latina, la recessione del 1983 abbia causato 12.000 morti infantili in più.

Nei Paesi industrializzati, viceversa, l'aspettativa di vita dipende molto più dalla distribuzione del reddito che dal reddito pro capite ed è aumentata più velocemente nei Paesi in cui tale distribuzione è stata migliorata.

Il Giappone ed il Regno Unito, ad esempio, avevano negli anni '70 una distribuzione del reddito ed una aspettativa di vita molto simili. Da allora tali dati hanno assunto un andamento divergente con il Giappone che, grazie ad una distribuzione del reddito progressivamente egualitaria, ha oggi la speranza di vita più alta del mondo ed il Regno Unito, la cui disparità nella distribuzione del reddito è considerevolmente cresciuta a partire dagli anni '80, con un'aspettativa di vita inferiore di più di tre anni a quella giapponese.

Il contributo dell'intervento medico sulla persona rimane, rispetto a questi fattori terziario, ma è indubbio che anche in questo settore molto resta da fare.

Per quanto concerne i Paesi in via di sviluppo le cui condizioni epidemiologiche vedono le malattie infettive, i deficit nutrizionali e le patologie materne e perinatali tra le cause principali di morbosità e mortalità, si tratta di ridisegnare i flussi di finanziamento concentrandoli su misure di sanità pubblica come i programmi di vaccinazione, l'educazione sanitaria in tema di nutrizione e pianificazione familiare, il controllo dei vettori e, come suggerisce la World Bank, su un *pacchetto essenziale* di servizi clinici quali il trattamento della tubercolosi, l'assistenza prenatale e postnatale, il trattamento delle patologie a trasmissione sessuale, delle malattie infettive e dei piccoli traumi¹⁹.

Non sarà impresa facile visto il punto di partenza e le difficoltà del percorso. (Fig. 6).

Secondo stime internazionali i governi dei Paesi in via di sviluppo, dei 21\$ pro capite di spese sanitarie, ne riservano attualmente solo 1\$ a misure di sanità pubbliche, solo 4-6 ai servizi

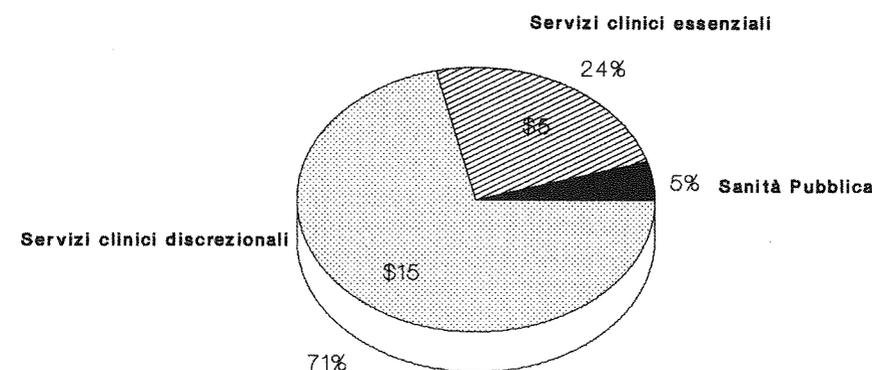


Fig. 6 - Attuale allocazione delle risorse in sanità nei Paesi in via di sviluppo (dollari pro capite) (Fonte: World Bank, 1994).

clinici essenziali e ben 13-15 a servizi clinici ad alto costo ed a bassa efficacia ed efficienza.

Dovrebbero viceversa, sempre secondo la World Bank, a parità di spesa, portare a 5\$ pro capite la prima voce, a 10\$ la seconda e ridurre di circa il 60-70% la spesa per la terza (Fig. 7); ciò condurrebbe ad enormi miglioramenti nelle condizioni di salute di quelle popolazioni, con un guadagno di circa 300 milioni di anni di vita corretti per la disabilità (DALYs), equivalente a 9.3 milioni di morti infantili (Fig. 8).

