

Costantino Iandolo
Carlo Hanau

**ETICA ED ECONOMIA
NELLA "AZIENDA" SANITÀ
MANUALE PER DIRIGENTI
ED OPERATORI SANITARI**

Introduzione
di Sandro Spinsanti

FrancoAngeli

I cinque capitoli della presente opera sono frutto di un'elaborazione comune di Costantino Iandolo e di Carlo Hanau, e tuttavia il secondo, il quarto e il quinto sono prevalentemente riconducibili alla competenza specifica di Costantino Iandolo mentre il primo e il terzo a quella di Carlo Hanau, che per questo studio ha usufruito del contributo del Comitato Scienze Economiche Statistiche e Sociologiche del CNR.

Carlo Hanau è docente di Programmazione e gestione dei servizi sanitari presso la Facoltà di Scienze statistiche, demografiche e attuariali dell'Università di Bologna. Tra le sue opere: *Governare la spesa sanitaria* (Angeli, 1987); *I nuovi vecchi. Un confronto internazionale* (Edizioni Maggiolini, 1987).

Costantino Iandolo è medico chirurgo, libero docente in Patologia speciale medica e Metodologia clinica. Redattore della rivista «Il Politecnico», ha pubblicato: *Il malato inosservante* (Armando, 1985); *Introduzione all'etica clinica* (Pozzi, 1989); *L'etica al letto del malato* (Armando, 1990); *Errori e pregiudizi in tema di salute* (Anicia, 1992).

Sandro Spinsanti ha insegnato Etica medica presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Roma e Bioetica nella Facoltà di Medicina dell'Università di Firenze. Attualmente coordina la ricerca presso l'ospedale Fatebenefratelli di Roma. Tra le sue opere più recenti: *Bioetica e antropologia medica* (Nis, 1991) e *Bioetica in sanità* (Nis, 1993). Ha fondato e dirige la rivista di *medical humanities* «L'arco di Giano».

2ª edizione: 1994

Copyright © by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

È vietata la riproduzione, anche parziale o ad uso interno o didattico, con qualsiasi mezzo effettuata, non autorizzata. Stampa Tipomozza, Viale Monza 126, Milano.

I lettori che desiderano essere regolarmente informati sulle novità pubblicate dalla nostra Casa Editrice possono scrivere, mandando il loro indirizzo, alla "FrancoAngeli, Viale Monza 106, 20127 Milano", ordinando poi i volumi direttamente alla loro Libreria.

INDICE

Prefazione	9
Introduzione (Sandro Spinsanti)	
Economia e sanità nel dibattito della bioetica	
1. L'impatto dei problemi economici sulla Sanità	11
2. La revisione del ruolo medico	21
3. Bisogni e desideri di salute, tra economia ed etica	30
4. Giustizia e solidarietà	38
Capitolo I Sistemi sanitari nei paesi industrializzati: ideologie, modelli realizzazioni	
I.1. Introduzione	43
I.2. L'ideologia liberistica (o libertaria) e l'ideologia solidaristica (o egualitaria) nella Sanità	44
I.3. Due modelli di sistema sanitario: privato-liberista e pubblico-egualitario	48
I.4. I modelli dei sistemi sanitari misti	54
I.5. I difetti del funzionamento del sistema privato	57
I.6. I sistemi mutualistico-assicurativi	59
I.7. I servizi sanitari nazionali	61
I.8. I sistemi sanitari di sei Paesi industrializzati	63
I.9. Il Servizio Sanitario Nazionale italiano	68
Capitolo II La scarsità delle risorse sanitarie e la spirale dei costi	
II.1. La discrepanza fra le risorse sanitarie limitate e i bisogni illimitati	77
II.2. I fattori della spesa sanitaria	81
II.3. I fattori dell'aumento progressivo della spesa sanitaria	84
II.3a. Il progresso tecnologico	86
II.3b. L'invecchiamento della popolazione	89
II.3c. L'aumento della domanda di salute	93
II.3d. La morbosità	95
II.3e. La moltiplicazione delle indagini diagnostiche	97

II.3f. Gli interventi terapeutici superflui e l'ostinazione terapeutica	105
II.3g. Le ospedalizzazioni superflue e l'abnorme durata della degenza	117
II.3h. La cattiva amministrazione, la disorganizzazione, gli sprechi ed i furti.	120
II.4. Conclusioni	123

Capitolo III

Gli aspetti economici dell'assistenza sanitaria

III.1. Introduzione	127
III.2. L'economia e il suo linguaggio	130
III.3. L'economia applicata al settore sanitario	134
III.3a. Decisioni macroeconomiche	135
III.3b. Decisioni microeconomiche	136
III.3c. Decisioni di management	137
III.3d. Decisioni terapeutiche	137
III.4. Il bisogno e la domanda sanitari	138
III.5. Le definizioni di costo delle risorse impiegate	141
III.6. La definizione di prodotto sanitario	146
III.7. La valutazione dei risultati della produzione sanitaria	149
III.8. L'analisi dell'efficienza produttiva dell'Azienda Sanità	152
III.8a. Analisi cost-benefit	152
III.8b. Analisi costi - risultati	157

Capitolo IV

Gli aspetti etici dell'assistenza sanitaria

IV.1. L'Etica medica, i suoi principi e le sue norme	161
IV.2. Il principio di autonomia	165
IV.3. Il principio di beneficenza	170
IV.4. Il principio di non maleficenza	175
IV.5. Il principio di giustizia	180
IV.6. L'etica delle istituzioni sanitarie	186
IV.6a. I governi nazionali e regionali	187
IV.6b. Le Unità Sanitarie Locali	189
IV.6c. Gli ospedali	193
IV.7. L'autorità, la gerarchia e la disciplina, assi portanti delle istituzioni sanitarie	195

IV.8. I rapporti fra etica medica ed economia sanitaria	200
---	-----

Capitolo V

I canoni comportamentali etici ed economici nell'azienda sanità

V.1. I governi e gli amministratori della Sanità	205
V.2. La formazione degli amministratori della Sanità	225
V.3. I medici	232
V.4. I confini per le vecchie e le nuove tecnologie	249
V.5. Gli scioperi del personale sanitario	253
V.6. I Comitati di etica	257
V.7. Conclusioni	263

Bibliografia

271

PREFAZIONE

Il progresso scientifico e tecnologico ha mutato, negli ultimi decenni, il volto della medicina. Tuttavia ogni innovazione tecnologica, per quanto benefica ed entusiasmante, solleva nei decisori della Sanità due ordini di interrogativi:

1° Questa innovazione è moralmente accettabile? E' un interrogativo che corrisponde ad un problema etico.

2° Questa innovazione, tenuto conto del suo costo e della limitatezza delle risorse sanitarie, è realizzabile? Questo consumo di risorse sanitarie merita di esser fatto in rapporto agli usi alternativi che se ne potrebbero fare? Questi interrogativi sono l'espressione di problemi economici.

La conoscenza dell'etica e dell'economia è divenuta quindi indispensabile ai "decisori della Sanità", ossia ai "policy makers", agli amministratori ed ai medici. La loro insufficiente formazione etica ed economica è stata di certo una delle cause non ultime delle tristi condizioni nelle quali versa la Sanità nel nostro Paese. Ora si tenta di correre ai ripari conferendo alle istituzioni sanitarie periferiche un carattere aziendale ed affidandone la gestione ai tecnici con dimostrata esperienza manageriale. Ma avranno questi manager una sufficiente preparazione nei campi della bioetica, della etica clinica e dell'economia sanitaria?

Sono queste le considerazioni che ci hanno spinto a scrivere questo manuale destinato a fornire i dati essenziali dell'etica medica e i rudimenti dell'economia sanitaria ai nuovi manager della Sanità e, naturalmente, ai medici, che della Sanità sono stati finora i manager

incontestati.

Il libro si apre con una Introduzione del Prof. Spinsanti nella quale si tratteggiano - a grandi linee - i rapporti fra l'etica e l'economia applicate alla Sanità.

Il capitolo I descrive i vari tipi di sistemi sanitari e le ideologie sulle quali essi sono fondati.

Nel capitolo II vengono descritti i più importanti fattori responsabili del progressivo aumento dei costi dell'assistenza sanitaria in tutti i Paesi del mondo industrializzato.

I capitoli III e IV sono dedicati agli aspetti economici ed etici dell'assistenza sanitaria.

Nel V ed ultimo capitolo abbiamo esposto ciò che si potrebbe e dovrebbe fare per fornire alla popolazione italiana un'assistenza sanitaria più efficace e più decorosa mediante un servizio sanitario nazionale più efficiente.

Da questi contenuti appare evidente che il nostro obiettivo principale è stato di aiutare i decisori della Sanità a risolvere i problemi etici ed economici che essi incontrano ogni giorno nel corso della loro attività; e con ciò abbiamo inteso di giovare indirettamente ai malati. I lettori giudicheranno se il nostro scopo sia stato raggiunto.

INTRODUZIONE

Sandro Spinsanti

ECONOMIA E SANITA' NEL DIBATTITO DELLA BIOETICA

1. L'impatto dei problemi economici sulla Sanità

Tra economia, politica e Sanità si stanno intrecciando delle relazioni conflittuali, che sfociano talvolta su scelte drammatiche. Invocando l'etica in una situazione così configurata, rischiamo di farle giocare un ruolo polemico e sgradevole: quello di chi si limita a denunciare le scelte che la società e i sanitari sono costretti a fare, sotto la pressione della stretta economica, richiamandosi ai valori fondamentali della convivenza sociale e agli inalienabili diritti umani.

Dall'etica ci aspettiamo, ovviamente, che sappia dire dei chiari "no" nei confronti di decisioni di politica sanitaria che appaiono in conflitto con ciò che riteniamo moralmente buono; ma non solo questo. Nella difficile situazione in cui ci troviamo, nella quale è sempre più arduo conciliare cura della salute ed economia, l'etica può e deve diventare una risorsa a cui attingere, e non solo un sistema di semafori a luce verde o rossa. E' questo ampio spettro di compiti dell'etica - da quello più negativo di controllo e di eventuale condanna di comportamenti a quello più elevato di animazione ideale - che cercheremo di tener presente nelle riflessioni che seguiranno.

Per fissare con un esempio eloquente il tipo di problemi che le società a sviluppo economico avanzato sono costrette ad affrontare, possiamo riferirci a una decisione presa in ambito di programmazione

sanitaria. Nella primavera del 1987 la Divisione di "Servizi per Adulti e Famiglie" della stato nord-americano dell'Oregon, incaricata di amministrare il programma statale "Medicaid", si trovò costretta a decidere tra diverse opzioni. Per ragioni di tetto di bilancio, nei due anni seguenti "Medicaid" poteva o finanziare l'estensione delle cure mediche di base a 1500 persone che in precedenza non ne beneficiavano, oppure continuare a finanziare un programma di trapianto di organi (midollo, cuore, fegato e pancreas) per un progetto rivolto a 34 persone. La Divisione, obbligata a scegliere tra l'interruzione di un programma di trapianti per pochi e l'investimento in cure mediche di base per molti, optò per la seconda ipotesi. Le persone che avrebbero potuto beneficiare di un trapianto di organo venivano così private di una "chance", che praticamente coincideva con un'opportunità di sopravvivenza.

Il caso dell'Oregon - riportato dal *New England Journal of Medicine* (1) - ha un valore esemplare che ci permette di rapportarlo anche a situazioni, come quella italiana, che presuppongono un'organizzazione sanitaria di altro tipo rispetto a quella americana. La decisione presuppone il riconoscimento che le risorse sono limitate: in una programmazione oculata non solo è necessario scegliere tra quanto si investe in Sanità e quanto va destinato ad altri settori - educazione, giustizia, servizi sociali, difesa ecc. -, ma nella Sanità stessa bisogna scegliere tra bisogni in conflitto. Non si può dare tutto a tutti. Per il futuro dobbiamo prevedere con sempre maggior frequenza situazioni di scelte drammatiche, come quella dell'Oregon: di fronte ai costi crescenti della Sanità, nessuno Stato, per quanto florida possa essere la sua economia, potrà sottrarsi a decisioni in merito a programmi da privilegiare, a danno di altri, pur di alto valore umanitario.

Le limitazioni del bilancio sono reali e devono essere applicate anche alla Sanità. Bisognerà anche decidere se è più auspicabile che il luogo della scelta sia quello pubblico e formale della discussione di un preventivo di bilancio, oppure se si preferisce che il razionamento delle risorse segua altri percorsi, magari clandestini, e la scelta tra i diversi

(1) *The New England Journal of Medicine*, 21 luglio 1988, pp. 171-173.

bisogni sanitari venga fatta tacitamente, facendo prevalere interessi settoriali, grazie alle lobbies che hanno maggiore capacità di esercitare una pressione. Vogliamo un sistema che, nel distribuire le risorse limitate, consideri le caratteristiche del paziente, o preferiamo un sistema che adotti una specie di lotteria? Vogliamo adottare i canoni del mercato, o preferiamo estendere i criteri di scelta che già nell'etica medica sono utilizzati in caso di "triage"?

La decisione di portare il dibattito nel foro pubblico richiede come corollario che si stabilisca chi deve prendere parte attiva al processo deliberativo che porta a suddividere le risorse limitate: se solo i tecnici dell'economia sanitaria e della programmazione, o anche i rappresentanti di associazioni e gruppi di persone interessate; che parte vi devono svolgere i cittadini stessi, malati o potenziali malati, che sono in pratica i più diretti interlocutori di ogni politica di contenimento della spesa sanitaria e soprattutto: il ruolo che spetta ai medici e altri professionisti della Sanità in questo tipo di decisioni. Devono essere coinvolti, o è preferibile tenerli fuori del gioco, per garantire loro che possano continuare a svolgere la funzione insostituibile di difensori del malato, nel suo miglior interesse?

Un'altra lezione che possiamo derivare dalla deliberazione del lontano Oregon è l'esplicitazione del fatto che le scelte di economia sanitaria, tradotte nel concreto, significano opportunità di salute offerte ad alcuni cittadini e sottratte ad altri. Bisogna decidere chi favorire, e a spese di chi, ed eventualmente esplicitare con quali criteri viene fatta la scelta.

Le decisioni relative alle cosiddette "allocazioni delle risorse" sono di diverso tipo, e conseguentemente di diverso impatto emotivo. Quando si tratta di "micro-allocazioni" (per esempio: nel caso in cui più pazienti per la loro sopravvivenza abbiano bisogno di essere ammessi in una Unità di cure intensive, chi deve essere scelto, quando le strutture sono insufficienti per tutti? Analogamente: come procedere in presenza di un numero limitato di incubatrici per numerosi neonati a rischio?), l'emozione connessa con la scelta che compromette la vita di una determinata persona è spontanea e dirompente.

Soprattutto se non si è di fronte a un problema teorico, da

discutere in una lezione di etica, ma si è coinvolti con malati verso i quali i sanitari sentono gli obblighi connessi con la loro professione, malati con i quali si è già per lo più stabilito un legame personale.

Meno evidente, ma non meno reale, è la drammaticità delle macro-allocazioni. E' pur vero che la distanza dalle persone concrete offre una prospettiva che mette al sicuro dall'assalto delle emozioni. In quella posizione si possono prendere più facilmente decisioni difficili. E anche commettere crimini. Lo spiegava il diabolico Orson Welles nel film di Carlo Reed "Il terzo uomo" a colui che lo inquisiva sui suoi loschi traffici di penicillina avariata, con cui causava la morte di numerosi bambini: è solo questione di prospettiva e di adeguata distanza dall'oggetto. La scena si svolge su una ruota gigantesca che gira sul Prater di Vienna; vedendo gli esseri umani da quell'altezza, è più facile dare alla loro morte la stessa rilevanza morale che allo sterminio di un mucchio di formiche. Tanto più - si potrebbe aggiungere - se gli uomini li si vede dalla distanza astronomica fornita dalle tabelle delle statistiche....

Tuttavia anche le macro-allocazioni hanno a che fare con la vita e la morte di esseri umani, benché questa realtà sia più difficile da vedere. Analogamente, si può dire che il bisogno di una medicina acuta è più visibile al pubblico del bisogno di una medicina preventiva. Una persona, con nome e cognome, che sta morendo ora, è più visibile di una persona sana che morirà in futuro, se non si adottano le misure profilattiche adeguate.

La scarsità di risorse per la sanità a livello sociale, con i conflitti connessi, è diversa da quella che si incontra nelle micro-allocazioni. Non si tratta della inadeguata presenza di qualche bene, rispetto al bisogno e alla domanda. Questa è la situazione che si crea quando, ad esempio, c'è un solo organo da trapiantare, mentre due pazienti sono in lista d'attesa. Se il sig. Rossi riceve l'organo, non lo riceverà il sig. Neri; per quanto drammatica sia la scelta, ciò non riguarda la sig.ra Bianchi, che è in trattamento in un altro reparto dell'ospedale per un carcinoma. Ma se ci spostiamo a un livello di considerazione globale della distribuzione di risorse nella società, troviamo che l'interferenza tra questi due processi terapeutici è reale, anche senza essere direttamente visibi-

le. E' la situazione per la quale Haavi Morreim ha coniato il termine "scarsità fiscale" (2).

In regime di scarsità fiscale, la decisione di usare un antiblastico costoso riguarda non solo altri pazienti che potrebbero aver bisogno di quel farmaco, ma tutti i pazienti nella loro globalità, costretti ad attingere al fondo limitato delle risorse disponibili per la Sanità. Un milione speso per un paziente che ne ha bisogno, è un milione non più disponibile per qualcun altro. Poiché ogni decisione sanitaria ha un impatto economico identificabile, deve essere sottoposta a un esame che non riguarda solo l'indicazione clinica, ma anche altri parametri di valutazione. Bisognerà così considerare anche se la decisione è saggia dal punto di vista economico e se rispetta un criterio di giustizia relativamente ad altri bisogni in conflitto.

In questo orizzonte appare tutta la rilevanza morale della decisione se privilegiare i trattamenti d'avanguardia per pochi o l'accesso di un più gran numero di persone alle cure di base, come nel caso dell'Oregon.

Se accettiamo il concetto di scarsità fiscale, la necessità di scelte tra interessi in conflitto si ripercuote, al di là delle grandi decisioni di programmazione, anche sui più banali dettagli dell'assistenza clinica quotidiana. Di ogni radiografia, di ogni test di laboratorio bisognerà considerare l'impatto economico in un sistema di risorse limitate; anche queste singole decisioni cliniche, quindi, andrebbero valutate confrontandole con le esigenze della giustizia, che costituisce lo scheletro etico del sistema sanitario.

Il contenimento dei costi non pone solo un problema circoscritto della pratica medica nelle società ad alto sviluppo, ma è destinato a far esplodere un equilibrio precario tra grandi sistemi, quali sono appunto la Sanità, l'economia e l'etica. "La medicina, la morale e il denaro - ha affermato Albert Jonsen introducendo un volume dedicato al costo della salute - sono vissuti per secoli in una coabitazione imbarazzante.

(2) E. Haavi Morreim, "Cost containment: Issues of moral conflict and justice for physicians", in *Theoretical Medicine*, 6 (1985), 257-279.

Nella istituzione sociale della cura dei malati ognuno ha bisogno dell'altro, eppure ognuno è a disagio nell'ammettere la presenza dell'altro. La morale, in particolare, è in imbarazzo, quando le si chiede di spiegare perché il denaro e la medicina non sono nemici" (3).

Un'analisi storica dettagliata potrebbe ricostruire le diverse strategie messe in atto per alleviare le tensioni tra pratica medica ed economia. I medici più generosi, ad esempio, erano soliti farsi pagare dai pazienti ricchi, ma dedicavano parte del tempo e delle cure gratuitamente ai poveri; le amministrazioni statali provvedevano in vari modi alla cura degli indigenti; il sistema delle mutue e delle assicurazioni distribuiva su più numerose unità il peso economico della malattia per gli individui. Questi accomodamenti del passato non resistono più agli accresciuti disagi della coabitazione odierna tra medicina, denaro ed etica. "La medicina e la cura della salute - per riprendere ancora la formulazione del problema fatta da A. Jonsen - sono ora esplicite imprese finanziarie. L'etica della medicina subisce al giorno d'oggi chiaramente la pressione di diverse costrizioni economiche. I medici, gli economisti e i filosofi devono imparare a capirsi meglio gli uni gli altri, e a sostituire la coabitazione imbarazzante con qualcosa che si avvicini a una chiarezza contrattuale".

In realtà, la nuova situazione ha prodotto, come prima reazione, la tendenza delle professioni sanitarie a dissociarsi dai problemi che l'economia sanitaria pone al bilancio dello Stato e a non lasciarsi rimettere in discussione. Per una specie di riflesso condizionato, i medici si sono messi in posizione di difesa, in nome dei valori che tradizionalmente sottendono la pratica della medicina.

Preoccupata di difendere i canoni fondamentali del comportamento professionale, la medicina ha trovato un'alleata nell'etica, determinata anch'essa a lasciare il denaro fuori della porta. Si è venuto a creare così uno spontaneo consenso sul fatto che i medici devono tenersi lontani dagli aspetti economici della Sanità, perché l'introduzione di questo punto di vista nel comportamento quotidiano costituirebbe

(3) Albert R. Jonsen, Introduzione a George J. Agich e Charles E. Begley (edd.) *The Price of Health*, D. Reidel Publ. Comp., Dordrecht 1986.

la più grave minaccia all'etica medica tradizionale.

Questa gravità essenzialmente attorno al principio di beneficenza. In parole semplici, ciò significa che, nel rapporto individuale medico-paziente, il sanitario orienta la sua azione tenendo in considerazione esclusivamente il maggior beneficio del paziente che ha in cura. Il principio di beneficenza richiede che il medico faccia tutto il possibile per il paziente, senza tener conto dei costi. Secondo il punto di vista tradizionale, è un'eresia affermare che il medico possa suggerire o eseguire un'azione che sia qualcosa di meno di quanto, nelle concrete circostanze, è considerato "il meglio" per il singolo malato. I medici rivendicano l'autorità morale di essere esentati dalla considerazione dei costi nella loro azione rivolta alla cura della salute.

La preoccupazione per gli aspetti economici è riservata ad altri, amministratori e politici. Decidere sulla distribuzione delle risorse è compito della società, non del medico. E' la società che, attraverso gli organi istituzionali e i meccanismi appropriati, deve stabilire quanto investire nei vari servizi: cura delle malattie acute, prevenzione e ricerca; trattamento delle malattie comuni o di quelle rare; priorità agli anziani o ai giovani; dedicare risorse a coloro che sono socialmente produttivi o a coloro che non lo sono. Se i medici si occupassero di queste decisioni, snaturerebbero il carattere della loro professione.

Un secondo pilastro della moralità medica tradizionale è il riferimento alla sacralità della vita e il rispetto assoluto di essa. Negare o sottrarre un trattamento terapeutico, anche se marginalmente benefico, sulla base della considerazione dei costi della cura o anche di una valutazione razionale del rapporto costi-benefici, è considerato una violazione del principio assoluto della sacralità della vita che deve ispirare l'azione del medico. Vita umana e denaro sono due grandezze non equiparabili, che l'etica medica rifiuta di mettere su due piatti della stessa bilancia.

Oltre a questi motivi di opposizione in linea di principio a ogni progetto che voglia fare dei medici uno strumento attivo di una politica sanitaria rivolta al contenimento della spesa, ne possiamo individuare altri di profilo meno elevato, che non attingono argomentazioni dagli orientamenti più consolidati dell'etica medica. Sono quelli che deriva-

no dall'autocomprensione della medicina quale professione liberale (4). Anche in una società come la nostra, che ha ampiamente socializzato le cure della salute, i medici continuano a opporre una profonda resistenza a una integrazione della società, quale terzo pagante, nel rapporto tra medico e paziente. "Ogni volta che tratto un malato - soleva dire un illustre clinico dell'inizio del nostro secolo, medico personale del cancelliere Bismarck - io sono solo con lui su un'isola deserta". Idealmente, i medici amano rappresentarsi su quell'isola, anche se marciano il cartellino dell'ospedale e ricevono lo stipendio dalla USL.

I riflessi condizionati che spiegano la resistenza dei medici e dell'etica elaborata dalla loro professione a lasciarsi coinvolgere nella preoccupazione di ridurre i costi della sanità sono comprensibili e ampiamente condivisibili. Tuttavia questo atteggiamento di disimpegno rischia di rivelarsi estremamente controproducente, dal punto di vista della stessa etica medica. Le decisioni sulle inevitabili restrizioni del bilancio saranno prese in assenza degli interlocutori qualificati e parti in causa, quali sono appunto i rappresentanti delle professioni sanitarie e della riflessione etica. Magari da puri "tecnici" dell'economia sanitaria, che rischiano di introdurre surrettiziamente dei valori nelle loro scelte, senza averne consapevolezza: ma valori puramente economici, a danno dei valori umani che l'etica professionale vuol tutelare (non a caso in inglese l'economia politica è chiamata, con amara ma azzeccata ironia, "the dismal science", dove "dismal" equivale a "lugubre", "deprimente"....).

Rifiutando un positivo ripensamento della triade medicina-denaro-etica, si perde un'opportunità unica di accedere a nuove prospettive che riguardano l'esercizio della professione medica, la concezione della salute, il ruolo della giustizia nella convivenza sociale. E' soprattutto questo orizzonte positivo di crescita nella consapevolezza e di elaborazione di migliori risposte alla complessa situazione che stimola l'etica, in un serrato dialogo con la riflessione prodotta da

(4) Sul concetto di professioni liberali e sulla dinamica sociale che presuppongono, vedi Willem Tousijn (a cura di), *Sociologia delle professioni*, ed. Il Mulino, Bologna 1979.

coloro che esercitano le professioni sanitarie, a confrontarsi con la sfida che i problemi economici pongono oggi alla Sanità.

Per definire questo nuovo orizzonte il neologismo "bioetica" si rivela quanto mai opportuno. Sia nei suoi contenuti che nel suo metodo, la bioetica si differenzia dalla tradizionale etica medica. Per l'approccio dei problemi connessi con le scelte relative al prezzo della salute abbiamo bisogno dell'apporto di diverse discipline e pratiche professionali (e, conseguentemente, anche di diverse etiche professionali), nonché di un confronto che si ispira più all'etica civile (intesa a esprimere quel consenso sui valori e sui mezzi pratici per promuoverli che si crea nella società pluralistica e secolare) che all'etica dipendente da sistemi dottrinali. A servizio di queste esigenze si è costituita, appunto, la bioetica.

Per cogliere la rilevanza che la dimensione economica della Sanità ha per la bioetica, può essere utile uno sguardo alla presenza della problematica in questione nella *Encyclopedia of Bioethics* (5). L'opera, pubblicata negli Stati Uniti nel 1978, accompagna le origini stesse della bioetica in quanto disciplina. Ancor più, si può dire che ha contribuito in modo determinante a costituire il nuovo campo disciplinare, quando il termine stesso "bioetica" circolava solo da pochi anni, e per di più con una semantica piuttosto incerta. Nell'Enciclopedia non è ancora presente quanto sarebbe poi emerso nel dibattito degli anni '80; tuttavia è già pienamente esplicitato l'interesse della bioetica per questo ordine di problemi e sono contenute "in nuce" le linee direttrici che la riflessione bioetica avrebbe poi sviluppato nel decennio seguente.

La voce "Razionamento del trattamento medico" (che assume come equivalenti il concetto economico di "razionamento" e quello più comune alla letteratura etica e medica di "allocazione") identifica un compito importante per la bioetica: esplicitare, anche nei confronti del pubblico, i criteri utilizzati dai medici nell'assegnazione delle scarse

(5) Warren Reich (Ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978. Le voci attinenti alla problematica in questione sono: "Rationing of medical treatment", pp. 1414-1419; "Justice", pp. 802-811; "Future generations, Obligations to", pp. 507-512; "Environmental Ethics", pp. 379-399.

risorse. L'accesso alla dialisi e il trapianto renale erano considerati all'epoca come paradigmi per tutte le altre risorse limitate. Il ruolo individuato per l'etica non è tanto quello di identificare il sistema più perfetto, quanto quello di identificare i criteri ingiusti o ingiustificati, che spesso vengono utilizzati dai medici inconsapevolmente. La scelta tra diversi bisogni sociali e quella relativa alla preferenza da dare alla medicina preventiva o a quella curativa cominciano appena a emergere all'orizzonte dei problemi teorici. Anche l'articolo sulla "Giustizia" affronta il tema dell'allocazione delle risorse mediche scarse. Come parametro di riferimento vengono utilizzate le esigenze che derivano dalla giustizia distributiva (come devono essere distribuite le risorse mediche tra i cittadini di uno stato democratico? Problemi di questo genere devono essere regolati da procedure di libero mercato, da un calcolo utilitaristico, oppure da un diretto riferimento a un principio di giustizia, che proclama un uguale diritto per ogni persona alla cura della salute, indipendentemente dal reddito, dalla posizione geografica o dai servizi resi alla società?). Gli esempi sono tratti dai conflitti presi in considerazione dalla più classica etica medica nelle situazioni che prevedono un "triage" (come la scelta di quali feriti trattare e quali no, da parte di un medico che si trovi a operare in un affollato ospedale da campo; oltre, naturalmente, le più moderne situazioni del trapianto di organi e del criterio con cui formare liste di attesa per trattamenti salvavita). Non manca nel disegno dell'Enciclopedia neppure un abbozzo di una prospettiva assolutamente innovativa per l'etica: quella degli obblighi nei confronti delle future generazioni e del loro benessere, che pongono dei vincoli al nostro uso delle risorse, all'impatto dello sviluppo sull'ambiente e alla crescita demografica incontrollata (si vedano le voci "Etica ambientale" e "Obblighi verso le generazioni future").

Quello che la bioetica ha intravisto fin dal suo momento costitutivo, si è sviluppato come uno dei temi di maggiore carica innovativa e di più intenso pathos del dibattito sociale nel periodo susseguente alla pubblicazione della Enciclopedia di Bioetica. Le sue indicazioni ci accompagneranno nell'esplorazione dei nuovi orizzonti che si stanno aprendo su una diversa pratica della medicina, su una concezione della

salute più fondata in senso antropologico e su una visione più ampia dei nostri doveri di giustizia.

2. La revisione del ruolo medico

Il problema del contenimento dei costi della sanità, lungi dall'essere un argomento marginale della medicina, da lasciare agli specialisti dell'economia, è centrale nella pratica medica dei nostri giorni ed è destinato a indurre dei profondi cambiamenti in essa. I medici esprimono il timore che da questa trasformazione la loro professione possa uscire profondamente danneggiata, per la perdita di quei valori che tradizionalmente reggono i loro rapporti con i pazienti.

Sono preoccupazioni serie, che vanno considerate attentamente: il rapporto fiduciale in medicina non è un "optional", a cui possiamo rinunciare a cuor leggero. Il diritto-dovere del medico di fare ciò che è in suo potere per il migliore interesse del malato che ha in cura è un punto acquisito sul quale non si può transigere. Ciò concesso, è necessario considerare da una prospettiva più ampia e comprensiva i cambiamenti che la pratica della medicina deve affrontare.

La pressione dell'economia è destinata a darci una medicina più consapevole del costo della salute; ma non meno importante è ciò che avviene in profondità, dove si stanno modificando i legami tra la professione medica e la società, nonché il rapporto convenzionale tra medico e paziente. Solo la considerazione dell'insieme di tutti questi elementi, che agiscono in modo contestuale, ci dà la piena misura del processo di trasformazione che la medicina sta attraversando.

Il mandato accordato dalla società alla professione medica sta cambiando. Per dirlo con una metafora, il medico non è più considerato come "capitano della nave" (6). Fino a una ventina d'anni fa, l'immagine corrispondeva fedelmente alla realtà. Il medico era visto come responsabile in prima persona di ciò che succedeva nell'ambito della

(6) Cfr. Nancy King, Larry R. Churchill, Alan W. Cross, *The Physician as captain of the ship: A critical reappraisal*, Reidel Publ. Comp., Dordrecht 1988.

terapia, allo stesso modo di un capitano sulla sua nave. A questa suprema responsabilità corrispondeva una delega di autorità: il medico non doveva rispondere a nessuno della pratica della sua arte. Chiamare il medico a rendere conto del processo che lo conduce a una diagnosi e delle sue scelte terapeutiche era un'evenienza del tutto eccezionale. Tutt'ora nella nostra società - diversamente da quanto avviene in quella americana - la citazione di un medico davanti a un tribunale penale o civile con un'imputazione di malpractice è una procedura non troppo frequente.

Molti fattori concomitanti stanno però portando al cambiamento di questo paradigma. Sicuramente non è estraneo allo spodestamento del medico dal ruolo di capitano lo sviluppo di nuove professioni sanitarie, che hanno progressivamente rimesso in discussione la centralità della funzione medica. Ma probabilmente non è esagerato affermare che niente incide in modo tanto profondo ed efficace nel rapporto tra i medici e la società quanto le regolazioni economiche dell'esercizio della professione sanitaria.

Nella nostra esperienza nazionale il cambiamento è avvenuto attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, col rischio, tante volte denunciato, di far assumere al medico l'atteggiamento burocratizzato del funzionario pubblico, permettendogli al tempo stesso la fuga nell'attività privata per la gratificazione economica. Basti qui un accenno, dal momento che questi problemi relativi alla situazione italiana saranno ampiamente trattati nel corso del volume.

Può essere invece interessante fare qualche considerazione su come le modifiche al sistema retributivo dei medici, legate al contenimento dei costi, stiano cambiando il rapporto tra medici e società, e la pratica stessa della medicina, nella società americana. Ancora una volta, non per omologare esperienze essenzialmente diverse, ma per individuare delle costanti comportamentali generalizzabili in forza del loro valore esemplare.

Per capire lo sviluppo, va premessa un'annotazione generale relativa all'incidenza dei costi economici sulla cura della salute. Durante tutto lo sviluppo della medicina che va dal secondo dopoguerra fino alla fine degli anni '70, i costi economici erano marginali nell'attenzione

professionale dei medici ed estranei alle loro preoccupazioni morali. Quando, negli anni '80, la rapida crescita delle spese sanitarie ha portato al diffondersi di misure di contenimento del costo della salute, i medici si sono trovati a giocare un ruolo centrale nelle allocazioni delle risorse: un ruolo per il quale non solo non erano preparati, ma che sentivano come antitetico rispetto agli obiettivi della loro professione.

Prima si sentivano liberi di offrire tutti gli interventi sanitari che potevano portare un beneficio al paziente, sapendo che il paziente stesso o una terza parte (il "terzo pagante") avrebbe coperto i costi. Il problema morale sorgeva eventualmente solo nei confronti di quei cittadini in cattive condizioni economiche che, non coperti da assicurazione o da altre forme di tutela sociale, non potevano accedere alle cure sanitarie di cui avevano bisogno (ed eventualmente in presenza di nuove tecnologie - come la dialisi renale - necessariamente inferiori di numero rispetto alle richieste, e quindi causa di situazioni conflittuali relative alla micro-allocazione delle risorse). Ma, in generale, si può affermare che il medico era estraneo ai problemi dell'economia sanitaria.

L'abile mossa della politica sanitaria americana degli anni '80 è stata quella di introdurre i medici nelle conseguenze economiche delle loro decisioni di spesa. Le misure utilizzate per rendere i medici responsabili in senso economico hanno obbedito alle logiche sia del bastone che della carota, col ricorso cioè sia a controlli fiscali che a incentivi economici.

Le manovre di controllo dell'operato del medico, prevalenti negli Stati Uniti nel corso degli anni '70, hanno cercato di contenere i costi imponendo limitazioni sulla disponibilità di risorse e impartendo direttive sul loro uso. Si è avuta così una restrizione diretta di opzioni mediche (per esempio, il terzo pagante può escludere la copertura di certi servizi o interventi, come il trapianto cardiaco), oppure la richiesta di autorizzazioni preventive (l'ospedale può domandare ai medici di sottoporre a un'approvazione amministrativa il ricorso a terapie particolarmente costose).

Qualunque sia la sua efficacia dal punto di vista economico, questa via si è dimostrata praticabile solo in misura molto limitata. La

sua debolezza consiste nel fatto che le autorità economiche sono chiamate a emettere giudizi essenzialmente medici. E' facile rendersi conto che, compromettendo la libertà del medico, si minaccia al cuore l'esercizio della medicina e non si può più garantire l'alto livello di qualità.

Un'altra strategia, molto più efficace, adottata dalla sanità pubblica americana è stata quella di provocare il passaggio dal pagamento retrospettivo, corrisposto a medici e ospedali per le loro prestazioni sanitarie, a un finanziamento prospettico. Il pagamento è cioè correlato alla malattia, valutata secondo una media di trattamento e di spesa standardizzati. Il sistema di "Perspective Financing" noto come DRG ("Diagnosis Related Groups", introdotto a livello federale per il programma Medicare nell'ottobre 1983) è la più conosciuta tra queste misure. L'ospedale che adotta il DRG viene rimborsato secondo la natura della malattia trattata. Ogni paziente viene collocato in una categoria tra le 468 previste, a seconda della diagnosi principale, diagnosi secondarie, complicazioni, età, sesso e altri fattori. La formula per calcolare il rimborso comprende anche la natura e l'ubicazione dell'ospedale.

L'incentivo economico è molto chiaro; se il costo della cura è minore del rimborso, l'ospedale può intascare il profitto; se la cura è più costosa, l'ospedale ci rimette la differenza. Mentre, quindi, nel sistema di pagamento retrospettivo l'interesse dell'istituzione sanitaria è di fare il più possibile, in quelli a pagamento prospettico i rapporti si invertono: l'incentivo economico induce a offrire al paziente il meno possibile.

Si tratta del primo piano su vasta scala capace di modificare sostanzialmente il comportamento sia dei medici che degli ospedali. Esso non ha conseguenze solo nello stimolare l'inventiva finanziaria degli amministratori della sanità, ma influisce anche sul modo in cui vengono fornite le cure mediche.

E' un cambiamento che comporta notevoli conseguenze sul piano del rapporto medico-paziente e dell'etica relativa. Questa pressione sui medici per renderli responsabili del contenimento delle spese sanitarie - le loro decisioni circa quali pazienti ammettere in ospedale e per quanto tempo, quali prodotti e servizi offrire e a chi, determinano

in modo decisivo la spesa - modifica la fisionomia degli obblighi del medico nei confronti dei pazienti. Il nuovo ruolo che gli viene attribuito non è più quello di avvocato del paziente; il sanitario viene piuttosto assimilato alla "terza parte", quella pagante, mossa da motivazioni che non sono unicamente quelle di provvedere il massimo benessere possibile per il singolo paziente.

Le nostre società ad alto sviluppo economico dalla seconda guerra mondiale in poi hanno mirato a offrire a tutti i cittadini la più alta qualità di cure mediche, senza riguardo al costo. Considerare come unico titolo all'assistenza il bisogno, indipendentemente da altri parametri, compresa la capacità di spesa, è stato un obiettivo di alto valore civile e morale. Ora queste stesse società si vedono costrette dalla spirale dei costi a restrizioni nell'uso di risorse mediche ordinarie; è un cambiamento grave, ma comprensibile e ancora tollerabile. Ciò che invece costituisce una fonte di grave perplessità è il coinvolgimento diretto dei medici in questa strategia economica, in quanto il loro ruolo tradizionale nei confronti della società e dei malati ne risulta modificato.

A questo punto può subentrare anche un insidioso conflitto di interessi personali del medico. Nel sistema di pagamento diretto, la tradizionale etica professionale del medico che lo porta a servire gli interessi del paziente si armonizza con il proprio interesse. Se il paziente riceve tutti gli interventi sanitari di cui la medicina è capace, compresi quelli che promettono benefici solo secondari, tutt'e due ne ricavano un vantaggio. Si possono giustificare anche interventi futili, purché portino un beneficio di qualsiasi genere. Riserve morali serie possono sorgere solo quando i medici, infrangendo il principio "primum non nocere", raccomandassero interventi che si rivelano completamente inutili o addirittura dannosi.

Ma quando il medico è incentivato a restringere il più possibile le prescrizioni, lo scenario cambia. Per nuocere al paziente, è sufficiente che il medico utilizzi il silenzio e gli sottragga informazioni. Se, per considerazioni di ordine economico, non menziona interventi o cure possibili, il paziente non può neppure prendere in considerazione l'eventualità di ascoltare il parere di un altro medico. Astenendosi

dall'informare il paziente sui trattamenti terapeutici che sarebbero possibili per lui, ma appaiono sconsigliabili dal punto di vista del contenimento della spesa sanitaria, il medico infrange l'alleanza terapeutica con il paziente. A meno che non si immagini una comunicazione brutale di questo genere: "Un trapianto cardiaco sarebbe indicato nel suo caso, ma purtroppo la società non se lo può permettere!"... (7).

L'introduzione di un nuovo sistema di retribuzione per medici e ospedali, attuato nella sanità pubblica americana, ci permette di intravedere, in termini estremistici e allarmanti, il possibile scollamento tra gli interessi delle istituzioni sanitarie e dei professionisti della sanità, e quelli dei malati. Ma per comprendere tutta la portata dei cambiamenti in atto nella pratica della medicina dobbiamo fare un passo ulteriore e considerare un'altra discrepanza, ancor più preoccupante: quella tra i valori del paziente e le potenzialità di intervento della medicina più avanzata.

La coincidenza tra gli obiettivi soggettivi dei pazienti e le capacità della medicina si è realizzata in modo armonioso nella storia recente durante lo sviluppo che la sanità ha conosciuto negli anni '40 e '50. Le malattie paradigmatiche di quel periodo erano le affezioni infettive. Se i pazienti avevano, per esempio, la polmonite ed esisteva un farmaco efficace come la penicillina per curare la malattia fatale del paziente, l'azione medica si trovava circoscritta entro tre parametri ben definiti: la conoscenza clinica del medico, la volontà del paziente di ricevere il trattamento e l'intervento medico appropriato (che si può dire, relativamente parlando, di basso costo e di alta efficacia).

