

Recensioni/*Essay Reviews*

DIRINDIN Nerina, VINEIS Paolo, *Elementi di Economia sanitaria*. Il Mulino, Bologna, 1999.

I sistemi sanitari dei Paesi occidentali si confrontano in questo fine secolo con il problema di assicurare ai cittadini i massimi benefici rispetto a risorse *pre-determinate*: poiché non vi sono da un lato limiti teorici al "consumo" di prestazioni sanitarie da parte dei singoli individui e d'altra parte le risorse destinate alla tutela e cura della salute sono correlate al Prodotto Interno Lordo, ma non possono eccedere una percentuale del P.I.L. medesimo (generalmente il punto critico è ritenuto tra il 12 e il 15%), il dibattito si accentra sulla compatibilità tra prestazioni erogate nell'ambito dei sistemi sanitari nazionali (UK, Italia, Svezia, etc.) o dei sistemi previdenziali mutualistici-assicurativi sociali (Francia, Germania) o dei sistemi assicurativi (pubblico-privato: Olanda; privato: USA) e le risorse disponibili (derivanti, rispettivamente, dalle leggi di bilancio o dai contributi mutualistici o assicurativi). Il rilievo di questa problematica è tale da costituire il principale problema applicativo dei principi di equità, solidarietà, uguaglianza di uno Stato democratico, coinvolgendo aspetti politico-istituzionali, aspetti di politica delle autonomie locali e di selezione dei servizi offerti ai cittadini, con effetti delle azioni politico-amministrative anche paradossali: si potrebbe infatti ritenere che una maggiore disponibilità di strutture (posti-letto, ambulatori, etc.) e personale sanitario porti ad un miglioramento *di per sé* dell'offerta di salute, se non vi fossero la nota correlazione diretta "posti-letto disponibili/post-letto occupati" (legge Roemer: *bed supply and hospitalization - a built bed is a filled bed*) e l'altra correlazione "numero dei medici/prestazioni inutili".

L'*appropriatezza* delle prestazioni (eseguire una radiografia del torace o un cateterismo cardiaco quando siano effettivamente necessari) si scontra con la spinta del paziente ad ottenere un ipotetico "meglio" in modo svincolato da valutazioni di appropriatezza o di efficacia, con la tendenza del medico ad utilizzare sempre più tecnologie, controlli incrociati, consulenze di altri colleghi, etc., e con la tendenza degli erogatori strutturali di

prestazioni (ospedali, studi polispecialistici, etc.) di aumentare il "fatturato" in un sistema di remunerazione *fee-for-service*.

Tutto questo pone alcuni problemi: di economia (l'uso appropriato ed "economico" delle risorse), di politica delle innovazioni (quali e quante innovazioni diagnostiche o terapeutiche siano di beneficio e d'altra parte compatibili con le risorse), di etica politica (quante risorse siano destinabili alla tutela della salute nell'ambito di una politica per un "futuro sostenibile", di etica (la distribuzione "giusta" e percepita come giusta dei benefici derivanti dall'uso delle risorse), di bioetica (nella concezione originaria di van Potter e cioè come uso razionale della tecnologia e delle risorse, "bridge to the future").

La rilevanza generale del problema ha indotto lo sviluppo di un ampio approfondimento scientifico, oltre che politico, e si sono così sviluppate specifiche branche del sapere, tra cui quell'*economia sanitaria*, che trova ormai spazio autonomo nei trattati di economia (compare un capitolo nell'edizione del 1990 del trattato di Samuelson destinato agli studenti di economia), ma anche nella didattica degli studenti di medicina (l'ordinamento europeo definito nel 1992 prevede l'estensione dell'insegnamento a nuovi settori, come ad esempio la *sociologia medica* e l'ordinamento italiano prevede in modo specifico per lo studente obiettivi didattici di filosofia e storia della medicina, bioetica, organizzazione sanitaria, economia sanitaria) e delle professioni sanitarie (nel cui ordinamento compaiono i settori della *economia politica*, della *politica economica*, dell'*amministrazione aziendale*, etc.). D'altra parte lo straordinario successo che hanno i manuali di *management sanitario* (ad es. quello recente di M. Zanetti e coll., ANM, 1997) indica come anche in Italia vi siano necessità e sensibilità verso queste problematiche.