Per quanto riguarda invece i Paesi ad economia di mercato stabilizzata, dopo i tentativi falliti ovunque di controllare i costi

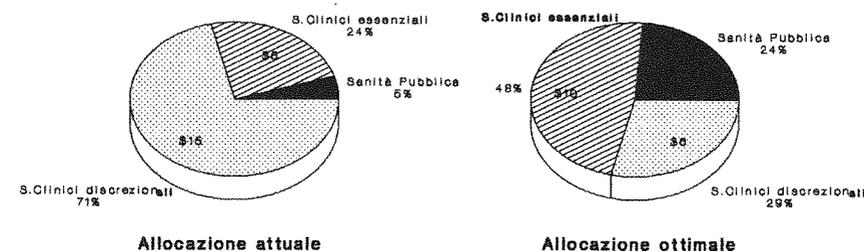


Fig. 7 - Comparazione tra allocazione attuale ed allocazione ottimale delle risorse in sanità nei Paesi in via di sviluppo (dollari pro capite) (Fonte: World Bank, 1994).

	COSTO PRO CAPITE (\$)	RIDUZIONE NEL CARICO DI MALATTIA	
		%	MILIONI DI DALYs
MISURE DI SANITÀ PUBBLICA	5	6	78
SERVIZI CLINICI ESSENZIALI	10	19	224

Fig. 8 - Costo e guadagno potenziale in salute con una ottimale allocazione di risorse in sanità nei Paesi in via di sviluppo (Fonte: World Bank, 1994).

soltanto sul fronte della domanda con, ad esempio, i meccanismi di compartecipazione del cittadino alla spesa, il fronte di azione si è spostato sul versante dell'offerta ed in particolare sulla competizione tra fornitori di servizi sanitari²⁰.

L'analisi sugli effetti di tale competizione tra servizi sanitari come metodo per migliorare l'allocazione e la distribuzione delle risorse e per contenere i costi non è certamente completa.

Le riforme avviate prima in Gran Bretagna ed Olanda e, successivamente, in altri Paesi, inducono ad alcune importanti riflessioni su, come sottolinea Maynard, la *naturale* tendenza della competizione in sanità ad emergere in termini di qualità (misurata però dal processo e non dai risultati) invece che di prezzo, con la conseguente minaccia di duplicazione della capacità dei servizi e di inflazione proprio di quei costi che tutti i Paesi del mondo non possono più consentire di crescere²¹.

Conclusioni

In conclusione, benchè sia ormai assodato che i servizi sanitari, anche quando sono efficaci ed efficienti, non siano i principali determinanti delle condizioni di salute, la realtà politica è che l'erogazione di servizi sanitari è quasi sempre percepita come un elemento prioritario e viene spesso anteposta alla pro-

mozione della salute ed alle misure di sanità pubblica anche quando queste sarebbero più produttive²².

Così, ad esempio, è difficile che la pubblica opinione si interessi di campagne contro il fumo o diete insalubri fin quando i servizi ospedalieri che si occupano di patologie acute o di infortuni continuano a manifestare le loro inefficienze.

Eppure, se veramente coloro che prendono decisioni, vogliono accelerare i progressi nel miglioramento delle condizioni di salute nei diversi Paesi del mondo, la strada per le riforme è unica ed inequivocabile.

Essa include l'accelerazione dei ritmi di crescita economica, l'espansione della scolarizzazione, particolarmente per le ragazze, la ricollocazione dei fondi dall'assistenza di tipo terziario alla medicina preventiva ed ai servizi clinici essenziali, per i Paesi in via di sviluppo; l'incoraggiamento della diversità e della competizione nella fornitura di servizi sanitari, il miglioramento delle tecniche e del personale che gestisce le strutture, il contenimento dei costi, il coinvolgimento delle comunità, per i Paesi ad economia di mercato stabilizzata.

In entrambi i casi la strada è resa difficoltosa da vecchi problemi, come le modifiche nel profilo demografico, l'inefficienza del sistema distributivo dei farmaci, la resistenza al cambiamento e da nuove incognite, come i nuovi patterns di malattia, l'emergere di microrganismi resistenti ai farmaci, le modifiche nei comportamenti individuali²³.

Gli obiettivi di un sistema sanitario dovrebbero essere quelli di migliorare i risultati delle proprie strutture e dei servizi da queste erogati, controllare i costi, aumentare l'equità e la soddisfazione degli utenti e contribuire a garantire condizioni adeguate di salute.

Ma, come sottolineato da Black, gli strumenti della politica non corrispondono quasi mai con gli interessi individuali²⁴.