Lo scenario dei nostri anni vede invece come predominanti le malattie cardiovascolari, il cancro, le affezioni degenerative e croniche. Rispetto a queste malattie, tutte i parametri sopra citati sono rimessi in discussione e la precaria armonia raggiunta nella generazione precedente è compromessa. Non esiste un consenso sugli interventi medici

(7) Un'analisi accurata delle ripercussioni del DRG sul rapporto tra medico e paziente è stata fatta da E. Haavi Morreim, "The MD and the DRG", in *Hastings Center Report*, giugno 1985, pp. 30-38. Si veda anche: Robert M. Veatch, "DRGs and the ethical reallocation of resources", in *Hastings Center Report*, giugno 1986, pp. 32-40.

migliori. Non è più evidente che il paziente voglia ricevere ogni trattamento possibile, e forse neppure il trattamento standard, in quanto il suo punto di vista soggettivo, i suoi valori e le sue preferenze potrebbero essere in stridente contrasto con quanto gli viene proposto dalla prassi medica. E, infine, l'equazione tra costi ed efficacia dei trattamenti è sbilanciata a favore dei primi.

In pratica, perciò, la decisione clinica diventa molto più complessa, dovendo tenere in considerazione tutti questi elementi. Se nel trattamento di un caso di cancro bisogna procedere con un intervento chirurgico, o irradiante, o con l'esposizione del paziente a una chemioterapia tossica, oppure è preferibile rinunciare a qualsiasi intervento perché il beneficio del paziente è irrilevante rispetto ai costi umani o economici; quale trattamento, o astensione dal trattamento, sia più consono alle scelte di vita del paziente e favorisca maggiormente la sua autorealizzazione esistenziale sotto il segno dell'autonomia: tutte queste considerazioni, necessarie per fare oggi della "buona medicina", sviluppano un clima di incertezza che non concede sicurezze a priori. Il ricorso all'evidenza scientifica e tecnica non basta; la clinica di oggi richiede un coinvolgimento profondo nelle aspettative personali e nei valori soggettivi che le sostengono.

Queste riflessioni relative al mutamento in corso nella pratica medica non costituiscono un diversivo rispetto ai problemi concreti di bilancio della sanità e di contenimento delle spese; ci offrono piuttosto lo sfondo che permette di intuire risposte che eccedono la dimensione economica. Lungi dal poter risolvere la situazione ricorrendo a un libro di cucina che ci dia delle ricette semplici di economia sanitaria, dobbiamo cominciare con l'ammettere la nostra inadeguatezza nello stabilire il valore medico degli interventi propri della medicina dei nostri giorni, considerando le molte variabili della condizione umana a cui la medicina si applica.

L'analisi più completa della situazione ci invia in due direzioni apparentemente opposte: un maggior ricorso alla tecnologia informatica e una rivalorizzazione del dialogo tra terapeuta e paziente. Circa l'efficacia delle misure diagnostiche e terapeutiche contenute nell'immenso arsenale della medicina moderna, il computer ci permetterà di

fare il passo dalla conoscenza aneddotica, basata sull'esperienza personale, a una conoscenza scientifica effettivamente generalizzabile sull'efficacia del trattamento; nell'altro versante, la parola renderà possibile un diverso stile comunicativo, rispetto al "mondo del silenzio" (8) che predomina ora nella relazione terapeutica.

Computer e ascolto del paziente; potenziamento della tecnologia per abbattere i costosissimi sprechi dovuti a conoscenze mediche ancora troppo imprecise, e tempo riservato al dialogo. Queste esigenze bizzarramente divergenti si incontrano nella pratica di una medicina rinnovata sulla base della centralità del paziente e sulla sua condivisione della responsabilità, non più riservata in modo esclusivo al "capitano della nave".

La legittima preoccupazione di contenere i costi, pur essendo un problema nuovo e potenzialmente capace, come abbiamo visto, di trasformare la pratica della medicina, non è ancora il "cambiamento di paradigma" di cui la medicina dei nostri giorni ha bisogno. La grande innovazione è piuttosto la partecipazione del paziente nel processo decisionale del medico (procedura estranea, di per sé, all'ethos della medicina di stampo paternalista), da ottenere mediante l'esercizio di una reale comunicazione.

Un filo diretto sembra quindi legare le strategie di riduzione del costo della salute e l'esigenza che tra medici e pazienti circoli la parola, si instauri una vera comunicazione. La pur nobile concezione tradizionale, secondo cui l'alto profilo umanitario della medicina consiste in servizi resi disinteressatamente e "silenziosamente" al paziente, deve cedere la priorità alla convinzione, non meno tradizionale, del valore del dialogo tra gli esseri umani per giungere a una composizione soddisfacente di interessi divergenti. Anche quando a dialogare siano una persona malata e coloro che si prendono cura della sua salute.

Questa prospettiva ci permette di affermare che "il più" - nel senso di interventismo terapeutico, di innovazione tecnologica e di investimento economico - non coincide sempre con "il meglio". Anzi,

(8) C fr. Jay Katz, *The silent World of doctor and patient*, The Free Press, New York 1984.

i problemi bioetici più acuti dei nostri giorni sembrano provenire più dall'eccesso che dalla carenza (si vedano le situazioni etichettate come "accanimento terapeutico" e le richieste di limiti all'interventismo medico in nome della volontà soggettiva di conservare la dignità umana anche nella fase terminale della vita).

Se "il più" non equivale, quindi, al meglio, "il meno" non corrisponde necessariamente al peggio (in sanità come in altri ambiti: anche nell'estetica, secondo il principio stabilito dall'architettura funzionale, "il meno contiene il più"...). Molti pazienti riceveranno benefici se la pressione esercitata dal contenimento dei costi limiterà gli interventi non necessari, ridurrà i danni iatrogeni - cioè provocati dalla medicina stessa - e punterà più sulla qualità della cura, che equivale spesso a un prezzo minore. Paradossalmente, le richieste più vive di rinnovamento della pratica medica attuale in termini umanistici - dalla medicina palliativa alle cure domiciliari - sono relativamente a minor costo e a più alta gratificazione del malato. L'attenzione alla qualità delle cure, correlata all'interesse per la qualità della vita, si rivela pagante non solo in termini umanitari, ma anche economici.

"La professione medica - secondo H. Morrein - ha messo molto impegno nel cercare quali nuove cose i medici dovevano fare ai propri pazienti. Ora chiediamo solo che comincino a cercare, con lo stesso impegno, quali cose non hanno bisogno di fare" (9). Il medico non ha bisogno di promettere al paziente di fare "qualsiasi cosa", per promettere di fare il suo meglio. Purché la scelta del "giusto mezzo", tra il troppo e il troppo poco, sia il risultato di una ricerca comune. L'individuazione di quel "meno" che contiene anche "il più", e concide quindi con "il meglio", si può ottenere solo mediante una migliore transazione con il paziente, entro il paradigma fondamentale di una medicina del dialogo.

A queste condizioni, possiamo affermare che una medicina più consapevole dei costi può andare, in ultima analisi, a beneficio del paziente. Le sfide morali al contenimento della spesa sanitaria si

(9) E.H. Morrein, cit. n. 7.

rivelano convergenti rispetto alle spinte economiche. E probabilmente più decisive nel conseguimento dei risultati.

3. Bisogni e desideri di salute, tra economia ed etica

La resistenza ai cambiamenti che, sotto la spinta dei problemi economici che travagliano la Sanità nelle società post-industriali, stanno avvenendo nella pratica della medicina, tende a cercare un autorevole alleato nell'etica medica, i cui ideali richiedono dal sanitario un impegno senza compromessi a vantaggio della salute del paziente. In qualsiasi direzione vadano le trasformazioni in corso nella Sanità, questo valore è un punto fermo che va preservato. Tuttavia questa concezione non delinea in modo esauriente le esigenze morali della professione medica e deve essere completata. Il suo punto debole è che, accanto al valore normativo della salute per il rapporto medico-paziente, non riconosce l'esistenza di valori in conflitto che spesso figurano nelle decisioni mediche; e soprattutto non è in grado di valutare quando la stessa ricerca della salute diventa un disvalore per l'individuo e per la società.

A fronte di una richiesta crescente di consumo di prodotti correlati con la salute, la limitatezza delle risorse costringe a riconoscere che neppure la più ricca delle società è in grado di rispondere alla domanda, nella misura dei desideri. E' necessario non solo elaborare procedure per filtrare la domanda con criteri di equità, ma intervenire sulla domanda stessa.

Bisognerà dunque distinguere tra bisogni autentici di salute e desideri soggettivi, assicurando una risposta sociale ai primi e lasciando i secondi al gioco del libero mercato che si regola secondo la domanda e l'offerta? Non si tratta di una domanda retorica relativa a ipotetiche misure programmatiche di economia sanitaria. Essa implica piuttosto una delicata problematica filosofica, che ci limitiamo ad accennare. L'affermazione che esista una realtà qualificabile come "bisogni umani di base" divide coloro che si orientano in senso libertario dagli altri. I libertari ritengono che non si possa praticare una distinzione tra bisogni

e desideri, e conseguentemente rifiutano una politica che intenda provvedere a supposti bisogni sanitari di base della popolazione. Altri invece difendono come intuitiva la differenza -poniamo - tra il trattamento di un'infezione o l'effettuazione di una vaccinazione, e un intervento di chirurgia estetica. Non si tratta solo di maggiore o minore fiducia nel valore regolativo delle leggi del mercato per la convivenza umana, ma di divergenti concezioni antropologiche.

Il timore di cadere in forme ingiustificabili di paternalismo ha finora, per lo più, fatto ritenere come una via impraticabile la distinzione tra bisogni e desideri di salute. Le misure amministrative che, per contenere i costi della sanità, fanno cadere inesorabilmente la scure su alcune prestazioni (per es., sottraendo dalla copertura del SSN alcuni importanti interventi odontoiatrici), non osano cercare una giustificazione ideologica nella distinzione tra bisogni e desideri. Eppure proprio in questo nodo problematico va individuata un'indicazione importante per la riduzione della spesa sanitaria.

Il rifiuto della scorciatoia costituita dalle misure burocratiche e paternalistiche non vuol dire impossibilità di agire. Ci soccorre la prospettiva che abbiamo già visto come caratteristica dell'etica medica: l'orientamento al valore della salute. Orbene, una sanità, sensibile ai problemi economici trova un valido aiuto in una medicina che, per promuovere la salute, accetta di diventare un veicolo di educazione alla salute. Un'autentica educazione alla salute, che accetti anche il compito certamente non demagogico di correggere gli aspetti antropologicamente più squilibrati della domanda di salute prevalente nella nostra società, si può rivelare come la strategia vincente per il contenimento dei costi della sanità.

Perché un compito educativo abbia una possibilità di successo, non può prescindere dalla domanda. La regola vale anche nel caso dell'educazione alla salute. Se partiamo dalla domanda di salute quale può essere documentata dagli strumenti abituali di rilevamento di opinione, possiamo ricondurre le concezioni della salute sulle quali si articola la domanda stessa a tre modelli fondamentali.

Il primo intende la salute come norma di efficienza. Sganciate dai vissuti soggettivi, salute e malattia appaiono come comportamenti so-

cialmente standardizzati. Al malato sono permessi comportamenti "devianti" rispetto alla norma (a cominciare dall'essere dispensato dal lavoro e da altre prestazioni corrispondenti al proprio status e ruolo sociale). Lo stato di salute si caratterizza come buona corrispondenza ai dati "oggettivi" delle aspettative sociali. La domanda di salute adeguata a questo modello è quella relativa alla eliminazione di sintomi sgradevoli o debilitanti, intesi come evento incidentale nella vita del soggetto. Il malato chiede al medico, in pratica, che lo aiuti a recuperare la norma di efficienza antecedente all'evento morboso.

Un secondo modello concepisce la salute come un'esperienza di equilibrio psicofisico. La malattia si presenta come l'alterazione di quell'equilibrio che connota, in modo silenzioso e permanente, l'esperienza quotidiana dello stato di salute. I sintomi, in quanto parlano alla soggettività del malato, svolgono un ruolo di indicatori dello squilibrio. Non sono semplicemente un incidente da mettere tra parentesi e da sopprimere, bensì un'occasione per individuare lo squilibrio stesso e fornirgli una risposta creativa. I sintomi vanno decodificati (non solo scientificamente spiegati, ma compresi!), collocandoli in rapporto con la salute del paziente intesa nel senso di un progetto esistenziale.

La malattia in questo quadro concettuale non ha un significato univoco; non è neppure necessariamente un male: può convogliare infatti un desiderio regressivo, la ricerca di "vantaggi" secondari, o può essere una soluzione di compromesso. La domanda di salute come migliore equilibrio psico-fisico richiede un lavoro di saggia interpretazione e di paziente accompagnamento del soggetto nella ricerca di equilibri più avanzati. Forse nessun autore contemporaneo è riuscito a esprimere questa concezione della salute in modo più convincente di Oliver Sacks. Nei suoi libri (particolarmente "Risvegli" e "L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello") riesce a combinare un'attenta considerazione per il dato psicologico della malattia con un'ampia prospettiva antropologica che colloca salute e malattia nel vissuto del malato.

Un terzo modello di salute è quello che si può essenzialmente ricondurre allo stile di vita. L'accento principale qui cade non sulla dimensione sociale, né su quella psicologico-esistenziale del soggetto,

bensì su quella socio-ambientale. La malattia diventa allora espressione di una cattiva interazione tra individuo e ambiente. La risposta a tale squilibrio richiede, per poter adeguare l'implicita domanda di salute, che il soggetto acquisisca una migliore competenza conoscitiva e maggiore autonomia nelle sue scelte.

Negativamente, ciò implica un distanziamento polemico dalla "medicalizzazione" della salute, di cui Ivan Illich è diventato il critico più rappresentativo; positivamente, questa concezione della salute promuove una migliore interazione con l'ambiente fisico e sociale e la valorizzazione di tutti i fattori non medici della salute (lavoro, alimentazione, igiene di vita).

Se confrontiamo gli orientamenti della domanda di salute in Italia sul finire degli anni '80 con questi tre modelli di concezione della salute (10), notiamo che le richieste tendono a costituire un quadro omogeneo, allineato su una concezione antropologica sempre più sensibile agli elementi esistenziali e ambientali. Si delinea una crisi della concezione della salute che considera unicamente l'aspetto organico di essa e la riduce a norma di efficacia sociale; emerge sempre più nettamente, invece, la ricerca della salute intesa come benessere psicofisico e come equilibrio ambientale, prodotto da una migliore qualità di vita.

Più precisamente, nell'area della salute si va distinguendo un nucleo "hard", costituito dalla malattia grave e ad alto rischio di cronicità, e un vasto insieme sistemico a dimensione somato-psichico-ambientale. Nei confronti del primo aspetto permangono gli atteggiamenti più tradizionali (il corpo inteso come un insieme di "pezzi di ricambio"; l'apparato sanitario come struttura a cui affidarsi per la riparazione dell'organismo-macchina, privilegiando il paradigma malattia/medicina/servizi sanitari); altrimenti prevale la nuova domanda di salute, con la richiesta di promozione del benessere psicofisico, di autotutela, di sfida e contrattazione con il medico, di combinazione au-

(10) Ci riferiamo soprattutto alla più recente ricerca curata dal CENSIS: *La domanda di salute in Italia. Comportamenti e valori dei pazienti degli anni '80*, ed. F. Angeli, Milano 1989.

tonoma dell'offerta, di sperimentazione di nuovi percorsi.

Per le domande di salute che si concentrano intorno al primo polo, quello più medicalizzato, è più facile giustificare il termine "bisogni" sanitari; per quelle che gravitano intorno all'altro polo, più personalizzato ma anche più sensibile alle seduzioni del mercato e di abili promozioni del consumo, sembra più appropriato parlare di "desideri". Un progressivo spostamento dal primo polo al secondo sembra un tratto caratteristico e inequivocabile di modernità.

Una educazione alla salute che tenga conto di come si va strutturando la domanda nella nostra società si proporrà, come obiettivo strategico, di favorire un confronto tra desideri e bisogni di salute. I desideri devono misurarsi sui bisogni, e i bisogni devono accedere al livello del desiderio. Questo interscambio ha la funzione di una regolazione reciproca.

Il processo di educazione alla salute, da cui ci aspettiamo una risposta positiva ai bilanci in rosso della sanità, attinge le sue risorse dalle dimensioni della realtà antropologica più spesso dimenticate dalla medicina scientifica e altamente tecnicizzata: il corpo come realtà vissuta; la dimensione relazionale dell'esistenza, in particolare quella che si realizza nella famiglia; il riferimento ai valori etici dell'individuo. Il corpo, la famiglia e l'etica si rivelano precisamente come tre preziose risorse di un'educazione alla salute che voglia dare una risposta anche ai concretissimi problemi dell'economia.

Correlare la salute al rapporto con il corpo vuol dire anzitutto, per via negativa, prendere le distanze da una concezione di educazione alla salute che si fonda su un sapere di esperti e sull'iniziazione dei profani a conoscenze specialistiche (magari utilizzando la molla della paura, come in certe campagne "terroristiche" di dissuasione dal fumo...). La salute va cercata, piuttosto, sul versante della conoscenza diretta, esperienziale, del proprio corpo. Inoltre essa non è il prodotto di un investimento socio-culturale specifico: la salute non la si "ordina", come un bene di consumo tra gli altri. Qui si rivelano i limiti più gravi della concezione implicita nella medicina moderna la quale opera con una "lista di controllo" dei sintomi possibili e presume di produrre la salute escludendo questi. La salute è piuttosto il risultato di un "lavoro"

sul corpo che comincia dalla persona stessa, dalla sua esperienza positiva della corporeità, dall'apprendimento che provoca un sentire, ripetere, imitare determinati comportamenti rivolti alla salute e al benessere.

Il corpo gioca un ruolo molto importante nella canalizzazione del "desiderio" di salute. Nell'esplosione dell'attenzione al corpo caratteristica della nostra società, che accompagna la tendenza a privilegiare il modello di salute dove predomina l'esperienza di benessere psicofisico e di equilibrio ambientale, l'accento si sposta conseguentemente dalla morbilità al desiderio, inteso come adeguamento del corpo agli obiettivi della persona, anche in senso estetico ed edonistico. I momenti di morbilità sono respinti nel campo della medicina professionale (è il motivo per cui la malattia e la morte sono bandite dal visibile quotidiano e ghetizzate nelle istituzioni sanitarie). Il modellamento del corpo sul desiderio diventa invece l'elemento trainante della ricerca della salute.

Il ventaglio degli interventi in questione si estende dai trattamenti anti-stress ed estetici delle "beauty farms", al ricorso alla chirurgia estetica per rimediare agli inestetismi, alla regolazione della fecondità oltre, e talvolta contro, i limiti della natura (fecondazione in vitro, programmazione del sesso del nascituro, modifiche dell'eredità genetica). Una delle preoccupazioni crescenti delle società che, come la nostra, hanno identificato nella risposta socializzata alla domanda di salute un obiettivo di civiltà, oltre che di giustizia, riguarda l'estensione di tale disponibilità a rispondere alle richieste: deve comprendere anche, per esempio, tutte le domande di interventi sanitari futili, ma ritenuti soggettivamente auspicabili?

Il rifiuto, in linea di principio, di una costrizione eteronoma e moralistica del desiderio ci inclina piuttosto a valorizzare la capacità di regolazione del desiderio insita nella qualità degli scambi interpersonali e nel riferimento al consenso sociale sui valori normativi che si attua attraverso il dibattito bioetico. Qui troviamo, appunto, come risorsa la centralità delle relazioni familiari, in quanto la famiglia è un sistema naturale di regolazione del desiderio.

Il ruolo tradizionalmente svolto dalla famiglia nei confronti della salute dei suoi membri è entrato in crisi per l'azione congiunta di due

diversi movimenti, non privi di reciproche influenze: quello della emancipazione femminile dai compiti esclusivamente intradomestici e quello della medicalizzazione di tutte le vicende biologiche, dalla nascita alla morte, con conseguente subentro dell'istituzione sanitaria negli ambiti prima riservati alla cura non professionale.

In conseguenza di queste trasformazioni sociali e culturali, il potenziale della famiglia per la salute rischia di essere sottovalutato. Peraltro, là dove ci si scontra con l'inadeguatezza delle istituzioni a far fronte a determinate situazioni (come lungodegenti cronici, gestione della fase terminale della malattia), la famiglia viene invece richiamata in causa, ma con un sovraccarico di aspettative e di compiti che la schiacciano. Il meccanismo di cui si servono il più sovente i sanitari per coinvolgerla nelle responsabilità di assistenza agli infermi è un grossolano o raffinato, secondo i casi, processo di colpevolizzazione.

L'evoluzione delle strutture familiari costringe a modificare le linee di politica sanitaria condotta dallo Stato. Le trasformazioni demografiche in atto nella nostra società -abbassamento del tasso delle nascite, aumento dei divorzi e delle famiglie mononucleari, allungamento delle speranze di vita e invecchiamento progressivo della popolazione (11) - richiedono un investimento diverso della risorsa costituita dalla famiglia. Agli inizi della politica sociale dello Stato a beneficio della famiglia e della salute l'obiettivo identificato era quello di migliorare le condizioni di vita e di lavoro delle donne e dei bambini (protezione della madre lavoratrice, proibizione di assumere i bambini). Oggi l'obiettivo più urgente è quello di promuovere nuove reti di solidarietà e di aiuto mutuo - ivi compresa una nuova ripartizione dei compiti tra uomo e donna all'interno della famiglia -, se si vuole impedire che il peso di prendersi cura della salute dei propri membri più deboli faccia affondare la famiglia come una nave troppo carica.

In seguito a considerazioni sia umanistiche, sia di economia sanitaria, si torna oggi a riconsiderare la dimensione familiare all'inter-

(11) Per le trasformazioni della famiglia nel nostro Paese, cfr. Pierpaolo Donati (a cura di), *Primo rapporto sulla famiglia in Italia*, ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1989.

no di un sistema di cure della salute. La richiesta di inserire l'individuo malato in un gruppo sociale e familiare riconosce alla famiglia un ruolo in quanto agente di salute e un potenziale positivo di risoluzione dei problemi. Non possiamo più continuare con programmi sanitari centrati esclusivamente su istituzioni sociali che forniscono servizi. Bisogna ormai applicare un approccio che parta dal lavoro di salute svolto dalla famiglia: lo riconosca e lo valorizzi, ed eventualmente lo integri mediante i servizi necessari.

Questi programmi dovrebbero essere elaborati in comune con le famiglie e concretizzarsi in una modifica dell'aiuto professionale, specialmente nei punti seguenti: riconoscimento del sapere e della competenza quotidiana acquisiti nel vissuto delle famiglie; accettazione di gruppi di aiuto come unità proprie; necessità che i professionisti sociali e della salute abbiano una competenza e un'esperienza che permetta loro di comunicare con la famiglia.

Va menzionato, infine, che la prospettiva della famiglia nella problematica della salute serve di correttivo all'ambivalenza dei diritti sociali legati alla persona. La famiglia garantisce che sia preso in considerazione l'interesse legittimo dei singoli membri, senza con ciò accelerare il processo negativo di tendenza all'individualismo, che spesso sfocia nell'isolamento e nella solitudine delle persone nei momenti in cui è più necessario stringere i legami sociali (12).

Una terza risorsa, infine, per una regolazione del desiderio nell'ambito dell'educazione alla salute è il riferimento alle esigenze etiche. Intendiamo con ciò essenzialmente l'orientamento ad assumere le decisioni che riguardano la cura della salute nell'orizzonte della responsabilità. La responsabilità ha due versanti: quello delle cause e quello delle conseguenze. Seguendo il primo, l'etica ci invita a restituire alla comprensione dei fatti patologici tutto il loro spessore antropologico. Proprio perché fatti umani, sono rivestiti di un senso che va cercato nella catena immanente delle cause.

(12) Cfr. Aa.Vv., *Nascere, amare, morire. Etica della vita e famiglia, oggi*, ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1989.

L'interrogazione multiforme del dato morboso, secondo tutte le dimensioni dell'esistenza umana, lo sottrae all'ambito della "insensatezza" - come appare nella concezione della medicina scientifica, che spoglia il dato fisiologico da ogni altra componente antropologica - per riportarlo nel pieno registro dell'umano. Su questa interrogazione si innesta l'etica. Questa può cambiare il nostro rapporto con la malattia, purché si prefigga il compito non di incrementare oscuri sensi di colpa, sempre connessi con gli eventi morbosi, bensì di far crescere la libertà essenziale dell'uomo, che prende forma nell'assunzione della responsabilità. La malattia e la salute allora, sottratte all'interpretazione metafisica, entrano nell'ambito delle scelte che costituiscono il regno dell'umano.

La responsabilità ha anche una faccia che guarda verso il futuro. Qui troviamo come rilevanti i valori etici a cui il singolo si riferisce nella strutturazione del suo progetto di "buona vita". L'ascolto di essi da parte del sanitario, in un vero processo comunicativo, è una parte essenziale, come abbiamo visto sopra, di ciò che immaginiamo come medicina rinnovata in senso umanistico.

Appartiene a questo colloquio la ricerca comune di ciò che può essere fatto in base alle potenzialità attuali della medicina, ma anche di ciò che può e deve essere omissso. Un maggior accordo con i valori e le aspettative soggettive può rivelarsi un inaspettato alleato in un programma di medicina più economica. In altre parole, se l'educazione alla salute si estende fino a rendere le persone agenti consapevoli e responsabili degli scenari medici - in particolare di quelli che accompagnano la fase terminale della malattia - le opzioni più probabili saranno quelle che vanno non nel senso di una dispendiosa tecnologia, ma di un ricorso più contenuto ad essa, entro l'ambito però di una medicina più ricca di rapporti umani.

4. Giustizia e solidarietà

Le considerazioni finora svolte hanno affrontato il problema della riduzione dei costi della sanità dall'angolatura che è più propria

dell'etica della medicina: la preoccupazione di procurare il bene del paziente. Abbiamo visto che una rigorosa applicazione dei principi della beneficenza dell'azione medica e del rispetto dell'autonomia del paziente può efficacemente contribuire a contenere i costi: una medicina di alta qualità umana è relativamente meno dispendiosa di una sanità che non si preoccupi di questo aspetto e punti esclusivamente sulla dimensione tecnologica e sulla regolazione amministrativa della ripartizione delle risorse. Anche la strategia di educazione alla salute, rivolta allo stesso scopo, è sostanzialmente contenuta entro i principi tradizionali dell'etica medica.

Ma per quanto si voglia estendere la portata dell'etica medica, questa sembra inadeguata ad affrontare nella sua interezza la questione morale della scarsità delle risorse destinate alla sanità. I costi crescenti si accompagnano a una decrescente equità: per trovare una risposta soddisfacente a questa situazione, i principi cardine dell'etica medica, fondamentalmente sensibile alla dimensione individuale e interpersonale dell'esistenza, devono integrare dei principi più orientati in senso sociale. L'etica del bene del paziente e dell'orientamento alla salute si deve confrontare con le questioni che nascono dalla giustizia e dalla solidarietà. In questa direzione, appunto, il dibattito bioetico ha avuto in questi ultimi anni sviluppi molto promettenti.

La bioetica ha trovato naturale integrare nel proprio orizzonte quella che possiamo chiamare la "bioeconomia". Il razionamento dei beni sanitari, di per sé, non è nuovo: è comune a ogni sistema che ha più domande di servizi di quante ne possa soddisfare. Si può anche arrivare a sostenere che l'attenzione ai costi fa parte intrinsecamente della pratica della medicina, e non è solo una conseguenza accidentale delle circostanze attuali. Ora più che mai, tuttavia, anche il pubblico è diventato consapevole che dobbiamo affrontare le questioni economiche connesse con la sanità. Fino a una decina d'anni fa, ogni progresso bio-medico era accolto a braccia aperte e salutato incondizionatamente; ora invece non suona più come una stonatura se, contestualmente all'annuncio di una nuova tecnica di trapianto di organi, ci domandiamo se ce la possiamo permettere.

Questa sensibilizzazione alla dimensione economica della sanità

ci autorizza a porre esplicitamente in termini di giustizia la questione della distribuzione delle risorse sanitarie. Il tema è stato il banco di prova della più recente filosofia morale, che soprattutto nell'ambito linguistico anglosassone ha conosciuto una nuova giovinezza. Le teorizzazioni filosofiche della giustizia, come quelle di John Rawls e Robert Nozick, si sono dimostrate particolarmente adatte a un confronto con la questione della distribuzione secondo equità delle risorse sanitarie. I bioetici si sono inseriti nel dibattito, prospettando soluzioni diverse: alcune più inclini a prospettive liberistiche (H.T. Engelhardt), altre più orientate in senso equalitario (R.M. Veatch).

Non è possibile dar conto in questa sede della varietà e della complessità del dibattito filosofico relativo alla giustizia in sanità. Ci limitiamo a raccogliere una sola voce, quella di Larry Churchill (13). In un libro dedicato al razionamento delle cure sanitarie in America, non risparmia critiche alle diverse tradizioni etiche che si sono confrontate con il tema della natura e della possibilità della giustizia nella distribuzione delle risorse. Il dibattito sulla sanità è stato impoverito, a suo avviso, dalla riluttanza a muoversi verso un sistema più giusto, a causa del peso che esercita sulla tradizione nazionale americana l'individualismo etico.

Qualunque sia l'orientamento filosofico, tutte le teorie danno l'impressione di poggiare su una "antropologia atomistica", in cui i concetti fondamentali e le immagini della giustizia sono derivate da una concezione della persona come indipendente e solitaria, solo tangenzialmente correlata ad altri. Soprattutto nelle questioni della giustizia applicata all'accesso di tutti alle cure sanitarie, sembrano realizzarsi i tristi presentimenti di Alexis de Tocqueville nei confronti della "democrazia commerciale", che isola l'individuo dai concittadini della generazione presente e da quelle future, e "minaccia alla fine di confinarlo interamente nella solitudine del proprio cuore".

Le teorie filosofiche della giustizia centrate sull'egocentrismo

(13) Larry R. Churchill, *Rationing Health Care in America: Perceptions and principles of justice*, Notre Dame, Ind., Univ. of Notre Dame Press.

morale e carenti di un'appropriate comprensione della socialità come tratto costitutivo della natura umana non sono adeguate a rispondere alle sfide che la scarsità di risorse per la sanità sta ponendo alla nostra società, con la crisi del welfare state. In particolare, la transizione dagli anni '80 agli anni '90 ha radicalizzato i problemi della giustizia, contringendoci a ripensarli in chiave di equità generazionale. La nuova situazione ci induce a riscrivere il vocabolario fondamentale della filosofia morale, dando un significato più comunitario e meno individualistico a termini come "diritti", "libertà", "autonomia".

La scarsità di risorse per la sanità non è che un capitolo di una più generale carenza di lavoro, beni, servizi, giunta a una drammatica evidenza. I problemi di ripartizione delle spese sociali - a chi dare: ai giovani o agli anziani? - si inseriscono nella presa di coscienza di una ingiustizia congenita nella nostra società. Cominciamo a renderci conto che le generazioni adulte degli anni '80 hanno vissuto al di sopra delle possibilità che una "società giusta" avrebbe dovuto loro riservare, in considerazione delle generazioni seguenti (14). Le contraddizioni della nostra società, che vive nell'abbondanza del presente senza preoccuparsi del futuro comune, ci obbligano a rimescolare le carte generazionali.

Non possiamo continuare a consumare ciò che, secondo un metro di equità, deve essere destinato a chi viene dopo. Da questo punto di vista, la solidarietà abbinata alla giustizia è destinata a cambiare il volto della futura sanità, correggendo l'inflazione di ricchezza di mezzi di cui sta godendo l'attuale generazione. Dovremo imparare a iscrivere tra i nostri programmi di salute anche la rinuncia e il contenimento dei desideri entro certi limiti, in nome di una giustizia che ci chiede di non imporre pesi sproporzionati agli altri.

(14) Cfr. Pierpaolo Donati, "Equità generazionale: un nuovo confronto sulla qualità familiare", in Aa.Vv., *Secondo rapporto sulla famiglia in Italia*, ed. Paoline, Cinisello Balsamo 1991.

CAPITOLO PRIMO

I SISTEMI SANITARI NEI PAESI INDUSTRIALIZZATI: IDEOLOGIE, MODELLI, REALIZZAZIONI

*Quando non si hanno i mezzi per
realizzare la propria politica,
bisogna realizzare la politica
dei propri mezzi*

(proverbio francese)

I.1. Introduzione

La medicina moderna dispone di mezzi estremamente sofisticati ed efficaci, che la coscienza del medico vorrebbe fossero messi a disposizione di tutti i suoi pazienti. Estendendo il ragionamento a tutti i medici, secondo il principio etico di giustizia di cui al capitolo IV tutti i pazienti che si trovano in condizioni di beneficiare, ad esempio, di un trapianto dovrebbero poter usufruire di tale intervento. La limitazione delle risorse disponibili, riscontrabile al momento attuale - sia pure con gradazioni molto differenti - in ognuno dei sistemi sanitari esistenti, sia pubblici che privati, impedisce di dare "tutto a tutti". Anche limitando la nostra analisi ai soli Paesi industrializzati, quelli più ricchi, si può rilevare che il progresso tecnologico sopravanza ovunque, come possibilità teoriche di intervento, ciò che realmente si fa per curare i malati e per salvaguardare la salute dei sani. Le tecnologie sanitarie non conoscono frontiere; anche quelle più avanzate (spesso anche più costose) si potrebbero diffondere con grande rapidità ovunque: ciò rende drammatico il divario fra le potenzialità teoriche e quelle realizzate che risulta ancora più ampio nei Paesi non industrializzati, ove la

povertà generale non impedisce che sorgano, ad esempio, alcuni ospedali avanzati, vere "cattedrali nel deserto", la cui esistenza è condizionata soltanto dal reperimento degli stanziamenti adeguati.

Non è questa la sede per illustrare dettagliatamente le varie modalità con le quali i diversi governi, da quelli più liberisti a quelli più solidaristi, si sforzano di risolvere sia il problema della produzione delle cure, che può essere lasciata ai privati oppure assunta direttamente dallo Stato tramite gli enti pubblici, sia quello della distribuzione delle cure, che può essere controllata dal potere pubblico (regolatore dell'accesso alle cure) oppure lasciata al gioco del mercato. In modo molto riassuntivo, esamineremo di seguito le varie ideologie e i modelli dei sistemi sanitari. Le ideologie sono le visioni generali del mondo, dalle quali originano, nella loro applicazione al settore sanitario, i vari modelli: liberistico, mutualistico e solidaristico. La conoscenza di queste caratteristiche è fondamentale per chiunque operi nel campo sanitario, soprattutto per i suoi dirigenti.

Occorre affermare che non si può risolvere il dilemma: medicina pubblica o privata, come se si trattasse di un problema scientifico. Varie sono le premesse di tipo etico-ideologico, che possono sostenere un modello e l'organizzazione di un sistema sanitario, più o meno rispondenti alle preferenze individualistico-liberali oppure a quelle solidaristico-egualitarie: perciò riteniamo indispensabile premettere all'analisi tecnica un esame delle ideologie che stanno alla base dei modelli stessi, riprendendo l'esposizione di Williams (225).

I.2 L'ideologia liberistica (o libertaria) e l'ideologia solidaristica (o egualitaria) nella Sanità

Secondo Williams (225) e Donabedian (48), autorevoli rappresentanti della scienza della finanza inglese, che si sono interessati più volte al settore sanitario, i problemi ideologici relativi all'offerta di assistenza sanitaria si possono sintetizzare con la tabella 1 in due punti di vista fondamentali, A e B, che in modo approssimativo possono essere definiti come la prospettiva "libertaria" e quella "egualitaria".

Nella prospettiva libertaria la disponibilità economica del singolo gli rende possibile scegliere la quantità e la qualità delle cure: ciò rappresenta un incentivo per l'individuo a produrre ed accumulare ricchezza al fine di poter acquistare le cure mediche migliori, allo stesso modo di come egli può acquistare l'automobile lussuosa.

Nella prospettiva egualitaria l'accesso all'assistenza sanitaria rappresenta un diritto di tutti i cittadini (proprio come l'accesso ai seggi elettorali o alle corti di giustizia) e tale diritto non deve essere influenzato dal reddito o dalla ricchezza individuali.

Ciascuna di queste due prospettive generali è associata e contraddistinta da una sua caratteristica configurazione di punti di vista in merito alla responsabilità personale, ai problemi sociali, alla libertà e all'uguaglianza sociale, punti di vista che sono sommariamente esposti nella tabella 1.

Le implicazioni di ciascuna di queste due ideologie per quanto riguarda l'assegnazione delle priorità nel campo dell'assistenza sanitaria sono molto evidenti. La volontà di pagare e la capacità di spesa dovrebbero costituire l'etica dominante nel sistema libertario di erogazione dell'assistenza, e ciò si potrebbe realizzare nel migliore dei modi in un sistema "privato" orientato verso il mercato.

Nella teoria liberista la scelta di valori dell'individuo va a formare insieme a quella di tutti gli altri individui una domanda aggregata di servizi, in grado di modificare l'offerta dei servizi esistenti e la loro produzione: se molti individui sono disposti ad impiegare il loro denaro nell'acquisto dei servizi sanitari, è probabile che i prezzi e le retribuzioni nella Sanità aumentino, attirando nuove risorse umane e materiali nel comparto sanitario; in questo modo le scelte di valore dei singoli vanno a risolvere il problema economico fondamentale di ogni società: stabilire cosa produrre, come e per chi. Se, ad esempio, molti privilegiano le spese sanitarie, rispetto a quelle per il divertimento e le vacanze, ne dovrebbe conseguire che un albergo si trasformi in una casa di cura.

Secondo la prospettiva libertaria (o liberista) nella competizione economica si verifica una selezione naturale nella quale dovrebbero vincere i migliori: ciò avverrebbe anche nel caso del mercato delle cure

Tabella I,1 - Tipici atteggiamenti associati alla ideologia libertaria (A) ed egualitaria (B) da Williams (225)

	Punti di vista A (libertario)	Punti di vista B (egualitario)
Responsabilità personale	La responsabilità personale è il maggiore incentivo per aumentare la ricchezza individuale e il progresso del Paese. Se vengono distribuiti beni o servizi a chi non ha mezzi (perché non ha guadagnato col suo lavoro) si indebolisce il sistema degli incentivi e perciò si riduce il benessere complessivo economico e morale della collettività.	Gli incentivi personali sono accettabili, sia pure con molte limitazioni. L'insuccesso economico non viene considerato di per sé come fatto moralmente negativo.
Questione sociale	La selezione naturale di modello Darwinistico, applicata ai fatti sociali, impone un atteggiamento spietato nei confronti dei meno abili. A temperare questo principio si annette la funzione della carità, preferibilmente privata, la quale però deve intervenire soltanto dopo che l'individuo ha spento ogni sua risorsa. In ogni caso la carità non deve fornire mezzi eguali o superiori a quelli che il mercato mette a disposizione dei più abili.	La carità privata non è da respingere ma è vista come potenzialmente pericolosa dal punto di vista morale (in quanto è spesso avvilente per chi ne beneficia e corrottrice per il donatore). Sembra preferibile elaborare dei meccanismi sociali che creino e mantengano l'autosufficienza e che siano accessibili sulla base di precise norme amministrative, applicate in modo equo e sanzionato esplicitamente dalla società nel suo insieme.
Libertà	La libertà deve essere considerata di per sé stessa come un bene supremo. Nel sistema egualitario la costruzione politico-amministrativa attenua la responsabilità personale e il senso del dovere sociale. La pianificazione centrale della sanità è un rilevante ruolo pubblico nel finanziamento dell'assistenza sanitaria sono considerati come una limitazione della libertà degli utenti nonché quella dei professionisti del settore, e la medicina privata è di conseguenza considerata un baluardo contro il totalitarismo.	La libertà coincide con la possibilità di scelte concrete e non astratte: nel sistema libertario la disponibilità economica condiziona pesantemente le scelte. La libertà non è indivisibile: qualcuno dei suoi aspetti può essere sacrificato allo scopo di ottenere maggiore libertà per altri aspetti. Il governo non è una minaccia esterna per gli individui nella società, ma il mezzo mediante il quale gli individui ottengono più ampie opportunità di azione (cioè più ampia libertà effettiva).
Uguaglianza	L'uguaglianza di fronte alla legge è il concetto chiave, ma la libertà ha la precedenza sull'uguaglianza, nel caso i due valori entrino in conflitto.	Uguali opportunità di riuscita sono la sola giustificazione morale per utilizzare la misura del successo personale come base per la distribuzione degli incentivi. Pertanto l'accento va posto sull'uguaglianza delle opportunità: quando questa non può essere garantita, la dignità morale del successo è indebolita. L'uguaglianza è interpretata come l'estensione a molti della libertà di cui soltanto alcuni, di fatto, potrebbero godere nell'ipotesi libertaria.

sanitarie, ammesso e non concesso che possa esserci un vero mercato libero e concorrenziale, sia dal lato di chi offre le cure (1), sia dal lato di chi le domanda (i consumatori finali delle cure stesse).

La prospettiva libertaria esige naturalmente una modalità di produzione delle cure di tipo liberistico, con la quale i produttori privati (operatori sanitari singoli, aziende farmaceutiche, distributori di prodotti sanitari, laboratori, ospedali, etc.) rischiano i loro capitali in investimenti sanitari, acquistano materie prime, organizzano liberamente il lavoro degli operatori dipendenti, realizzano dei risultati economici valutabili dal bilancio dei costi e dei ricavi. La libera concorrenza si preoccupa di eliminare i produttori non efficienti decretandone il fallimento, mentre i consumatori premiano, con la loro preferenza razionale, i produttori più efficienti, acquistando le cure maggiormente rispondenti alle loro necessità.

Chi è troppo povero rispetto al costo delle cure, non può ottenerle; se questa esclusione porta all'invalidità totale o alla morte, ciò significa che il reddito atteso per il futuro da quella persona guarita, valutato dal mercato stesso in termini monetari, doveva essere inferiore al valore delle cure necessarie per risanarlo (se l'automobile è vecchia e fuori moda e ripararla costa molto, la riparazione non è più conveniente) (2).

(1) I rapporti fra produttori, fornitori e consumatori di cure saranno trattati nel capitolo III. Qui anticipiamo soltanto tre eventualità. I produttori e i fornitori di cure possono essere figure distinte, come ad esempio i produttori e i distributori dei farmaci (industrie farmaceutiche da un lato, grossisti e farmacisti dall'altro). Altre volte la figura del produttore coincide con quella del fornitore, come ad esempio il medico e l'infermiere che intervengono soprattutto con le proprie nude mani. In altri casi ancora il produttore si serve di beni e servizi prodotti da altri, per offrire una cura complessa, fatta del suo lavoro e di beni e servizi acquistati presso altri, come ad esempio nel caso dell'équipe chirurgica che "produce" un intervento chirurgico avvalendosi anche delle attrezzature operatorie e dei farmaci forniti da ditte esterne.