L'agile manuale di due noti specialisti del settore (Dirindin e Vineis) tratta tutti gli aspetti essenziali dell'*economia sanitaria*, definendo già nell'introduzione le finalità positive e tuttavia i rischi del ragionamento veramente econometrico (il mito dei modelli di analisi, valutazione e controllo propri delle attività produttive e che fanno balenare la risoluzione di ogni problema concreto, scambiando un *vincolo* da rispettare - quello dell'equilibrio finanziario - con un *obiettivo* da raggiungere necessariamente). I successivi capitoli trattano della struttura del *pensiero economico*

(con particolare riguardo alla distinzione tra *efficienza* ed *efficacia*), dell'interazione economica ed organizzativa tra aumento della vita media e delle aspettative di vita con i fattori che lo determinano (igiene generale ed ambientale, miglioramento delle disponibilità alimentari, miglioramento delle strutture sanitarie per accessibilità ed efficienza - come nel caso della mortalità infantile, reddito pro-capite, livello di istruzione, etc.), della valutazione su basi scientifiche dell'efficacia delle azioni medico-sanitarie. L'impostazione chiara, gli esempi concreti, la trattazione sequenziale (dai problemi generali alle considerazioni sulle alternative di politica gestionale delle strutture derivate dall'analisi dei costi) rendono particolarmente utile la trattazione e non solo per un operatore sanitario o che si appresti a diventarlo (lo studente di medicina o di un diploma universitario di area sanitaria), ma anche per un cittadino che voglia rendersi conto delle opzioni concrete di politica sanitaria, in un sistema nel quale il *terzo pagante* (in Italia Stato e Regione) gestisce risorse *finite* (l'economista sanitario preferisce utilizzare il termine *scarse*, da un lato per la corrispondenza con il termine inglese, dall'altro per chiarire subito gli intendimenti inevitabili... di razionamento!).

Da queste considerazioni generali deriva l'analisi del Sistema Sanitario Nazionale, del quale sono valutate spesa ed organizzazione soprattutto riguardo al periodo 1978-1991 (istituzione e funzionamento del SSN ed incremento spesa % sul PIL) e post-1992 (introduzione di principi di aziendalizzazione nella sanità pubblica e stabilizzazione se non riduzione spesa % sul PIL). L'esposizione e discussione critica dei principi innovatori del decreto legislativo n. 502/1992 è particolarmente efficace, pur nella opportuna concisione, mentre gli esempi di problematiche micro-economiche sono analizzate nell'ultimo capitolo (intitolato *i costi*, tradendo... la "ossessione professionale" degli economisti!!), che tratta tutti gli aspetti delle problematiche con le quali ogni operatore sanitario si deve confrontare.

Non si può dunque che recensire in termini positivi questo manuale, se non ci fosse che ... Il problema è che rimane difficile pensare che gli esercizi econometrici siano di per sé sufficienti a definire l'*eticità* di un sistema o a convincere un medico che parlare con il pianificatore di prestazioni sia importante come parlare con il paziente: un'impostazione veramente di economia

sanitaria può trovare accoglienza positiva senza riserve in un giornale economico, ma richiede almeno nell'*Introduzione* il richiamo alla necessaria coesistenza di *razionamento* (che è atto politico-manageriale) con la *razionalizzazione* (che è atto più specificatamente medico). Il manuale richiama giustamente la *evidence-based medicine* o il concetto di *appropriatezza*, etc. che costituiscono alcuni degli elementi metodologici della *razionalizzazione degli atti medico-sanitari*: potrebbe essere tuttavia opportuno qualcosa in più (è un suggerimento per i due bravi autori ad estendere l'ambito del manuale). Una trattazione di economia sanitaria deve essere accompagnata da una esemplificazione anche sul fronte della professionalità medica o delle professioni sanitarie (sul fronte della *razionalizzazione* appunto) e da valutazioni di ordine generale (filosofiche, sociologiche, etiche), il che costituisce quell'approccio integrato che nei Corsi di laurea in Medicina o nei corsi di Diploma Universitario è proprio delle *humanities*, nel *boundary* tra medicina e società.