Ciò che attualmente fanno i governi, in molti Paesi del mondo, è costruire strutture, acquistare equipaggiamenti ed attrezzature, assumere e formare personale, stabilire tariffe ed altre condizioni nei servizi, regolamentare fornitori od assicuratori, delineare le linee politiche generali, eseguire la sorveglianza sulle malattie infettive e su altre specifiche condizioni patologiche.

Linefficienza e l'inequità sono pertanto determinate da errori in questi momenti, ad esempio nel decidere quali strutture costruire e dove collocarle, come equipaggiarle, quale personale assumere, che tipo di servizio fornire.

Se i governi, ad esempio, spendono troppo in servizi ultraspecialistici, non solo non possono finanziare tipi di assistenza più soddisfacenti nel rapporto costo-efficacia, ma nemmeno fornire un servizio più equo, visto che le strutture saranno inevitabilmente concentrate dal punto di vista geografico e se i managers assumono personale scadente o tollerano comportamenti inadeguati dal punto di vista etico o scientifico, le risorse in questo modo sottratte non potranno essere impiegate per finalità più soddisfacenti e di pubblica utilità.

Vi sono diverse ragioni per spiegare perchè questo succede.

I fornitori di servizi sanitari spesso non hanno adeguati incentivi per erogare servizi efficienti; le retribuzioni, le carriere ed il riconoscimento professionale dei medici sono rafforzati dalla specializzazione e dall'utilizzo di attrezzature sempre più sofisticate e costose; i managers sono spesso privi di un'adeguata formazione ed esperienza; la domanda dei consumatori per servizi efficaci ed efficienti è quasi sempre scarsa e ciò per poca informazione o per insufficienza nella loro distribuzione ed accesso.

Ma la principale responsabilità dei governi da una parte e degli operatori sanitari dall'altra è far sì che si possano raggiungere gli obiettivi di un miglior stato di salute delle popolazioni con gli strumenti politici e tecnici a disposizione.

Gran parte degli errori sino ad oggi commessi dai governi sono consistiti non in una errata individuazione degli obiettivi, ma nella scelta di strumenti sbagliati, in particolare nell'eccessivo ricorso alla diretta erogazione delle prestazioni ed al controllo centrale del sistema, piuttosto che nell'utilizzazione degli strumenti finanziari, informativi e regolatori a disposizione²⁵.

Quando un governo finanzia direttamente un sistema sanitario e non si limita a regolarlo, ha la ulteriore responsabilità di garantire che i soldi pubblici vengano spesi bene, per acquistare cioè prestazioni efficaci, efficienti, eque ed umane, e con esse garantire la miglior condizione di salute possibile per la propria popolazione.

La ricerca del Sacro Graal, come dice Maynard, cioè del sistema sanitario perfetto continua e continuerà probabilmente per quanto durerà la storia dell'uomo e non è detto che, come nel caso del prezioso calice, essa porterà mai ad un risultato definitivo, benché ogni tanto qualcuno si vanti di averlo raggiunto²⁶.

L'importante è che proceda nella direzione giusta, quella di ottimizzare l'uso delle risorse, di conciliare il senso del dovere della professione medica con le ragioni economiche, di garantire, infine, alle popolazioni del mondo una vita lunga e sana.

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. FEACHEM R.G.A., KJELLSTROM T., CRISTOPHER J.L., MURRAY M.O., PHILLIPS M.A., *The Health of Adults in Developing World*. Washington D.C., World Bank, 1992.
2. World Development Report 1993, *Investing in Health. World Development Indicators*. New York, Oxford University Press, 1994.
3. JAMISON D., *Disease Control Priorities in Developing Countries: An Overview*. In: JAMISON et al., *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York, Oxford University Press, 1995.
4. World Health Organization. *Global Health Situation and Projections-Estimates*. Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. Genève, 1992. MURRAY C.J.L., LOPEZ A.D., (edited by), *Global Comparative Assessment in the Health Sector. Disease Burden, Expenditures, And Intervention Packages*. Genève, World Health Organization, 1994.
5. CAIRNCROSS A.M., *Health Impacts in Developing Countries: New Evidence and New Prospects*. Journal of the Institution of Water and Environmental Management 1990; 4: 576.
6. McKEOWN T., *The Role of Medicine*. Oxford, Blackwell, 1979.
7. MACKAY J., *The State of Health Atlas*. New York, Simon and Schuster, 1993.
8. ROGOT E.P., SORLIE D., JOHNSON N.J., *Life Expectancy by Employment Status, Income and Education in the National Longitudinal Mortality Study*. Public Health Reports 1993; 107: 457.
9. ROEMER M., *National Health Systems of the World*. New York, Oxford University Press, 1991.
10. ANGELILLO B., ANGELILLO I.F., RICCIARDI G., VILLARI P., *Il Management Sanitario nei suoi aspetti scientifici, pedagogici e professionali*. Atti del 36° Congresso Nazionale della Società Italiana di Igiene Medicina Preventiva e Sanità Pubblica. Sassari, 1994.
11. ELLENWEIG A.Y., *Analysing Health Systems. A Modular Approach*. Oxford, Oxford Medical Publications, 1992.
12. GERDTHAM U.G., SOGAARD J., ANDERSSON F., JONSSON B., *An Econometric Analysis of Health Care Expenditure: A Cross-Section Study of the OECD Countries*. Journal of Health Economics 1992; 11: 63.
13. HURST J., *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Coun-*