(2) Un breve accenno alla teoria detta del capitale umano, che assimila l'uomo alle attrezzature produttive (il capitale fisico, come un tornio o un'altra macchina usata per la produzione), può aiutare a comprendere le basi del meccanismo di esclusione. Il neonato rappresenta un investimento molto modesto, e cioè un capitale di valore corrispondente al mancato lavoro produttivo della gestante a causa della gravidanza. Il ragazzo acquista un valore via via più elevato, rappresentato dalle spese necessarie per la sua crescita e per la sua istruzione professionale. Normalmente ad un più lungo periodo di preparazione corrisponde una maggior capacità produttiva, così come nel caso di una macchina utensile più elaborata. L'anziano invalido, invece, non assume più alcun valore, in quanto ormai incapace di produrre alcun reddito.

La prospettiva egualitaria consiste invece essenzialmente nell'offrire eguali opportunità di accesso alle cure per tutti gli individui che presentano eguali condizioni di bisogno, indipendentemente dalla loro possibilità e volontà di spesa e quindi dal loro reddito. In mancanza del meccanismo automatico del mercato, devono essere imposte regole sociali che applicano alla realtà il principio etico dell'eguaglianza, determinando, ad esempio, che tutti i malati in pericolo di vita hanno la priorità nell'accesso alle cure rispetto a tutti i malati di raffreddore; viene perciò stabilita una gerarchia di bisogni alla quale corrispondono diverse priorità. Il pubblico potere, e in particolare la pubblica amministrazione, regola perciò l'accesso alle cure, che vengono distribuite in via amministrativa.

Non è tuttavia necessario che la produzione delle cure sia gestita direttamente dalla stessa pubblica amministrazione, ma è possibile che la produzione sia affidata a privati. In questo caso, però, l'unico compratore è la pubblica amministrazione, e la situazione è ben lontana da quella del libero mercato, che presuppone una pluralità di compratori ed una pluralità di venditori fra loro in concorrenza.

I.3 Due modelli di sistema sanitario: privato-liberista e pubblico-egualitario

Dalle ideologie precedentemente esposte, Williams deriva la costruzione di due modelli "puri" di sistema sanitario, a) privato e b) pubblico: a) in un sistema *privato* l'accesso è determinato dalla volontà di pagare e dalla capacità di spesa, la sensibilità dei produttori alla domanda del consumatore è assicurata dalla loro ricerca del profitto e le cose sono mantenute in equilibrio dall'aggiustamento dei prezzi nei mercati concorrenziali; b) in un sistema *pubblico*, invece, l'accesso è determinato dal bisogno, cui i produttori sono sensibili per ragioni etiche, e l'equilibrio fra domanda e offerta viene mantenuto mediante un razionamento quantitativo basato su un sistema di norme socialmente riconosciute. Un dettaglio un po' più complesso delle caratteristiche di ciascuno di questi due sistemi puri e idealizzati di assistenza sanitaria

è reperibile nella tabella 2, tratta da un contributo di Maynard e Williams (146).

La debolezza di fondo di entrambi questi sistemi è costituita dal particolare ruolo di "agenti" che i medici svolgono in qualunque sistema di assistenza sanitaria, pubblico o privato che sia. L'essenza di questo problema è data dal fatto che i "consumatori" affidano ai medici il compito di operare come loro *agenti* fiduciari.

Una volta riconosciuto che i medici non rappresentano dei "perfetti agenti o intermediari" ma che, mediante l'esercizio della propria "libertà clinica", possono perseguire interessi differenti da quelli del loro paziente, allora ciascun sistema manifesta una propria tipica tendenza. I sistemi privati tendono a un'offerta in eccesso di assistenza sanitaria in quei settori nei quali i medici sono più dotati di potere discrezionale e possono trarre maggiore vantaggio da un comportamento di questo tipo, mentre i sistemi pubblici tendono a un'offerta insufficiente di assistenza sanitaria in quei settori dove i medici sono più dotati di potere discrezionale e possono trarre maggiore vantaggio da un comportamento riduttivo di questo tipo. E' questo il caso dei pazienti non autosufficienti affetti da malattia inguaribile, che gli operatori sanitari pubblici cercano di "scaricare" sulle famiglie o sulle strutture poco qualificate, in quanto trattasi di malati considerati in genere di poca soddisfazione professionale.

Teoricamente un sistema pubblico può difendersi meglio contro gli interessi professionali delle categorie sanitarie, ogni qualvolta queste perseguano un fine contrario al bene comune: l'ente pubblico può affidare la direzione politica dei servizi sanitari ad una persona non colludente con gli interessi di categoria degli operatori sanitari, e questa persona può valersi di tecnici di sua fiducia per la programmazione ed i controlli. Come il magistrato chiamato a risolvere controversie aventi un elevato contenuto tecnico può nominare un perito di sua completa fiducia, così anche il dirigente politico della sanità (Ministro, Assessore, Presidente di U.S.L.), che è eletto su basi politiche e non tecniche, può nominare un "funzionario politico" come suo consulente, oppure un'intera équipe di consulenti, quando la responsabilità direttiva è particolarmente elevata. E' questo il caso degli USA dove i funzionari

Tabella I.2. - Sistemi di assistenza sanitaria idealizzati. Tratto da: Maynard e Williams (1987) tradotto in (146)

	Sistema privato puro	Sistema pubblico puro
Domanda	<p>1. Gli individui sono i migliori giudici del proprio benessere.</p> <p>2. Le priorità sono determinate dalla volontà di pagare e dalla capacità di spesa.</p> <p>3. L'assicurazione privata tutela l'individuo dal rischio delle malattie catastrofiche non prevedibili.</p> <p>4. Le questioni di equità vanno trattate in altra sede (ad esempio nel sistema fiscale e in quello di sicurezza sociale).</p>	<p>Quando sono malati, spesso gli individui non sono buoni giudici del proprio stato di salute.</p> <p>Le priorità sono determinate dalle valutazioni sociali relative al bisogno.</p> <p>La natura imprevedibile e potenzialmente catastrofica (si vedano in particolare i cosiddetti "grandi rischi") della domanda è pressa irrilevante dall'offerta di servizi a libero accesso.</p> <p>Poiché la distribuzione del reddito e della ricchezza non è presumibilmente equa in relazione al bisogno di assistenza sanitaria, il sistema deve essere isolato dall'influenza del reddito e della capacità di spesa.</p> <p>L'etica professionale e la dedizione al servizio pubblico sono l'incitamento più adeguato, quando l'obiettivo sia il successo dell'assistenza o della cura.</p>
Offerta	<p>1. Il profitto è il modo più idoneo ed efficace di motivare i fornitori a soddisfare i bisogni dei clienti.</p> <p>2. Le priorità sono determinate dalla volontà di pagare e dalla capacità di spesa delle persone, e dal costo marginale (*) necessario per soddisfare i loro desideri.</p> <p>3. I fornitori hanno forti incentivi ad adottare i metodi più efficienti che riducono i costi di produzione.</p>	<p>Le priorità sono determinate da un'analisi comparata dei rendimenti marginali (*), privilegiando i programmi dai quali si attendono i più importanti miglioramenti nell'assistenza e nella cura.</p> <p>La fissazione preventiva di limiti alle risorse disponibili genera per i produttori un forte incentivo ad adottare metodi di fornitura a basso costo. Il controllo centrale delle attività del sistema sanitario genera una verifica in termini di efficienza della fornitura del servizio e la managerialità garantisce il controllo dell'analisi costo-efficacia sul sistema.</p> <p>I medici ben informati sono in grado di prescrivere per ciascun paziente la forma di trattamento più efficace in relazione ai costi.</p> <p>Se si verificeranno inadeguatezze dell'offerta rispetto alla domanda di alcuni servizi o specialità, si impiegheranno risorse per un loro ampliamento.</p> <p>I servizi o le specialità che attirano una scarsa domanda saranno ridotti e le risorse risparmiate saranno destinate ad altri impieghi.</p>
Mecanismo di aggiustamento	<p>1. I consumatori, che si suppongono bene informati, sono in grado di scegliere la forma di trattamento più efficace in relazione ai costi.</p> <p>2. Se, al prezzo stabilito dal mercato, la pratica sanitaria è remunerativa, il numero di medici crescerà e di conseguenza l'offerta sarà commisurata alla domanda.</p> <p>3. Se, al contrario, la pratica sanitaria non è remunerativa, il numero dei medici diminuirà o cesserà di aumentare finché il sistema non ritornerà in equilibrio.</p> <p>4. I consumatori giudicheranno il sistema sulla base della propria possibilità di trovare qualcuno che faccia ciò che chiedono, quando, dove e come lo chiedono.</p>	<p>I medici di trattamento più efficaci in relazione ai costi. Se si verificeranno inadeguatezze dell'offerta rispetto alla domanda di alcuni servizi o specialità, si impiegheranno risorse per un loro ampliamento.</p> <p>I servizi o le specialità che attirano una scarsa domanda saranno ridotti e le risorse risparmiate saranno destinate ad altri impieghi.</p> <p>L'elettorato giudica il sistema sanitario sulla base della sua capacità di migliorare lo stato di salute della popolazione nel suo insieme, in rapporto alle risorse impiegate.</p> <p>I produttori giudicano il sistema sulla base della possibilità che esso offra loro di fornire i trattamenti che essi giudicano presentare il miglior rapporto costo-efficacia.</p>
Criteri di valutazione	<p>1. I produttori giudicheranno il sistema sulla base delle possibilità che offra loro di guadagnarsi un reddito sufficiente.</p>	<p>I produttori giudicano il sistema sulla base della possibilità che esso offra loro di fornire i trattamenti che essi giudicano presentare il miglior rapporto costo-efficacia.</p>

(*) confronta cap. III

politici non sono di ruolo, ma sono destinati a cedere il loro posto quando cambia il "loro" dirigente politico (policy maker).

In Italia ad esempio esiste un'istituzione analoga, che si chiama segreteria particolare del Gabinetto del Ministro, ma la presidenza delle USL, fino alla metà del 1991, è stata affidata a dirigenti politici che teoricamente non potevano nominare funzionari politici. Essi tuttavia, come tutti i politici, hanno bisogno di aumentare il consenso intorno alla loro persona: pertanto si assiste spesso a concorsi pubblici per titoli e... raccomandazioni, al fine di sistemare in posizione autorevole il tecnico di provata fede (politica). Si è visto che spesso il politico mira a farsi una corte di dipendenti e operatori in genere, privilegiandoli anche quando ciò può rappresentare un danno per gli utenti. Infatti è generalizzata la convinzione che renda di più, in termini di potere, legare a sé una cerchia ristretta ma stabile di attivisti, piuttosto che benemeritare nei confronti di una vasta schiera di cittadini. I malati infatti, al momento del voto, potrebbero non ricordarsi neppure di questi episodi di vita trascorsa, e in ogni caso non possono contare molto, perché non organizzati, al momento della designazione alle cariche di secondo grado, che è appannaggio dei partiti.

L'Amministratore Straordinario, che dalla metà del 1991 è succeduto al Presidente nella guida dell'USL, è un tecnico della direzione aziendale che gode della fiducia dei dirigenti politici locali e regionali, ai quali resta il compito della programmazione e del controllo politico sui risultati della gestione. In tal modo il nostro Servizio Sanitario si avvicina gradualmente ancor più a quello britannico.

Il rapporto fra il politico e il tecnico è ovunque un rapporto difficile e nel sistema sanitario pubblico viene ulteriormente complicato dal ruolo prevalente del medico agente-fiduciario a fronte di un cittadino (semplice cittadino o amministratore di USL) costretto spesso a fidarsi del tecnico. La situazione è ancora peggiore se si esamina il sistema privato fondato sul modello liberista.

Prima di proseguire, illustrando le maggiori difficoltà di funzionamento del libero mercato dal punto di vista teorico e le conseguenze del suo funzionamento, eticamente non più accettabili né accettabili dalle società moderne, riteniamo utile presentare la Tabella 3, comparativa

dei due sistemi puri, ed un esempio riguardante la soluzione del problema dei trapianti renali secondo il sistema privato puro.

Dalla tabella 3 è facile desumere che le caratteristiche dei due sistemi puri e le loro conseguenze sono fra loro diametralmente opposte: è del tutto prevedibile che si cerchi di ottenere una combinazione dei due sistemi puri in un sistema da Williams definito misto, che nelle intenzioni dei suoi ideatori dovrebbe combinare felicemente il meglio di ciascuno dei due, ma che in realtà rischia di combinare gli aspetti deteriori di entrambi.

Per illustrare, in relazione al problema della scarsità delle risorse, la differenza fra la medicina privata e quella socializzata, e i motivi dell'espansione di quest'ultima, prenderemo ad esempio ciò che accade nel campo dei trapianti renali. In questo campo esiste un limite apparentemente "oggettivo" costituito dalla carenza di organi da espianare, il cui numero è di molto inferiore a quello dei potenziali riceventi: tuttavia si ricorda che la liberalizzazione del mercato degli organi, con la possibilità di espianare da persone viventi, disponibili a "donare" o meglio a vendere un loro rene, è una scelta di valore che una collettività può compiere, modificando di molto il limite "oggettivo" di cui sopra. Una legislazione operante in tal senso accentua il valore della vita di chi ha maggiori disponibilità economiche, che è messo in grado di acquistare una probabilità di vita in più da chi, avendo due reni, ne cede uno, perdendo transitoriamente lo stato di salute, a causa dell'intervento chirurgico e delle relative sequele, e ancora aumentando il rischio di morte per il resto della vita, essendo divenuto monorene.

Il mercato "libero" degli organi rappresenta, sia pure in modo paradossale, la situazione alla quale può portare un modello liberistico puro: gli interventi costosi sarebbero alla portata esclusiva di coloro che dispongono di mezzi, e singolarmente decidono di impiegargli acquistando i servizi, secondo una loro propria scala di valori. Ciò è evidentemente inaccettabile.

TABELLA I.3 - Principali differenze fra sistemi puri

Sistema privato	Sistema pubblico
I produttori privati investono loro capitali per le attrezzature e per la formazione del personale e dirigono la produzione.	L'Amministrazione pubblica investe pubblico denaro per attrezzature e per la formazione del personale e dirige la produzione dei beni e servizi sanitari.
I produttori privilegiano quegli interventi dalla cui vendita sperano di ricavare il massimo profitto o la massima utilità, sulla base delle leggi di mercato.	L'Amministrazione programma gli interventi e le priorità sulla base delle norme stabilite dal legislatore
I consumatori hanno potere sul mercato per la loro disponibilità economica e determinano l'offerta dei produttori indipendentemente dalla scala etica dei valori dei bisogni.	I consumatori hanno potere in quanto le norme riconoscono loro l'accettabilità etica della soddisfazione del bisogno sanitario, o per la malattia in sé o per la considerazione sociale di cui gode il malato.
I consumi "di lusso" (ad alto costo e scarsi risultati) vengono incentivati se esiste una classe di malati ricchi disposti a pagare.	I consumi "di lusso" (ad alto costo e scarsi risultati) vengono riservati a pochi casi, ad esempio per le personalità pubbliche.
Gli incentivi ai produttori sono fondamentalmente di tipo privatistico-individuale, sulla base delle scelte del consumatore.	Gli incentivi ai produttori sono fondamentalmente di tipo etico-civico, sulla base dell'obbedienza alle prescrizioni del pianificatore.

Conseguenze economiche

A un forte incentivo nei confronti dei singoli produttori verso la minimizzazione dei costi di produzione, dalla concorrenza, non corrisponde un'adeguata capacità di controllo sulla quantità globale delle cure offerte nel Paese, e si assiste ad un aumento non ragionevole delle spese per cure sanitarie, anche illusorie, poco o punto efficaci, come nel caso delle medicine non scientifiche.

A un forte controllo sulla quantità globale delle cure offerte nel Paese, determinato dai tetti di bilancio di spesa (*) e dalla pianificazione dei presidi, non corrisponde un incentivo adeguato nei confronti dei medici, dei funzionari e degli operatori affinché si facciano carico della scarsità delle risorse disponibili (provenienti dal pubblico erario) e gestiscano i servizi sanitari nel modo più economico ed efficiente possibile.

(*) Soltanto in pochi Paesi, fra i quali l'Italia, tale possibilità teorica di controllo non può attuarsi dato che gli amministratori pubblici superano impunemente il tetto di spesa loro assegnato.

1.4 I modelli dei sistemi sanitari misti

Riprendendo l'esposizione di Williams (225) possiamo descrivere i sistemi misti e i problemi connessi.

In linea di principio, vi sono parecchi modi differenti di combinare i due sistemi fra loro. Si potrebbe avere un sistema unico con motivazioni "miste". Oppure si potrebbero avere i due sistemi puri, che operano indipendentemente, l'uno accanto all'altro, senza che nessuno dei due assuma un ruolo predominante. O ancora si potrebbe avere un sistema predominante e l'altro destinato a svolgere una funzione deliberatamente circoscritta.

In un sistema unico con motivazioni miste, vi sarebbero alcune aree dell'assistenza sanitaria nelle quali il "bisogno" rappresenterebbe il solo principio accettabile per la fissazione delle priorità e altre nelle quali il solo principio accettabile sarebbe rappresentato dalla "volontà di pagare e dalla capacità di spesa". L'accesso a qualsiasi tipo di

assistenza ospedaliera potrebbe ad esempio essere determinato dal bisogno, l'accesso all'assistenza primaria (o di primo livello) dalla volontà di pagare e dalla capacità di spesa (o viceversa). Il problema, nel caso di una soluzione di questo tipo, consiste nel fatto che non è possibile tracciare una netta linea di demarcazione fra i due settori (in assenza di un'assistenza primaria idonea, si ricorre ai reparti di pronto intervento degli ospedali), e che l'assistenza primaria agisce normalmente come prima fase d'indagine e come "filtro" per l'accesso all'assistenza ospedaliera, così che diventa difficile far funzionare ciascuno dei due settori sulla base di un principio differente e trarne un sistema complessivo che abbia senso e coesione. Analoghi problemi si presentano ove si cerchi di separare gli aspetti "ausiliari" dell'assistenza (ad esempio gli aspetti "alberghieri" dell'assistenza ospedaliera) da quelli "clinici" (ad esempio l'intervento clinico o i farmaci impiegati). E' evidente che l'assistenza infermieristica è in parte clinica e in parte ausiliaria, e i livelli ed il tipo del servizio infermieristico potrebbero dunque, in entrambi i casi, essere considerati "ai margini". Un sistema di questo genere, unificato ma basato su una duplicità di principi, si troverebbe anche a dover decidere se l'attesa sia una questione di priorità cliniche (e quindi debba essere la medesima per tutti) o di servizi ausiliari cosicché chi ha la volontà e la capacità di pagare debba essere libero di scegliere, per il trattamento di cui ha bisogno, la data che più gli conviene (1). Destreggiarsi fra questi conflitti all'interno di un'organizzazione unica potrebbe risultare un compito davvero terrificante.

Si giunge così a prendere in considerazione quel tipo di sistema misto che consiste di due sistemi indipendenti, in libera competizione e operanti l'uno accanto all'altro. Il problema cruciale sarà in questo caso di stabilire se tutti debbano contribuire ai costi del sistema pubblico, che se ne servano o no, e in quale misura il sistema pubblico debba essere finanziato. In generale, le persone in migliori condizioni economiche sceglieranno servizi al di fuori del sistema pubblico, a meno che gli

(1) Un problema simile si è presentato anche in Italia negli ospedali pubblici, ove chi può pagare il supplemento per confort alberghiero entra in una lista di attesa differente e "parallela" rispetto a chi è prenotato per lo stesso intervento con il soggiorno in "sala comune".

standard di quest'ultimo siano più elevati di quelli del sistema privato: il risultato dipenderà dunque dal livello qualitativo del sistema pubblico. Se i medici hanno la possibilità di guadagnare di più nel sistema privato che in quello pubblico, saranno sospinti in quella direzione e molti potranno addirittura essere incentivati a far sì che il sistema pubblico non funzioni troppo bene nelle aree in cui l'esercizio della professione privata è più redditizio (1). Un analogo incentivo si genera nel sistema privato per i consumatori, soprattutto se i più ricchi sono costretti a contribuire al sistema pubblico (il cosiddetto contributo di solidarietà): in tal caso, essi vorranno infatti assicurarsi che i loro contributi possano essere ridotti al minimo, senza curarsi del fatto che si abbasseranno gli standard dei servizi, dato che non intendono comunque utilizzare il sistema pubblico. E' perciò difficile immaginare in che modo questi due sistemi differenti potrebbero operare fianco a fianco in condizioni di ragionevole equilibrio senza scontentare in qualche misura tutte le parti in causa.

E' forse proprio questo il motivo per cui la maggior parte dei sistemi esistenti tendono a diventare sistemi misti del terzo tipo, all'interno dei quali uno dei due sistemi è predominante, mentre all'altro è assegnato un ruolo minore, accuratamente circoscritto. I sistemi prevalentemente privati addolciscono quindi la spietata regola "se non puoi pagare, non puoi avere assistenza", organizzando un piccolo sistema pubblico che si prenda cura della parte più povera della popolazione (inclusa quella fascia di "poveri dal punto di vista sanitario", coloro cioè che, pur avendo una certa tranquillità economica, non sono coperti da un'assicurazione privata e non hanno sufficienti risorse finanziarie cui attingere per coprire gli enormi costi di alcune malattie, definite perciò catastrofiche): questi sistemi pubblici hanno di norma standard qualitativi inferiori a quelli del sistema privato egemonico (altrimenti, chi farebbe ricorso al sistema privato?). Reciprocamente, un sistema prevalentemente pubblico mitigherà la spietata regola "se

(1) La commistione del pubblico col privato è molto diffusa in Italia, ove è consentito il tempo parziale degli operatori pubblici e persino la professione libera dei dipendenti a tempo pieno all'interno del presidio pubblico.

non hai bisogno, non puoi avere assistenza", consentendo a un piccolo sistema privato di prendersi cura della parte più ricca della popolazione (e di tutti quei cittadini stranieri che non hanno diritto di accesso al sistema pubblico): questi sistemi privati potranno essere, dal punto di vista medico-clinico, migliori o peggiori del sistema pubblico, ma certamente offriranno standard di comodità o confort superiori rispetto a quelli offerti dal sistema pubblico (altrimenti, chi farebbe ricorso al sistema privato?). Entrambi questi sistemi misti possono essere interpretati come un riconoscimento del fatto che l'ideologia "dominante" non è condivisa da tutti in quella data società e che i punti di vista della minoranza devono essere rispettati e soddisfatti, anche se soltanto in misura limitata.

1.5 I difetti del funzionamento del sistema privato

Si può ragionevolmente pensare che nell'era moderna i sistemi sanitari abbiano fatto riferimento al modello liberista per tutte le cure che non venivano erogate sotto la formula della carità; questi sistemi vengono denominati privati, anche se restano lontani dall'assumere tutte le caratteristiche del modello puro descritto in precedenza. Per comprendere i motivi che hanno spinto molti Paesi ad abbandonare il modello liberistico in favore del modello egualitario è opportuno esaminare alcune conseguenze negative del funzionamento del sistema privato, che del modello liberistico è la realizzazione più o meno fedele.

Il meccanismo delineato nell'esempio del trapianto renale e nella colonna sinistra della tabella 3 è quello del funzionamento del libero mercato, di cui si sono occupati i cultori dell'economia fin dal sorgere di questa disciplina; gli stessi economisti che si sono schierati a favore del mercato, i liberisti, fissano le condizioni richieste perché il mercato possa funzionare, nella Sanità come altrove: la libera concorrenza fra i produttori e la razionalità del comportamento del consumatore, le quali si suppone possano esistere se il consumatore è informato sul suo stato di salute, sui possibili interventi per migliorarlo e sui prezzi relativi. Sarebbe sufficiente ricordare quanto scritto a proposito del medico-

agente fiduciario per comprendere quanto la situazione reale sia lontana dal soddisfare alle condizioni accennate, ma qui occorre aggiungere che:

- dal lato dei produttori la concorrenza è quasi inesistente, vincolata dagli Ordini professionali, dai contratti e dalle convenzioni collettive, dalle barriere all'accesso professionale; infine non si può dimenticare che l'importanza di alcuni grandi investimenti indivisibili (1) rende impronunciabile a priori la concorrenza quando il bacino d'utenza ammette l'esistenza di un solo presidio per la produzione delle cure;

- dal lato dei consumatori le condizioni perché il libero mercato possa funzionare sono realizzate in modo ancor più insoddisfacente, non soltanto perché manca un'educazione sanitaria di base, che un sistema scolastico ben funzionante dovrebbe assicurare a tutti, ma perché il malato è per definizione un soggetto vulnerabile; egli si affida al medico sulla base di un rapporto di agente fiduciario non fondato - salvo casi eccezionali - sulla verifica delle capacità tecniche del medico (2).

Per di più la concentrazione dei bisogni sanitari nelle fasce estreme della vita, in particolare nell'ultimo anno che precede la morte, oppure in occasione di particolari eventi relativamente rari, che esigono l'impiego di notevoli mezzi (come un'operazione cardiocirurgica, un intervento per trauma plurimo, una malattia "catastrofica" tipo la demenza senile oppure la schizofrenia) rendono poco probabile l'ipotesi che il cittadino comune abbia mezzi sufficienti per far fronte a spese così elevate, nel momento in cui vengono a ridursi drasticamente

(1) Si dicono investimenti indivisibili gli investimenti di grande valore che acquistano un significato economico solo se completi, come ad esempio il ponte sullo stretto di Messina: non è neppure pensabile che si possano costruire due ponti in concorrenza fra loro. Egualmente non si può pensare che per un bacino di utenza formato da una città di medie dimensioni si possa installare più di un *banker per terapia radianza*, più di una divisione di *neurochirurgia*, ecc.

(2) Infatti non solo il procedimento, ma neppure il risultato sul caso singolo - positivo o negativo che sia - può essere preso come valido metro di giudizio sull'operato del medico, in quanto - *coetertis paribus* - il risultato singolo è influenzato ampiamente dalla variabilità biologica individuale.

le capacità di guadagno, o perché pensionato, o perché deve interrompere a lungo la sua attività a causa della patologia.

Da queste riflessioni nacque, circa due secoli addietro, l'esigenza e poi la concreta realizzazione del sistema mutualistico, che è un sistema misto in quanto lascia coesistere accanto ad un sistema collettivo la possibilità di ricorrere ad un sistema privato per ciò che non è coperto dal sistema mutualistico. Non dimentichiamo tuttavia che fin dal IV secolo dopo Cristo erano stati istituiti gli *Archiatrati*, definiti da Rossi (181): "le USL dei tempi di Roma", ove lo Stato (e non la mutua) stipendiava un medico perché si prendesse cura dei malati poveri del territorio, lasciando agli abitanti "la libertà" di pagarsi le cure nel sistema parallelo di tipo liberistico. Questo servizio sanitario nazionale rivolto ai poveri si era successivamente dissolto nel Medioevo ed era stato sostituito dall'intervento caritatevole delle congregazioni, per cui il primo sistema sanitario solidaristico dell'era moderna è quello mutualistico, qui di seguito descritto.

I.6 I sistemi mutualistico-assicurativi

Così come per la responsabilità civile auto, per l'incendio e per il furto, anche per i problemi sanitari il cittadino può ricorrere alla formula dell'assicurazione, che contro il pagamento periodico di un premio gli garantisce la copertura dei costi delle cure necessarie nel caso di malattia. Un'assicurazione mutualistica, senza fini di lucro, si definisce correntemente "mutua".

Il malato, in definitiva, scarica su altri l'onere del pagamento: i sani pagano per i malati e questo sistema rientra nella formula detta del terzo pagante (così come quello del servizio sanitario nazionale trattato nel paragrafo successivo).

Raramente l'assicurazione si limita al ruolo di mero pagante: nel caso dell'assistenza diretta, ove l'assicurazione *paga direttamente* chi fornisce le cure necessarie all'assistito, vengono stipulate convenzioni soltanto con determinati fornitori o produttori di cure, che prevedono

livelli massimi di prestazioni, facoltà di controllo e prezzi particolari. Nel caso dell'assistenza diretta si constata la perdita della contrattazione libera ed individuale a causa della formazione di una coalizione di pochi compratori, (nel caso specifico le grandi compagnie di assicurazioni) che si contrappone a un monopolio, come quello dell'unico ospedale utile per un dato territorio e una data popolazione (il suo bacino d'utenza), oppure un oligopolio (coalizione di pochi produttori, come ad esempio tre o quattro ospedali di una grande città).

Nel caso dell'assistenza *indiretta*, ove il cittadino anticipa le spese sanitarie richiedendone successivamente il rimborso all'assicurazione, vengono da questa imposti dei tetti massimi sul rimborso o altre clausole limitative. La formula dell'assistenza indiretta è quella che più facilita una delle condizioni di funzionamento del libero mercato, ove il consumatore acquista le prestazioni sanitarie pagando direttamente il fornitore da lui scelto per le prestazioni desiderate. La necessità di dover anticipare le spese, se per alcuni costituisce un ostacolo all'accesso alle cure, per gli altri rappresenta pur sempre un freno che può essere addirittura desiderabile nei confronti delle richieste superflue.

In ogni caso il malato assicurato ha un obiettivo interesse ad ottenere il massimo di cure possibili, anche quelle che gli procurano un modesto miglioramento del suo stato di salute, poiché nel bilancio complessivo dell'assicurazione le spese riferite alla sua persona, per quanto elevate, si distribuiranno su tutti, e perciò il suo premio, da versare l'anno successivo, sarà accresciuto di una percentuale trascurabile. Da qui il grave problema di conciliare l'interesse del singolo con quello di tutti gli altri assicurati, perché estendendo quel comportamento alla generalità di questi ultimi, il bilancio dell'assicurazione salirà alle stelle, e così il premio che ciascun assicurato dovrà pagare l'anno successivo; diminuirà pertanto il numero di coloro che possono sostenere questo onere aggiuntivo e si rischierà di ridurre la base degli assicurati.

Il sistema delle assicurazioni-malattia sposta il livello delle decisioni dalle scelte individuali a quelle collettive, ma non risolve il problema basilare della scarsità delle risorse.

Il sistema assicurativo può essere più o meno esteso, facoltativo

oppure obbligatorio per legge, diverso per categorie professionali o sociali. La proliferazione delle mutue in un Paese (ad esempio in Italia se ne potevano contare 30.000 prima dell'entrata in vigore della riforma Sanitaria, legge n.833 del 1978) può essere un motivo di confusione e di inefficienza, e tuttavia non è di per sé un elemento assolutamente negativo, in quanto concede la possibilità di scelta personalizzata del tipo di copertura desiderata, la concorrenza e il confronto fra mutue diverse. Se da un lato vi erano mutue che cercavano di avvantaggiarsi economicamente scegliendo (scremando) i propri assistiti fra coloro che avevano meno bisogno di assistenza sanitaria (i liberi professionisti sono un esempio) dall'altro vi erano altre mutue che potevano far vanto di una buona amministrazione, controllando gli stessi prescrittori mediante strumenti semplici quanto efficaci.

I.7. I servizi sanitari nazionali

Si giunge alla creazione di un servizio sanitario nazionale quando il sistema mutualistico diventa generalizzato a tutti i cittadini, quando cioè le prestazioni vengono rese eguali per tutti, e il finanziamento tende ad essere fiscalizzato: con quest'ultimo termine si intende il superamento del sistema delle contribuzioni, "gli oneri assicurativi" diversificati per categoria, versati in parte dal lavoratore dipendente ed in parte dal datore di lavoro, ed ancora dalle categorie dei lavoratori autonomi iscritti alle mutue volontarie od obbligatorie. Con la fiscalizzazione, al sistema contributivo si sostituisce quello della raccolta dei fondi necessari mediante la fiscalità ordinaria generale (imposte e tasse) o mediante prelievi fiscali finalizzati a scopi specifici; (ad esempio un ticket sui consumi sanitari che viene devoluto all'acquisto di nuove attrezzature ospedaliere, oppure una percentuale del reddito prelevata per la costruzione di nuovi ospedali o per l'assistenza alle persone affette da malattie catastrofiche).

L'esistenza del servizio nazionale va riconosciuta indipendentemente dalla denominazione, che può restare legata al vecchio sistema, come nel caso della "Regia mutua del Québec", oppure assumere quella

più confacente alla novità che rappresenta: servizio sanitario nazionale (S.S.N.) in Italia o National Health Service (N.H.S.) in Gran Bretagna.

La fiscalizzazione del finanziamento del S.S.N. significa che tutti i cittadini hanno il dovere di contribuire, in proporzione ai loro redditi, alle spese dello Stato, fra le quali si comprende la Sanità insieme agli altri settori più tradizionali, come la Difesa, la Giustizia, l'Istruzione.

La fiscalizzazione del finanziamento è un elemento di primaria importanza per la realizzazione del servizio sanitario nazionale, in quanto sancisce il principio che tutti i malati hanno eguale diritto di accesso alle cure, indipendentemente dal censo e dalla capacità di spesa. Pertanto si realizza, almeno tendenzialmente, il principio di "equità forte": a ciascuno secondo le sue necessità; da ciascuno secondo le sue possibilità.

In un sistema fiscalizzato non ha senso parlare di deficit del bilancio sanitario pubblico come se si trattasse di un'azienda privata: già la Sanità spende la sua dotazione di bilancio per acquistare risorse umane e materiali su di un mercato molto poco libero, ed inoltre non vende le proprie prestazioni sanitarie, ma le fornisce senza la corresponsione di un prezzo; pertanto non si può applicare la formula elementare:

ricavo - spesa = profitto (se il risultato è positivo)
oppure = perdita (se negativo)

In tale situazione è lecito verificare se la spesa eccede la somma stanziata: tale verifica non comporta un risultato indicativo dell'efficienza del sistema sanitario, ma soltanto la prova che lo spenditore (amministrazione pubblica) non ha obbedito alle prescrizioni del legislatore, che approva le leggi finanziarie e le singole voci di spesa.

Il legislatore decide l'ammontare delle risorse da prelevare col fisco per il funzionamento dell'intera macchina statale e la quantità di risorse da impegnare nei diversi settori di intervento. Fra questi settori, qui interessa la Sanità pubblica, alla quale viene destinata una somma per le spese correnti (il Fondo sanitario nazionale), in concorrenza con le richieste dell'Assistenza sociale, del Ministero dei trasporti e dei Lavori pubblici, dell'Agricoltura e degli altri Ministeri che possono concorrere al benessere dei singoli e della collettività. Nell'approvazio-

ne della legge finanziaria generale emergono le scelte di valore della collettività nazionale che attraverso i suoi rappresentanti decide l'ampiezza della "torta" pubblica ottenuta mediante il prelievo fiscale e la "fetta di torta" da destinare alla Sanità pubblica, considerando che ampliare questa significa togliere un'eguale somma alle altre esigenze collettive.

I governi centrali e/o periferici (autonomie locali o autorità locali) devono amministrare questi fondi, nell'ambito degli indirizzi legislativi e programmatici loro imposti.

La scarsità delle risorse sanitarie si concretizza quindi in tale vincolo di bilancio, per cui ad esempio una regione o un determinato presidio sanitario si vedono limitate le entrate, le possibilità di spesa e infine quelle di intervento. Usciti dal meccanismo del mercato, ove il singolo dovrebbe determinare cosa produrre, come e per chi, resta comunque anche per il decisore pubblico il vincolo della scarsità delle risorse (vedi capitolo II) e si apre il problema di determinare con un piano-programma la risposta a questi interrogativi fondamentali.

1.8. I sistemi sanitari di sei Paesi industrializzati

Prima di trattare della struttura del Servizio Sanitario Nazionale Italiano sembra opportuno esporre brevemente le caratteristiche dei sistemi sanitari di sei Paesi industrializzati, riassunte nella tabella n.4.

Le diversità storiche aiutano a comprendere le esistenti diversità nel finanziamento e nell'organizzazione dei sistemi sanitari, in particolare nel rapporto tra pubblico e privato. Da questo punto di vista rimane un utile riferimento di prima approssimazione la classica tripartizione dei sistemi sanitari in: a) sistemi prevalentemente di mercato (USA e Svizzera); b) sistema mutualistici (Francia, Germania); c) servizi sanitari nazionali (Canada, Gran Bretagna).

Il saggio di Williams (225) illustra bene come il passaggio da a) a c) implichi uno spostamento da un insieme di valori che concedono spazio prevalentemente all'individualismo e all'efficienza a un insieme di valori che esaltano invece il carattere solidale, il bisogno e l'esigenza

Tabella I,4 - La protezione contro la malattia: aspetti istituzionali prevalenti

Stato	Organismo di protezione	% di popolazione coperta	Accesso alla protezione	Requisiti	Finanziamento prevalente
Canada	Assicurazione sociale nazionale	100%	Automatico	Residenza	Sistema tributario generale Contributi sociali
Francia	Assicurazione sociale malattia di base e Mutue integrative	99%	Obbligatorio	Professione	
Germania Federale	Assicurazioni sociali malattia	69,3%	Volontario	Professione	Contributi sociali
	Assicurazioni private sociali+private	90%	Obbligatorio		
	Assicurazioni sociali+private	7,5%	Volontario		
	Assicurazioni sociali+private	6,7%			
Gran Bretagna	Servizio sanitario nazionale	100%	Automatico	Residenza	Sistema tributario generale Imposte di scopo*
Italia	Servizio sanitario nazionale	100%	Automatico	Residenza	
Stati Uniti	Assicurazioni private e mutualistiche	Variable secondo le cure	Volontario	Professione ed altri	Premi di assicurazione
	Organismi federali: - Medicare	12%	Automatico	Più di 65 anni	Sistema tributario generale
	- Medicaid	8%	Automatico	Povertà	
	Senza assicurazione	12,6%			
Svizzera	Assicurazioni private e mutualistiche	97%	Volontario	Professione ed altri	Premi assicurativi + fondi pubblici

* Contributi sociali + contributo di solidarietà sui redditi non da lavoro dipendente

di equità.

Per quanto riguarda la spesa sanitaria per abitante, dalla tabella 5 si rileva immediatamente una forte differenza fra i vari Paesi esaminati: l'Italia contende alla Gran Bretagna il minimo livello di spesa, mentre gli altri Paesi presentano valori superiori per almeno il 50%, fino ad oltre il doppio nel caso degli USA. Tale valore monetario trova corrispondenza nella quantità di risorse reali dedicate alla Sanità: nel 1985, secondo le statistiche dell'Organizzazione per il Coordinamento e lo Sviluppo Economico (161), l'impiego di personale nelle professioni sanitarie risultava pari a 6.142.000 unità negli USA (26 su mille abitanti), contro appena 506.000 in Italia (9 su mille abitanti), ove per di più si riscontra uno squilibrio quantitativo (per eccesso di medici e carenza di infermieri e tecnici con diploma universitario intermedio) non certo ininfluenza sui risultati in termini di protezione sanitaria.

La percentuale della spesa sanitaria sul Prodotto Interno Lordo (PIL) viene spesso utilizzata nei confronti internazionali; si sottintende un legame abbastanza stretto fra consumi sanitari ed entità del reddito pro capite che sarà trattato nel capitolo III. Tutto ciò è pienamente in linea con lo sviluppo dei consumi, che nei Paesi più avanzati si rivolgono sempre più verso i servizi e i beni immateriali (sanità, cultura, svago, etc.) sottolineando l'importanza dell'arricchimento della persona in quanto tale piuttosto che del suo patrimonio di beni: per questo si ritiene che la percentuale di reddito dedicata alla sanità, unita alla spesa per l'educazione, lo sport, l'assistenza sociale, possano indicare il grado di maturità di un'economia post-industriale.

La percentuale della spesa sanitaria sul PIL è un rapporto che risente di notevoli inquinamenti, per cui ogni confronto nel tempo e nello spazio ne può risultare ampiamente alterato: il numeratore è scomponibile nella parte della spesa pubblica, spesso distorto da ritardi nei pagamenti, e nella parte privata, ove l'evasione fiscale e la sottovalutazione dei redditi sembrano essere più diffusi che negli altri settori; il denominatore (il PIL) per parte sua può essere più o meno sensibile all'esistenza del lavoro nero, per cui in un Paese in cui sia sottostimato il lavoro nero, la percentuale della spesa sanitaria (che è in gran parte pubblica e perciò ufficiale) sul PIL risulta

Tabella 1.5 - Prodotto interno lordo (PIL) e spesa sanitaria in alcuni Paesi nel 1987 (in dollari)

Paese	PIL per abitante	Spesa sanitaria per abitante al tasso di cambio corrente	% spesa totale sul PIL	% spesa pubblica su spesa totale (*)
Canada	15.971	1.401	8,8	73,8
Francia	15.820	1.347	8,5	74,8
Germania Federale	18.275	1.472	8,1	78,4
Gran Bretagna	11.083	714	6,0	86,4
Italia	13.172	953	7,2	79,2
Stati Uniti	18.337	2.051	11,2	41,4
Svizzera	25.874	2.011	7,8	68,4

* Tenuto conto delle detrazioni fiscali concesse per spese sanitarie, la percentuale si eleva.

NOTE: Nostra elaborazione su dati dell'Organizzazione per il Coordinamento e lo Sviluppo Economico (160), che comprende 23 Paesi industrializzati ed ha sede a Parigi. La sigla francese dell'Organizzazione è OCDE, quella inglese OECD.

gonfiata.

E' nostra impressione che, correggendo il dato relativo all'Italia nel senso sopra indicato, ne risulterebbe una percentuale più bassa, più vicina a quella della Gran Bretagna e più lontana da quella degli altri Paesi.