Luigi Frati

AA.VV., *The ingenious machine of nature-Five centuries of Art and Anatomy*. Ottawa, National Gallery of Canada, 1996, pp. 263.

Una preziosa veste editoriale accompagna questo volume, che rappresenta il catalogo di una mostra, tenutasi presso la National Gallery of Canada, ad Ottawa, tra l'ottobre 1996 ed il gennaio 1997, che ha poi raggiunto Vancouver, Filadelfia e Gerusalemme.

La stessa immagine di copertina, lo Studio anatomico della testa dell'Apollo Belvedere di Nicolai Outkin, secondo Jean-Galbert Savage, offre un interessante spunto di riflessione per inquadrare la tipologia di questa pubblicazione, che si presenta estremamente ricercata nella forma e ricca nei contenuti.

Il primo contributo, *The theatre of the body*, è a firma di Mimi Cazort, responsabile del settore Disegni e Stampe della National Gallery: l'autrice ripercorre la storia della raffigurazione umana, partendo dalle incisioni rupestri e dalle testimonianze orientali, per raggiungere l'età basso medievale e rinascimentale, su cui si diffonde a lungo: la storia della dissezione anatomica a scopi

scientifici ed artistici si lega strettamente agli esiti medici ed estetici ed alla individuazione del ruolo professionale dell'anatomista, unitamente ai temi dominanti della iconografia.

Un *leit-motiv* ricorrente viene individuato nelle figure di Adamo ed Eva, che rappresentano un terreno fecondo di prove e studi, così come il Cristo crocifisso o le immagini dei giustiziati mediante impiccagione, che rappresentavano i soggetti che avessero subito la pena della forca.

L'autrice interrompe la propria ricerca a metà Settecento, col passaggio del *corp mort* nel *corp vivant*: il contributo di Monique Kornell, *The study of human machine*, prende avvio proprio da A. Robertson e Jean-Galbert Savage: il corpo umano acquista una diversa prospettiva, in quanto non è più visto come *fabbrica* ma come *macchina*.

K.B. Roberts, storico della medicina, all'interno del suo saggio, *The context of anatomical illustration*, indaga i rapporti tra anatomia e fisiologia, a partire dall'esperienza galenica, sino al XIX secolo, attraverso le analisi delle variazioni di interesse dell'anatomico, che predilige, nei vari contesti storici, specifici temi.

Inizia poi il catalogo vero e proprio una silloge ricchissima di stampe, frontespizi, disegni, da quelli maggiormente conosciuti, come l'illustrazione tratta dal *Fascicolo di medicina* stampato a Venezia nel 1493, all'autoritratto di Dürer ai disegni di Johannes Stradanus.

Si tratta di una ricerca estremamente pertinente, che ha attinto ai maggiori musei del mondo, per realizzare un percorso unitario che non si svolge soltanto in senso diacronico, ma anche tematico, proponendo suggestivi elementi e confronto.

Da una parte, allora, è indispensabile sottolineare il grande valore scientifico della pubblicazione, che si fonda sia sui tre studi introduttivi, complementari ed esaustivi nella loro interdisciplinarietà, sia sulla costruzione solida e articolata del catalogo dove, ad ogni pezzo esposto, è unita una ricca didascalia con i riferimenti bibliografici più dettagliati.

Alla fine del volume, che rappresenta uno *specimen* di ricerca esemplare, una bibliografia generale conforta lo studioso per eventuali approfondimenti.

Donatella Lippi