- tries. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1992.
14. OCSE, Banca dati OCSE sulla spesa sanitaria *Fatti e tendenze*, Roma, 1993. World Development Report 1993 *Investing in Health*. World Development Indicators. New York, Oxford University Press, 1994.
 15. VAN DOORSLAER E., WAGSTAFF A., RUTTEN F., *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*. CEC Health Services Research Series 8. Oxford, Oxford University Press, 1993.
 16. World Health Organization. *Global Health Situation and Projections-Estimates*. Division of Epidemiological Surveillance and Health Situation and Trend Assessment. Genève, 1992.
 17. BARILETTI A., *Indirizzi di riforma economico-finanziaria dei sistemi sanitari. Concorrenza amministrata e concorrenza pubblica*. In: FRANCE G., ATTANASIO E. (a cura di), *Economia Sanitaria. Linee e tendenze di ricerca in Italia*. Milano, Giuffrè, 1993. OCSE, Banca dati OCSE sulla spesa sanitaria *Fatti e tendenze*, Roma, 1993.
 18. HURST J., *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1992.
 19. MONEKOSSO G. L., *An organizational framework for achieving health for all in developing countries*. International Journal of Health Planning and Management 1992; 7: 3. STANTON B., WOUTERS A., *Guidelines for pragmatic assessment for health planning in developing countries*. Health Policy 1992; 21: 187.
 20. NAYLOR C. D., *The Canadian Health Care system: a model for America to emulate?* Health Economics 1992; 1: 19. CAPRI S, RICCIARDI G., *Public/private mix and internal competition: aftermaths on the Single Market. The case of Italy*. In: NORMAND C. E. M., VAUGHAN J.P., *Europe without frontiers - the implications for health*. Chichester, J. Wiley and sons, 1993, 140. SALTMAN R.B., VON OTTER C., *Public Competition versus Mixed Markets: An Analytic Comparison*. Health Policy 1989; 11: 43.
 21. CULYER A.J., *The morality of efficiency in health care - Some uncomfortable implications*. Health Economics 1992; 1: 7. HURST J., *The Reform of Health Care: A Comparative Analysis of Seven OECD Countries*. Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1992.
 22. Mc PHERSON K., *Diversity and similarity of health: organization, practice and assessment*. In: NORMAND C. E. M., VAUGHAN J. P., *Europe without frontiers - the implications for health*. Chichester, J. Wiley and sons, 1993, 21.
 23. CULYER A.J., *The morality of efficiency in health care - Some uncomfortable implications*. Health Economics 1992; 1: 7. Mc PHERSON K., *Diversity and similarity of health: organization, practice and assessment*. In: NORMAND C. E. M., VAUGHAN J. P., *Europe without frontiers - the implications for health*. Chichester, J. Wiley and sons, 1993, 21.
 24. CULYER A.J., *The morality of efficiency in health care - Some uncomfortable implications*. Health Economics 1992; 1: 7.
 25. ACHESON E.D., *An overview: looking to the future*. In: NORMAND C.E.M., VAUGHAN J.P., *Europe without frontiers - the implications for health*. Chichester, J. Wiley and sons, 1993, 361.
 26. MAYNARD A., HUTTON J., *Health care reform: the search for the Holy Grail*. Health Economics, 1992; 1: 1.

Correspondence should be addressed to:

Gualtiero Ricciardi, Cattedra di Igiene, Università di Cassino, Via Zamosch - 03043 Cassino, I.