La percentuale della parte pubblica sul totale della spesa sanitaria è l'ultimo indicatore fornito dalla tabella 5. Pur con cautela si può affermare che non vi sia una grande differenza fra i cinque Paesi europei e il Canada: detta percentuale varia da un minimo del 68% in Svizzera a un massimo dell'86% in Gran Bretagna. Negli Stati Uniti d'America, invece, la percentuale è solo del 41%, il che sembra dar ragione a chi fa riferimento a tale Paese come un esempio di libero mercato della sanità. E tuttavia si osservi che, al di là dell'intervento pubblico in senso stretto (Medicare per gli anziani e Medicaid per gli indigenti), buona parte del restante rientra comunque nel regime del terzo pagante, ove le fondazioni senza fini di lucro svolgono un ruolo dominante. Dati più recenti indicano che gli statunitensi si ripartiscono come di seguito: 181,1 milioni assicurati, 32,4 milioni assistiti da Medicare, 23,2 da Medicaid, 33,7 non assicurati né assistiti dai programmi federali; di questi ultimi cittadini si stima che l'80% sia rappresentato da famiglie a basso reddito, le quali in caso di malattia di qualche importanza vengono aiutate soltanto dalla Contea o dallo Stato, che sostiene le spese dei soli servizi sanitari meno costosi e meno prestigiosi. Il programma federale Medicaid pare coprire soltanto il 40% dei poveri, dato che per beneficiarne occorre aggiungere alla condizione di indigenza quella di aver compiuto 65 anni di età, oppure quella di appartenere ad una famiglia con un componente affetto da handicap fisico o mentale, A.F.D.C.

Alla luce delle precedenti considerazioni appare ancor più rilevante la differenza fra la percentuale della spesa sanitaria sul P.I.L. negli USA, pari al 11% e quella pari al 9% in un Paese vicino ed abbastanza simile, il Canada, ove tutti i cittadini sono coperti da un servizio sanitario nazionale generalizzato. Secondo un recente studio di Fuchs (77) la differenza è provocata dal più elevato livello dei prezzi dei servizi sanitari statunitensi; il numero delle prestazioni sanitarie pro capite è più elevato in Canada, ma il prezzo unitario, essendo molto inferiore,

più che compensa la maggiore quantità, per cui, alla fine, la spesa totale è inferiore. Si può pertanto comprendere almeno in parte, come il sistema sanitario complessivamente più costoso del mondo possa essere meno soddisfacente per i cittadini utenti rispetto ad un sistema sanitario meno costoso, come quello canadese.

L'introduzione stessa del servizio sanitario nazionale in Italia, che forma l'oggetto del seguente paragrafo, non ha potuto significare un notevole aumento dell'intervento pubblico, poiché qui, come negli altri Paesi occidentali, si era già conosciuta una forte estensione della copertura pubblica, sia per la quota di popolazione che per la gamma delle prestazioni.

I.9. Il servizio sanitario nazionale italiano

Il 23 dicembre del 1978 venne approvata dal Parlamento italiano la legge n. 833, denominata riforma sanitaria, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale. Da molto tempo si sentiva questa necessità, perché il sistema delle mutue, iniziato verso la fine del secolo scorso, aveva mostrato tutti i suoi limiti e le sue contraddizioni; in altri Paesi, come la Gran Bretagna, la Svezia, l'Unione Sovietica e in altri Stati dell'Europa orientale, il servizio sanitario nazionale aveva sostituito le mutue da almeno 30 anni.

La mutua, per la sua natura di assicurazione, provvede soltanto per i suoi associati e dopo che la malattia è insorta: può essere paragonata all'assicurazione dell'automobile, che rifonde i danni dei propri assicurati, in regola con i pagamenti, dopo che l'incidente si è verificato; la prevenzione dei danni non è compito dell'assicurazione ed inoltre chi non è in regola coi pagamenti viene escluso dalla copertura assicurativa e deve provvedere coi propri mezzi. Il sistema mutualistico italiano era integrato dall'assistenza sanitaria erogata agli indigenti da parte dei Comuni e infine dall'assistenza prestata dai volontari singoli ed associati (Pubbliche Assistenze, Congregazioni di carità, Misericordie) e dalle Istituzioni di Pubblica Assistenza e Beneficenza (IPAB), molte delle quali si definivano ospedaliere perché possedevano e

gestivano ospedali pubblici.

La transizione dal vecchio al nuovo sistema è stata graduale ed è derivata da un vivo senso di insoddisfazione per il sistema mutualistico, che era: a) non coordinato rispetto all'azione di prevenzione (allora gestita principalmente dagli Uffici d'Igiene dei Comuni, dai Medici provinciali, dal Ministero); b) responsabile di aver creato malati "di serie A", con diritto a tutte le prestazioni, e malati "di serie B", che potevano usufruire soltanto di qualche servizio meno costoso; c) colpevole di aver contratto debiti per migliaia di miliardi, poi ripianati dall'intervento dello Stato (che aveva visto perciò aumentare non poco il proprio deficit di bilancio).

I primi fondamenti giuridici della riforma sanitaria vanno ricercati direttamente nella Costituzione italiana del 1947, in special modo negli articoli n. 32, 117 e 118. L'articolo 32 stabilisce che "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti". Gli articoli 117 e 118 affidano il potere legislativo sulla sanità alle Regioni, e quello amministrativo di interesse più ristretto agli Enti Locali minori, in particolare ai Comuni e alle loro associazioni. Tali disposizioni della Costituzione sono rimaste soltanto sulla carta per oltre un quarto di secolo.

La prima consistente riforma in campo sanitario si ebbe con la legge n. 132 del 12.2.1968, detta riforma ospedaliera, che trasformò le IPAB ospedaliere in Enti Ospedalieri, ciascuno retto da un Consiglio di Amministrazione non più nominato in prevalenza dal Governo centrale e dagli "interessi originari" delle IPAB ma dagli organi elettivi locali. A seguito di tale normativa e della sua pratica applicazione i nuovi Consigli di Amministrazione, formati da uomini politici, accrebbero considerevolmente il loro potere, a detrimento di quello dei tecnici, in particolare dei primari, i quali fino a quel momento avevano potuto svolgere un ruolo decisivo nella conduzione delle Divisioni e dei Servizi, nella politica del personale come in quella delle scelte sanitarie (ammissione dei pazienti, specializzazione del reparto, etc.). I nuovi consiglieri, che eleggevano all'interno del loro gruppo il Presidente, non si limitavano a dare gli indirizzi generali di politica sanitaria, ma

deliberavano, col voto esclusivamente consultivo del direttore sanitario e di quello amministrativo (i tecnici presenti nel consiglio), su tutti gli atti della vita dell'Ente Ospedaliero, dall'acquisto di forniture alle gare d'appalto, dall'assunzione del personale al suo collocamento in pianta organica. Il Presidente dell'Ente (o un consigliere da lui delegato) presiedeva con diritto di voto le commissioni di concorso, formate da tecnici di cui, fra gli altri, uno di nomina ministeriale e alcuni di nomina dei sindacati delle categorie interessate.

La riforma ospedaliera del 1968 commise il fondamentale errore di attribuire ad uomini politici alcune delle competenze dei tecnici, mentre il Consiglio di un Comune, dovendo nominare un rappresentante nel Consiglio di un Ente Ospedaliero, non poteva e non doveva fare riferimento a competenze tecnico-sanitarie o a capacità dirigenziali di settori amministrativo-sanitari. Nella corretta logica politica il rappresentante avrebbe dovuto essere nominato perché rappresentativo delle scelte etico-politiche di quella comunità.

Prescindendo dalle deviazioni dal corretto gioco democratico, sempre possibili in un Paese ove le cariche vengono spesso attribuite in funzione di manovre illecite a vantaggio di questo o quel partito politico, di questa o quella "famiglia", l'investitura di consigliere di un Ente Ospedaliero era quella del decisore politico (il policy maker dei Paesi anglofoni): nessuno scandalo, quindi, se il decisore non era diplomato né laureato e se non conosceva gli aspetti tecnici della medicina, dato che il suo ruolo avrebbe dovuto limitarsi a decisioni politiche, come ad esempio quella imposta dalla scarsità delle risorse, se assistere i neonati molto immaturi, conoscendone i relativi costi. Perciò non deve destare scandalo il fatto che un decisore politico sia tecnicamente incompetente, purché, ovviamente, la norma non richieda da lui atti tecnici (come la presidenza di un concorso a primario). E' chiaro che non è un fatto negativo che il politico possieda un minimo di competenza sull'argomento specifico, necessario per sapere quello di cui decide, ma occorre guardarsi anche dal rischio opposto: si è dato spesso il caso di un medico nominato decisore politico di un Ente Ospedaliero, che ha utilizzato il suo ruolo per imporre le proprie posizioni scientifiche, la propria "scuola", il proprio interesse partico-

lare a un determinato settore, caratteristiche che non facevano assolutamente parte delle motivazioni per le quali il Consiglio Comunale lo aveva nominato.

Alla riforma ospedaliera del 1968 doveva far immediato seguito la riforma sanitaria generale: invece a questa si è giunti a passi lenti: la regionalizzazione degli Enti Ospedalieri, avvenuta nel 1974, ha sottratto la competenza finanziaria di questo importantissimo comparto alle mutue, nell'intento di trovare un'autorità (quella delle nuove Regioni) in grado di regolare l'impetuoso aumento delle spese ospedaliere, che i contributi mutualistici non erano stati in grado di sostenere e che già allora gravava per la gran parte sul bilancio in deficit dello Stato. La constatazione che neppure questa misura di delega ai nuovi poteri regionali era riuscita a contenere l'aumento delle spese ospedaliere costituì un elemento di spinta verso il nuovo ordinamento, avendo come modello il Servizio Sanitario Nazionale Britannico (National Health Service, NHS) (20). Rispetto a questo, ove l'unico decentramento all'interno dell'Inghilterra, del Galles o della Scozia è meramente burocratico, il Servizio Sanitario Italiano configurato nella legge n. 833 del 1978 prevede una gestione democratica locale, con la partecipazione politica dei cittadini.

Al Parlamento spetta l'approvazione del Piano Sanitario Nazionale e delle leggi sanitarie, che devono limitarsi a costituire un quadro generale, all'interno del quale si esplica l'autonomia legislativa delle Regioni. Il Governo centrale ed il Ministero della Sanità conservano poche competenze. Le Regioni legiferano sulla Sanità, approvando i piani sanitari regionali e le altre norme sul finanziamento delle USL.

Nel SSN avviato nel 1980 i Sindaci ed i consiglieri comunali sono responsabili della gestione dell'*Unità Sanitaria Locale*, che rappresenta il centro operativo cui sono affidate la maggior parte delle funzioni sanitarie destinate agli abitanti di quel territorio. Se il Comune è molto grande, allora può essere diviso in due o più Unità Sanitarie, mentre se è troppo piccolo si deve associare ad altri Comuni vicini, in modo che l'Unità Sanitaria serva dai 50.000 ai 200.000 abitanti. L'Unità Sanitaria si divide a sua volta in più Distretti Sanitari di Base, che corrispondono ad un insieme di popolazione utente degli stessi

servizi di primo livello e di pronto soccorso (gruppo di medici di base, poliambulatorio ecc.).

L'Unità Sanitaria è diretta da un *comitato di gestione* e dal suo presidente; queste cariche politiche sono occupate da persone designate dall'*assemblea generale* dell'Unità Sanitaria, la quale a sua volta è formata dai consiglieri dei Comuni interessati o dai consiglieri di Circoscrizione. Esistono poi *funzionari amministrativi e funzionari medici* i quali hanno responsabilità tecniche, sono assunti per concorso, percepiscono uno stipendio e devono mettere in pratica le direttive del presidente. Il coordinatore sanitario e quello amministrativo sono scelti dal comitato di gestione fra i funzionari del massimo livello con il compito di coordinare l'attività dei direttori delle divisioni e dei servizi.

Nel sistema mutualistico i mezzi finanziari erano tratti prevalentemente dalle retribuzioni lorde degli associati mediante il prelievo dei contributi-malattia. E' chiaro che, se si vuole offrire lo stesso servizio a ogni cittadino in proporzione delle sue necessità, bisogna trovare un altro metodo di finanziamento. La legge costitutiva del SSN prevede l'abolizione di tali contributi e la loro sostituzione con l'aumento delle imposte dirette progressive, quelle che i più abbienti dovrebbero pagare in misura molto maggiore degli altri. Invece nel primo decennio di applicazione, fra il 1980 e il 1990, il SSN ha continuato ad alimentarsi coi contributi dei dipendenti e con quelli degli autonomi, a cui si è aggiunto un tributo sugli altri redditi; a queste somme lo Stato aggiunge un finanziamento per completare il fondo sanitario nazionale. Questo può essere aumentato o diminuito, sulla base delle decisioni della legge finanziaria, la quale determina quantità e fonti del prelievo. Comunque la cifra sarà sempre insufficiente a coprire tutti i bisogni ed a cancellare le differenze fra regione e regione: pertanto si devono fare delle scelte prioritarie.

Ogni Regione deve decidere, mediante il Piano Sanitario Regionale, quali servizi potenziare e come ripartire fra le Unità Sanitarie le somme disponibili. Nel quadro della normativa regionale ogni Unità Sanitaria deve fare un proprio programma ed un proprio bilancio, privilegiando le forme di intervento che appaiono più necessarie.

Il distretto sanitario, attuato soltanto in alcune Regioni, serve

circa 10.000 persone e consente un'ulteriore tipo di partecipazione: il controllo diretto della popolazione sui servizi sanitari ai quali più di frequente ricorre, sugli orari di apertura e sulla dislocazione dei servizi, ecc. Ancora più importante è la possibilità di discutere sui problemi della salute, per avvicinarsi a comprendere le scelte di politica sanitaria che stanno a monte e, infine, per poter orientare gli organi amministrativi centrali (il Ministero, il Governo ed il Parlamento) circa le effettive esigenze della popolazione. Nel distretto, infine, si dovrebbero coordinare gli interventi del settore sanitario con quelli del settore di assistenza sociale.

La recente proposta di legge governativa vorrebbe far dipendere le USL direttamente dall'assessorato regionale, riconducendo così il SSN al modello del NHS; le USL, dalle quali si staccerebbero gli ospedali di maggiore importanza, dovrebbero produrre direttamente o finanziare la produzione dei servizi sanitari, secondo il principio del contraente che sceglie, sulla base delle condizioni più convenienti, i produttori (principio della concorrenza fra produttori pubblici e privati).

Per comprendere i motivi delle proposte di revisione della riforma sanitaria è necessario accennare a quanto è avvenuto nell'ultimo decennio: Il Servizio Sanitario Nazionale, come voluto dalla legge n. 833 del 1978, si basava su alcuni elementi portanti quali:

- la programmazione, che doveva avere per obiettivo il riequilibrio territoriale in favore delle Regioni meno favorite e la razionale distribuzione delle risorse per ottenere il massimo dell'efficienza, nel rispetto del principio dell'equità; a questo scopo si era istituito il fondo sanitario nazionale, che doveva attuare l'unificazione delle risorse economico-finanziarie a livello centrale ed essere successivamente redistribuito secondo il processo della programmazione;
- il decentramento regionale e locale, che doveva portare ad una assunzione diretta di responsabilità degli Enti pubblici minori e dei cittadini stessi, affidando loro le scelte di priorità in tema di tutela della salute e della qualità della vita.

Tali indirizzi normativi e politici hanno trovato scarso riscontro nella realtà. La programmazione infatti, come grande disegno ordina-

tore di mete civili, di appropriata allocazione delle risorse e di equa ripartizione degli oneri continua ad essere definita un appuntamento mancato. Intanto il legislatore nazionale non è riuscito ad approvare alcun piano sanitario nazionale dei tanti proposti: a metà del decennio, più realisticamente, ha emanato la legge n. 595 del 23 ottobre 1985, detta di programmazione sanitaria, che disegna la riorganizzazione ospedaliera e le connessioni con i servizi territoriali sanitari e sociali mediante la realizzazione di cinque "progetti obiettivo" (anziani non autosufficienti, disabili, malati di mente, tossicodipendenti, assistenza materno-infantile).

La legge n. 67 del 11 marzo 1988, detta finanziaria 1988, ha finanziato un programma pluriennale di interventi nel settore dell'edilizia sanitaria per migliorare la funzionalità delle strutture sanitarie mediante consistenti investimenti (10.000 miliardi per triennio). La legge n. 109 del 8 aprile 1988 ed il Decreto Ministeriale del 13 settembre 1988 hanno specificato i provvedimenti necessari per la ristrutturazione funzionale degli ospedali, la rideterminazione del numero degli operatori necessari per l'assistenza (gli standards del personale ospedaliero), l'utilizzazione ottimale dei posti letto, la riconversione delle strutture ospedaliere superflue in centri di riabilitazione o in residenze sanitarie assistenziali per coloro che sono affetti da malattie croniche, non autosufficienti e non hanno bisogno di ricovero ospedaliero.

Dalla metà del 1991, in attesa dell'approvazione delle nuove norme sul SSN, i Comitati di Gestione delle USL ed i relativi presidenti sono stati sostituiti da Amministratori Straordinari, nominati dalle Regioni e dai nuovi Comitati di Garanti all'interno di una rosa di esperti di direzione aziendale: i Garanti rappresentano le istanze politiche locali, mentre l'Amministratore Straordinario riveste il ruolo manageriale più elevato.

Dopo il sostanziale fallimento della programmazione proposta da oltre un decennio, ora si propone la "programmazione incrementale", meno ambiziosa e più flessibile. Lo stesso processo di programmazione regionale, che pure ha avuto diffusione e, in taluni casi, meritata affermazione, denuncia la difficoltà di far fronte sia alle esigenze che il mutamento istituzionale ha appena introdotto negli enti locali minori,

come ad esempio creando le aree metropolitane, sia ai ricorrenti ostacoli creati al sistema sanitario nel suo insieme dalle misure economico-finanziarie di una emergenza finanziaria divenuta ormai ricorrente giustificazione per misure restrittive.

L'organizzazione dei servizi sanitari e sociali tende sempre più a sottolineare il carattere aziendale dei presidi sanitari. In sede di proposta di riordinamento del SSN, si parla di "aziendalizzazione" dei servizi, con il ricorso a tecniche e professionalità manageriali, alla imprenditorialità privata, alla competitività anche all'interno del settore pubblico.

Non deve sfuggire al riguardo il ruolo che oggi viene significativamente proposto alle organizzazioni private senza fini di lucro, alle aggregazioni di volontariato organizzato, professionalmente idoneo, alla rete sociale ed alla famiglia.

La centralizzazione a livello governativo dei provvedimenti settoriali, per patologie dominanti a carattere sociale e diffusione internazionale (AIDS, tossicodipendenze) deve ritenersi un fattore preminente in tema di linee evolutive del sistema sanitario.

In questo paragrafo ci si è occupati prevalentemente dell'evoluzione degli aspetti legislativi e organizzativi del SSN. Oltre ai limiti, già insiti nelle norme, segnalati in precedenza, si è dovuto constatare una serie di gravi ritardi e di inadempimenti nell'applicazione delle norme stesse.

Nella realtà si è assistito al verificarsi di una serie di fenomeni deteriori quali: la lottizzazione delle cariche e dei posti di lavoro, la carenza del rispetto della disciplina e del principio di autorità, la burocratizzazione, l'irrazionale allocazione delle risorse, l'allungamento delle liste di attesa. Tutti questi fenomeni si riflettono negativamente sul buon funzionamento del servizio, creando un grave stato di malessere nella popolazione: su questi aspetti negativi ci si soffermerà più diffusamente nel capitolo V.

La Sanità: I dati più recenti

	Mortalità infantile morti per 1000 nati % delle nascite vitali		Esperanza di vita a 60 anni				Depese di sanità totali % del PIB		Dipendenti di sanità per abitante a PPP		Medicini numero per 1000 abitanti		Hospita numero di letti durata media di ricovero numero di posti			
	1989		1989		1989		1989		1989		1989		1989			
	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	1989	
Germania	0,75	3,38	21,9 ^b	18,5	17,5 ^b	15,5	8,2	4,7	1,232	84	3,0	2,3	10,9	11,5	16,6	19,7
Australia	0,79	2,01	22,8	19,5	18,3	15,6	7,0	4,5	1,032	86	..	..	10,0	10,9	..	..
Austria	0,83	3,75	22,0	18,6	17,9	15,0	8,2	4,6	1,093	82	2,1	1,6	10,7	11,2	12,9	17,9
Belgio	0,86	3,12	20,9 ^a	18,5	16,3 ^a	15,4	7,2	3,4	980	50	3,3 ^a	2,5	8,3	9,4	14,6	19,5
Canada	0,72 ^a	2,73	23,2 ^a	..	18,4 ^d	..	8,7	5,5	1,683	117	2,2 ^a	1,8	6,9 ^a	6,9	13,2 ^a	12,9
Danimarca	0,75	2,15	21,7 ^b	19,1	17,4 ^b	17,2	6,3	3,6	912	64	2,7 ^a	2,2	6,1	8,3	8,6	12,7
Spagna	0,78	4,37	22,7 ^a	19,0	18,7 ^a	16,5	6,3	1,5	643	14	3,7	2,3	4,4 ^b	5,4	13,1 ^b	14,8
Stati Uniti	0,97	2,80	22,5 ^a	19,5	18,2 ^b	15,8	11,8	4,1	2,354	111	2,3 ^a	1,9	4,9	5,8	9,3	10,0
Finlandia	0,61 ^a	2,10	21,7 ^a	17,7	16,9 ^a	14,5	7,3	3,9	1,066	55	2,0	1,5	13,5	15,6	18,1	23,2
Francia	0,75	2,74	23,7 ^b	19,5	18,4 ^b	15,6	8,7	4,2	1,274	66	2,6	2,0	10,2	11,1	13,1	16,8
Grèce	0,99	4,01	21,2 ^a	18,6	18,2 ^a	16,9	5,1	3,2	371	19	3,2 ^a	2,4	5,2	6,2	11,0	13,3
Irlanda	0,76	2,93	20,1 ^a	18,3	16,0 ^d	16,3	7,3	4,0	658	37	1,5 ^a	1,3	6,4	9,6	8,1	9,7
Islanda	0,53	1,30	22,9	20,4	19,5	18,6	8,6	3,5	1,353	60	2,7 ^a	2,1	14,5 ^b	14,0	19,8 ^b	23,6
Italia	0,89	4,39	22,4 ^b	19,0	17,9 ^b	16,4	7,6	3,3	1,050	46	..	..	7,5	9,7	11,7	13,5
Giappone	0,46	3,07	24,3	17,9	20,0	14,9	6,7	2,9	1,035	26	1,8 ^a	1,3	15,6	13,8	52,1	55,9
Lussemburgo	0,99	3,15	21,3 ^b	18,3	16,4 ^b	15,9	7,4	..	1,193	..	1,9 ^a	1,7	12,5	12,8	19,8 ^a	23,2
Norvegia	0,83 ^a	1,89	22,9	20,1	18,3	18,0	7,6	3,3	1,234	55	2,5 ^b	2,0	15,3	16,5	10,1	14,3
Nuova Zelanda	1,08 ^a	2,26	21,4 ^a	19,5	17,2 ^a	16,3	7,1	4,4	820	89	1,9	1,6	9,0	10,2	12,9 ^a	13,8
Paisi Bassi	0,68	1,79	23,4	19,9	18,3 ^b	17,8	8,3	3,9	1,135	71	2,4	1,9	11,7	12,3	34,8	34,7
Portogallo	1,22	7,75	21,7 ^a	18,6	17,8 ^a	15,9	6,3	..	464	..	2,8	2,1	4,7	5,5	12,2	14,4
Regno Unito	0,84	2,25	21,2 ^b	19,3	18,8 ^b	15,3	5,8	3,9	836	76	1,4 ^a	1,3	6,5	8,1	15,0 ^b	19,1
Svezia	0,58	1,66	23,4	19,3	19,2	17,3	8,8	4,7	1,361	92	3,1	2,2	13,3	14,2	19,1	24,4
Svizzera	0,73	2,11	23,9	19,1	19,1	16,2	7,8	3,3	1,376	86	2,9	2,4	9,9	11,3	25,2 ^a	24,7
Turchia	6,50 ^a	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	0,8	0,6	2,1	2,2	6,9

Notes: .. non disponibile a. 1988 b. 1987 c. 1982 d. 1986 e. 1985.

Source La santé dans les pays de l'OCDE / lairs et tendances, OCDE, Paris, 4 trimestre 1981

CAPITOLO II LA SCARSITA' DELLE RISORSE SANITARIE E LA SPIRALE DEI COSTI

*"O umana gente per volar su nata
perché a poco vento così cadi?"*
Dante

II.1. La discrepanza fra le risorse sanitarie limitate e i bisogni illimitati

Nel capitolo precedente abbiamo descritto i vari modelli di assistenza sanitaria nei Paesi industrializzati - privata, mista, socializzata - e siamo giunti alla sconcertante conclusione che ogni modello offre vantaggi e svantaggi, ma nessuno di essi è pienamente soddisfacente per tutti, dato che il raggiungimento di un obiettivo può esigere rinunce nei confronti di altri obiettivi e dato che ognuno di noi può apprezzare in modo diverso il risultato finale. Il mancato reperimento di un modello ideale, atto a soddisfare pienamente i bisogni di tutti i cittadini nel settore sanitario, ha portato al paradosso di una Medicina di per sé molto potente che riesce però a curare bene soltanto una parte dei cittadini di uno Stato, o a curarli tutti ma in modo parziale e insoddisfacente. Perché questo paradosso? Per rispondere a questa domanda è necessario dare prima una definizione dell'espressione "risorse sanitarie". Con questa si intende un complesso di persone (medici, infermieri, tecnici, personale di servizio), e di cose (attrezzature durevoli come immobili, strumenti diagnostici e terapeutici, e materiali di consumo, come farmaci, materiale di medicazione, ecc.) che sono indispensabili alla prevenzione delle malattie e alla cura e alla riabilitazione dei malati.

Orbene, la causa essenziale del malessere che pervade la medicina moderna è costituita dal fatto che le risorse sanitarie sono limitate

mentre la domanda e i bisogni dei malati sono illimitati. Da questo divario scaturisce in tutti i Paesi, ove esiste un servizio sanitario nazionale, o la mutua obbligatoria o il terzo pagante in genere, la necessità del razionamento. "Il compito del razionamento cade di solito sui governi, ma questa responsabilità è soltanto di poco meno critica della retribuzione di pane a una folla affamata di una città assediata; un passo falso e scoppia la rivolta del pane" (177).

Ma continuiamo a domandarci: perché questo divario fra l'offerta e la domanda? Se si trattasse soltanto dell'entità delle somme stanziare dai vari Stati per l'assistenza sanitaria, il disagio dovrebbe essere molto meno acuto nei Paesi ricchi come gli Stati Uniti, i quali stanziavano per la Sanità l'11,5% del prodotto interno lordo, che nei Paesi meno ricchi come l'Italia, che stanziava per la Sanità il 6,5% del suo prodotto interno lordo, già inferiore in assoluto a quello degli Stati Uniti. E invece gli Americani sono insoddisfatti quanto gli Italiani.

La spesa per la Sanità è correlata positivamente col reddito annuo pro capite, che rappresenta sinteticamente la ricchezza prodotta e goduta da un Paese: in altri termini quanto più i Paesi sono ricchi, tanto maggiori sono le spese per la Sanità, non soltanto considerate in valore assoluto (fig. 1) (229), ma anche misurate in percentuale sul reddito stesso (fig. 2) (47) Vedi inoltre tab. II.9 inserita a pag. 126.

Una considerazione etica sorge spontanea: i Paesi più poveri, ove lo stato di salute, comunque valutato, è del tutto insoddisfacente, spendono molto poco, mentre i Paesi ricchi, ove lo stato di salute è di gran lunga migliore, spendono molto: eppure basterebbero le "briciole" cadute dalle laute tavole dei "ricchi" per ottenere dei risultati eccezionali in termini di miglioramento dello stato di salute e di riduzione della mortalità (soprattutto infantile) nei Paesi poveri.

Forse la soluzione del problema dovrebbe essere cercata altrove. Ci si consenta di paragonare metaforicamente la Medicina ad uno sgabello con tre gambe; una è l'efficacia delle cure, un'altra è l'efficienza economica del sistema sanitario, la terza è la rettitudine di coloro che offrono le cure e di coloro che le chiedono.

L'efficacia, ossia l'idoneità di un atto medico a modificare il corso naturale di una malattia, dipende dalla competenza tecnico-

Fig. II.1 - Spesa sanitaria e prodotto interno lordo (Pil) per abitante nell'anno 1987 (lire sterline)

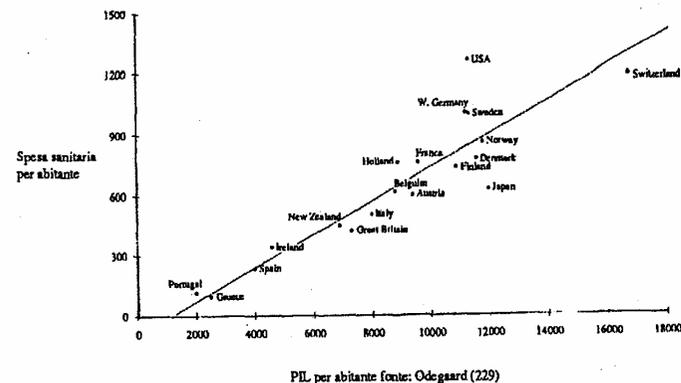
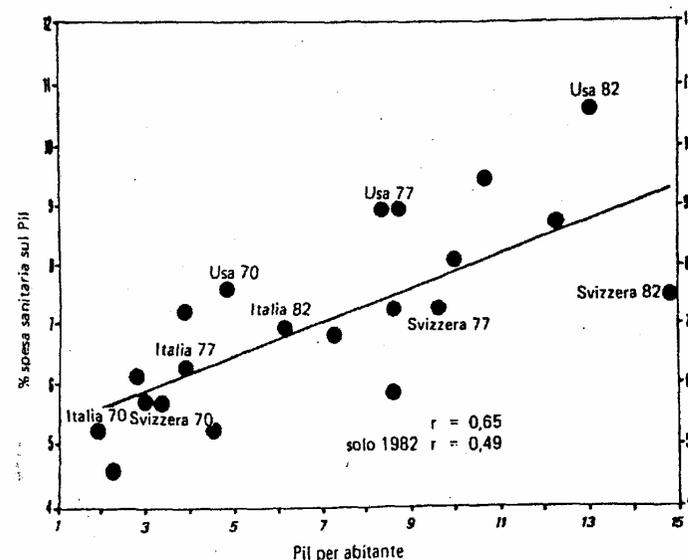


Fig. II.2 - Quota della spesa sanitaria sul Pil e Pil per abitante (in migliaia di dollari) negli anni 1970, 1977 e 1982



professionale dei medici, degli infermieri e, in genere, di tutti gli operatori sanitari.

L'efficienza, ossia la razionale utilizzazione delle risorse, che permette di massimizzare i risultati eliminando gli sprechi e consente la massima estensione del beneficio delle cure al maggior numero di malati, è l'obiettivo primario dei medici, degli amministratori (i politici, come ad esempio il Presidente di una USL), degli amministrativi e degli esperti nel campo della Sanità, ivi compresi gli esperti di economia sanitaria, di organizzazione sanitaria, di finanza pubblica.

La rettitudine, ossia l'obbedienza alle norme dell'etica in generale e dell'etica medica in particolare, dipende dalla coscienza morale e dalla formazione etica di tutti coloro che agiscono nel campo della Sanità, malati compresi.

Se una di queste tre gambe è poco solida, o è più corta delle altre, o manca del tutto, lo sgabello non regge; e purtroppo è ciò che accade. I medici tendono per lo più a preoccuparsi unicamente dell'efficacia delle cure prestate ai singoli malati e dimostrano scarsa simpatia per gli economisti e per gli esperti di etica dai quali si sentono vincolati nella loro libertà di decisione. I politici e gli amministratori, consapevoli del fatto che l'80% del consumo delle risorse sanitarie viene effettuato dai medici, li considerano i principali responsabili della scarsità delle risorse. Quanto agli esperti di etica, essi si sono troppo spesso chiusi nella turris eburnea della filosofia morale, mancando di persuadere i medici, i politici, gli amministratori e gli economisti che l'adeguatezza di un modello di assistenza sanitaria non dipende soltanto dalle leggi e dagli ordinamenti, ma anche e soprattutto dalla rettitudine degli uomini e del costume.

Per queste considerazioni, noi siamo convinti che i malati saranno meglio curati e più soddisfatti, a parità di allocazione delle risorse, quando i politici, gli amministratori ed i medici avranno raggiunto un maggior livello di competenza nei campi dell'etica medica e dell'economia sanitaria.

Una condizione essenziale perché tutti coloro che lavorano nell'azienda Sanità possano svolgere i loro compiti con efficacia, con efficienza e con rettitudine è la consapevolezza dei costi finanziari

dell'assistenza sanitaria nel loro Paese. Nei successivi paragrafi esporremo pertanto prima i fattori che compongono la spesa sanitaria globale e poi i fattori responsabili del suo progressivo e rapido aumento, la cosiddetta spirale dei costi.

Questa esposizione convincerà il lettore del fatto che mentre alcuni fattori dell'aumento progressivo delle spese sanitarie, come il progresso tecnologico e l'invecchiamento della popolazione, sono inevitabili, altri fattori dipendenti da abnormi comportamenti dei medici, degli amministratori della Sanità e degli stessi malati potrebbero essere evitati con grande vantaggio della collettività e dei singoli malati.

II.2. I fattori della spesa sanitaria

I fattori dai quali dipende la spesa sanitaria sono essenzialmente due: 1° La morbosità, ossia il numero, la natura e la gravità delle malattie che colpiscono una data popolazione in un dato periodo. 2° Il complesso delle risorse sanitarie reso necessario per la prevenzione, la diagnosi e la terapia delle malattie che colpiscono la popolazione.

La morbosità di una popolazione è difficilmente valutabile perché lo stesso concetto di malattia è incerto e variamente interpretato, implicando, oltre che elementi di ordine medico, anche elementi di ordine psicologico. Sotto il profilo della spesa sanitaria, si può valutare il fattore morbosità in base al numero di malati che si rivolgono al medico e vengono curati negli ambulatori e negli ospedali. Un altro elemento per valutare la morbosità è costituito dal calcolo della mortalità e delle sue cause, facilmente deducibili dai certificati di morte redatti dai medici.

Con questi fattori però non si tiene conto dell'enorme numero di "malattie minori" o di "sintomi", come la cefalea, le infezioni delle vie aeree superiori (raffreddore, mal di gola), l'insonnia, la stipsi, l'astenia, la lombalgia, che i malati si curano da sé con i farmaci da banco e che, pur sfuggendo ad ogni valutazione statistica, incidono sull'economia e sulla spesa sanitaria di ogni Paese col duplice meccanismo del consumo dei farmaci e della diminuzione dell'attività lavorativa. Per esempio

negli Stati Uniti uno studio condotto dall'American Cancer Society di Atlanta dimostrò che su un milione di individui, il 40-55% affermarono di soffrire di cefalea, il 33-46% di astenia e il 15% di mal di gola. Sempre negli Stati Uniti fu dimostrato che le comuni infezioni respiratorie provocano annualmente la perdita di 100 milioni di giornate lavorative, una perdita superiore a quella di tutti gli scioperi e le serrate messe insieme. E' certo che anche negli altri Paesi industrializzati esiste la stessa "patologia minore" con le stesse conseguenze socio-economiche.

E veniamo ora alle spese dovute al consumo delle risorse sanitarie. In primo luogo bisogna citare, per l'onere economico che comporta, la retribuzione del personale che lavora nell'azienda Sanità. Si tratta di personale sanitario (medici, infermieri, tecnici, fisioterapisti, personale di servizio delle istituzioni sanitarie, ecc.) e di personale amministrativo (funzionari del Ministero della Sanità, degli assessorati, delle USL, ecc.). A questo personale direttamente o indirettamente impegnato nell'azienda Sanità, bisogna aggiungere, se si vuole fare un calcolo completo, il personale docente e non docente nelle Facoltà di Medicina e delle Scuole professionali per infermieri e per tecnici specializzati.

Quanti sono i lavoratori dell'azienda Sanità? Il loro numero varia da un Paese all'altro, ma è molto alto in tutti i Paesi industrializzati. In Italia i medici in attività erano 271.221 al 31/12/1989, giungendo ad un rapporto elevatissimo, pari a 1 ogni 212 abitanti, il che ha legittimato l'uso del termine "inflazione medica", che non ha riscontro in nessun altro Paese fuori del nostro. Alla stessa data gli odontoiatri erano 10.837, numero molto ridotto, in conseguenza della recente istituzione del corso di laurea. I medici convenzionati per la medicina generale erano nel 1988 in numero di 56.542, i pediatri 4.830. Ad eccezione dei convenzionati col SSN, i quali risultano come privati, coloro che dipendevano istituzionalmente dal SSN al 1/1/1988 erano 623.510, così suddivisi: 81.940 medici, 4014 veterinari, 9.999 laureati farmacisti, chimici, fisici, psicologi; 231.587 infermieri; a questi si aggiunge altro personale tecnico del ruolo sanitario, che giunge pertanto ad un totale di 372.616 unità. Il ruolo professionale, che comprende avvocati,

ingegneri ed architetti e 720 assistenti religiosi, giunge ad un totale di 1.259 unità. Il ruolo tecnico, che comprende 602 laureati, 94.875 tecnici, 5.066 assistenti sociali e 79.420 ausiliari socio-sanitari, giunge ad un totale di 179.963 unità. Il ruolo amministrativo giunge ad un totale di 68.282 unità e quello con qualifiche atipiche a 1.390 unità.

Il costo delle retribuzioni del personale sanitario incide notevolmente sulla spesa sanitaria globale in tutti i Paesi. In Italia, ad esempio, il costo delle retribuzioni del personale del servizio nazionale fu nel 1989 pari a 26.971 miliardi di lire e nel 1990 di 31.116 miliardi di lire. Ma, in conseguenza del nuovo contratto di lavoro, le Regioni prevedono un aumento nel 1991 a 36.600 miliardi di lire.

Nella valutazione dei fattori della spesa sanitaria, bisogna tener conto, oltre che delle retribuzioni del personale sanitario ed amministrativo, delle somme spese per l'acquisto di beni e di servizi prodotti da altri settori dell'economia. "Esistono dunque, a monte delle attività sanitarie propriamente dette, dei prodotti che trovano un mercato nel settore sanitario. E' il caso dell'industria farmaceutica, dell'industria biomedica con i suoi prodotti di elettronica medica (apparecchi radiologici, ecografici, tomografici, analizzatori elettronici), del materiale medico-chirurgico (tavole operatorie, materiale ortopedico, ottica medica, strumenti chirurgici), e dei prodotti ed articoli destinati alla diagnosi e alle cure correnti (film radiografici, siringhe, materiale di medicazione). In Francia la produzione di questi materiali impiega 40.000 persone e realizza sul mercato francese una cifra di affari di 4 miliardi di franchi" (179).

Passiamo ora a considerare le componenti della spesa sanitaria globale che sono state valutate dall'OECD (*) (161) per il settore pubblico (v. tabella 2.1).

Poiché i costi dei servizi ospedalieri rappresentano oltre il 50% e più della spesa sanitaria globale, essi meritano una riflessione particolare. Di tutte le istituzioni sanitarie, l'ospedale è la più costosa sia per la sua costruzione che per il suo funzionamento. In un ospedale generale, dotato di tutte le strutture e di tutti i servizi necessari, ad ogni posto letto corrispondono una superficie coperta pari a un intero appartamento per una famiglia media e costi di costruzione equivalenti,

Tabella II.1 - Componenti del costo della spesa sanitaria globale per il settore pubblico (% media arrotondata dell'OECD)

Componente	1970	Primi anni 80
Cure nelle istituzioni	50	54
Cure ambulatoriali	20	20
Farmaceutici	12	11
Altri servizi (*)	18	15
Totale	100	100

(*) Strumenti medici, ricerca biomedica, ecc.

Fonte OECD 1987.

aumentati dall'acquisto e dalla installazione di apparecchiature sofisticate e costose. La retta di degenza giornaliera, corrispondente ai costi di mantenimento di un ricoverato in ospedale supera il costo della pensione di un buon albergo. Di qui il rischio che gli ospedali assorbano una parte eccessiva del bilancio sanitario totale di un Paese, lasciando una parte troppo scarsa ai servizi di prevenzione e alle istituzioni sanitarie extraospedaliere, servizi e istituzioni che, se ben funzionanti, contribuiscono notevolmente a diminuire il numero delle ospedalizzazioni.

II.3. I fattori dell'aumento progressivo della spesa sanitaria

Come abbiamo già scritto, il malessere che pervade la medicina nei Paesi industrializzati è motivato dalla discrepanza fra la limitatezza delle risorse sanitarie ed i bisogni illimitati dei malati. Ma ciò che maggiormente preoccupa i governi non è tanto la spesa sanitaria di per sé, quanto il suo continuo e progressivo aumento - la spirale dei costi

- che dipende da numerosi fattori che ora esporremo.

Nel nostro Paese la spesa sanitaria, ossia il costo finanziario, è aumentato del 18% nel 1982, dell'11% nel 1983, del 15% nel 1984, dell'11% nel 1985, del 12% nel 1986 e nel 1987. Queste cifre sono ancora più preoccupanti se si tiene presente il contemporaneo calo del tasso di inflazione pari a 14,7% nel 1982, al 10,8% nel 1983, al 9,2% nel 1984, al 5,9% nel 1985 e al 4,7% nel 1986 e al 5% nel 1987; per i più recenti aumenti, v. tabella II.2.

Negli Stati Uniti i costi dell'assistenza sanitaria ammontarono nel 1989 a 600 miliardi di dollari con un aumento del 700% rispetto all'anno 1970. Questo aumento fu il doppio delle spese effettuate per altri beni e servizi. Se questo andamento continuerà, le spese arriveranno a 1 miliardo di miliardi di dollari nel 1995 e a 1,5 miliardi di miliardi di dollari nell'anno 2000. La spesa sanitaria che rappresentava nel 1940 il 5% del prodotto interno lordo, rappresenta ora l'11% di esso e, se l'attuale tendenza continuerà, raggiungerà il 15% del prodotto interno lordo alla fine del secolo (58).

L'aumento della spesa non si verifica soltanto nei Paesi il cui sistema sanitario è liberale, ma anche nei Paesi in cui esso è socializzato. Ad esempio, nel periodo di 5 anni, dal 1981 al 1986 la spesa del Servizio Sanitario Nazionale inglese è aumentata quasi del 48%.

I governi, e gli altri enti che costituiscono il "terzo pagante", sono estremamente preoccupati per questo aumento continuo e apparentemente inarrestabile, della spesa sanitaria, soprattutto perché essa tende costantemente ad aumentare la sua parte all'interno del prodotto interno lordo.

I fattori che maggiormente contribuiscono all'aumento dei costi della Sanità sono il progresso tecnologico, l'invecchiamento della popolazione, l'aumento della domanda di servizi sanitari e la morbosità. Influiscono negativamente sulla spesa sanitaria anche altri fattori dipendenti da criticabili comportamenti dei medici (esagerata richiesta di indagini diagnostiche, iperprescrizione dei farmaci) e degli amministratori (cattiva organizzazione ed amministrazione delle istituzioni sanitarie, mancata prevenzione degli sprechi e dei furti). Esaminiamo singolarmente tutti questi fattori.

Tabella 2.2 - Aumento della spesa sanitaria corrente delle USL (miliardi di lire)

Aggregati di spesa	1989	1990		1991			stima corretta	variaz. %
	con-suntivo	stima	variaz. %	stima tendenziale	variaz. %	effetti manovra governativa		
A. Spesa	67.949	79.871	17,5	90.342	13,1	- 2.850	87.492	9,5
1. Spese per il person.	26.229	31.081	18,5	35.432	14,0	-300	35.132	13,0
2. Acquisti di beni e servizi	12.135	14.076	16,0	16.047	14,0	-700	15.347	9,0
3. Assistenza generica conv.	4.176	4.969	19,0	5.367	8,0	-	5.367	8,0
4. Assistenza farmac.	11.744	13.975	19,0	16.071	15,0	-1.600	14.471	3,5
5. Assist. osped. in conv.	6.784	8.005	18,0	9.046	13,0	-	9.046	13,0
6. Assist. spec. conv. interna	736	876	19,0	946	8,0	-	946	8,0
7. Assist. spec. conv. esterna	2.641	2.799	6,0	2.939	5,0	-400	2.539	-9,3
8. Altre prestaz. di ass. sanit.	3.002	3.542	18,0	3.896	10,0	-400	3.496	-1,3
9. Altre differenziali	350	400	14,3	450	12,5	-	450	12,5
10. Compartecipazioni lib. prof.	152	148	-2,6	148	-	-	148	-
11. Aumenti di spesa per P.S.N.	-	-	-	-	-	500	550	-
B. Risorse finanz.	61.928	67.810	9,5	81.170	19,7	900	82.070	21,0
1. F.S.N.	59.711	65.788	10,2	78.750	19,7	-	78.750	19,7
2. Partec. regioni stat. spec.	-	972	-	1.220	25,5	-	1.220	25,5
3. Entrate proprie USL	2.217	1.050	-52,6	1.200	14,3	900	2.100	100,0
C. Disavanzo(B-A)	-6.021	-12.061	100,3	-9.172	-24,0	3.750	-5.422	-55,0

Fonte: elaborazione ISIS, Supplemento al n. 29/30, luglio 1991.

2.3a. Il progresso tecnologico

Il progresso tecnologico è senza dubbio una delle cause più importanti dell'aumento crescente della spesa sanitaria. E' dimostrato che ogni anno centinaia e forse migliaia di nuove tecnologie entrano a

far parte del bagaglio sanitario. Si tratta di nuovi farmaci, di nuove apparecchiature, di nuovi procedimenti diagnostici e terapeutici spesso sofisticati e costosi; basti ricordare la dialisi, i trapianti di organi, la chirurgia cardiaca e vascolare, le terapie di rianimazione, la nutrizione parenterale totale, ecc.

Le nuove tecnologie hanno mutato la fisionomia della medicina moderna e nessuno potrebbe negare gli enormi vantaggi che esse hanno arrecato all'umanità, le vite salvate e la sopravvivenza assicurata a malati prima destinati inesorabilmente a morire.

Di fronte a questi innegabili benefici bisogna ammettere che i costi delle nuove tecnologie incidono in modo notevole sulla spesa sanitaria globale.

Nel processo di industrializzazione del mondo occidentale abbiamo assistito a una massiccia introduzione di nuove tecnologie: nella maggior parte dei campi, il progresso tecnico presenta inizialmente costi elevati, ad esempio per la ricerca e la produzione di uno strumento nuovo, come l'automobile. Successivamente l'industrializzazione e la produzione di massa rendono possibile la riduzione dei costi e dei prezzi, risparmiando lavoro umano e materiale, con l'automazione e l'affinamento della produzione, fatta in serie. Anche le nuove macchine utensili, le sofisticate attrezzature di produzione, comportano all'inizio un notevole sacrificio ed un forte impegno finanziario, ma riducono drasticamente i costi di produzione, in primis quello del fattore lavoro. Ciò non avviene (ancora) nella Sanità perché il risultato delle novità tecnologiche si traduce molto spesso nella sopravvivenza di malati che esigono interventi continuativi per tutto il resto della loro vita. Alcune tecnologie (ad esempio la dialisi, i procedimenti di rianimazione, la terapia intensiva) richiedono, oltre al costo delle apparecchiature, appositi ambienti ed un personale medico ed infermieristico numeroso e altamente specializzato. Inoltre alcuni apparecchi diagnostici o terapeutici estremamente sofisticati e costosi subiscono così rapidi miglioramenti tecnici che spesso a distanza di breve tempo dal loro acquisto, compaiono sul mercato apparecchi di II o di III generazione che rendono obsoleti quelli di I generazione. Si aggiunga che molte nuove apparecchiature hanno bisogno di frequente manutenzio-

ne e riparazione di per sé molto costose.

Cominciano tuttavia ad apparire tecnologie nuove che tendono a ridurre la qualità e la quantità delle risorse necessarie per il loro funzionamento, pur non riducendo la qualità del risultato, anzi talvolta aumentandolo. E' il caso della dialisi renale, che da qualche anno può essere autogestita a domicilio, con le attrezzature semplificate nell'uso e ridotte nelle dimensioni, messe a disposizione dal progresso dell'elettronica. E' il caso del litotritore, che può evitare il costoso e doloroso intervento chirurgico per la calcolosi renale, almeno in una parte di malati. Ancora si propone il monouso per ridurre l'impiego di lavoro, la tecnologia del microinfusore, che rende superfluo l'intervento sanitario per la somministrazione ripetuta, quella dell'autocontrollo con stick e/o microcomputer per patologie croniche diffusissime, come il diabete (glicemia e pressione arteriosa), mentre il progresso dei trapianti rende migliore e meno dispendiosa la sopravvivenza dei malati renali che altrimenti necessiterebbero di dialisi. Infine occorrono spesso molti anni di sperimentazione per valutare se un nuovo procedimento diagnostico o terapeutico sia veramente efficace. Ed anche gli esperimenti randomizzati condotti per effettuare questa valutazione sono di per sé molto costosi.

Non è possibile evidentemente arrestare per ragioni economiche il progresso tecnologico della medicina. E' invece doveroso, sia dal punto di vista etico che dal punto di vista economico, valutare con prudenza i vantaggi e gli svantaggi dell'introduzione nell'uso di ogni nuova apparecchiatura, di ogni nuovo procedimento diagnostico o terapeutico. Questa valutazione deve essere effettuata insieme, in spirito di collaborazione dai medici e dagli amministratori sanitari e sarà esposta con maggiori particolari nel paragrafo V.4.

I procedimenti di alta tecnologia più costosi sono senza dubbio i trapianti di organi come il cuore e il fegato. Nel 1985 Angeli (10) calcolava che il costo di un trapianto di cuore negli Stati Uniti ammontava in media a \$ 150000. Il numero dei trapianti di cuore era fortemente limitato dalla mancanza di donatori. Ma i cardiopatici che avrebbero avuto bisogno di un trapianto cardiaco ammontavano a 50.000 all'anno. Se tutti questi trapianti avessero potuto essere effettuati, sarebbero

costati 7,5 miliardi di dollari all'anno. Sempre secondo Angeli, un trapianto di fegato costava circa \$ 200.000 e 4500 all'anno erano i pazienti che ne avrebbero avuto bisogno. Se vi fossero stati i donatori, i costi dei trapianti di fegato negli Stati Uniti sarebbero ammontati a circa 1 miliardo di dollari all'anno. L'enormità di queste cifre, sia quelle reali che quelle ipotetiche, dimostra fino a quel punto il progresso tecnologico abbia messo in crisi il bilancio della Sanità anche nel Paese più ricco del mondo.

L'alto costo di altre tecnologie sofisticate può essere reso più accettabile dall'efficienza con la quale esse vengono utilizzate. Se, ad esempio, un apparecchio per la TC viene acquistato da un piccolo ospedale, le singole indagini tomografiche avranno un costo molto alto. Se l'apparecchio verrà acquistato da un grande ospedale nel quale saranno effettuati ogni giorno numerosi esami tomografici, il costo di ognuno di essi sarà molto più basso.

II.3b. *L'invecchiamento della popolazione*

Esso è provocato dalla diminuzione della natalità e dall'aumento della durata della vita. Aumenta quindi notevolmente il numero degli ultrasessantacinquenni, ma aumenta anche e soprattutto, a causa della diminuita mortalità, il numero di quelli che vengono chiamati "i vecchi più vecchi", ossia gli ultraottantacinquenni; come osservano Schneider e Duralnik (186), un numero senza precedenti di individui entrano nel 9° e nel 10° decennio della vita. Il gruppo dei "vecchi più vecchi" è quello che dimostra il più rapido aumento sia negli Stati Uniti che negli altri Paesi.

Si consideri inoltre che gli anziani di oggi presentano una propensione ai consumi sanitari ben maggiore degli anziani di un tempo. Nell'arco di appena un decennio, infatti, il valore del consumo sanitario è aumentato per tutte le fasce di età, ma ha subito una impressionante impennata per gli anziani, come dimostrano i dati delle ricerche effettuate dal CREDES (35) riportati nei seguenti grafici:

Fig. II.3 - Evoluzione del consumo sanitario secondo l'età in Francia due anni a confronto: 1970 e 1980. Spesa pro capite in 3 mesi

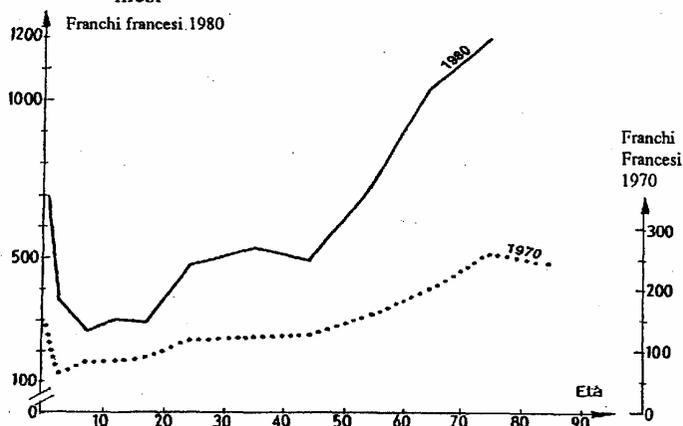
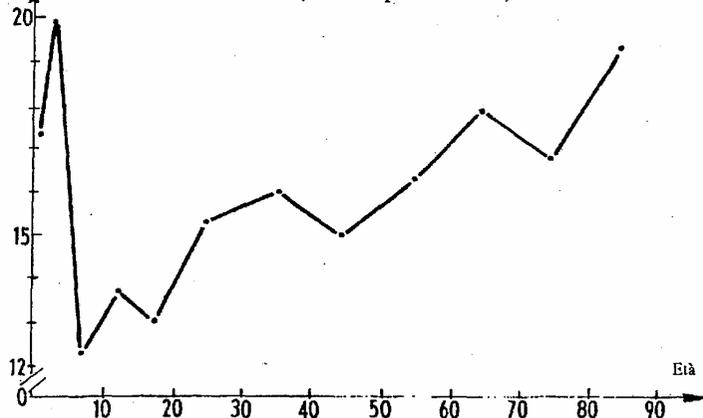


Fig. II.4 - Accrescimento medio annuale del consumo sanitario secondo l'età in Francia (1980 rispetto a 1970)



Il Census Bureau degli Stati Uniti prevede che nell'anno 2020 l'aspettativa di vita media sarà di 82 anni per le donne e di 74,2 anni per gli uomini; e nell'anno 2040 l'aspettativa di vita media salirà a 83,1 anni per le donne e a 75 per gli uomini. Secondo le proiezioni del Census Bureau nell'anno 2040 vi saranno negli Stati Uniti più di 1 milione di ultracentenari. Per l'Italia si vedano le previsioni elaborate da Golini et Al. (80).

Le ragioni per le quali il progressivo aumento del numero dei vecchi contribuisce al progressivo aumento della spesa sanitaria globale sono da ricercarsi nelle caratteristiche della patologia senile. Essa si differenzia da quella delle altre età della vita per molti aspetti. Si tratta innanzi tutto di una polipatologia; i soggetti anziani sono cioè affetti contemporaneamente da diverse malattie di cui una o due sono clinicamente evidenti e le altre sono latenti. Se un medico, visitando un vecchio, diagnostica una sola malattia, vuol dire che almeno un'altra o altre due gli sono sfuggite. Le malattie che con maggior frequenza colpiscono i vecchi sono la malnutrizione, le affezioni cerebro-vascolari con le loro conseguenze psichiche e somatiche invalidanti, i tumori; a questi si aggiungono le frequenti cadute con relative fratture, ecc.

Le conseguenze di questa polipatologia sono essenzialmente due. Da un lato la polifarmacia, ossia l'assunzione di un gran numero di farmaci; dall'altro la perdita progressiva dell'autonomia e il bisogno di una continua assistenza medica e soprattutto infermieristica. La necessità del ricovero in una istituzione sanitaria diventa ad un certo momento evidente perché le famiglie non possono affrontare l'onere dell'assistenza. Per lo più la comparsa dell'incontinenza urinaria e/o fecale è la goccia che fa traboccare il vaso e così il vecchio viene ricoverato anche contro la sua volontà. Per questo motivo aumenterà in tutti i Paesi industrializzati il bisogno di posti letto negli ospedali per lungo degenti e nelle comunità assistenziali protette.

In Italia Mengani (148) in una recente ricerca svolta nelle Marche ha studiato il grado di autonomia fra tutti gli ultrasessantenni prendendo in considerazione soltanto una delle attività e cioè quella di coricarsi ed alzarsi dal letto. L'autore ha dimostrato che il 90,9% dei soggetti sono completamente autonomi, il 6,3% incontrano difficoltà, e il 3,1%

sono del tutto non autosufficienti. Proiettando questa percentuale sul piano nazionale, il numero degli "allettati" residenti nel loro domicilio sarebbe pertanto di poco superiore a 320.000, circa uguale a quello di coloro che non riescono assolutamente a usare la toilette, a controllare gli sfinteri, a tagliarsi da soli la carne e il pane, a vestirsi o spogliarsi da soli. Circa il doppio sono quelli che incontrano difficoltà nello svolgere le azioni di cui sopra.

Negli Stati Uniti la percentuale di tutti gli ultrasessantacinquenni ricoverati nelle case di riposo è del 3% per gli uomini e del 6% per le donne. Se si considerano gruppi specifici di età, la percentuale aumenta dall'1% degli uomini e delle donne di 65-74 anni al 15% degli uomini e al 25% delle donne oltre 85 anni. La percentuale delle donne nella popolazione che vive a casa e che ha bisogno dell'aiuto di un'altra persona aumenta dal 10% per le donne da 65 a 74 anni, al 37% di quelle che hanno più di 85 anni. Così la maggioranza delle donne (62%) e una sostanziale proporzione di uomini (46%) di oltre 85 anni vivono nelle case di riposo, oppure in casa propria ma con l'aiuto di un'altra persona.

Quali sono i costi dell'assistenza sanitaria dei vecchi? Per rispondere a questo quesito possiamo riferirci alle spese cui va incontro il governo federale degli Stati Uniti per finanziare Medicare, una istituzione che assiste la maggioranza dei vecchi americani. I costi medi annuali di Medicare aumentano in modo sostanziale con l'età degli assistiti, da \$ 2017 per gli individui fra 65 e 74 anni a \$ 3215 per gli ultraottantacinquenni. Secondo le proiezioni del Census Bureau questi costi aumenteranno in modo cospicuo nei prossimi decenni quasi raddoppiando (in dollari del 1987) nell'anno 2020.

Il costo dei ricoveri nelle case di riposo per gli Stati Uniti raggiunse nel 1985 la cifra di \$ 23.600 per ogni ricoverato, per un totale di 31,1 miliardi di dollari a fronte di 1,3 milioni di ricoverati ultrasessantacinquenni. Ma queste cifre sono destinate fatalmente ad aumentare man mano che aumenterà il numero degli ultraottantacinquenni ricoverati. E' quindi prevedibile che nell'anno 2040 la spesa per le case di riposo aumenterà (in dollari del 1985) fra 84 e 139 miliardi di dollari.

Come si preparano le autorità politiche degli Stati Uniti a fronteggiare sia i costi attuali, sia e ancor più quelli previsti per il futuro?

Daniel Callahan, direttore dell'Istituto Hasting, e molte altre personalità nord-americane, suggeriscono che, "dopo il completamento della durata naturale della vita", e cioè negli ultimi 70 o nei primi anni 80, vengano somministrate soltanto le cure destinate a lenire la sofferenza. Ma giustamente Schneider e Duralnik (186) osservano che questo razionamento delle cure basato sull'età è inaccettabile per molte ragioni: 1° Sarebbe molto difficile raggiungere un accordo su quale età rappresenti "il completamento naturale della vita". 2° L'eterogeneità che si verifica con l'invecchiamento rende l'età cronologica una base inadeguata per decidere se una persona può essere privata delle cure. 3° Questo razionamento delle cure sulla base dell'età promuoverebbe una inaccettabile discriminazione contro i vecchi. 4° La decisione di sospendere le cure dovrebbe essere basata su criteri diversi da quello dell'età: i desideri del paziente e dei suoi familiari e lo stato di salute del paziente.

Una soluzione eticamente accettabile del problema potrebbe consistere nell'incrementare la ricerca scientifica su tutte le condizioni morbose che contribuiscono all'invalidità degli anziani come la malattia di Alzheimer, il morbo di Parkinson, l'artrosi, le fratture del femore, le malattie del sistema vascolare periferico. Per valutare l'importanza, anche dal punto di vista economico, della ricerca scientifica, basterà ricordare le enormi somme risparmiate in tutti i Paesi con la vaccinazione antipolio e con la chemioterapia antitubercolare. Le somme stanziare per la ricerca scientifica consentirebbero dei risparmi ben maggiori di quelli ottenuti con il semplice contenimento dei costi.

II.3c. *L'aumento della domanda di salute*

Sembra che il significato del vecchio detto "ante omnia salus" sia stato nei due ultimi decenni riesumato ed ipervalutato dalle popolazioni dei Paesi industrializzati. "La salute sta diventando il valore individuale e sociale maggiormente sentito e condiviso. Più della ricchezza, più del sapere, più della religiosità, anche se non in antitesi con questi altri valori, la salute appare capace di indirizzare i comportamenti delle

persone e le risorse di una nazione" (162).

La gente si è convinta che il sentirsi bene e lo star bene sono grandi vantaggi; che bisogna fare di tutto per evitare di star male e che, se ci si ammala, bisogna fare di tutto per guarire al più presto e nel modo più completo. Questo atteggiamento nei confronti della salute è senza dubbio apprezzabile ed è anzi l'obiettivo dell'educazione sanitaria delle popolazioni.

Tuttavia, poiché ogni medaglia ha il suo rovescio, questo mutato atteggiamento nei confronti della salute si è accompagnato ad una serie di timori irrazionali e di comportamenti errati che contribuiscono in modo notevole all'aumento progressivo della spesa sanitaria globale.

L'espressione errata "diritto alla salute" per indicare il "diritto alla tutela della salute", che è ben altra cosa, ha fatto sì che molti individui, intellettualmente e culturalmente poco dotati, vedano nella loro malattia non un evento occasionale e inevitabile, bensì la violazione del loro "diritto" di star bene. Di qui un sentimento di protesta basato su motivi non sempre ragionevoli.

A questo atteggiamento di protesta, si aggiungono le tante paure alla cui insorgenza contribuiscono non poco le trasmissioni televisive: il colesterolo, i trigliceridi, l'osteoporosi... Perfino l'influenza che, con l'eccezione di alcune pandemie, è malattia benigna e di breve durata, è diventata fonte di preoccupazione. Non c'è medico che in certi periodi dell'anno non riceva tre, quattro telefonate al giorno da soggetti che chiedono se è il caso di vaccinarsi perché sta arrivando "la cinese". Il bello è che di questo prossimo arrivo il medico non ne sa nulla; ne viene avvertito dai suoi clienti.

Questo stato d'animo, queste preoccupazioni per lo più irrazionali ed infondate si traducono in due diversi comportamenti che incidono entrambi sulla spesa sanitaria globale. Uno è l'automedicazione: il malato evita di recarsi dal medico e cerca di curarsi da sé con l'acquisto di farmaci da banco. Oppure si reca dal medico. Se si tratta di un medico privato, il cui onorario deve essere pagato di tasca propria dal paziente, è più difficile che la richiesta della visita sia immotivata. Ma quando esiste un terzo pagante (servizio sanitario nazionale, ente mutualistico o assicurativo) la richiesta di visite mediche superflue è

frequentissima. Sono soprattutto i soggetti affetti da ansia somatizzata che con maggior frequenza si recano dal medico per sintomi banali come gli acufeni, il senso di sbandamento, la cefalea tensiva, le palpitazioni, ecc.

Questo facile accesso al medico incide inevitabilmente sulla spesa sanitaria globale non soltanto perché ogni visita del medico si conclude con la prescrizione di indagini diagnostiche o di visite specialistiche o di farmaci, ma anche per il consumo di un'altra risorsa, il tempo di lavoro del medico, che avrebbe potuto essere più efficacemente impiegato per altri malati.

Si crea insomma un deplorabile e costoso circolo vizioso: l'accesso al medico, reso più agevole dall'esistenza del terzo pagante, diminuisce il tempo che il medico può dedicare al singolo paziente; il medico cerca di compensare la brevità della visita, spesso superflua, con una serie di prescrizioni diagnostiche e terapeutiche altrettanto superflue, il terzo pagante paga inutilmente il lavoro del medico e quello degli specialisti, le indagini diagnostiche e, naturalmente, i farmaci o le cure termali o le sedute fisioterapiche.

II.3d. *La morbosità*

L'analisi dell'OECD (161) suddivide i miglioramenti della morbosità in tre fasi.

Nella prima fase, precedente al 1930, i miglioramenti furono dovuti soprattutto alle misure di sanità pubblica, ai migliori standard di vita, alle forniture di acqua potabile, all'ingegneria sanitaria, alla ventilazione delle abitazioni e degli ambienti di lavoro, e all'educazione sanitaria. Tutti questi fattori ebbero un grande impatto sull'incidenza delle malattie infettive che erano fino a quell'epoca, la causa più importante di morte prematura e specialmente della mortalità infantile. In questa prima fase i farmaci non furono un fattore decisivo.

La seconda fase, fra il 1930 e il 1950, fu l'epoca dei "farmaci meravigliosi". Essa cominciò con la scoperta dei sulfonamidi e con la purificazione della penicillina. Con il 1950 comparve una serie nume-

rosa di antibiotici, la tubercolosi era stata dominata dai nuovi farmaci, la vitamina B12 era stata scoperta e il cortisone era stato sintetizzato.

La terza fase, la più lunga dal 1950 ai nostri giorni, è stata contrassegnata da un aumento continuo (benché meno rapido) dell'aspettativa di vita alla nascita. Nel mondo industrializzato le misure di sanità pubblica associate alla chemioterapia avevano controllato quasi tutte le malattie infettive e la mortalità infantile era diminuita a livelli così bassi, da renderne sempre meno facile una ulteriore riduzione. Invece le malattie croniche sono diventate il fattore più importante sia della morbosità che della mortalità. Quattro categorie di malattie croniche - circolatorie, neoplastiche, respiratorie e digestive - sono la causa di quasi il 90% dei decessi.

Questa situazione, relativamente stazionaria, è stata bruscamente sconvolta dalla comparsa della pandemia di AIDS. I costi dell'AIDS variano molto nei diversi Paesi a seconda della diffusione della malattia e dei mezzi impiegati per curarla. Per dare un'idea dell'entità dei costi attuali riportiamo una tabella di Scitowsky e Rice (1988) che si riferisce al maggio 1986.

Tabella II.3 - I costi dell'AIDS negli Stati Uniti (in miliardi di dollari)

	1986	1991
Cure mediche rivolte alle persone	1,1	8,5
Altri servizi*	0,5	8,5
Costi indiretti**	7	55,6
Costi totali	8,6	66,4

* Ricerca, educazione, screening, servizi di supporto

** Perdita di produttività derivante dalla morbosità e dalla mortalità prematura.

Ai costi così rilevanti bisogna aggiungere quelli delle ricerche dell'industria farmaceutica per la scoperta di un chemioterapico o di un vaccino. Leggiamo sul bollettino dell'Associazione Americana degli

industriali farmaceutici che attualmente 59 industrie farmaceutiche lavorano a progetti di sviluppo per la diagnosi e la terapia dell'AIDS. Essi comprendono 13 farmaci antivirali, 25 immuno-modulatori e un certo numero di vaccini sperimentali. Naturalmente la maggior parte di questi 90 prodotti cadranno prima di raggiungere il mercato. Sarebbe tuttavia sorprendente se tutti questi enormi sforzi non conducessero prima o poi ad un risultato pratico. Anche se soltanto uno o due dei 90 progetti di ricerca dessero buoni risultati, essi potrebbero rivoluzionare la terapia dell'AIDS e ridurre sostanzialmente i costi per la società.

II.3e. La moltiplicazione delle indagini diagnostiche

Si distinguono abitualmente due tipi di indagini diagnostiche. Quelle effettuate a scopo clinico contribuiscono ad accertare la natura della malattia di un singolo malato, che ne presenta già le manifestazioni, mentre le indagini di screening vengono effettuate su persone apparentemente sane; queste ultime indagini sono maggiormente giustificate se effettuate in modo mirato, per identificare in una collettività i soggetti che siano ad alto rischio per una determinata malattia. Ma esistono anche i check-up, indagini a tappeto su soggetti apparentemente sani, tese ad individuare precocemente l'esistenza di eventuali malattie nel presupposto che un intervento sia tanto più efficace quanto più precoce. Benché differenti nei loro scopi, le tre categorie di indagini diagnostiche contribuiscono ad aumentare la conoscenza della probabilità che un soggetto abbia o non abbia una determinata malattia, aiutando quindi il medico nella sua attività diagnostica.

Nel 1956, inaugurando il 56° Congresso della Società italiana di medicina interna, il grande clinico Prof. Frugoni (73) disse fra l'altro: "E' ormai scena abituale che il malato, con gesto che richiama le offerte votive in antico presentate ai sacerdoti nei templi di Esculapio, venga a noi recando sulle braccia montagne di radiografie e di reperti di laboratorio". Più di trent'anni sono passati da allora ma la scena è cambiata soltanto nel senso che "le offerte votive" si sono moltiplicate in proporzioni esponenziali.

Da un'indagine dell'ISTAT (127) tesa a stabilire quanti accertamenti diagnostici fossero stati effettuati in Italia nel corso delle 4 settimane precedenti il periodo 17-22 novembre 1986, risultò che in quel mese erano stati effettuati 4.677.000 analisi del sangue. Calcolando una media prudenziale bassa di tre esami per ogni prelievo, si otteneva la cifra di 14 milioni di esami del sangue. A questi si aggiungevano 1.911.000 esami radiografici ed ecografie, 3.282.000 esami delle urine e 1.441.000 di altri accertamenti. Dunque 11.311.000 accertamenti diagnostici in un solo mese.

Ma il fenomeno non è soltanto italiano. Negli Stati Uniti le sole indagini di laboratorio sono aumentate dal 10 al 15% o più ogni anno negli ultimi 20 anni. Le indagini di laboratorio incidono per il 10% sul costo totale della spesa sanitaria. Poiché questa nel 1980 aveva raggiunto il costo annuale di 247 miliardi di dollari, i costi annuali per le indagini di laboratorio superano attualmente i 25 miliardi di dollari (226). A questi costi, riguardanti le sole indagini di laboratorio, bisogna aggiungere quelle riguardanti le altre numerose indagini strumentali.

Questo rapido moltiplicarsi delle indagini diagnostiche ha una sua spiegazione e giustificazione in molti fattori:

- la scoperta di nuovi ed efficaci mezzi d'indagine. Basti pensare alla medicina nucleare, all'ecotomografia, alla risonanza magnetica nucleare, alla elettrocardiografia dinamica, alla tomografia computerizzata, alla tomografia a emissione di positroni, all'angiografia digitale, ecc.

- l'utilizzazione delle indagini non soltanto a scopo diagnostico ma anche per la sorveglianza della terapia.

- il diffondersi della pratica del cosiddetto check-up.

- l'impiego dei profili multiparametrici, i cosiddetti "profili di laboratorio", che consistono nell'esecuzione di numerosi test fra loro correlati, diretti a svelare le disfunzioni di un organo o di un sistema (profilo epatico, renale, elettrolitico, ecc.).

- l'impiego delle indagini diagnostiche nella medicina preventiva e comunitaria (i cosiddetti "screening").

Occorre tuttavia rilevare che l'automazione del laboratorio di analisi ha ridotto di molto il costo unitario per indagine, in tutti i sensi,

e cioè sia in termini di spese per materiali di consumo che in termini di quantità di sangue da prelevare. La spesa di investimento per l'acquisto dell'attrezzatura viene ammortizzata tanto più facilmente quanto maggiore è la scala della produzione (la quantità di esami eseguiti). Al contrario i costi del singolo prelievo restano alquanto elevati, considerato il materiale necessario e il lavoro sanitario ed amministrativo, per non parlare del tempo perduto dal paziente e dei suoi disagi. Le due serie di fattori concorrono a rendere economico un "eccesso" di esami, nella misura in cui tale eccesso contribuisce a ridurre la necessità di un secondo prelievo per un certo numero di casi sul totale.

Tutti questi fattori non possono però giustificare da soli il vertiginoso moltiplicarsi delle indagini diagnostiche e molti dati della letteratura dimostrano che, in alta percentuale - per quanto difficilmente determinabile - vengono richieste ed effettuate indagini superflue.

Hamburger e Soffer (88) confrontarono l'uso dei test diagnostici nei pazienti affetti da chetoacidosi diabetica, da parte di endocrinologi e di non endocrinologi in un ospedale universitario. Benché il periodo di ospedalizzazione fosse uguale, il numero totale dei test di laboratorio e di esami radiografici e il numero medio per paziente e per giorno di degenza, erano notevolmente più alti nel gruppo degli specialisti, 17,02% e 10,6% rispettivamente. Inoltre gli stessi autori confrontarono l'uso dei test di laboratorio effettuati in malati di chetoacidosi diabetica nello stesso ospedale nel 1975 e nel 1980. Malgrado che i risultati terapeutici fossero simili, nel 1980 vi era stato un aumento dei test di laboratorio del 20%. Più recentemente gli stessi autori hanno confrontato l'uso del laboratorio in un ospedale universitario e in un ospedale di comunità privato, in gruppi di pazienti affetti dalla stessa malattia e degenti in Divisioni di medicina interna. Il numero dei test richiesti per ogni paziente era notevolmente superiore nell'ospedale universitario (in media 36,07 pro capite) rispetto all'ospedale privato (19,94%).

I dati di cui sopra smentiscono che nella moltiplicazione delle indagini diagnostiche superflue siano responsabili soltanto i medici generici e gli internisti; gli specialisti non lo sono di meno. Ecco, ad esempio, come Dal Palù (40) descrive l'iter diagnostico cui vengono sottoposti, anche in ambiente cardiologico, i pazienti affetti da iperten-

sione arteriosa: "Il numero di indagini cui soggiace oggi giorno il paziente iperteso - indagini che sono tutte innocue ma certamente tutte dispendiose - va sempre più crescendo: esami radiologici (torace, addome in bianco, urografia), radioisotopi (radionefrogramma, scintigrafia renale), dosaggi chimici e/o radioimmunologici (renina, angiotensina, aldosterone, catecolamine), prove funzionali complesse (studio della funzione separata dei due reni), ecc. Tali indagini, eseguite spesso senza una preliminare valutazione del paziente in sede clinica, avrebbero fondamentalmente lo scopo di identificare i pochi casi di ipertensione cosiddetta "secondaria". E' tuttavia ampiamente dimostrato, dall'epidemiologia e dagli studi clinici, che nella maggioranza dei casi di ipertensione arteriosa pochi esami ben mirati (esame delle urine, azotemia e/o creatinemia, potassiemia, glicemia, colesterolemia, elettrocardiogramma e fundus oculi) sono più che sufficienti per una corretta conclusione diagnostica e per una terapia ragionata".

Recentemente A. Epstein et al. (64) dell'Università di Harvard, hanno eseguito un'inchiesta su 351 pazienti affetti da ipertensione arteriosa non complicata, curati ambulatoriamente da 30 internisti che lavoravano da soli o in collaborazione. Da questa inchiesta scaturì la constatazione che gli staff medici richiedevano per ogni paziente un numero molto maggiore di esami di laboratorio e strumentali rispetto ai medici che lavoravano da soli. Inoltre il numero delle indagini richieste era proporzionale al numero dei medici componenti lo staff. I pazienti curati da più medici erano stati sottoposti ad un numero pressoché doppio di esami ematologici, di elettrocardiogrammi e di radiografie del torace rispetto ai soggetti curati da un solo medico (in media 6,4 esami per paziente ogni anno in confronto a 3,3). Ma il dato ancora più rilevante dell'inchiesta di Epstein fu che al maggior numero di indagini diagnostiche non corrispondevano migliori risultati terapeutici. Questi infatti erano più soddisfacenti nei pazienti curati da un solo medico o da uno staff poco numeroso.

Vale la pena, a questo punto, di chiedersi se le indagini diagnostiche siano sempre necessarie e se debbano essere sempre effettuate per giungere ad una diagnosi esatta. Abbiamo i nostri dubbi. Uno di noi (C.I.) visita e cura (118) non raramente pazienti la cui malattia può

essere diagnosticata con il solo esame clinico effettuato con attenzione e senza guardare l'orologio. E, per fortuna, non è il solo a comportarsi così: nel 1975 Hampton et al., (89), studiarono l'importanza relativa, ai fini diagnostici, dell'anamnesi, dell'esame fisico e delle indagini diagnostiche in 80 pazienti ambulatoriali in occasione della loro prima visita. Lo studio consisteva nell'invitare i medici a formulare una prima ipotesi diagnostica subito dopo la raccolta dell'anamnesi; questa ipotesi veniva poi confermata o modificata dopo l'esame fisico e poi di nuovo confermata o modificata dopo aver effettuato le indagini diagnostiche. Orbene, i risultati furono i seguenti: la sola raccolta dell'anamnesi permise di giungere alla diagnosi in 66 degli 80 malati. L'esame fisico contribuì alla diagnosi soltanto in 7 malati, e le indagini di laboratorio modificarono la diagnosi già posta con l'anamnesi e l'esame fisico soltanto in 7 pazienti.

Naturalmente questi risultati sarebbero stati differenti se si fosse trattato, invece che di malati ambulatoriali, di pazienti affetti da malattie più complesse e gravi e ricoverati in ospedale. Ma per quelli visitati in ambulatorio è molto importante la conclusione di Hampton et al. (89). "Se il medico rimane in dubbio circa la diagnosi dopo aver raccolto la storia clinica ed aver effettuato l'esame obiettivo, è difficile che le indagini di laboratorio possano essere di aiuto".

Infine, secondo J. Rutledge, (183) molte indagini diagnostiche superflue continuano ad essere prescritte per un'abitudine difficile a sradicare. Ogni giorno il laboratorio del suo ospedale riceveva in media 4 richieste di dosaggio degli elettroliti nelle urine. E' questo un dato analitico utile soltanto raramente e in casi particolari. Ma il costo di questa indagine ammontava a 15.000 dollari all'anno. Le spiegazioni orali e scritte ai medici dell'ospedale rimasero senza effetto, finché Rutledge comunicò con una lettera che l'indagine sarebbe stata effettuata soltanto dopo una conferma telefonica del medico richiedente. La prima telefonata giunse soltanto dopo 4 mesi.

Naturalmente nessuno potrebbe negare il contributo decisivo che le moderne tecniche di indagine portarono alla soluzione di molti problemi diagnostici. Abbiamo detto "di molti", ma non di tutti; e a tale proposito vale la pena di ricordare, a scopo esemplificativo, ciò che è

accaduto nel campo della diagnostica dell'infarto del miocardio.

Per alcuni decenni la malattia venne diagnosticata sulla base del quadro clinico, dei dati elettrocardiografici e di pochi dati di laboratorio (leucometria e velocità di sedimentazione). Ben presto però ci si rese conto dell'alta frequenza delle atipie cliniche dell'infarto e dei conseguenti errori diagnostici cui esse danno luogo: su 508 casi osservati nel periodo 1929-1941 nel Jewis Hospital di Philadelphia, Baer e Fraenkel (12) trovarono che la diagnosi esatta figurava all'atto del ricovero soltanto nella metà dei casi, e nel 20% dei casi non v'era neppure un riferimento al cuore. M. Hochrein (110) osservò che su 100 casi di infarto ben 40 si presentavano con sintomatologia atipica. Nel 1946 uno di noi (C.I.) (115) pubblicò la sua casistica: su 165 casi di infarto, 22 (13,3%) presentavano un quadro clinico completamente atipico.

Intanto però comparvero nuove tecniche diagnostiche: i dosaggi enzimatici ed isoenzimatici nel siero, le nuove acquisizioni della elettrocardiografia, l'ecocardiografia, lo scanning miocardico e la coronarografia. Era logico dunque prevedere un notevole e progressivo aumento dei casi di infarto esattamente diagnosticati e, parallelamente, una progressiva diminuzione di quelli non diagnosticati. Se però si esaminano i dati della tabella II.4 ci si rende conto che questo progresso diagnostico non si è verificato.

Tabella II.4 - Comparazione dell'esattezza diagnostica accertata da vari autori (da E.J. Zarling et Al.) (228)

Autori - anni	Durata delle osservazioni anni	N. dei casi	Diagnosi esatta %
Bean 1938	10	176	65
Yater et Al. 1948	6	203	57
Paton 1957	2	170	69
Johnson et Al. 1959	2	62	61
Zarling et Al. 1983	2	100	53

Quindi nell'arco di tempo 1938-1983, malgrado l'avvento di molti nuovi mezzi di indagine diagnostica, non vi è stato alcun aumento nelle percentuali di diagnosi esatte di infarto del miocardio.

Lo studio di Zarling et Al. (228) è particolarmente significativo perché fu eseguito nel periodo di due anni in un grande ospedale americano paragonando 100 casi consecutivi di infarto miocardico acuto, dimostrati all'autopsia, con l'esame delle relative cartelle cliniche che erano bene elaborate e di alta qualità. Nel commentare i risultati del loro studio, Zarling et Al. sottolineano che l'alta percentuale di fallimenti diagnostici era imputabile ai seguenti fattori:

- L'alta percentuale di casi con quadro clinico atipico (27%) occultato da altri eventi morbosi. Poiché le atipie cliniche sono così frequenti, molti errori diagnostici sarebbero evitati se i medici osservassero con maggiore attenzione le modificazioni dello stato clinico del malato e specialmente i segni emodinamici come la pressione arteriosa, la frequenza del polso e il ritmo cardiaco. In questi casi l'uso appropriato dell'elettrocardiogramma e dei dosaggi enzimatici può condurre il medico alla diagnosi esatta.

- Il fallimento dei dati di laboratorio enzimatici nel corroborare la diagnosi clinica. I risultati falsamente negativi erano numerosi e potevano essere stati provocati da problemi di tempo, come il ritardato arrivo del malato in ospedale dopo l'insorgenza dei sintomi, il ritardato prelievo dei campioni di sangue e l'impreciso racconto dei malati sull'ora e sul giorno dell'insorgenza dei sintomi. Importante poteva essere anche l'inesatta relazione cronologica fra l'insorgenza dell'infarto e la comparsa dei sintomi clinici. Questi fattori riducono nella pratica clinica la sensibilità dei dosaggi enzimatici ed isoenzimatici.

- La diffusa dipendenza dei medici dall'aiuto della tecnica per affermare o per confortare la diagnosi dell'infarto. Questa tendenza è dimostrata dal contrasto nell'esattezza diagnostica fra le classi I e II. Nella prima, con risultati di laboratorio positivi, la diagnosi fu esatta nell'85% dei casi; nella seconda, con quadro clinico altrettanto evidente ma con risultati di laboratorio falsamente negativi, la diagnosi fu esatta nel 52% dei casi.

Abbiamo voluto riferire i risultati delle osservazioni di Hampton

e di Zarling et Al. perché essi dimostrano che l'utilità delle ricerche diagnostiche non è sempre determinante. L' "orgia consumistica in campo diagnostico" è così imponente che una riflessione sulle sue cause si impone. Riteniamo che le più importanti siano le seguenti:

- Il progresso medico offre un sempre maggior numero di test e di tecniche diagnostiche, il che può rappresentare un innegabile vantaggio. Senonché, allo stesso modo che un lungo "menu" spinge a mangiare al ristorante più di quanto si mangi a casa propria, mano a mano che si allunga il "menu" delle nuove indagini disponibili, i medici sono spinti ad utilizzarle immediatamente e con larghezza, anche quando non ve n'è stretto bisogno, forse per curiosità scientifica, ma più spesso per sembrare "à la page" col progresso medico.

- Alcuni medici ritengono che le indagini diagnostiche possano compensare il frettoloso e incompleto esame clinico del malato. Non avendo formulato in partenza ipotesi diagnostiche da convalidare, "sparano a mitraglia", come fa il cacciatore incerto della mira. Questi medici ritengono di poter sempre ottenere dalla moltiplicazione degli esami una conclusione diagnostica, il che non è vero.

- Alcuni medici prescrivono molte indagini - anche se sofisticate e pericolose - perché eccessivamente preoccupati per un eventuale errore diagnostico e per le sue conseguenze medico-legali. E tuttavia alcune indagini non sono esenti da rischi per il malato.

- Altri medici non aggiornati continuano a richiedere indagini obsolete, come le prove di sierolabilità colloidale, (vantaggiosamente sostituibili col quadro proteico elettroforetico), la lipemia totale, l'indice di Katz, ecc.

- Altri medici accondiscendono troppo facilmente al desiderio dei numerosi malati che chiedono ingenuamente di essere sottoposti al check up, ignorando che "un'anamnesi accurata e un esame fisico ben fatto riescono a rivelare l'esistenza di condizioni patologiche con una frequenza doppia rispetto al check up" (210).

- Un altro dei motivi non ultimi per cui vengono richieste indagini diagnostiche inutili consiste nel fatto che la grande maggioranza dei medici hanno una scarsa percezione dei costi generalmente elevati delle indagini diagnostiche e del peso che essi rappresentano per

i singoli pazienti paganti in proprio o per la collettività.

II.3f. *Gli interventi terapeutici superflui e l'ostinazione terapeutica*

Fra i vari fattori che incidono sui costi dell'assistenza sanitaria, le terapie mediche e chirurgiche effettuate senza una reale necessità occupano un posto assai importante. Esse sono non soltanto antieconomiche ma danneggiano i malati, violando il principio etico fondamentale del "non nocere" Ippocratico.

Per quanto riguarda le terapie mediche, il primo posto è occupato dall'abuso nella prescrizione dei farmaci. La tabella II.5 dimostra il progressivo aumento della loro produzione in alcuni Paesi industrializzati. La tabella II.6 riporta i consumi pro capite che consentono una più facile comparazione al 1989.

Malgrado l'enorme sviluppo della produzione di nuovi farmaci, la componente farmaceutica del Prodotto Interno Lordo di Italia e Francia si è ridotta fra gli anni '70 e la metà degli anni '80. La ragione principale di questo declino è che i prezzi farmaceutici sono aumentati di meno dei prezzi degli altri beni e servizi, e in particolare dei prezzi delle altre cure sanitarie. Tuttavia in alcuni Paesi, quando le autorità governative vogliono contenere i costi della Sanità, il loro primo bersaglio è costituito dai farmaci. "I sistemi di controllo europei, in particolare, sono ossessionati dal costo dei farmaci. Si può giustamente affermare che molte autorità europee si comportano secondo la definizione che Oscar Wilde dette del cinico: conosce il prezzo di ogni cosa e il valore di niente (...) L'intensità dello sforzo fatto dalle autorità per controllare i prezzi dei farmaci è sproporzionata ai risparmi ottenibili: un taglio del 2% delle spese ospedaliere equivale ad un taglio del 10% delle spese farmaceutiche. Questo comportamento è anche errato in termini di reale economia sanitaria e di strategia industriale" (177).

In Italia l'incidenza della spesa farmaceutica pubblica sul totale delle spese sanitarie pubbliche è passata dal 27,94% nel 1963, al 21,81% nel 1970, al 15,82% nel 1980 e al 18,87% nel 1990 (67b). Si noti che dal 1977 una parte crescente della spesa viene sostenuta dai privati,

Tabella II.5 - Confronti internazionali

A) Incidenza percentuale della spesa farmaceutica globale (pubblica + privata) sul P.I.L.

	Italia	Francia	Germania	Regno Unito	Belgio	Olanda	Spagna	USA	Giappone
1966	1,41	1,35	0,94	0,62					
1970	1,37	1,39	1,08	0,62					
1978	1,13	1,20	1,19	0,76	1,09	0,69		0,93	1,31
1982	1,09	1,28	1,34	0,79	1,01	0,62		0,96	1,53
1983	1,13	1,32	1,38	0,79	1,08	0,63		1,19	1,56
1984	1,08	1,25	1,39	0,79	1,09	0,67		1,19	1,39
1985	1,23	1,30	1,42	0,77	1,03	0,69	1,25	1,25	1,39
1986	1,22	1,38	1,40	0,81	1,07	0,73	1,19	1,31	1,36
1987	1,27	1,33	1,43	0,81	1,11	0,79	1,21	1,39	1,43
1988	1,33	1,42	1,48	0,84	1,13	0,80	1,25	1,49	1,743
1989	1,34	1,47	1,41	0,83	1,12	0,86	1,28	1,59	1,47
1990	1,44	1,47	1,41	0,83	1,14	0,91	1,34	1,70	1,33

B) Spesa farmaceutica globale e procapite in prezzo al pubblico e in percentuale sul P.I.L. - 1990

PAESI	Spesa farmaceutica globale (miliardi di lire)	Spesa farmaceutica procapite (lire)	indice spesa pro-capite (Italia = 100)	% della spesa farmaceutica sul P.I.L.
Italia	18.851	326.969	100,0	1,442
Francia	21.032	374.501	114,5	1,474
Germania	25.466	410.808	125,6	1,413
Regno Unito	10.028	175.204	53,6	0,832
Belgio	2.624	264.037	80,8	1,142
Olanda	2.966	199.744	61,1	0,906
Spagna	7.789	200.293	61,3	1,338
Usa	111.103	446.597	136,6	1,697
Giappone	48.138	390.997	119,6	1,331

fonte: (67b).

Tabella II.6 - Principali parametri economici del settore farmaceutico nell'OCSE - 1989

Paesi	Consumo pro-capite (indice Italia = 100) (1)	Spesa farmaceutica pro-capite in prezzo al pubblico (dollari) (2)	Numero confezioni in commercio
Italia	100,0	202,91	10.280
Francia	240,3	251,12	8.500
Germania	113,3	275,24	70.000
Regno Unito	133,3	121,63	11.000
Belgio	147,2	171,96	9.000
Olanda	-	129,17	5.903
Danimarca	-	-	5.000
Spagna	146,4	-	9.900
Cee	-	-	129.583
Austria	-	-	17.291
Svezia	-	-	2.626
Norvegia	-	-	2.185
Finlandia	-	-	3.742
Svizzera	128,4	-	25.000
Usa	-	336,08	60.000
Giappone	-	347,71	33.753

- (1) Il consumo dei farmaci è definito come numero di "dosi farmaceutiche" (numero compresse, capsule, fiale, ecc.) O.H.E. - Londra - maggio '86.
- (2) Il calcolo in dollari è effettuato partendo dai valori in unità nazionale trasformati in lire e quindi in dollari sulla base del tasso medio annuo 1989 dell'U.I.C. (da Farindustria 1990). (67)

e quindi non risulta nella percentuale di cui sopra. La spesa farmaceutica convenzionata è aumentata, negli ultimi dieci anni in Italia, del 442 per cento, passando da 62.315 lire per abitante del 1981 a 275.439 lire del 1990.

Bisogna ammettere che la spesa farmaceutica potrebbe essere ridotta con l'uso più oculato dei farmaci. Della iatropatologia da farmaci tratteremo nel paragrafo IV.5; qui ci limiteremo ad alcune considera-

zioni dirette a dimostrare come e quanto il cattivo uso dei farmaci contribuisca all'aumento della spesa sanitaria.

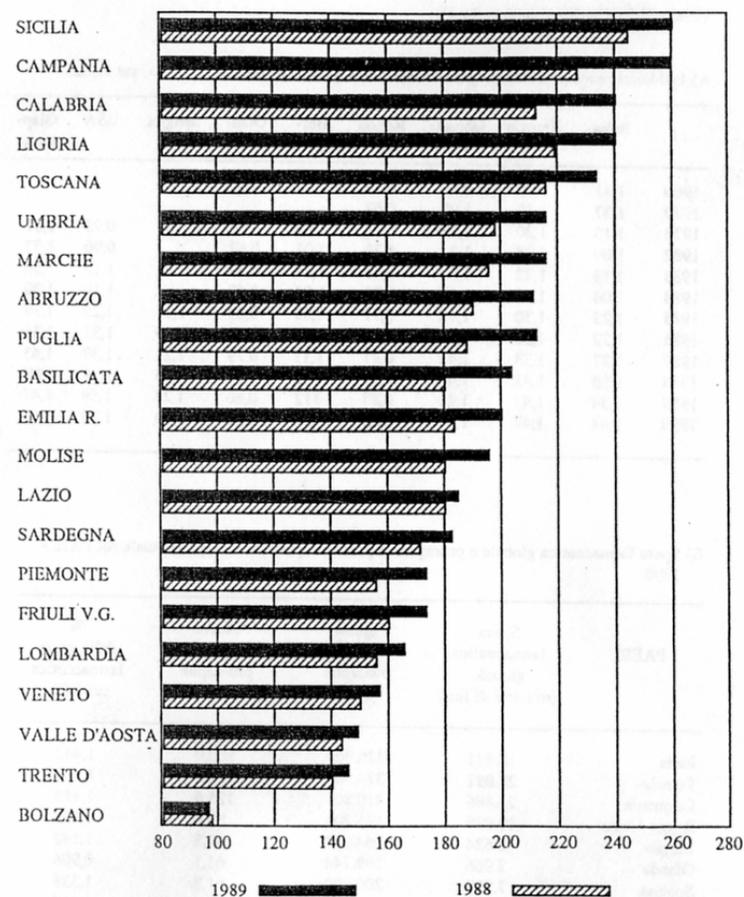
Se la prescrizione dei farmaci venisse effettuata razionalmente, il loro consumo dovrebbe dipendere soltanto dagli indici di morbosità. Ma se il nostro lettore esaminerà la figura II.5 dovrà dedurre o che in Sicilia, in Calabria e in Campania imperversano all'insaputa di tutti gravi epidemie, oppure che la prescrizione dei farmaci in quelle tre e in altre regioni viene effettuata con criteri e sotto al spinta di incentivazioni irrazionali o eticamente inaccettabili.

Come scrive Del Favero (44), "l'esistenza di un tale abuso è denunciato dalla presenza e dal consumo di un numero di medicinali estremamente variabile nelle diverse nazioni e tra gruppi di medici all'interno dello stesso paese, diversità non giustificabili da differenze esistenti nelle necessità delle popolazioni interessate, ma espressione soltanto di interessi economici che spingono a canalizzare o a creare bisogni nelle direzioni commercialmente più redditizie. Allo stesso modo, l'incremento continuo del numero delle prescrizioni "pro capite", registrabile ovunque, non si correla ad un aumento del numero o della gravità delle malattie, né si accompagna ad una minore richiesta di altre prescrizioni sanitarie, ma è in stretto rapporto col numero dei medici che le prescrivono".

In realtà, di quando in quando emerge, come la punta di un iceberg, la segnalazione di una truffa ai danni del S.S.N., come quella delle false fustelle, che può spiegare la diversità della spesa farmaceutica pro capite in quelle regioni ove pure l'invecchiamento della popolazione è molto più modesto di quello della Liguria; solo in quest'ultima si può giustificare l'elevata spesa, a fronte di un maggior consumo reale di farmaci, dato che la popolazione ultrasessantenne, che in Liguria è in percentuale doppia rispetto alla Calabria, costa medialmente il triplo, in termini di spesa farmaceutica convenzionata pro capite, rispetto alla popolazione adulta (100).

Si ricorda inoltre che l'industria farmaceutica va incontro, oltre che alle spese inerenti alla ricerca del farmaco ed alla sua sperimentazione, anche ad altre spese di carattere promozionale o di altro genere: tutto ciò incide sul prezzo dei farmaci. L'industria farmaceutica sostiene

Fig. II.5 - Spesa farmaceutica pro-capite (migliaia di lire)



(da "Il Medico d'Italia, n. 59, aprile 1990)

ne inoltre una serie di oneri impropri, che necessariamente vengono a ricadere sul prezzo del prodotto.

Al di là dei temi appena accennati, esiste pure il problema della iperprescrizione legato in gran parte alla densità dei medici (95).

Per quanto riguarda il numero di farmaci prescritti al singolo malato, anche fra clinici illustri è facile osservare una grande differenza. Vi sono clinici "prescrittori abbondanti" ed altri che limitano le loro prescrizioni ai farmaci essenziali. Si tratta evidentemente di una "forma mentis" strettamente legata alla personalità.

Un errore frequente consiste nell'aggressione terapeutica del sintomo invece che della malattia. In genere non si dovrebbero prescrivere farmaci finché non sia stata posta la diagnosi certa. Inoltre non bisognerebbe dimenticare certe nozioni farmacologiche elementari come, ad esempio, che gli antibiotici non agiscono contro i virus. E invece... invece l'equazione "febbre = prescrizione di antibiotici" continua ad imperversare.

Quante volte poi un farmaco, sicuramente efficace per una data malattia, viene prescritto per altre forme morbose per le quali la sua efficacia non è affatto dimostrata! Esempio tipico, l'abuso che si fa della vitamina B₁₂, che è senza dubbio il farmaco di elezione per la cura dell'anemia di Biermer ma viene prescritta inutilmente nelle nevralgie, nelle neurosi, nell'Herpes zoster, nella sclerosi a placche, ecc. (v. fig. II.6).

A prescindere dagli errori che si commettono nell'impiego dei singoli farmaci o gruppi di farmaci, si constata una deplorabile tendenza alla prescrizione contemporanea di diversi farmaci, senza una reale necessità, a un singolo malato.

E' fuor di dubbio che il consumo dei farmaci è strettamente legato, anche nel nostro Paese, alla densità dei medici nelle varie regioni. "La presenza di molti medici sembra infatti costituire semplicemente un fenomeno di distorsione consumistica, fenomeno probabilmente determinato a sua volta dal concorrere di due fattori strettamente legati fra loro: 1) La maggiore densità dei medici, aumentando la competizione fra gli stessi per acquisire un maggior numero di "clienti", favorisce la prescrizione farmaceutica in quanto importante stru-

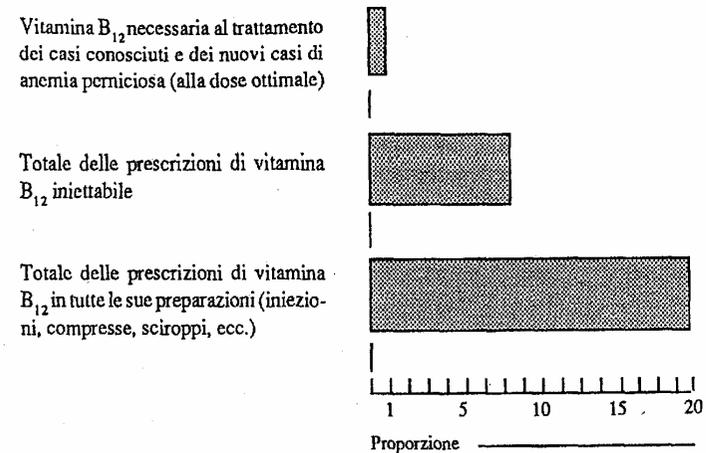


Fig. II.6. - Prescrizioni di vitamina B₁₂ nel complesso del National Health Service (1966) (da A.J. Cochrane) (33)

mento concorrenziale in questo senso; 2) un minor numero di pazienti per medico, rendendo più semplice il ricorso al medico da parte dell'assistito (perché meno costoso in termini di tempo - attesa più breve in ambulatorio e a casa), favorisce un aumento 'artificiale' delle visite e quindi delle prescrizioni" (...) "Ma l'accattivarsi la simpatia dei "clienti" a scopo concorrenziale non è l'unica causa della iperprescrizione di indagini diagnostiche: essendo la durata media di una visita ambulatoriale all'incirca di 5-10 minuti, la prescrizione appare la conclusione più ovvia del rapporto medico-paziente. In tal modo infatti il primo risolve il problema in poco tempo e dimostra (anche a se stesso) di aver diagnosticato il "male" e di aver a disposizione l' "arma" per combatterlo; l'assistito vede poi soddisfatto in modo 'tangibile' il proprio presunto bisogno sanitario" (78).

Il cattivo uso dei farmaci si osserva sia nei singoli medici che nelle équipes ospedaliere ed extraospedaliere. Il professor Daugoman e i suoi collaboratori del Servizio di Farmacologia Clinica e Centro di Farmacovigilanza di Bordeaux Aquitania ("Revue de Thérapie" 1980,

35, 5519) esaminarono 491 ricette prelevate in un "Centro di sicurezza sociale". Il 27% di esse furono considerate illogiche e il 9% pericolose.

L'abuso dei farmaci si verifica in tutti i Paesi. Fottrell e Sheikh (70) esaminarono le cartelle cliniche di 200 pazienti lungodegenti in un ospedale psichiatrico di Londra, con particolare riguardo ai farmaci psicotropi prescritti da lungo tempo. Dei 200 malati, 148 (74%) erano sottoposti a terapia con farmaci psicotropi. Questi vennero in alcuni casi lasciati immutati, in altri furono aumentati, in 87 casi (43,5%) furono ridotti e in 23 (11,5%) furono sospesi. Sei mesi dopo queste modificazioni della terapia, i pazienti furono riesaminati dal punto di vista del loro stato mentale; e il dato più importante che scaturì da questa revisione fu che 71 pazienti (48,8%) nei quali la somministrazione dei farmaci psicotropi era stata sospesa o ridotta erano migliorati oppure erano rimasti mentalmente immutati.

Allo spreco dei farmaci contribuisce, oltre alla iperprescrizione, il sottoconsumo, da parte dei malati, dei farmaci prescritti dal medico. Questo comportamento, per quanto non auspicabile, potrebbe essere anche una difesa personale dai danni iatrogenici dell'iperprescrizione; e potrebbe essere almeno un vantaggio economico individuale e collettivo, se il malato non acquistasse i farmaci superflui che gli sono stati prescritti. Ma ciò non accade quasi mai; il malato acquista i farmaci ma poi non li consuma. La Commissione Sanità del Parlamento Europeo ha condotto nei primi mesi del 1984 un'indagine sul consumo dei farmaci e ottenne i seguenti risultati: soltanto il 31% dei malati consumano tutti i farmaci prescritti dal medico, il 69% dei pazienti li consumano solo in parte e il 6% non li consumano affatto; acquistano cioè i farmaci a spese loro o del terzo pagante e poi li gettano via senza aprire neanche la confezione. L'inchiesta stabilì inoltre che il 67% delle persone hanno nella loro abitazione un armadietto farmaceutico contenente analgesici (81%), "antinfiammatori" (70%), farmaci "per il raffreddore" (52%), antireumatici per uso esterno (45%), lassativi (37%), tranquillanti (38%), farmaci per il cuore e la circolazione (39%), sonniferi (25%), preparati di vitamina C (22%). La conclusione più importante di questa inchiesta su scala europea fu che il 75% delle persone intervistate erano inosservanti delle prescrizioni farmaceutiche nel senso del sottoconsumo.

mo. Comunque, in questa situazione paradossale del medico che prescrive troppo e del malato che prima lo sollecita a prescrivere e poi non osserva le prescrizioni, c'è una sola conseguenza certa: un enorme spreco di farmaci, contro il quale alcuni studiosi italiani, come Garatini e Capecchia (78) e Spadoni (198), da anni si battono invano.

Per dimostrare che non soltanto i medici ma anche i chirurghi effettuano spesso interventi tanto costosi quanto ingiustificati, riferiamo alcuni abusi commessi negli Stati Uniti nel campo della cardiocirurgia.

Uno studio della Philadelphia Professional Standard Review Organisation esaminò tutti i casi di impianti di pacemaker cardiaci effettuati in 30 ospedali dell'area di Philadelphia in un periodo di 6 mesi. Si osservò che il 44% degli impianti erano chiaramente indicati, il 36% probabilmente indicati e il 20% non indicati.

Nel 1984 furono effettuati 20.000 interventi di By-pass aorto-coronarico con un costo complessivo di 4 miliardi di dollari. Un'indagine effettuata dal Coronary Artery Surgery Study dimostrò che il 25% di questi interventi non erano necessari.

Sempre negli Stati Uniti vengono effettuati ogni anno 50.000 interventi di endoarteriectomia carotidea in pazienti asintomatici con un costo complessivo di 250 milioni di dollari. I ricercatori della Rand Corporation organizzarono un "panel" su scala nazionale per discutere sulla reale indicazione di questi interventi. Nel panel fu dimostrato che il 35% degli interventi erano chiaramente indicati, il 32% erano inappropriati e il 33% erano discutibili. Queste cifre sono tanto impressionanti se si riflette sul fatto che, secondo Diken e Pokram (45) e Brott e Thaliner (25) questo intervento non arreca alcun beneficio ai pazienti asintomatici e, per giunta, comporta un rischio di embolia o di morte in circa il 10% dei casi.

L'argomento degli interventi terapeutici non indispensabili merita di essere completato con un accenno al deprecabile fenomeno dell'ostinazione terapeutica. Non raramente il medico stenta a rendersi conto della inanità dei suoi sforzi terapeutici e del fatto che la sorte del malato è inevitabilmente segnata a breve scadenza. Il medico insiste quindi in modo illogico nella somministrazione di farmaci o nell'uso di altri

mezzi terapeutici che non soltanto sono inefficaci, ma possono turbare la serenità degli ultimi giorni o delle ultime ore del malato. Questa ostinazione terapeutica dipende dal fatto che il medico non sa o non vuole rassegnarsi a quella che a torto considera una personale disfatta; oppure pensa, anche qui a torto, che si debba assolutamente fare qualcosa per il moriente. In realtà, quando "non c'è più nulla da fare", c'è ancora molto da fare, ma questo "molto" non comprende provvedimenti terapeutici del tutto sproporzionati.

Fra i criteri oggettivi che definiscono l'accanimento terapeutico, Tettamanzi (214) ricorda: 1) l'inutilità o l'inefficacia sotto il profilo della terapia. Già alla luce di questo primo criterio risulta contraddittoria la stessa espressione di "accanimento terapeutico" precisamente perché non conduce alla terapia. 2) La penosità o gravosità per il malato che rischia di essere posto in condizioni di ulteriori sofferenze o anche di umiliazione profonda. Alla luce di questo criterio l'espressione "accanimento terapeutico" svela la triste realtà di essere un accanimento non sulla malattia bensì sul malato. In questo senso alcuni parlano di "violenza" terapeutica. 3) L'eccezionalità degli interventi e/o dei mezzi terapeutici: sono quei mezzi che i moralisti del passato qualificavano come "straordinari" e che oggi si preferisce definire "sproporzionati". Già in questo cambiamento terminologico si avverte un concetto economico. La sproporzione è quella fra importanza dei mezzi impiegati e quella dei risultati prevedibili.

L'ostinazione terapeutica è condannabile non soltanto sotto il profilo etico ma anche sotto il profilo economico, e questo è del tutto evidente, e con immediatezza, quando si verifica nelle Unità di terapia intensiva. L'accanimento terapeutico infatti aumenta il costo della retta giornaliera, per un maggior impiego di lavoro umano, di strutture e di mezzi terapeutici sofisticati e costosi, e d'altro lato aumenta la durata della degenza. Aumentano poi di conseguenza i costi indiretti, come quelli legati agli spostamenti dalla casa all'ospedale dei familiari del malato. Nel caso dell'Unità di terapia intensiva è immediatamente comprensibile il valore del costo-opportunità: quando tutti i posti sono occupati, quel letto, impegnato da un malato che può sopravvivere soltanto per qualche giorno, potrebbe essere invece utilizzato per

salvare un altro malato in condizioni critiche ma guaribile con una lunga aspettativa di vita.

Che vi sia un uso eccessivo dei vari procedimenti diagnostici e terapeutici, medici e chirurgici, è dimostrato da una serie di studi statistici condotti negli USA, che dimostrano l'estrema variabilità degli interventi per la stessa malattia nelle diverse aree di uno stesso Paese. Per esempio, un'analisi del valore di alcuni procedimenti curativi messi in atto per i pazienti di Medicare in 13 grandi aree metropolitane dimostrò che per la metà dei procedimenti studiati, il loro valore monetario variava di più del 300% fra le aree con le spese più alte e quelle con le spese più basse. Un altro studio, che confrontò la frequenza degli interventi in 16 grandi comunità di 4 Stati, mise in evidenza una differenza di più di tre volte fra il numero relativo dei by-pass aortocoronarici e degli interventi di chirurgia sulla tiroide e sulla prostata; una differenza di cinque volte per la chirurgia addominale; una differenza di 7 volte per la protesi del ginocchio, e una differenza di quasi 20 volte per l'endarteriectomia carotidea. Nello Stato del Vermont la probabilità che un bambino sia sottoposto a tonsillectomia è dell'8% in una comunità e del 70% in un'altra. In una regione dello Iowa erano stati sottoposti a prostatectomia il 15% dei vecchi con meno di 85 anni, ma in un'altra area dello stesso Stato erano stati operati più del 60%. Nello Stato del Maine la frequenza delle isterectomie nelle donne di 70 anni variava nelle diverse comunità da meno del 20% a più del 70%. Mentre alcune di queste variazioni potrebbero essere spiegate con la differenza nella morbosità, nelle risorse disponibili e nelle preferenze dei pazienti, è impossibile dare una spiegazione di tutte (58).

Un'altra dimostrazione significativa della tendenza, nei Paesi industrializzati, al ricorso ad interventi chirurgici non indispensabili è offerta dalle statistiche epidemiologiche concernenti il numero delle nascite con parto cesareo nei vari Paesi. Vi è dappertutto una tendenza all'aumento; ma questo è molto marcato in alcuni Paesi (Stati Uniti, Australia) e meno marcato in altri (Regno Unito, Austria, Belgio, Norvegia). Secondo uno studio citato da Signorelli (195) condotto nell'Istituto di Igiene dell'Università "La Sapienza" di Roma, l'Italia risulterebbe inserita al 4° posto nella graduatoria dei Paesi con più alte

percentuali di tagli cesarei dopo Stati Uniti, Canada e Australia. Ma il dato più importante è costituito dalle differenze notevoli riscontrate nelle varie regioni nel nostro Paese (v. tabella II.7), per cui si passa da un minimo di 12,3% in Sicilia ad un massimo di 24,4% in Umbria.

Queste differenze su base regionale non trovano plausibili spiegazioni e pongono seri dubbi sul reale beneficio di questa pratica. Sorge il dubbio legittimo, secondo Signorelli, che fattori sociali, culturali e soprattutto economici (sia delle donne che dei loro ostetrici) abbiano avuto - ed abbiano tuttora - la loro parte nell'espansione del fenomeno. "Si può comunque affermare con ragionevole certezza che il livello di tagli cesarei raggiunto oggi oltrepassa la soglia della maggior sicurezza per la madre e per il feto. Senza tener conto (ma in qualsiasi strategia di Sanità pubblica occorre farlo) dei costi che gli interventi chirurgici hanno sia in termini di spese tecniche dell'operazione che di allungamento medio della degenza e di insorgenza di complicanze. E' comunque certo che a fronte di un aumento così smisurato dei tagli cesarei, tipico fenomeno di alcuni Paesi industrializzati fra cui l'Italia, gli specialisti dovrebbero valutare le decisioni in tal senso con maggiore coscienza e senso di responsabilità" (195).

Tabella II.7 - Percentuali di nascite con taglio cesareo nelle varie regioni (1987)

Regione	% TC	Regione	% TC
Piemonte	22,2%	Umbria	24,4%
Val d'Aosta	20,5%	Lazio	23,6%
Liguria	20,6%	Abruzzi	19,5%
Lombardia	19,8%	Molise	21,9%
Trentino	15,3%	Campania	13,0%
Veneto	18,1%	Puglia	16,9%
Friuli	16,9%	Basilicata	23,7%
Emilia Romagna	21,4%	Calabria	15,8%
Marche	21,3%	Sicilia	12,3%
Toscana	14,9%	Sardegna	13,4%

(da Signorelli) (195)

La verità è che la medicina è "la scienza delle probabilità e l'arte dell'incertezza". Ma è anche vero che somme enormi potrebbero essere risparmiate con una più saggia e ponderata analisi dei rapporti costo/efficacia e costo/utilità. Dell'importanza di queste analisi tratteremo nel Capitolo III.

II.3g. Le ospedalizzazioni superflue e l'abnorme durata della degenza

Poiché, come abbiamo già scritto, circa il 50% della spesa sanitaria globale è consumato dagli ospedali, l'ospedalizzazione dovrebbe essere rigorosamente limitata ai malati che ne hanno stretto bisogno, nel posto giusto e per il periodo necessario: terminata la fase acuta, i malati a rischio di cronicizzazione dovrebbero essere trasferiti nei letti ospedalieri di lungodegenza-riabilitazione (almeno uno ogni cinque per acuti, secondo la legge n. 595 del 1985). Se la riabilitazione non ha successo, i malati dovrebbero essere ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, notevolmente meno costose degli ospedali, oppure, meglio ancora, dovrebbero essere curati nel loro domicilio o ambulatoriamente.

L'ospedalizzazione degli anziani affetti da malattie croniche è spesso giustificata dalla mancanza di Residenze Sanitarie Assistenziali e di Assistenza sanitaria domiciliare, colpa, questa, dei pianificatori della Sanità. Ma è anche vero che in molte città italiane, gli ospedali accolgono alcuni soggetti non malati che non hanno potuto o voluto seguire la famiglia in villeggiatura, i "barboni", gli indigenti che non avrebbero bisogno di cure ma di un tetto e di un piatto di minestra. Questi ricoveri ingiustificati denunciano una deplorabile confusione fra assistenza sociale e assistenza sanitaria e potrebbero essere evitati dai servizi di accettazione degli ospedali. Ma ciò non accade perché il rifiuto del ricovero esige un accurato esame clinico e l'assunzione di una responsabilità da parte del medico.

Responsabili delle ospedalizzazioni superflue sono anche i medici di base che, poco propensi a curare i loro malati a domicilio, trovano molto più comodo "scaricare" in ospedale ogni malato che non sfebbrì

entro 3 giorni. Con questi metodi, non è difficile osservare divisioni iperoccupate, con i malati collocati nei corridoi, mentre il 20% dei letti è in realtà occupato da soggetti che non avrebbero dovuto essere ricoverati.

Un altro fattore che incide sulla spesa ospedaliera in modo notevole, e certamente più dei farmaci, è l'abnorme prolungamento dei tempi di degenza, fenomeno purtroppo assai frequente.

La durata della degenza dipende da numerosi fattori fra i quali predominano la natura e la gravità della malattia e l'età del malato. Ad esempio si consideri un malato ricoverato per una febbre di origine oscura, oppure quello che, dopo un ictus, esige una riabilitazione per ri-acquistare l'autonomia; entrambi avranno bisogno di una degenza più prolungata di quella di un giovane che deve essere operato per un'appendicite acuta. In molti Paesi industrializzati, e specialmente negli Stati Uniti, sono stati stabiliti, per ogni malattia o gruppo di malattie, degli standard di durata media della degenza cui i medici devono strettamente attenersi, essendo obbligati a giustificare ogni aumento della durata della degenza che superi lo standard stabilito.

Incide sulla durata media della degenza anche la buona organizzazione e l'intensità con cui si svolge il lavoro in ospedale. In alcuni ospedali italiani l'attività diagnostica e terapeutica si svolge per non più di 4-5 ore al giorno. E' ovvio che un'attività così ridotta prolunga la degenza. Ma non si tratta soltanto di questo; c'è sempre qualche rotella dell'ingranaggio diagnostico o terapeutico che manca o che non gira. Per dare un esempio, un malato ricoverato di urgenza per una colica renale con emissione del calcolo dovrebbe rimanere in ospedale per non più di 3-4 giorni dopo aver subito gli accertamenti ecografico, radiografico, di laboratorio e la visita dell'urologo. Ma capita spesso: a) che l'apparecchio ecografico o radiografico sia in riparazione; b) che i tecnici siano in agitazione; c) che l'urologo sia malato o sia in ferie. Per una o più di una di queste ragioni il malato rimane tre settimane in ospedale. Quanto sarà costata quella colica renale alla collettività?

A volte la degenza si prolunga a causa del malato il quale, vivendo solo, preferisce trascorrere la convalescenza in ospedale. I medici, dal canto loro, vedono nel convalescente una "sine cura" che

alleggerisce il loro lavoro. Ogni malato nuovo richiede infatti un "lavoro nuovo"; meglio dunque che quel letto rimanga ancora per qualche giorno occupato dal convalescente. Quanto incida questo comportamento, moltiplicato per milioni di casi, sulla spesa ospedaliera globale è facile immaginare.

Un'attenzione particolare meritano, nella valutazione e nel contenimento dei costi ospedalieri, l'organizzazione e la gestione delle Unità di terapia intensiva. Queste Unità forniscono il monitoraggio e frequenti interventi ai pazienti in condizioni critiche e con alto rischio di instabilità fisiologica. Per le loro particolari attrezzature di alta tecnologia, forniscono cure di qualità superiore a quelle prestate nelle altre Divisioni ospedaliere. Queste Unità, per il numero di letti insufficiente alle richieste e per gli alti costi del loro funzionamento, sollevano contemporaneamente problemi etici di giustizia distributiva e problemi economici. Per le attrezzature sofisticate e costose e per il notevole numero di medici e di infermieri che lavorano nelle Unità di terapia intensiva, esse assorbono in tutti i Paesi circa il 15% delle risorse destinate agli ospedali. Ad esempio nel Massachusetts General Hospital, nel periodo 1 ottobre 1978 - 30 settembre 1989, il totale dei giorni / paziente nell'Unità di terapia intensiva rappresentò soltanto il 7% del totale dell'ospedale, ma i costi ammontarono al 18% dei costi dell'ospedale. In Italia il costo giornaliero della degenza di ogni malato in una Unità di terapia intensiva oscilla intorno a 1 milione di lire.

Dato l'altissimo costo della gestione delle Unità di terapia intensiva si poteva pensare che sia i ricoveri, sia la durata della degenza e le dimissioni fossero stabilite soltanto in base alla reale necessità dei singoli malati. Invece secondo uno studio di Strauss et Al. (208) il comportamento dei medici variava in base alla disponibilità dei posti letto. I pazienti ricoverati nei periodi nei quali v'era scarsità di letti disponibili erano in media più gravi di quelli ricoverati quando vi erano letti liberi. I pazienti dimessi nei periodi di affollamento erano più gravi ed avevano avuto una degenza più breve dei pazienti dimessi quando vi era una maggiore disponibilità di letti.

Anche per le Unità di terapia intensiva neonatale si pone il problema del rapido e progressivo aumento dei costi. Dieci anni fa negli

Stati Uniti il costo valutato per l'ospedalizzazione di un neonato immaturo con insufficienza respiratoria era inferiore a \$ 20.000, ora è quasi raddoppiato. Boyle et Al. (19) valutarono le spese di ospedalizzazione per i neonati della Hamilton Wentworth County in Canada nel periodo 1973-1977 e riferirono che il costo medio dei bambini sopravvissuti era di \$ 59.500 per quelli che pesavano da 1000 a 1499 g e di \$ 102.500 per quelli che pesavano da 500 a 999 g. Un'analisi costo/risultato, effettuata su 247 bambini che pesavano da 500 a 999g., e che furono ricoverati nel Woman and Infants Hospital di Rhode Island dimostrò una relazione inversa fra il costo di ogni bambino sopravvissuto e il peso alla nascita; i bambini che pesavano da 600 a 999 g comportavano un costo medio di \$ 363.000 per ogni sopravvissuto.

Tenendo conto degli altissimi costi di gestione sia delle Unità di terapia intensiva sia di altre Divisioni altamente specializzate (Centri di emodialisi, Unità coronariche, ecc.), gli amministratori e i direttori sanitari dovrebbero esercitare una continua sorveglianza sui seguenti elementi: 1) Numero di letti da assegnare ad ogni Unità specializzata (in percentuale rispetto al numero totale dei letti dell'ospedale); 2) Giustificazione della reale necessità di ricovero; 3) Durata della degenza; 4) Adeguatezza dell'organico del personale sanitario specializzato.

II.3h *La cattiva amministrazione, la disorganizzazione, gli sprechi e i furti*

Ecco degli argomenti spiacevoli a trattarsi; ed è forse questo il motivo per cui la letteratura medica e quella economica vi accennano soltanto di sfuggita sottovalutandone la nefasta influenza sui costi della Sanità.

L'azienda Sanità, per gli enormi capitali impiegati, per le molte migliaia di dipendenti, per la complessità delle strutture, e per l'importanza del suo prodotto che è la salute, richiede un personale direttivo sanitario e amministrativo di particolare e specifica competenza e di specchiata onestà. In molti Paesi del mondo occidentale questa esigenza è stata compresa ed è stata soddisfatta con la creazione di scuole

universitarie e post-universitarie per questo personale. La sua formazione specifica è diventata molto più importante da quando si è sviluppata l'assicurazione pubblica sulla salute e questi dirigenti sono divenuti i rappresentanti del terzo pagante.

Male interpretando il diritto alla tutela della salute e sulla base dell'affermazione che "la salute non ha prezzo" i dirigenti delle istituzioni sanitarie e quelli che rappresentano il terzo pagante hanno innescato un meccanismo di aumento dei costi e delle prestazioni sanitarie che può essere definito come "spirale dei costi". Di anno in anno si è presentata come necessaria una serie di nuove tecnologie, la cui diffusione è provocata dai sanitari ai quali è devoluto il compito di applicarle. Questi scavalcano spesso le reali necessità e inducono maggiori costi a cui corrispondono risultati minimi (o anche nulli), con un basso livello di efficienza. Tuttavia ciascun malato, singolarmente considerato, per quante risorse possa consumare, rappresenta comunque una parte infinitesima del montante di spesa complessivo del terzo pagante e non risente che in minima parte degli aumenti dei premi assicurativi o della imposizione fiscale.

Ecco come l'economista Louise Russel (182) commenta questa situazione: L'intervento del terzo pagante ha origine dal concetto filosofico secondo il quale nessuno dovrebbe essere costretto a rinunciare alle cure mediche che potrebbero salvare la sua vita o mantenere la salute soltanto perché non ha i mezzi per pagarle. Come mezzo per mettere in pratica questa filosofia, l'istituzione del terzo pagante è stata coronata da successo".

"Ma il rovescio della medaglia consiste nel fatto che, poiché le persone pagano poco o nulla di tasca propria per le cure ospedaliere e poiché le loro decisioni individuali circa le cure non hanno un effetto percepibile sui premi assicurativi o sulle tasse che pagano, le persone utilizzano le risorse come se non costassero nulla... Quando i benefici non devono essere confrontati con i costi - quando l'unico criterio è che vi sia qualche beneficio - il numero di vantaggi che si possono ottenere dalle cure mediche è praticamente illimitato".

"Liberato da costrizioni economiche, il settore sanitario si è gettato sulle nuove risorse molto voracemente quasi che esse potessero

essere indipendenti da altri settori dell'economia, allo scopo di ottenere tutte le cure che possono arrecare un qualche beneficio. Il conseguente flusso delle risorse richieste è diventato un fattore primario dell'aumento della spesa". Russel ritiene che gli studi dei suoi casi - le Unità di terapia intensiva, le Unità coronariche, la terapia respiratoria, la diagnostica radioisotopica, l'elettroencefalografia, la chirurgia a cuore aperto e la dialisi renale - dimostrano ripetutamente che quando vi è un'estesa applicazione del principio del terzo pagante, l'investimento in una tecnologia continuerà finché il beneficio marginale tratto da ogni ulteriore investimento sarà nullo.

Molto più sinteticamente Cullis e West (38) esprimono lo stesso concetto affermando che "il crescente ruolo del terzo pagante fa sì che i trattamenti e le cure addizionali assomiglino ad un pasto gratuito per il paziente, cucinato dai medici".

In Italia soltanto da poco tempo ci si è resi conto dei disastri provocati dalla cattiva amministrazione delle istituzioni sanitarie e si comincia a parlare della necessità di una "gestione manageriale" delle USL. A questo argomento sarà dedicato il paragrafo V.2.

Nel nostro Paese le tristi conseguenze della cattiva amministrazione dell'azienda Sanità si constatano a tutti i livelli. Enormi sprechi si verificano, ad esempio, nella costruzione di nuovi ospedali: accade che essa venga portata a termine dopo 10-20 anni, per cui l'ospedale nasce già vecchio, superato dal progresso tecnico ed architettonico e già abbinabile di riparazioni. Altre volte la costruzione di un nuovo ospedale viene lasciata a metà, sicché esso non entrerà mai in funzione. Questi episodi nel nostro Paese sono frequenti e sollevano contestazioni da parte della Corte dei Conti.

Altri sprechi si verificano nell'acquisto di apparecchiature sofisticate e costose. Prima si acquista un apparecchio, poi ci si accorge che mancano gli ambienti per accoglierlo, oppure che manca il personale tecnico che deve farlo funzionare. L'apparecchio rimane nelle sue casse in un corridoio o in un sottoscala finché, divenuto obsoleto, deve essere sostituito. Oltre a ciò, per gli acquisti di apparecchiature diagnostiche e terapeutiche, nonché di materiale di uso corrente (materiale di medicazione, disinfettanti, ecc.), le istituzioni pubbliche pagano prezzi

molto più elevati dei privati sia perché il fornitore sa che sarà pagato con anni di ritardo, sia perché non troppo raramente è obbligato a pagare una tangente all'acquirente pubblico. Per quest'ultima ragione in alcune USL riesce più facile ai medici ottenere l'acquisto di un apparecchio molto costoso che quello di un fonendoscopio.

Incidono inoltre sui costi della Sanità nel nostro Paese altri due fenomeni deteriori ed estremamente diffusi: l'assenteismo ed i furti.

L'assenteismo, ossia l'assenza ingiustificata dal posto di lavoro, è un fenomeno che si osserva purtroppo a tutti i livelli e in tutte le categorie del personale sanitario medico e non medico. E furti sono anche alcuni comportamenti come il prepararsi il caffè, il chiacchierare o il dormire mentre si è in servizio.

Frequentissimi sono poi i furti veri e propri di materiale di medicazione, di farmaci, di apparecchi diagnostici, di lenzuola, ecc.

Quanto questi comportamenti abnormi incidano sui costi della Sanità è difficilmente calcolabile; ma si tratta certo di centinaia di miliardi sottratti alle già scarse risorse sanitarie. Molti amministratori delle istituzioni sanitarie ne sono consapevoli, ma non intervengono o per quieto vivere o perché hanno anch'essi degli scheletri nei loro armadi. Una cosa è certa: mentre l'aumento dei costi della Sanità dovuta all'invecchiamento della popolazione, alla morbosità e al progresso tecnologico è difficilmente arrestabile, non dovrebbe essere impossibile impedire i furti e gli sprechi macroscopici di cui si è fatto qualche esempio. Basterebbero degli amministratori attenti e onesti e l'uso appropriato delle sanzioni previste nelle leggi e nei regolamenti dell'Ente pubblico. Nella maggior parte dei casi, infatti, non si tratta della violazione di principi etici, ma di crimini punibili dal Codice Penale, di violazioni del Codice Civile o dei regolamenti amministrativi.

II.4. Conclusioni

L'aumento progressivo dei costi finanziari, ossia del consumo delle risorse sanitarie, dipende da due diversi ordini di fattori. Alcuni,

come il progresso tecnologico e l'invecchiamento della popolazione, sono inevitabili ed immodificabili. Altri, come le indagini diagnostiche e i procedimenti terapeutici superflui, le ospedalizzazioni non necessarie, la durata della degenza inutilmente protratta, dipendono da abnormi comportamenti dei medici e potrebbero essere quindi evitati.

La migliore dimostrazione dell'abuso di procedimenti diagnostici e terapeutici, con conseguente inutile consumo delle risorse sanitarie, è fornita dalle statistiche che mettono in evidenza enormi differenze nel consumo dei farmaci fra Paesi (v. Tab. II.8) e degli interventi chirurgici nelle diverse aree di uno stesso Paese. Se la spesa farmaceutica pro capite è in Sicilia, in Calabria e in Campania tanto superiore a quella constatata nella Valle d'Aosta e nella provincia di Bolzano (v. Fig. II.5), come si può non parlare di sprechi? E si badi che gli sprechi e gli abusi non si verificano soltanto nel nostro Paese. Negli Stati Uniti Wennberg (222) osservò che nello stesso Stato del Vermont gli abitanti di Rutland venivano sottoposti a tonsillectomia con una frequenza sette volte maggiore degli abitanti di Hanover. Nello Stato della California gli abitanti di La Jolla venivano sottoposti a by-pass coronarico con una frequenza tre volte maggiore degli abitanti di Palo Alto. Un recente studio di Goyert (81) condotto in un ospedale municipale dimostrò che le abitudini dei singoli ostetrici influenzavano il numero dei tagli cesarei molto più delle condizioni mediche della madre e del bambino.

A prescindere da queste differenze del tutto ingiustificate da una differente morbosità, non bisogna credere che a costi maggiori corrispondano cure di migliore qualità. Ciò è dimostrato dal fatto che la Mayo Clinic cura i malati a costi più bassi di quelli della maggioranza degli ospedali di comunità americani (Nobregg et Al.) (158).

Dell'aumento progressivo dei costi dell'assistenza sanitaria sono però responsabili anche i politici e gli amministrativi dei servizi sanitari, giacché i costi della Sanità possono essere aumentati anche da provvedimenti legislativi inadeguati, dalla cattiva organizzazione ed amministrazione delle istituzioni sanitarie e dalla scarsa sorveglianza del personale dipendente.

Senza dubbio i comportamenti abnormi, responsabili in notevole misura dell'aumento progressivo dei costi dell'assistenza sanitaria,

Tabella II.8

PRINCIPALI PARAMETRI ECONOMICI DEL SETTORE FARMACEUTICO NEI PAESI DELL'OCSE - 1990

PAESI	Numero imprese	Numero occupati	Fatturato interno (farmaci ospedali + specialità medicinali) (milioni di dollari)	COMMERCIO ESTERO (milioni di dollari) - 1988		RICERCA	Consumo pro capite (Italia = 100) (1)	Spesa farmaceutica pro capite (dollari) (2)	Numero connessioni in commercio		
				Esportazioni	Saldo della bilancia commerciale						
						Spesa per ricerca (milioni di dollari)	Prezzo medio al pubblico (dollari) (2)				
						Numero di addetti	% principio attivo scoperto (1975-85) (sui totale mondiale)				
ITALIA	303	69.950	11.060	1.267	-739	7.434	10,5	9,52	100,0	272,87	9.936
FRANCIA	350	76.500	11.796	2.598	+915	10.200	8,7	6,19	240,3	312,53	8.500
GERMANIA	1.000	101.000	13.836	4.663	+2.159	15.000	16,2	14,05	113,3	342,83	70.000
REGNO UNITO	352	70.400	5.483	3.090	+1.528	15.490	4,4	11,79	133,3	146,21	10.000
BELGIO	240	16.635	1.654	1.203	+192	1.661		9,91	147,2	220,35	9.000
OLANDA	290	12.600	1.413	1.207	+94	2.130	1,2	16,83		166,69	7.924
DANIMARCA	164	11.514	500*	885	+451	2.200					4.861
SPAGNA	351	35.000	4.488	532	-105	2.000	2,5	6,56	146,4	167,15	9.900
CEE	-	416.399 (3)	50.230	16.140 (3)	+4.455 (3)	56.115	8,245	9,60			130.121
AUSTRIA	73	7.455	860*	476	-184	745	0,4				5.217
SVEZIA	215	15.000	990*	880	+268	3.100	406				2.626
NORVEGIA	129	1.651	420*	85	-193	347	3,4				2.209
FINLANDIA	5	3.706	550*	84	-197	794	58				3.177
SVIZZERA	450	30.000	1.100*	3.280	+2.364	8.600	20,19	15,61	128,4		25.000
USA	790	191.000	49.841	4.089	+900	41.520	6,599	24,7	20,78	372,70	60.000
GIAPPONE	1.315	187.940	29.997	717	-1.942	24.341	2,879	16,6	48,15	326,30	33.753

(1) Il consumo dei farmaci è definito come numero di "dosi farmaceutiche" (numero compresse, capsule, fiale, etc.) Fonte OHE - Londra - maggio 86
 (2) Il calcolo in dollari è effettuato partendo dai valori in unità nazionale trasformandoli in lire e quindi in dollari sulla base del tasso medio annuo 1990 dell'U.I.C.
 (3) Compresi Grecia, Portogallo e Irlanda
 (*) Stima

fonte: Farmindustria (67b).

potrebbero essere più facilmente evitati se i politici, gli amministrativi ed i medici avessero una migliore conoscenza degli aspetti economici e degli aspetti etici dell'assistenza sanitaria. A questi aspetti sono dedicati i due prossimi capitoli.

Tabella II.9 - Evoluzione temporale del rapporto su Pil nei 24 paesi membri dell'Ocse (spesa sanitaria pubblica e privata, periodo di riferimento 1980/87)

Paesi	1980	1985	1987	Differenza % rispetto alla...		Rapporto della differenza % rispetto alla...	
				media Cee 1987	media Ocse 1987	media Cee(*) 1987	media Ocse(**) 1987
Belgio	6,55	7,19	7,23	-0,22	-1,47	-2,95	-16,90
Danimarca	6,80	5,91	5,97	-1,48	-2,73	-19,87	-31,38
Francia	7,56	8,46	8,51	1,06	-0,19	14,23	-2,18
Germania	7,92	8,16	8,05	0,60	-0,65	8,05	-7,47
Grecia	4,33	4,87	5,26	-2,19	-3,44	-29,40	-39,54
Irlanda	8,55	7,97	7,43	-0,02	-1,27	-0,27	-14,60
Lussemburgo	6,83	6,60	7,46	0,01	-1,24	0,13	-14,25
Olanda	8,19	8,25	8,46	1,01	-0,24	13,56	-2,76
Portogallo	5,88	6,97	6,44	-1,01	-2,26	-13,56	-25,98
Spagna	5,89	6,02	6,01	-1,44	-2,69	-19,33	-30,92
Regno Unito	5,78	5,99	6,05	-1,40	-2,65	-18,79	-30,46
Italia	6,57	6,86	7,24	-0,21	-1,46	-2,82	-16,78
Media Cee	7,02	7,34	7,48				
Australia	6,54	7,02	7,21	-	-1,49	-	-17,13
Austria	7,88	8,11	8,39	-	-0,31	-	-3,56
Canada	7,36	8,49	8,77	-	0,07	-	0,80
Finlandia	6,46	7,18	7,40	-	-1,30	-	-14,94
Irlanda	-	-	-	-	-	-	-
Giappone	6,42	6,61	6,75	-	-1,95	-	-22,41
N. Zelanda	7,23	6,59	6,92	-	-1,78	-	-20,46
Norvegia	6,66	6,42	7,46	-	-1,24	-	-14,25
Stati Uniti	9,23	10,58	11,18	-	-2,48	-	28,51
Svezia	9,53	9,38	9,17	-	0,47	-	5,40
Svizzera	7,26	7,67	7,72	-	-0,98	-	-11,26
Turchia	4,14	-	3,48	-	-5,22	-	-60,00
Media Ocse	7,70	8,76	8,70				

(*) Rapporto tra la differenza percentuale rispetto alla media Cee e la media Cee

(**) Rapporto tra la differenza percentuale rispetto alla media Ocse e la media Ocse

Fonte: Elaborazioni Isis su dati Ocse

CAPITOLO III

GLI ASPETTI ECONOMICI DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Studiare l'economia non significa cercare di acquisire un insieme di risposte agli interrogativi economici, ma significa imparare a non lasciarsi indurre in errore dagli economisti.

Joan Robinson

III.1. Introduzione

Il medico che ha pronunciato il giuramento di Ippocrate, in base al quale si è impegnato a prescrivere al suo paziente quanto scienza e coscienza gli suggeriscono al fine di migliorarne lo stato di salute, può pensare che etica ed economia siano fra loro assolutamente inconciliabili. Quando il medico ritiene che per il suo paziente sarebbe necessario un intervento di chirurgia a cuore aperto, ecco frapporsi difficoltà definite di natura economica. Se il medico opera in un sistema sanitario pubblico, il costo dell'intervento è sufficientemente elevato perché l'autorità amministrativa del servizio sanitario nazionale cerchi di frenare l'accesso, e vi sono vari Paesi dotati di servizi sanitari pubblici, ove persino la nefrodialisi è limitata ad alcuni gruppi "privilegiati" di popolazione (solitamente i più giovani o i più produttivi). Se invece il medico opera in un sistema sanitario privato, la sua prescrizione sarà seguita solo se il paziente ha sufficiente disponibilità economica (il che corrisponde, normalmente, ad una maggiore produttività presente,

attesa o passata, o ad una accumulazione di ricchezza) ed è disposto a sostenere la spesa corrispondente ai costi dell'intervento. In entrambi i casi il medico sarà portato ad attribuire alla "economia" un valore negativo, quello di limitare di fatto le scelte a lui tecnicamente possibili, ritenute utili per il miglioramento della salute dei pazienti.

Ben si comprende allora l'insofferenza mostrata dalla maggior parte dei medici nei confronti di questo ulteriore vincolo: già è molto difficile, in medicina, stabilire diagnosi e interventi ottimali quanto a risultato per il caso concreto; figuriamoci poi se il medico dovesse tener conto dei costi degli interventi! Ce n'è abbastanza per rifiutare a priori questa "economia", che, in opposizione all'etica medica, pretenderebbe di lasciar morire un uomo soltanto perché l'intervento costa troppo.

Questa convinzione è errata perché consiste nell'attribuire al termine "economia" un significato inesatto: sia l'economia che la medicina si collocano propriamente fra le scienze, più o meno esatte, che studiano i fenomeni reali, cercando di stabilire i nessi di causalità che li collegano. Sia l'economia che la medicina vengono praticate dagli esperti, i quali possiedono le tecniche proprie della loro disciplina. Gli esperti, in quanto persone, si rifanno a principi etici e cioè a scelte di valore; le quali non sono dimostrabili vere o false, come le ipotesi scientifiche, ma costituiscono l'espressione più elevata della libertà dell'uomo, capace di egoismo e di altruismo, di amore e di cinismo nei confronti dell'umanità e, più in generale, della natura.

Pertanto non si può confondere l'"economia" con la scelta di valore di alcuni economisti, che considerano l'uomo soltanto come uno strumento produttivo, ed applicano un valore monetario alla vita ed alla salute di ognuno, sulla base del reddito atteso dall'individuo stesso (172). Sarebbe come se per "medicina" si intendesse quella praticata dai nazisti nei campi di concentramento; anche ammesso che quella "medicina" fosse stata condotta in modo scientificamente corretto, le scelte di valore che stavano alla base delle ricerche e delle terapie assumevano che le razze definite inferiori dovevano essere considerate solo in funzione del miglioramento della razza ariana, e da questo assunto derivava la legittimazione etica a compiere quegli atti che la nostra coscienza definisce atrocità, utilizzando le razze umane "inferiori" (Untermen-

schen) come se fossero cavie.

La maggior parte degli economisti rifiuta di trattare la vita e la salute umana come una qualsiasi merce, ed accetta la massima "la salute e la vita non hanno prezzo", tuttavia la scelta di valore di qualche economista, di scuola nordamericana, che attribuisce un prezzo all'uomo e lo considera per quel che vale come produttore, non è così aberrante quanto quella nazista. Al contrario si deve riconoscerle almeno qualche giustificazione storica, risalente a quando la sopravvivenza della famiglia e della specie si basava sul lavoro dei soggetti produttivi. Oggi la coscienza comune è nettamente orientata a considerare come grande valore l'eguaglianza fra tutti gli uomini, il loro diritto alla tutela della salute e alle cure sanitarie indipendentemente dalle condizioni economiche, dalla razza, dal sesso, e - sia pure con qualche incertezza - dall'età e dalla malattia.

L'economista, come qualsiasi altro tecnico - ivi compreso il medico - compie le proprie scelte di valore, ma non deve imporre tali scelte alla collettività, approfittando della propria posizione. La collettività, che retribuisce il tecnico perché compia la sua funzione sociale, ha tutti i diritti di pretendere che questa si espliciti nel quadro dei valori e con le finalità che la collettività stessa stabilisce. Sempre da queste scelte politiche derivano le limitazioni alle risorse umane e materiali disponibili per il settore sanitario pubblico, che acquiscono il divario fra le prestazioni che il medico vorrebbe erogare e quelle che effettivamente si possono erogare. Solo in situazioni particolari può entrare in gioco l'obiezione di coscienza del tecnico, così come ad esempio prevede la normativa sull'aborto.

Sia nel comparto pubblico che in quello privato non è la "economia" come scienza che crea la scarsità, la carenza delle risorse devolute alla Sanità, ma è la cruda realtà dei fatti, più o meno temperata da decisioni sulla allocazione dei mezzi disponibili, prese a livello individuale (mercato "libero"), generale (pubblica amministrazione) e collettivo (mutualità volontaria). Se la salute non ha prezzo, è pur vero che la sanità ha un costo e, non essendovi abbastanza mezzi per soddisfare tutti, è gioco forza che si debbano decidere le parti in cui dividere la "torta" e la loro ripartizione fra i malati: la divisione può essere frutto

di una decisione politica, ed in tal caso si denomina razionamento amministrativo, che non lascia nulla al "libero mercato" e può tutto regolare sulla base di un principio di equità nell'accesso alle cure.

III.2. L'economia e il suo linguaggio

Prima di affrontare il problema specifico dell'economia sanitaria sembra utile anzi tutto definire il significato attribuito in questa sede ad alcuni termini, usati di frequente con accezioni differenti e contrastanti.

L'efficacia è l'attitudine di un mezzo a raggiungere lo scopo fissato e non implica necessariamente alcuna valutazione della quantità di risorse impiegate per ottenere il fine. In campo medico la definizione più autorevole è quella di A. Cochrane (33), secondo il quale l'efficacia di un trattamento clinico è "l'idoneità a modificare il corso naturale di una malattia". L'efficacia è generalmente valutata con la tecnica degli esperimenti clinici controllati in gruppi di persone, in inglese: Randomized Clinical Trials (R.C.T.). Il grado di efficacia si misura in relazione al risultato ottenuto, che può essere del tipo "tutto o nulla", oppure parziale. Nell'assistenza sanitaria ogni processo produttivo (preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo) che raggiunge lo scopo istituzionale, il miglioramento dello stato di salute, si dice efficace in quanto sia provato il nesso di causalità fra l'intervento stesso e il relativo miglioramento di salute (33); questo incremento può essere misurato come differenza rispetto all'alternativa del "non far nulla", corrispondente all'evoluzione naturale della malattia, oppure come riduzione della distanza rispetto alla meta di salute prefissata.

McCarthy (147) distingue fra efficacia pratica (effectiveness) ed efficacia teorica (efficiency): quest'ultima si riferisce alle condizioni sperimentali del R.C.T. e può differire dall'efficacia pratica, rilevabile nell'uso quotidiano.

Le azioni umane sono tese al soddisfacimento, definibile come utilità, di vari bisogni e richiedono impegno morale e risorse materiali, energie fisiche e psichiche, in una parola, sacrifici. "La logica di comportamento che si fonda sulle valutazioni delle relazioni utilità

sacrificio è definita come logica economica, costituita da una serie di "leggi", o di principi, studiati da una particolare scienza che è appunto l'economia. Tra essi i principali sono: 1) nessuna azione è giustificata sul piano economico se l'utilità prodotta è inferiore al sacrificio sostenuto (principio del marginalismo); 2) tra possibili alternative di azione sono preferite quelle che a parità di sacrificio producono la massima utilità, o che a parità di utilità prodotta richiedono il minimo sacrificio (principio della massimizzazione dell'utilità o della minimizzazione del sacrificio)" (17).

La scarsità delle risorse disponibili per il settore sanitario nel suo insieme e per le singole parti che lo compongono impone di tenere conto del rapporto esistente fra risultati ottenuti e risorse impiegate, al fine di ottenere il miglior risultato dall'uso dei limitati mezzi disponibili. Si tratta di raggiungere la condizione di efficienza che si ottiene ottimizzando l'impiego delle risorse, su tre livelli:

- a) produttività di ciascun singolo fattore produttivo;
- b) combinazione di più fattori necessari per la produzione del singolo intervento;
- c) distribuzione delle risorse fra i molti interventi proponibili, dotati ciascuno di efficacia diversa.

In sintesi l'efficienza consiste nel massimizzare il rapporto complessivo fra risultati ottenuti e risorse impiegate (output/input).

Una delle difficoltà dell'economia pubblica quando analizza attività "fuori mercato" come quella del S.S.N (il quale non vende i propri servizi sul mercato ma li eroga senza prezzo) consiste nell'impossibilità di valutare l'output in termini monetari sulla base dei prezzi di vendita. L'economia sanitaria incontra in aggiunta notevolissimi ostacoli per quantificare anche soltanto in termini fisici il prodotto: solo molto raramente può essere misurata l'utilità, la variazione dello stato di salute dovuta all'intervento sanitario, data la difficoltà di precisare e quantificare con un metro generale lo stato di salute, di isolare gli effetti dell'intervento da quelli degli altri fattori collaterali, ivi comprese le modificazioni indotte dalla variabilità biologica individuale e dal passare del tempo.

Per i motivi sopra esposti, molto spesso ci si deve limitare a

valutare l'output sulla base degli *indicatori di attività* (155), cioè delle prestazioni erogate, quali ad esempio il numero delle visite mediche o delle operazioni chirurgiche eseguite. Si rende quindi oltremodo pertinente una verifica, che purtroppo non potrà essere che frammentaria ed episodica, tendente ad accertare l'esistenza di quella che viene definita *condizione di economicità* (16), la quale è realizzata quando il mezzo "consente di raggiungere in modo soddisfacente i fini istituzionali, in un continuo adeguamento ai mutamenti dei suddetti fini". Se l'attività sanitaria non è diretta al fine istituzionale, la salute, la sua efficacia si riduce a zero, ed il rapporto fra numero di prestazioni rese e risorse impiegate diventa misura di una deteriore accezione dell'efficienza, *l'efficientismo*, esemplificato dal caso di una Divisione chirurgica che esegue appendicectomie a bassissimo prezzo unitario, ma operando pazienti che non hanno bisogno di tale intervento.

Il numero delle attività, ossia delle prestazioni sanitarie, non può essere assunto come indicatore di utilità (soddisfacimento del bisogno di salute), a meno che non si accerti la loro efficacia. In alcune analisi economiche si assume il numero delle prestazioni prodotte non come semplice output ma come un *prodotto intermedio*, che si distingue dal prodotto finale. In tal caso alcuni Autori (21), definiscono output il prodotto intermedio ed outcome il *prodotto finale* (la salute).

Con riferimento all'efficacia e all'efficienza in sanità si possono esemplificare i concetti di valori medi e marginali. Ammettendo che in un dato giorno in un Paese industrializzato siano impiegati cento operatori sanitari e che il risultato del loro lavoro, l'efficacia totale, sia pari a un milione di vite salvate, il valore medio della loro efficacia unitaria risulterebbe pari a 10.000; sempre nell'ipotesi che questi operatori sanitari costituiscano l'unica risorsa impiegata nel sistema sanitario (non utilizzandosi alcuna risorsa materiale né altro personale) anche il valore medio della loro efficienza individuale risulterebbe pari a 10.000. Ci si può ora chiedere quali modificazioni sui risultati avrà l'introduzione di un'unità supplementare di lavoro, un operatore sanitario in più, detto perciò marginale.

E' intuitivo che in un Paese sanitariamente evoluto ad un aumento di una unità delle risorse consumate corrisponda normalmen-

te un incremento di risultati sempre meno rilevante, verificandosi una efficienza marginale decrescente; come per la coltivazione di terre sempre meno fertili, l'assistenza sanitaria che si rivolge alle malattie cronico-degenerative non può attendersi di conseguire i brillanti risultati perseguiti nella cura delle malattie infettive e della patologia chirurgica acuta, ove ad un breve seppur intenso trattamento fa seguito il recupero totale della salute, senza alcun bisogno di proseguire successivamente l'assistenza. Ammettendo un comportamento razionale (1), si suppone che i cento sanitari, prima della variazione, si dedicassero soprattutto ai casi più "redditizi"; il centounesimo si dovrà dedicare a casi un po' meno "redditizi", con un risultato pari a 9.000 vite salvate, che rappresenta il valore dell'*efficienza marginale*. Dopo il suo ingresso, anche la media generale si abbasserà, per cui il nuovo valore medio risulterà pari a $(1.000.000 + 9.000) : 101 = 9.990$ vite salvate, numero inferiore alla media della situazione antecedente.

Oltre all'efficacia ottenuta per unità fisica di risorsa impiegata (esempio: produttività per ora-infermiere) si può valutare quella per unità di spesa monetaria sostenuta a fronte dell'impiego delle risorse utilizzate nella produzione: ciò consente di ridurre la molteplicità delle unità di risorse fisiche impiegate ad un unico denominatore comune, quello monetario, anche se così facendo si accetta come valido in assoluto il valore di scambio esistente fra ora - medico e ora - infermiere,

(*) Anche in un Paese sanitariamente avanzato come il nostro risulta abbastanza facile individuare aree "fertili" assolutamente trascurate, come quelle dell'educazione sanitaria della popolazione, della formazione professionale di alcune figure di operatore sanitario, della formazione permanente del personale e dell'attività di prevenzione della malattia in generale e di quella iatrogenica in particolare: in queste aree si può fondatamente supporre che l'impiego delle risorse presenti un grado di efficacia ancora molto elevato; in certi casi e in determinate aree la carenza di mezzi dedicati fin qui ai singoli programmi non ha neppure consentito di raggiungere la dimensione critica che permette di raccogliere i primi risultati.

Pare ovvia l'indicazione che le analisi economiche di cui si è delineato un esempio aiutano a cercare una razionalizzazione della spesa, e non una semplice riduzione: devono ottenere la priorità quei programmi sanitari ove l'efficienza attesa è superiore; è necessario riqualificare la spesa aumentando l'impiego pubblico proprio in quei settori "nuovi" fin qui trascurati.

fra ora - medico e un'attrezzatura sanitaria.

III.3. L'economia applicata al settore sanitario

Secondo il Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) l'economia sanitaria (35) è "lo studio delle attività di produzione, di scambio e di consumo di servizi e di beni destinati alla diagnosi e alla terapia preventiva e curativa delle affezioni che colpiscono gli individui (malattie, incidenti). Queste attività vengono svolte da professionisti qualificati e da istituzioni specializzate".

L'economia sanitaria può anche essere definita come l'applicazione degli strumenti analitici della teoria economica ai problemi e alle peculiarità del settore sanitario (32). L'economia come area di studio implica l'analisi dei sistemi economici, condotta in particolare dagli economisti; l'economia come disciplina serve a valutare e risolvere i problemi dei vari settori: nel caso specifico della Sanità lo scopo ultimo è quello di ottenere dalla spesa sanitaria il miglioramento dello stato di salute maggiore possibile; perciò è necessario che non solo l'economista, ma anche il medico, il dirigente amministrativo e tecnico e l'intera équipe operativa acquisiscano e adoperino quotidianamente uno stile di ragionare e di comportarsi improntato a criteri di economicità, vale a dire di razionalità nell'uso delle risorse scarse.

Le competenze degli esperti di economia applicata al settore sanitario sono diversificate: l'esperto di scienza delle finanze è interessato particolarmente al problema dell'equità distributiva nell'erogazione dei servizi, del reperimento dei finanziamenti, delle conseguenze delle differenti forme di imposizione e di tassazione, del bilancio dello Stato e degli Enti pubblici sanitari; l'esperto di politica economica analizza i grandi fenomeni, quali l'interconnessione fra lo sviluppo della sanità e quello degli altri settori (94); lo specialista di economia applicata preferisce dedicarsi a problemi microeconomici, sulla ricerca dell'efficienza nella produzione dei servizi sanitari; infine lo specialista in organizzazione aziendale curerà maggiormente l'aspetto manageriale e contabile della conduzione della "azienda sanità", così come da

alcuni è stata definita (2) questa impresa per la produzione di beni e servizi per la salute, ove rileva principalmente l'importanza della risorsa lavoro umano, e quindi la capacità di gestione del personale.

Prima di accennare a quello che può essere il contributo dell'economia sanitaria alla razionalità delle decisioni sembra utile anzitutto delimitare il campo di azione entro il quale si intende operare, ed a tal fine può essere didatticamente conveniente differenziare il significato di due termini: salute e Sanità. Salute si può identificare con: stato di pieno benessere dell'individuo come singolo e come parte della società; al vocabolo "Sanità" ed al suo derivato "sanitario" può essere convenzionalmente attribuito un valore più limitato: qui si propone "quella parte di salute che dipende dall'intervento delle professioni sanitarie", intese nella loro tradizionale accezione, comprendenti medici, farmacisti, veterinari, infermieri e altri tecnici sanitari.

Non si vuole assolutamente affermare che il sottoinsieme Sanità possa essere delineato mediante contorni precisi, quasi ritagliato nell'insieme salute dal quale strettamente dipende, tuttavia la distinzione proposta pare essere utile per evitare confusione: tutte le scelte politico-economiche ed istituzionali del Governo di un Paese dovrebbero tendere a promuovere la salute, mentre delle scelte sanitarie si occupa uno soltanto dei Dicasteri; pertanto non deve di per sé scandalizzare il fatto che solo un'esigua parte delle spese sanitarie sia dedicata alla prevenzione, poiché l'attuazione di misure preventive primarie dovrebbe essere realizzata - su consulenza di sanitari competenti - dagli altri Dicasteri (assistenza sociale, istruzione, lavori pubblici, lavoro e previdenza sociale ecc.).

I livelli delle decisioni in campo sanitario sono molteplici, e qui di seguito si cerca di schematizzarli, per motivi di chiarezza espositiva.

III.3a. Decisioni macroeconomiche

A questa categoria appartengono anzi tutto le scelte di allocazione di risorse fra più Dicasteri, uno dei quali è quello della Sanità. Un esempio può essere fornito dall'obiettivo della riduzione dei morti e

feriti per incidenti del traffico: tale scopo può essere perseguito attraverso differenti vie, come la riduzione del limite massimo di velocità oppure il miglioramento dell'assistenza sanitaria agli infortunati. La prima delle due soluzioni comporta una serie di costi economici da sostenersi nel settore dei trasporti, mentre la seconda implica maggiori spese nel settore della Sanità: ad entrambe potrà immediatamente corrispondere una riduzione della disponibilità di spesa e del benessere economico (che alla salute pure è collegato) con una serie di ripercussioni sul sistema economico generale, oltre che un aumento del livello di salute dovuto alla riduzione degli incidenti o delle loro conseguenze; quando gli epidemiologi avranno valutato i prevedibili vantaggi dei due programmi alternativi, sarà possibile comparare costi e risultati di entrambi per giungere ad una scelta più razionale.

Ancora al livello macroeconomico appartengono scelte interne al settore sanitario, quali la programmazione della formazione degli operatori, la ripartizione della spesa fra uscite correnti ed investimenti e più in generale quelle che compongono il mosaico del piano sanitario nazionale; le conseguenze di queste decisioni si riflettono comunque sul livello occupazionale e su molti altri settori non sanitari, particolarmente quelli che producono beni e servizi utilizzati nel comparto sanitario (vitto, attrezzature, costruzioni, servizi di pulizia, manutenzione ed altro).

III.3b. Decisioni microeconomiche

Le scelte a livello microeconomico riguardano i problemi che la "azienda sanitaria" (Azienda Sanitaria Locale sembra sarà il nuovo nome dell'USL) si trova a risolvere per la gestione razionale delle risorse. Ammesso che a livello macro si fosse optato per ridurre le conseguenze degli incidenti del traffico mediante l'intensificazione dell'assistenza sanitaria, l'Azienda Sanitaria avrà a disposizione somme aggiuntive da impiegare a questo scopo, potendo scegliere fra più strategie sanitarie: l'assistenza agli infortunati può essere prestata mediante mezzi di trasporto veloci, adatti a far raggiungere rapidamen-

te i posti di pronto soccorso fissi, oppure mediante cliniche mobili attrezzate (autotreni dotati di sala operatoria), in grado di eseguire una serie complessa di interventi direttamente sul luogo dell'incidente. La scelta razionale dipende dal territorio, dalle comunicazioni esistenti, dalla rete dei presidi dotati di pronto soccorso, dalla disponibilità e dalla capacità degli operatori, oltreché dalla epidemiologia degli incidenti.

III.3c. Decisioni di management

Vi sono decisioni che riguardano un livello ancora più specifico, vincolato in larga parte alle scelte precedenti ma tuttavia della massima importanza per il buon andamento della gestione aziendale: problemi di bilancio, di personale ecc. che vengono riassunti col termine di management. Restando nell'esempio precedentemente illustrato, si potrebbe citare come uno dei problemi pertinenti a questo livello il coordinamento fra servizi di trasporto infermi e servizi di accoglienza nel pronto soccorso, o ancora quello della motivazione e incentivazione del personale costretto a spostamenti continui sui mezzi di soccorso.

III.3d. Decisioni terapeutiche

Le decisioni sull'iter diagnostico, curativo e riabilitativo del malato sono di competenza particolare del medico, anche se risultano fortemente vincolate dalle scelte indicate precedentemente, le quali determinano la disponibilità di mezzi e l'organizzazione sanitaria in cui il medico si trova ad operare. Sulla base delle valutazioni epidemiologiche è possibile calcolare la probabilità e l'entità dei miglioramenti attesi da ognuno dei trattamenti diversi, costruendo un albero decisionale (221) che può determinare un protocollo ottimale di comportamento per il medico, dal quale risulta difficile scostarsi razionalmente fino a quando restino confermate le ipotesi che lo supportano. Collateralmente nell'opera sopra indicata vengono valutati i costi degli iter terapeutici diversi, a significare che questo criterio non può essere misco-

nosciuto dal clinico, ma deve essere ben presente in ogni sua decisione.

E' necessario che l'interesse e le aspettative vengano fondate su argomenti sicuri: vinta l'indifferenza, si tratta di moderare qualche eccessivo entusiasmo e contemporaneamente di abbattere alcuni pregiudizi che permangono, in particolare nell'ambiente sanitario, e che possono alimentarsi proprio delle esagerate attese. A livello di decisione terapeutica già si è visto come le ristrettezze economiche del servizio sanitario nazionale possano condizionare il protocollo medico (ad esempio l'uso della T.C. può essere limitato ai soli casi di estrema necessità); deve comunque essere garantita l'erogazione gratuita di ciò che viene reputato necessario.

Si ritiene non sia interesse prioritario quello di informare il paziente del costo delle cure, anche per non alimentare la semplicistica credenza: "più costa più fa bene". Al contrario il costo dovrà essere ben presente al terapeuta, dal quale dipende la decisione dell'intervento e quindi della spesa: per correggere la sua naturale tendenza all'"interventismo a tutti i costi", si potrebbero studiare meccanismi di incentivazione a moderare la prescrizione (particolarmente degli interventi costosi). Questi meccanismi devono influenzare il medico, detentore del reale potere di legittimare ed indirizzare la domanda sanitaria, e non il paziente che dovrebbe limitarsi ad eseguire la prescrizione. Le scienze economiche potranno suggerire tali meccanismi ed aiutare a prevederne l'effetto (104).

III.4. Il bisogno e la domanda sanitari

Il bisogno sanitario e la domanda non coincidono: la figura 1 permette di visualizzare queste differenze. Esiste un'area molto vasta di bisogni non percepiti dall'interessato; altri bisogni restano inespressi o perché l'interessato non conosce neppure l'esistenza di un potenziale intervento sanitario adeguato al bisogno o perché prevede di non poterne ricavare una qualche utilità; i bisogni che emergono a livello di consapevolezza possono non trovare espressione come domanda sanitaria perché condizionamenti materiali, in primis economici, frenano

l'accesso al sistema sanitario; generalmente il bisogno non viene completamente soddisfatto con la prima prestazione sanitaria, che talvolta si limita a una semplice identificazione delle necessità: in tali casi spetta al medico esprimere e legittimare la domanda di ulteriori servizi.

Nella figura 1, trascurando l'area della prevenzione primaria, si esaminano le fasi successive. Nel passaggio dalla fase 1 alla 2 incidono prevalentemente le condizioni socioculturali della popolazione, in particolare l'educazione sanitaria, e lo stato del progresso della tecnica medica nel campo della diagnosi precoce, che è in grado di riconoscere con attrezzature sempre più sofisticate le malattie nella fase latente.

Nel passaggio dalla fase 2 alla fase 3 influiscono, oltre i condizionamenti socio-culturali della popolazione e lo stato del progresso della tecnica, la disponibilità e la facilità di accesso al servizio sanitario.

Il passaggio dalla fase 3 alla 4 è condizionato dal medico, che agisce nell'ambito delle proprie conoscenze e delle disponibilità tecniche offerte dal sistema.

L'area del bisogno di cui alla figura 2, presenta confini sfumati e variabili da un momento all'altro, anche in relazione alle condizioni psicologiche individuali e di gruppo, e genera una domanda composita di interventi sanitari o parasanitari: automedicazione con o senza farmaci, ricorso a un singolo operatore sanitario, a una struttura ambulatoriale od ospedaliera, a guaritori o alle cure di familiari.

L'organizzazione sociale generale e quella sanitaria in particolare condizionano fortemente la forma e l'estensione dell'area dei bisogni non soltanto per ciò che concerne i disturbi percepiti e le malattie a prevalente componente psicologica, ma anche di tutte le altre (*); l'intensità del condizionamento sociale e sanitario diviene massima nel

(*) Come esempio si può citare il comportamento individuale e sociale di fronte alla mortalità infantile: il bisogno di interventi e cure preventive viene maggiormente avvertito nei Paesi ove la mortalità è inferiore, mentre viene spesso fatalisticamente accettato ove è maggiore.

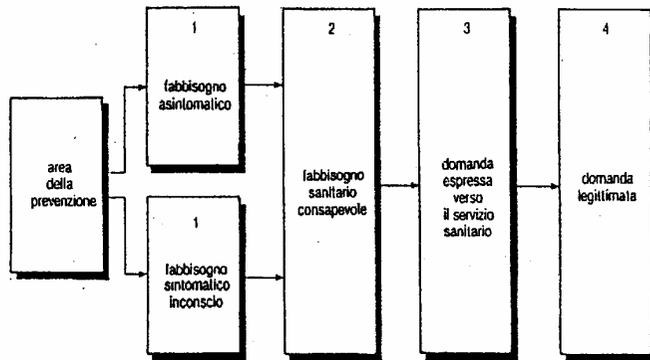


Fig. III.1

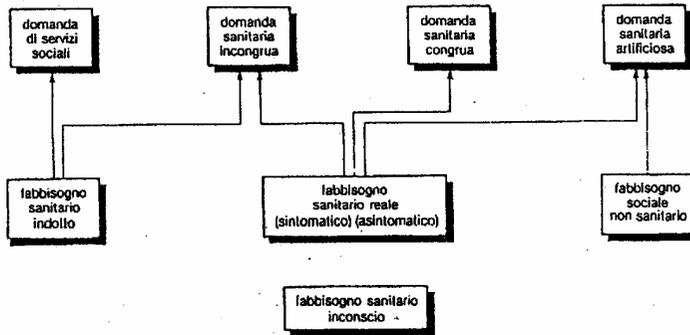


Fig. III.2

Da C. Hanau: *Medico, paziente e società. The Practitioner* ed. it., n. 61, 1983.

processo di trasformazione del bisogno in domanda espressa: in questa fase anche un bisogno sociale non sanitario può essere distorto e trasformato in domanda di un servizio sanitario e un bisogno sanitario può essere trasformato in una domanda poco o nulla corrispondente alle esigenze reali dell'individuo, con costi talora molto superiori per il singolo e per la collettività.

III.5. Le definizioni di costo delle risorse impiegate

Secondo Napoleoni (156) "Il costo di produzione di una determinata quantità di un certo bene può dunque essere definito come la perdita implicita nell'uso di tutte le risorse scarse che è necessario impiegare per produrre quella quantità di quel bene, perdita di cui è possibile avere una misurazione calcolando il valore monetario (quantità fisica di ogni risorsa moltiplicata per il relativo prezzo) del complesso delle risorse impiegate" ... "da un punto di vista puramente economico il fenomeno "costo" deriva non dal fatto che, poniamo, il lavoro sia eventualmente penoso, ma solo dal fatto che la provvista di lavoro è necessariamente finita, onde ogni utilizzazione di parte di questa provvista comporta inevitabilmente una perdita". In altri termini la risorsa lavoro è solitamente limitata, e se un lavoratore si dedica ad un'attività non può svolgerne un'altra.

In opposizione a Pareto, che limita la nozione di costo a quella di "costo monetario" (164), così prosegue Napoleoni: "Il costo reale" è una categoria economica essenziale, e che esso non sia riducibile al "costo monetario" è mostrato dal fatto che la misurazione in termini monetari è talvolta una misura tutt'altro che perfetta del fenomeno reale".

L'applicazione di queste categorie economiche al nostro settore sanitario può rivelarsi utile; la determinazione del prezzo dei due principali fattori di produzione è del tutto particolare:

- la definizione del prezzo dei farmaci è operata in via amministrativa: la Pubblica Amministrazione, tramite l'apposito Comitato, fissa

d'imperio un prezzo, che viene definito tariffa, sulla base di regole che non si limitano certo ad una presa d'atto delle spese di produzione, ma comprendono anche un incentivo alla ricerca, alla promozione delle vendite e all'occupazione di lavoratori nel settore chimico-farmaceutico;

- il prezzo del lavoro viene fissato mediante una contrattazione collettiva nazionale, che segue criteri molto diversi da quello della scarsità del bene lavoro; infatti lo stipendio del medico è superiore a quello dell'infermiere, pur essendo universalmente riconosciuto che il rapporto fra il numero dei medici e quello degli infermieri impiegati negli ospedali italiani è del tutto sproporzionato, data la carenza degli infermieri e l'eccedenza presente e futura dei medici "disponibili sul mercato". La provvista di questo particolare tipo di lavoro è divenuta praticamente illimitata.

Da quanto sopra accennato emerge l'utilità - soprattutto a livello di decisioni macroeconomiche - di distinguere fra *costi reali* e *costi monetari*, i quali ultimi costituiscono le "spese" risultanti nel bilancio (spese a bilancio, costi monetari): la decisione della strategia aziendale di un singolo stabilimento sarà maggiormente influenzata dal costo monetario che al suo funzionamento consegue, mentre la programmazione economica del comparto ospedaliero e sanitario dovrà piuttosto riferirsi ai costi reali.

Sempre seguendo Napoleoni, il costo totale aziendale (ovviamente monetario) risulta dalla somma delle quantità dei fattori produttivi, ciascuna moltiplicata per il relativo prezzo; si suppone che nel lungo periodo e in condizioni di perfetta concorrenza l'azienda sia indotta a minimizzare il costo totale per ogni quantità di bene prodotto e cioè il "*costo unitario*" o costo medio. Per ogni quantità di prodotto e per ogni gruppo di valori per i prezzi dei fattori, esiste una "quantità ottima" per ognuno dei fattori, che vengono pertanto a comporre la "ricetta economica" della produzione a costi minimi. Nel caso dell'ospedale privato che produce esclusivamente un servizio (ad esempio appendicectomie non complicate), l'incentivo della concorrenza e la ricerca del profitto spingeranno il manager a scoprire quella combinazione tecnica che minimizza i costi: e così - ad esempio - la riduzione

dei costi dell'automazione favorirà la sostituzione del lavoro umano con le macchine.

Mediante una semplice divisione del costo totale è possibile calcolare il "costo unitario", nel caso dell'azienda che produce un solo bene o un solo servizio facilmente calcolabile (soltanto appendicectomie). Nel caso dell'ospedale reale i servizi prodotti sono vari: il servizio principale, la cura ai degenti, è *produzione congiunta* rispetto a quello alberghiero, dal quale non si può separare, e lo stesso dicasi rispetto all'attività di insegnamento pratico. Il servizio di cure ai degenti è spesso *produzione alternativa* rispetto all'attività di day hospital, mentre può considerarsi come *produzione simultanea* rispetto all'attività di ricerca pura e di insegnamento teorico, che solitamente può essere aumentata o diminuita senza influire sul servizio di cura.

Non è tuttavia la complessità del prodotto, comune a molte aziende, l'ostacolo maggiore che si frappone al calcolo del costo unitario, bensì la difficoltà di definire il prodotto e di enumerarne la quantità, così come si scriverà in un successivo paragrafo. Qui si anticipa che la soluzione tradizionale, certamente semplicistica, che consiste nell'assumere per prodotto le giornate di degenza o alternativamente i casi/pazienti trattati, riconduce l'analisi economica all'ipotesi dell'azienda con un solo prodotto.

La definizione del prodotto è altresì essenziale per la distinzione del costo totale complessivo nelle sue due componenti:

- *costo totale fisso*, imputabile ai fattori che intervengono in quantità sempre eguali indipendentemente dalle quantità prodotte; ad esempio la sala operatoria totalmente dedicata ad un tipo di intervento è un costo fisso, sia che vi si eseguano uno oppure tre interventi al giorno (nell'ultimo caso il costo per intervento si riduce a un terzo);

- *costo totale variabile*, imputabile ai fattori che sono impiegati in quantità variabili in funzione delle quantità degli interventi prodotti, come ad esempio gli anestetici per gli interventi operatorii. La distinzione dei costi è molto utile ai fini gestionali, ma l'impossibilità di una definizione univoca del prodotto ospedaliero può impedire l'operatività della distinzione: infatti mutando la durata della degenza, la quantità di giornate di degenza può variare restando pari il numero dei casi trattati,

oppure viceversa; pertanto i costi possono essere considerati fissi oppure variabili in relazione alla scelta del prodotto.

Adottata una soluzione per definire il prodotto è possibile proseguire l'analisi, la cui validità rimane tuttavia parzialmente inficiata da quanto sopra osservato.

La definizione di costi fissi e costi variabili è collegata al periodo di tempo che l'analisi prende in considerazione: nel lungo periodo tutti i costi sono da considerarsi variabili, dato che può essere modificata anche la struttura e la dimensione dell'impianto, ad esempio dell'ospedale e delle sue sale operatorie; invece nel breve periodo quasi tutti i costi sono da considerarsi fissi, poiché non solo l'impianto ed i suoi costi di gestione, ma anche il personale direttamente impegnato nella cura presenta una certa rigidità di manovra: i soli costi variabili rappresentano allora la parte minore e corrispondono ai farmaci, alle pellicole radiografiche, ai reagenti e presidi di farmacia, al vitto, alla lavanderia e ad altri consumi correnti.

Quanto sopra non deve indurre ad affievolire il controllo sulla quantità di servizio ospedaliero utilizzato quotidianamente; l'ospedale è parte di un più ampio sistema sanitario e la quota esuberante di personale e attrezzature ad esso afferente può essere dedicata a servizi sanitari esterni riallocando le risorse in modo migliore, più produttivo (costo opportunità). Riprendendo la tesi dell'ospedale composto di più unità produttive (91), deve essere presa nella dovuta considerazione la possibilità di agire sulla mobilità interna delle risorse, per cui ogni Divisione ospedaliera può attingere quantità variabili di fattori produttivi dalle disponibilità comuni (1). Infine è necessaria una rigorosa vigilanza sulla quantità delle cure erogate poiché è noto che l'offerta, se eccessiva, sollecita una corrispondente domanda e tende quindi ad au-

(1) Ad esempio in Gran Bretagna anche una parte del numero dei letti e delle sale assegnate ad una Divisione è variabile, ciò che consente di ottimizzare il tasso di occupazione dell'ospedale nel suo complesso. In Italia è abbastanza frequente che vi sia una squadra di ausiliari "volante" fra i vari servizi e Divisioni a seconda delle necessità.

telegittimarsi e a conservare l'istituzione nei termini esistenti (questo vale non soltanto per l'offerta sanitaria pubblica e convenzionata ma anche per quella privata).

L'analisi economica del lungo periodo viene eseguita dagli economisti tenendo presenti le eventuali *economie di scala*, ricercando la migliore dimensione possibile per l'impianto (1). Le decisioni del breve periodo interessano la gestione quotidiana dell'istituzione per un dato impianto esistente e riguardano in particolare i costi imputabili ai vari centri decisionali e da questi dominabili. Perciò si può individuare un centro di costo in una Divisione, la quale è a tutti gli effetti un centro decisionale che si identifica nel ruolo decisionale del Primario.

Per tradizione amministrativa e per obblighi normativi la grande distinzione delle uscite del bilancio viene operata fra spese in conto capitale e spese correnti. La suddivisione economica fra costi fissi e variabili, esposta precedentemente, varia a seconda del periodo considerato e non coincide sempre con quella sopra indicata, anche se in alcuni casi le due classificazioni sono sovrapponibili: spese in conto capitale = costi fissi; spese correnti = costi variabili.

Nei bilanci pubblici non sono presi nella dovuta considerazione economica gli immobili, che vengono soltanto descritti in inventario. Forse a causa del fatto che spesso derivano da antiche o recenti donazioni o da fondi speciali, se ne trascura l'importanza ed il valore, che invece andrebbe sempre valutato con l'inserimento a bilancio di quote di ammortamento, non corrispondenti alla spesa corrente per la manutenzione, ma corrispondenti alla ripartizione della spesa iniziale sui prevedibili anni di utilizzo dell'immobile. L'importanza della funzionalità dell'immobile ai fini delle spese di gestione è facilmente intuibile, ed è stata quantificata da tempo con uno studio sulla correlazione fra necessità di personale infermieristico ed ausiliario-esecutivo da un lato e tipo della struttura ospedaliera e misura dei percorsi

(1) L'economia di scala è quella che si ottiene aumentando la dimensione (scala) della produzione: ad esempio il costo unitario per ciascuna appendicectomia si riduce quando la Divisione chirurgica tratta 300 pazienti al mese piuttosto che 100, utilizzando maggiormente le attrezzature disponibili e le risorse umane.

dall'altro (26).

Da parte dei responsabili del bilancio l'attenzione alla spesa per l'acquisto di attrezzature è sempre stata più viva, sia perché le si riserva un apposito capitolo, regolato da specifiche normative (tetto percentuale sulla spesa e necessità di particolari autorizzazioni), sia perché ci si è accorti che molte attrezzature nuove non riducono le spese correnti, ma anzi ne inducono di nuove, ad esempio per la necessità di personale specializzato idoneo a far funzionare le macchine.

III.6. La definizione di prodotto sanitario

Il comparto sanitario produce il miglioramento dello stato di salute. Come ricorda Pequignot (168), gli economisti hanno impiegato quasi due secoli ad accorgersi dell'esistenza dei servizi sanitari, probabilmente proprio a causa delle particolarità del prodotto sanitario. J.B. Say, nel 1876 (185), rimproverava a A. Smith questa trascuratezza: il medico visita un malato e "produce" una prescrizione, che non è un oggetto materiale, ma che può salvare una vita. Si può forse definire improduttivo il medico? No certo, anche se il suo prodotto si esaurisce nel momento stesso della produzione e poi perde qualunque valore di scambio. Il pagamento dell'onorario testimonia tuttavia la realtà della produzione del medico, ed è un indicatore - per quanto imperfetto - dell'utilità che il malato spera di riceverne.

Gli epidemiologi contemporanei sono giunti a quantificare, in determinati casi e per determinate cure, gli effetti medi degli interventi sanitari sulla vita e sulla salute dei malati. Si tratta tuttavia di eccezioni, possibili soltanto ove esiste un protocollo d'intervento convalidato, e si resta ben lontani dalla possibilità di estendere questo risultato a tutti coloro che vengono quotidianamente curati da una Divisione ospedaliera qualsivoglia. Pertanto il prodotto dell'attività ospedaliera, che assorbe oltre la metà delle risorse impegnate in Sanità, assumendo una configurazione da grande impresa, non può essere misurato in termini di vite o di anni di vita guadagnati. Lo stesso si può affermare del lavoro di un semplice medico di famiglia, altrettanto vario e complesso, come

tipo di interventi, di quello ospedaliero.

Se si vuole considerare qualche tipo particolare di attività, come ad esempio le fognature e l'apparato di difesa dalle epidemie, risulta evidente che si tratta di *beni pubblici* (34) molto differenti dai *beni privati*, per i quali ultimi valgono due caratteristiche: potenziale esclusione dal godimento del bene di chi non sia disposto a pagare e la "rivalità dei consumi", secondo la quale una stessa dose di farmaco può essere consumata alternativamente o da un malato o da un altro, e non da entrambi. Per i beni pubblici si impone necessariamente il finanziamento tramite l'imposizione di un prelievo fiscale, e la loro erogazione - solitamente gratuita - può generare l'impressione che non costino nulla, mentre invece qualcuno deve pagare, mediante l'aumento delle entrate tributarie oppure del disavanzo del Tesoro, che si traduce in un aumento del debito pubblico (interessi e futura restituzione delle somme prestate allo Stato) o in un aumento dell'inflazione (erosione del potere d'acquisto dei beni privati per tutti i cittadini).

Molti interventi sanitari, come l'assistenza di pronto soccorso in ospedale, sono classificati dagli economisti come *beni quasi-pubblici*. Sono consumi collettivi di beni non strettamente pubblici, perché possiedono entrambe le caratteristiche dei beni privati, ma la loro "pubblicizzazione" è dovuta alla natura di "*beni meritevoli*", e cioè all'obiettivo di attenuare, attraverso la fornitura gratuita di questi servizi ritenuti non denegabili a nessuno, le disuguaglianze dei redditi (154), che altrimenti condannerebbero alla morte gli indigenti.

Infine dobbiamo rimarcare che nel settore sanitario sono abbastanza diffuse le *esternalità*, e cioè la diffusione delle utilità anche all'esterno del gruppo di chi usufruisce del bene o del servizio: è il caso del trattamento sanitario obbligatorio, per il quale non soltanto il malato ma anche il suo ambiente sociale usufruisce dell'intervento sanitario. Un altro esempio è costituito dalle vaccinazioni generalizzate, che se raggiungono una certa percentuale della popolazione costituiscono una garanzia contro la diffusione del morbillo in favore di tutti i cittadini: in questo caso gli "esterni", non vaccinati, dovrebbero pagare più dei vaccinati, in quanto solamente questi ultimi si sono assoggettati ai rischi della vaccinazione, che ha recato utilità a tutti i cittadini.

Quanto sopra esposto illustra sufficientemente le difficoltà che si incontrano per misurare il prodotto sanitario in termini di utilità arrecate e fa comprendere come si sia molto spesso costretti a ripiegare sulla misurazione delle prestazioni sanitarie, dando per scontato che queste siano efficaci.

La mancanza di un mercato capace di dare un valore monetario alle varie prestazioni ostacola la contabilità complessiva dei molti prodotti diversi. Si ricorre perciò alla scelta di valutare il prodotto sanitario sulla base dei costi sostenuti per ottenerlo, così come si fa per misurare l'apporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) della Difesa o dell'Educazione.

Perché la definizione non risulti tautologica, e quindi del tutto inutile per misurare l'efficienza dei servizi, si assume come parametro di riferimento il costo medio rilevato per una molteplicità di servizi che producono la stessa prestazione oppure il costo rilevato in un servizio che si assume come ideale di riferimento (standard): tali parametri vengono raffrontati con i costi reali sostenuti da ciascuno dei servizi comparabili, ottenendo indicatori di efficienza.

Un esempio relativamente semplice di applicazione di questa metodologia è rappresentato dal laboratorio analisi, considerabile come un *Centro di responsabilità* e di *imputazione dei costi* caratterizzato da una produzione in larga parte di tipo industriale, automatizzata e ripetitiva. In questo esempio è relativamente facile impostare una gestione tesa all'efficienza produttiva mediante gli strumenti propri al management (contabilità analitica, studi di sostituzione fra capitale e lavoro, ottimizzazione economica del processo produttivo e della scala di produzione per le singole prestazioni) (101). Il servizio di laboratorio potrà così contribuire a migliorare l'efficienza dell'istituzione sanitaria in cui è inserito, che nel caso dell'ospedale viene oggi misurata con nuovi metodi quali il case-mix e il D.R.G (gruppi isorisorse).

La valutazione del prodotto di un'azienda multiprodotto, come l'ospedale, presenta per ovvie ragioni notevoli difficoltà. Si è quindi ricorsi a vari metodi di valutazione, dei quali i più comuni fanno riferimento al case-mix, e cioè alla composizione dei casi trattati (103).

Con il metodo chiamato *Diagnosis Related Group* (DRG) viene

data una valutazione di "casi prodotti" che presentano fra loro alcune analogie. Ad esempio si stabiliscono gruppi di diagnosi di malattie il cui trattamento richiede risorse quasi eguali (ad esempio il trattamento per appendicite acuta e quello per ernia) e si stabiliscono dei gruppi isorisorse (211). Con altri metodi (sempre nell'ambito del case mix) la valutazione del prodotto si mantiene a livello di grandi aggregati (ad esempio tutta l'attività di una Divisione o di un ospedale: il confronto che ne consegue non viene effettuato fra singole prestazioni analoghe (un caso, un intervento), ma il metodo consente di trovare analogie fra Divisioni ed ospedali analoghi, presi nel loro complesso (2).

III.7. La valutazione dei risultati della produzione sanitaria

Come accennato nell'introduzione, esiste una tendenza, che potremmo definire economicistica, a valutare il risultato dell'assistenza sanitaria in termini monetari: se ciò fosse possibile, l'analisi microeconomica ne verrebbe molto semplificata. Infatti qualunque impresa produttrice di uno o più beni e servizi può agevolmente calcolare il proprio valore aggiunto ed il ricavo sulla base dei prezzi di vendita, che per semplificazione si possono accettare come dati esogeni, e può ottenere successivamente quel dato centrale dell'analisi economica che è costituito dal rapporto di produttività, relativo ad ogni fattore produttivo impiegato, altrimenti detto efficienza: ad esempio tale produttività, riferita al lavoro, può essere espressa in termini fisici (pezzi prodotti per ora lavorata), ma tali unità risultano poco utili perché omogenee solo con quelle di mansioni e produzioni analoghe. Soltanto applicando un prezzo al lavoro (salario) ed un prezzo alla produzione (ricavo) tutte le produzioni e tutte le mansioni vengono ridotte ad unità omogenee (lire).

Se per ipotesi non esistessero i prezzi né alcuna forma di mercato, sarebbe oltremodo difficile valutare - per esempio - la produzione di una qualunque impresa, valendosi soltanto di giudizi tecnici sui beni prodotti: chi può definire che un'auto di grossa cilindrata equivale a due oppure a tre utilitarie? Come tenere conto di aspetti importanti, ma spesso non collegati al costo di produzione, come l'eleganza della linea,

che ciascuno giudica con criteri personalissimi? Ora i Servizi Sanitari Nazionali si trovano generalmente in questa situazione, al di fuori di ogni meccanismo di prezzi e di mercato. Indipendentemente dalla discussione teorica sulla possibilità che un libero mercato dei beni e servizi sanitari esista, l'economista della Sanità deve rilevare che nel Servizio Sanitario Nazionale, sia per il prodotto che per i fattori produttivi, i prezzi non ci sono, oppure sono fissati in maniera amministrativa dall'autorità politica. E' quanto avviene per il principale dei fattori produttivi, il lavoro; pertanto è normalmente impossibile accettare che i valori in moneta dei beni e dei servizi sanitari, siano buoni indicatori dei costi economici.

I beni ed i servizi sanitari efficaci inducono variazioni della condizione sanitaria dell' "utente", e queste possono successivamente tradursi in variazioni dello stato di salute (benessere) del medesimo. Gli epidemiologi hanno cercato di misurare i risultati di alcuni specifici interventi, all'inizio misurando soltanto il numero delle vite salvate. In seconda approssimazione hanno considerato il numero degli anni di vita attesi corrispondenti ad ognuna delle vite salvate (un giovane salvato da morte "rende" più anni di vita rispetto ad un vecchio). Infine hanno cercato di "pesare" ogni anno di vita guadagnato tenendo conto di una ponderazione basata sulla qualità della vita attesa: anno di vita in buona salute è l'unità di misura ottenuta, solitamente abbreviata con l'acronimo inglese QALY (da: Quality Adjusted Life-Years). Questa misura può costituire un utile parametro di riferimento, anche se le preferenze individuali, in questo campo, sono così spiccate che vi può essere chi preferisce perdere la vita piuttosto di accettare una menomazione grave quale l'amputazione di una gamba, e l'epidemiologo non può pretendere che il suo metro di giudizio "tecnico" sia dichiarato universalmente valido, quando ad esempio stabilisce che la vita senza una gamba vale il sessanta per cento della vita con entrambe le gambe.

Innestandosi sul lavoro degli epidemiologi, gli studiosi appartenenti alla tendenza nordamericana, che abbiamo definita economicistica, hanno applicato ad ogni anno di vita un coefficiente monetario, che esprime in genere il reddito atteso per l'individuo cui il calcolo si riferisce, sul modello delle valutazioni operate dalle compagnie di

assicurazione per calcolare i danni conseguenti all'invalidità. Tutto ciò è criticabile perché sottintende l'ipotesi che l'individuo valga per quel che guadagna, e spingendo alle estreme conseguenze il ragionamento si deve concludere che la morte istantanea per incidente di un anziano pensionato è un vantaggio, perché equivale al risparmio di ingenti risorse assistenziali che l'anziano avrebbe consumato nel proseguimento naturale della sua esistenza, senza produrre più nulla.

Il paradosso ora esposto serve a ravvivare un diffuso pregiudizio contro la "intrusione" dell'economia nel mondo sanitario: che "la salute non abbia prezzo" è un'affermazione tanto diffusa quanto accettabile, come naturale reazione a chi vuol valutare in moneta gli anni di vita. Tuttavia accettare che la salute non abbia prezzo non significa che la salute non abbia un costo. Si può ignorare o far finta di ignorare che i beni ed i servizi sanitari spesso sono disponibili in misura inferiore ai bisogni e che la collettività si impegna finanziariamente per provvedere ai malati le cure di cui hanno bisogno; questo atteggiamento semplifica molto il rapporto medico-paziente, perché il medico, rispettando il giuramento d'Ippocrate, può tranquillamente prescrivere al suo paziente il meglio di quanto la medicina dispone, corrispondendo esattamente alle aspettative del malato. Questo atteggiamento, definito da struzzo, non risolve il problema della scarsità delle risorse, che emerge quando il malato non possiede i mezzi per acquistare quanto prescrittogli.

L'instaurarsi di un sistema assicurativo o solidaristico-sociale significa introdurre la presenza del sociale nel rapporto fiduciario interpersonale fra medico e paziente, e complica le decisioni del medico, costringendolo a tener conto dei bisogni di altri individui, non così immediatamente vicini a lui come i suoi pazienti, talvolta addirittura inconsapevoli dei loro reali bisogni; in altri termini diffondere tale inconsapevolezza significa estendere a molti medici la situazione di scelta penosa nella quale si trova da sempre il responsabile della sala rianimazione con un solo letto disponibile, che si vede arrivare due malati bisognosi di cure intensive.

Estendere la consapevolezza della limitazione delle risorse sanitarie significa innescare un processo politico-culturale fra gli operatori sanitari ed a livello di opinione pubblica, perché la collettività da un lato

possa liberamente decidere di aumentare la quantità delle risorse destinate alla Sanità, conoscendo i corrispondenti sacrifici richiesti, e dall'altro esprima dei criteri di priorità in caso di penuria di mezzi (scaricando almeno in parte il medico della gravissima responsabilità di dover scegliere).

III.8. L'analisi dell'efficienza produttiva dell'Azienda Sanità

L'analisi economica si serve di alcune tecniche per massimizzare l'efficienza delle decisioni, riducendo il sacrificio delle risorse scarse impiegate nel processo produttivo e massimizzando il risultato. Nel settore sanitario possono essere usate alcune tecniche economiche e non altre, a seconda che si riescano a superare le difficoltà teoriche e pratiche che si frappongono a vari livelli nell'operazione di quantificare i costi e i risultati di quei particolari processi produttivi che sono gli interventi sanitari.

Le varie tecniche economiche possono essere riassunte in un *indicatore di efficienza*, il cui valore aiuta a scegliere l'alternativa più razionale nell'impiego delle risorse (53) (54) (159) (221).

III.8a. Analisi cost-benefit

L'analisi più semplice viene realizzata ove si riesca ad ottenere la quantificazione in moneta delle risorse impiegate e dei risultati raggiunti: in tal caso si può appropriatamente applicare l'analisi cost-benefit, termine spesso tradotto in italiano come costi-benefici e che invece, secondo l'epidemiologo Morosini (152), meglio sarebbe tradurre come costi-profitto. In effetti questa analisi riconduce la sanità al caso dell'impresa operante sul mercato (accettato come criterio di giudizio sul valore di ogni merce, ivi compresa la salute e la vita umana). Pertanto risulta possibile calcolare il più elementare degli indici, mediante l'equazione

$$\text{profitto} = \text{ricavo} - \text{spese}$$

Tuttavia i costi della malattia possono essere valutati differenzialmente a seconda dei seguenti soggetti (93), che effettuano la valutazione, nella loro ottica particolare: 1) S.S.N. (Sanità pubblica e convenzionata), 2) contribuenti (persone singole o imprese); 3) utenti reali o potenziali (persone singole o imprese, e fra le imprese una posizione tutta particolare assumono quelle sanitarie, ad esempio quelle farmaceutiche e le altre fornitrici della Sanità). Ad esempio l'assistenza a domicilio fornita dai familiari al loro congiunto malato, che non si limita certo al vitto ed all'alloggio, rappresenta una spesa per il bilancio familiare ed uno sgravio per il bilancio del Servizio Sanitario Nazionale, che altrimenti si vedrebbe costretto a fornire a sue spese l'assistenza ospedaliera completa.

Si consiglia di non dimenticare, nel calcolo dei ricavi e delle spese, le minori spese che un intervento sanitario effettuato oggi può comportare domani: ad esempio un intervento preventivo o comunque curativo precoce può costare molto meno di un intervento tardivo (senza considerare i risultati, solitamente tanto maggiori quanto più tempestivo è l'intervento). Viceversa nel caso delle malattie croniche l'intervento di tipo conservativo induce bisogni e quindi spese anche nel futuro, come nel caso della dialisi, a cui corrisponde tuttavia un aumento dei risultati (più anni di vita).

Come più in generale descritto nel paradosso medico (o paradosso di Maxwell), le spese globali della Sanità possono subire degli aumenti a causa dei successi degli interventi contro le malattie infettive: ciò risulta immediatamente dall'esame dei Paesi in transizione, ove l'invecchiamento della popolazione prima destinata a morire anzitempo per cause infettive esige l'aumento dell'intervento sanitario, particolarmente pesante per la terza e la quarta età e per gli individui non selezionati da morte precoce.

Secondo alcuni Autori (J.L.R. Draugalis et A.a.) (51): l'effetto complessivo di un programma sulle risorse sanitarie può essere esaminato in base a quattro componenti:

1. le risorse consumate dal programma
2. le risorse consumate per trattare gli effetti collaterali
3. se la morte viene evitata, le risorse che verranno consumate

- durante gli anni addizionali di vita.
4. se una malattia viene evitata, le risorse risparmiate per il mancato trattamento della malattia.

Essenzialmente, l'impatto complessivo sulle risorse sanitarie è la somma delle prime tre componenti meno la quarta".

Se per un intervento il valore del profitto supera lo zero, vi è la convenienza intrinseca ad attuarlo. Se saranno disponibili le risorse necessarie, si potrà dar corso a questo "buon affare". Tuttavia in pratica accade che la scarsità delle risorse disponibili impone una scelta fra i molti "buoni affari" possibili, ed in tale situazione occorre prevedere una tecnica che consenta di comparare i vari interventi possibili, graduandone la convenienza e suggerendo quindi una scala di priorità. Il valore del profitto ricavato dalla equazione precedente può non essere il criterio giusto, in quanto privilegia gli interventi che massimizzano il profitto indipendentemente dal valore delle spese sostenute, dimenticando in tal modo il problema della scarsità delle risorse che ci affligge sempre.

Per evitare il difetto implicito nel criterio di cui sopra si ricorre perciò ad un calcolo basato sul rapporto e non più sulla differenza. Tale rapporto è indicato come *cost/benefit* (C/B), che può assumere due forme alternative:

$$C/B \text{ lordo} = \frac{\text{Somma dei risultati}}{\text{Somma dei costi}}$$

$$C/B \text{ netto} = \frac{\text{Somma dei risultati} - \text{Somma dei costi}}{\text{Somma dei costi}}$$

Nel C/B netto il numeratore rappresenta il guadagno (o profitto). I valori dei rapporti consentono di graduare gli interventi secondo la convenienza.

A volte i costi e i risultati sono contemporanei ed immediati. Spesso invece i costi sono immediati e i risultati si constatano a distanza di tempo; in quest'ultimo caso i risultati devono essere riferiti al presente devono cioè essere attualizzati, scontati al valore presente,

secondo un opportuno saggio di sconto di interesse che rappresenta la preferenza per un uovo sicuro oggi rispetto ad una gallina - più o meno incerta - domani. Tutti gli investimenti, compreso quelli pubblici, devono tener conto che l'immobilizzo di capitale (che consente all'uovo di trasformarsi in gallina) è un sacrificio presente che deve essere compensato da un maggiore risultato futuro. Ad esempio la vaccinazione contro l'epatite B ha un costo immediato e un risultato in termini di cirrosi epatiche evitate prevedibile fra un considerevole numero di anni: cento vite umane salvate fra venti anni avranno un valore corrispondente a quello di cinquanta vite umane salvate oggi, oppure quaranta, a seconda che la società decida un saggio di sconto più alto (53).

Molti ritengono che i risultati della medicina consistano principalmente nell'evitare o ridurre le giornate di lavoro perse per malattia, e cercano di quantificare i "ricavi" dell'intervento sanitario, moltiplicando il numero delle giornate stesche per il salario medio giornaliero, oppure computano i danni di una malattia sulla base delle indennità sostitutive del salario concesse dagli istituti mutualistico-assicurativi. Questo approccio è metodologicamente molto debole, in quanto presuppone che vi sia una situazione di piena occupazione, o quantomeno che il lavoratore assente per malattia non possa essere sostituito. In genere non è così, e il lavoratore malato viene sostituito provvisoriamente da un altro altrimenti disoccupato, che garantisce il mantenimento del flusso produttivo e quindi del reddito.

Nello schema seguente si espongono i criteri di valutazione utilizzati dal nostro diritto per monetizzare i costi della malattia. I costi socio-economici della malattia possono essere valutati, almeno in prima istanza, sulla base delle seguenti grandi categorie del nostro diritto.

Danno emergente (o costo diretto): ad esempio le spese sanitarie sostenute per l'acquisto di un farmaco utile alla guarigione.

Lucro cessante (o costo indiretto): la riduzione del reddito di un cittadino che, a causa della malattia, è incapace di lavorare e di guadagnare.

A sua volta il danno emergente può distinguersi in:

Danno materiale: ad esempio le spese sanitarie oppure tutte le altre

spese supplementari che la malattia e le sequele inducono. Il caso limite è rappresentato dal malato gravemente non autosufficiente, che necessita di costosissimi servizi per svolgere quelle funzioni vitali che non costano nulla alla persona autosufficiente.

Danno "morale": la sofferenza fisica e psichica, la quale ultima può coinvolgere non soltanto il malato, ma pure il suo ambiente familiare e sociale (anche dopo la morte).

Danno biologico: la privazione della possibilità di vivere pienamente la propria esistenza; si tratta dell'ultima categoria, introdotta solo recentemente nel nostro sistema giuridico, al fine di poter considerare almeno una parte di quei danni "moralì" che in precedenza erano rilevanti soltanto in caso di dolo.

Riguardo alla misurazione, secondo le differenti opzioni politico-economiche e filosofiche, i costi e i danni possono essere:

monetizzati a prezzi di mercato: prezzi delle merci e dei servizi sanitari, retribuzioni degli operatori e dei malati;

monetizzati mediante artifici: prezzi-ombra che rappresentano il tentativo di costruire a tavolino un sistema di prezzi basato su calcoli matematici e su pareri di esperti; prezzi che un individuo con un dato reddito sarebbe disposto a pagare pur di non ammalarsi; valutazione monetaria da parte dell'opinione comune prevalente.

L'analisi cost/benefit può essere utilizzata da un produttore privato di cure, così come da qualunque azienda privata. Il Servizio Sanitario Nazionale invece, per motivi di equità, tende ad eliminare il mercato e la sua valutazione in moneta per i costi diretti dei prezzi dei beni e dei servizi sanitari (altrove pagati dai consumatori) mentre la gestione diretta del servizio sotto forma di azienda pubblica quasi-monopolistica tende ad eliminare il mercato e la sua valutazione in moneta per i costi di produzione dei servizi stessi, in particolare per il costo del lavoro, dei farmaci e degli altri beni sanitari sottoposti a tariffa. Perciò si giustifica un altro tipo di analisi economica, l'analisi costi-risultati.

III.8b. Analisi costi-risultati

L'analisi costi-risultati può assumere varie tipologie. Talvolta si tratta di giungere alla realizzazione di un dato obiettivo con il massimo risparmio dei mezzi disponibili; si parla in questi casi di analisi costi-efficacia (*). Il metodo costi-efficacia è utilizzabile anche se l'input e l'output non sono riconducibili alla stessa unità di misura, ed è questa la normale situazione in cui ci si trova nel settore sanitario: soltanto nell'esempio puramente ipotetico, in cui un medico cura senza alcun ausilio esterno e senza farmaci o attrezzature un altro medico e lo restituisce al lavoro attivo si verifica che l'input e l'output possono essere misurati con la medesima unità di conto. In tutti gli altri casi l'economista si trova a risolvere il problema dell'organizzazione ottimale dei mezzi disponibili a dati costi. Si tratta cioè di studiare la migliore composizione dei fattori produttivi e di eliminare ogni collo di bottiglia (**); inoltre, se è possibile suddividere in unità e utilità prodotte l'obiettivo da raggiungere, l'economista può esaminare i

(*) Il termine inglese Cost-Effectiveness, tradotto usualmente in italiano come Costi-Efficacia, sta ad indicare quell'analisi economica che, a causa dell'impossibilità di attribuire un valore definito all'output, deve limitarsi alla procedura descritta da altri (41) nel paragrafo "I prezzi contabili di "beni" non commerciabili: gli effetti intangibili": "Se l'analista si convince di non poter andare oltre la misura in termini fisici dei risultati di un progetto e di non poter individuare i prezzi ombra, egli può almeno stabilire delle regole di efficacia in termini di "massimizzazione dei benefici fisici rispettando il vincolo del costo" oppure di "minimizzazione dei costi per un desiderato livello di benefici fissi". Una volta fatto questo, egli intraprende l'analisi dei costi-efficienza, che qui distinguiamo dall'analisi dei costi-benefici a causa della mancanza di misure delle somme che il pubblico è disposto a pagare (prezzi ombra)". Si noti che, al posto del più comune: costi-efficacia, l'Autore usa: costi-efficienza. Al di là della terminologia preme sottolineare come l'analisi economica costi-risultati resta un valido strumento, sia che i risultati da raggiungersi siano di utilità generale per la collettività, sia per una parte soltanto.

(**) Individuato un collo di bottiglia, l'indicazione pratica che ne scaturisce può essere: o allargare il collo, o stringere il corpo della bottiglia; in questo caso (obiettivo dato esogeno) si tratta spesso di stringere la bottiglia liberando risorse per altri scopi.

rendimenti di scala ottenibili, (quelli che si ottengono aumentando la quantità della produzione) scegliendo le dimensioni ottimali degli impianti e la migliore allocazione territoriale (*).

In altri casi sono fissi i mezzi e le risorse disponibili e si vuole massimizzare il prodotto. Anzitutto va precisato che il porre inizialmente il problema in questi termini può voler dire accettare acriticamente lo stato di fatto delle istituzioni sanitarie esistenti, con quel dato numero di operatori e di spese storicamente consolidate. Invece si dovrebbe porre come a priori logico che la collettività stabilisca almeno approssimativamente le mete da raggiungere. Sarebbe poi necessario che l'esperto della programmazione, per aumentare la consapevolezza nella generalità dei cittadini, illustrasse l'andamento delle utilità ricavabili dal progetto confrontandolo con quello di altri progetti alternativi, affinché la decisione politica diventasse sempre più "ragionevole" ed equilibrata.

Compito dell'economista della Sanità resta pertanto quello di facilitare la comparazione fra un progetto e l'altro, facendo emergere omogeneità di output diversi per un input dato, o tra input diversi per un output dato. Per far ciò è necessario spesso restringere il campo a precisi interventi o programmi, con obiettivi limitati e ben definiti, per la realizzazione dei quali si dispone di un quantum di personale e mezzi. E' questa la proposta metodologica realizzata dalla Francia, a livello di Stato centrale, coi programmes finalisés, e che potrebbe essere largamente impiegata in Italia a livello locale, nella programmazione delle Aziende sanitarie. Questi enti dispongono di un certo bilancio: detratte le uscite obbligatorie per il mantenimento di talune prestazioni giudicate irrinunciabili dalle scelte statali e regionali e che costituiscono l'essenza della programmazione territorialmente più vasta, restano disponibili alcune risorse, personale e mezzi, la cui utilizzazione è più o meno rigida.

(*) Considerando i costi dei fattori produttivi non come dati fissi, ma come variabili e dipendenti dalle scelte dei metodi e degli obiettivi, si introduce un'ulteriore complicazione.

Di contro esistono alcune domande emergenti di taluni specifici servizi, la cui somma (anche se limitata a quelle più urgenti) supera sempre abbondantemente le possibilità di soddisfacimento, data la limitazione dei mezzi oggi disponibili.

Compito dell'epidemiologo, che deve collaborare strettamente anche con gli altri operatori sanitari, è quello di prospettare al policy maker i possibili risultati sanitari, in termini ovviamente probabilistici, della realizzazione di uno o più programmi compatibili o alternativi fra loro e delle possibili interferenze positive o negative fra un programma e l'altro; compito dell'economista è quello di quantificare le risorse necessarie per raggiungere gli obiettivi stabiliti minimizzando i costi, e di verificare la compatibilità con le scelte del bilancio generale.

Per le ragioni già illustrate la sola tecnica professionale dell'economista e del medico non è in grado di stabilire se sia più utile allocare dieci milioni all'anno di denaro pubblico per mantenere in vita un paziente nefropatico bisognoso di dialisi oppure se devolvere tale somma alla diagnosi precoce della fenilchetonuria effettuata su diecimila neonati, da cui si attende probabilisticamente la possibilità di evitare un caso clinico di deficienza psico-fisica. Prospettando alla collettività queste scelte, di fatto oggi impropriamente delegate agli esperti, si determina una chiarificazione spesso drammatica dei termini del problema: la collettività conosce finalmente quali sono le conseguenze di questa o quella scelta e quali le rinunce implicite.

La realizzazione di un sistema sanitario nazionale può avvenire in buona parte prescindendo dai meccanismi del "libero mercato" della salute. L'allocazione ottimale delle risorse, così come la quantità di risorse da dedicare al settore, viene determinata nel modello proposto da un'aggregazione successiva di scelte eseguite dalle istituzioni sanitarie periferiche: tale aggregazione, il cui presupposto è una preventiva elaborazione tecnica economica ed epidemiologica tesa a verificare ed a prevedere le interazioni dei vari programmi locali, prima sull'unità locale, e quindi su un territorio più vasto, regionale e nazionale, è operata dall'autorità istituzionalmente competente.

G. DOMENIGHETTI

Direttore del Servizio di Sanità del Canton Ticino (Svizzera)

IL MERCATO DELLA SALUTE

ignoranza o adeguatezza?

*Analisi degli effetti dell'informazione
sul mercato sanitario*

I edizione italiana
Presentazione di D. Pecorari



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

Titolo originale
Marché de la santé:
Ignorance ou adéquation?
Essai relatif à l'impact de l'information sur le marché sanitaire

© 1994 Editions Réalités Sociales - Lausanne (Suisse).

Foto di copertina di P. Ferroni

Il contenuto del volume rispecchia
esclusivamente l'esperienza dell'Autore

Traduzione dal francese del Dott. Pier Domenico Brizio

ISBN 88-7141-175-7

© Copyright 1994



CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI

Via Lazzaro Spallanzani, 11 - 00161 Roma

Tutti i diritti riservati.

La riproduzione totale o parziale dei testi e delle illustrazioni deve essere espressamente autorizzata dall'editore. È obbligatoria la citazione della fonte.

Finito di stampare nel mese di dicembre 1994
dalla LITOGRAFICA 79 S.r.l. - Roma

«*Primum non nocere*»

Ippocrate

Ringraziamenti

Esprimo la mia gratitudine a

- Pierre Gilliand, Geneviève Corajoud, Felix Gutzwiller, André Rougemont e Philippe Chastonay per i suggerimenti e la rilettura critica dell'edizione originale francese
- Domenico Pecorari per la presentazione dell'edizione italiana, Raffaele Salvati e Arianna Ribichesu che hanno reso possibile questa edizione
- Pier Domenico Brizio per la traduzione dal testo originale in lingua francese
- Manuela Perucchi per l'assistenza bibliografica, Elio Geninasca per l'elaborazione dei grafici.

Indice

Presentazione dell'edizione italiana	9
Presentazione	11

Parte prima **INTRODUZIONE**

1. Perché l'informazione?	21
2. Scopi di un concetto informativo	26
3. Uova e frittate	30

Parte seconda **INFORMAZIONE ED ADEGUATEZZA: CONSIDERAZIONI ED EVIDENZE**

1. Informazione e domanda/offerta di prestazioni	35
1.1 Il mercato sanitario: un mercato particolare	35
1.2 I fattori determinanti della prescrizione medica	37 40
1.3 Il marketing farmaceutico	
1.4 Le variazioni regionali nell'utilizzazione delle prestazioni e dei servizi	42 45
1.5 Evidenze empiriche	
1.5.1 Tipo di retribuzione e comportamento nella prescrizione	45
1.5.2 Densità medica ed aumento delle prestazioni	46

1.5.3	Disponibilità di letti operatori e consumo di cure chirurgiche	49
1.5.4	Consumo di cure chirurgiche Differenze regionali ed internazionali	49
1.5.5	Cambiamenti del consumo causati dall'informazione	52
1.5.6	Prescrizione ed adeguatezza del consumo farmaceutico	54
2.	Informazione ed incertezza professionale	57
2.1	In generale	57
2.2	Evidenze empiriche	60
2.2.1	Tonsillectomia	61
2.2.2	Angiografia e by-pass coronarici	61
2.2.3	Incertezza e incidente di Chernobyl	61
2.2.4	Informazione, limitazione e controllo dell'incertezza	63
3.	Informazione, prevenzione e promozione della salute	67
3.1	Fattori di rischio, di protezione, emissioni ed agenti inquinanti	67
3.2	Il programma politico di promozione della salute	72
3.2.1	I fattori che determinano il consenso politico	73
3.2.1.1	Il consenso scientifico professionale	74
3.2.1.2	Il consenso degli interlocutori economici	75
3.2.1.3	Il consenso popolare	75
3.2.1.4	Il consenso etico	76
3.2.2	Quali soluzioni?	77
3.2.3	Consenso professionale e complementarità fra prevenzione e cura	79
3.3	Accesso informato alle cure	79

3.4	Prevenzione e mezzi di informazione di massa	83
3.5	Evidenze empiriche	84
3.5.1	Informazione e consumo di cure	84
3.5.2	Informazione e promozione della salute	85
3.5.3	Prevenzione e mezzi di informazione	88
4.	Informazione, management, organizzazione e finanziamento del settore sanitario	90
4.1	Riorientare il sistema	90
4.2	Riorganizzare il settore	99
4.3	Il processo decisionale «razionale»	105
4.4	Evidenze empiriche	109
4.4.1	Spesa sanitaria e mortalità	109
4.4.2	Costo delle prestazioni mediche	111
4.4.3	Confronti internazionali della durata di degenza ospedaliera	112
4.4.4	Finanziamento del settore, prevenzione e promozione della salute	113
4.4.5	Risorse, terapia e prevenzione	114
4.4.5.1	Tumori	115
4.4.5.2	Malattie cardiovascolari	117

Parte terza

IL CONSUMO DI PRESTAZIONI MEDICHE DA PARTE DEI MEDICI: UN MODELLO DI RIFERIMENTO?

1.	Introduzione	123
1.1	Il consumo dei medici come modello di riferimento	124
1.2	L'indicatore di efficacia	126
2.	Applicazione del metodo	127
2.1	Materiale e metodo	127

2.1.1	Interventi chirurgici	127
2.1.2	Campioni di popolazione allo studio	128
2.1.3	Questionario	128
2.1.4	Analisi comparativa	129
2.2	Risultati	130
3.	Discussione e conclusioni	135
3.1	Dal punto di vista metodologico	135
3.2	Lo studio di Bunker e Brown	136
3.3	Informazione e consumo	139
3.4	Indice di efficacia e variazioni regionali	140
4.	Domanda indotta di cure chirurgiche	141
4.1	Definizione	141
4.2	Tentativo di valutazione della domanda indotta per la Svizzera	142
4.2.1	Metodi di calcolo	143
4.2.2	Risultati	146
4.2.2.1	Volume operatorio	146
4.2.2.2	Giornate di degenza	147
4.2.2.3	Costi a carico delle assicurazioni sociali	147
4.2.2.4	Costo globale	149
4.2.2.5	Costo globale dei ricoveri chirurgici in Svizzera	150
4.3	Conclusioni	150
 Parte Quarta SINTESI CONCLUSIVA 		
	Sintesi conclusiva	157
	Bibliografia	169

Presentazione dell'edizione italiana

Quando ero più giovane e lavoravo a Genova, negli intervalli fra un parto e l'altro mi ero divertito a comporre una serie di meditazioni sullo sparviero del tipo: «Lo sparviero volge a suo vantaggio le macchinazioni dei serpenti nell'erba», «Lo sparviero è implacabile col passero, saluta cerimonioso quando incontra il falco, ma scappa sbattendo le ali quando incalzano le aquile» e, soprattutto, «Lo sparviero campa sulla credulità dei piccioni».

Col passare degli anni e con i successivi trasferimenti ho imparato, che lo sparviero prospera tanto all'ombra degli ulivi e dei palmizi della riviera ligure, quanto nel Tri-veneto ed in altre regioni.

Ora, il libro di Gianfranco Domenighetti spiega come gli sparvieri abbondino anche nella vicina Svizzera. Fuori metafora, si tratta di uno studio del mercato sanitario e delle sue distorsioni in un ambito omogeneo, geograficamente limitato e bene controllato; le affinità con la realtà italiana ed europea ne fanno un modello di grande interesse non solo per i medici, ma anche per gli amministratori degli ospedali e, in genere, per tutti coloro che si occupano di politica sanitaria. Soprattutto, però, le argomentazioni dell'Autore saranno utili ai pazienti, spiegando loro come sia conveniente acquisire una buona dose di morbido scetticismo partenopeo prima di affrontare il Medico ed il Chirurgo, tanto più se famoso ed interventista.

Come argutamente scriveva Sergio Ricossa (La Voce,

27 luglio 1994): «il chirurgo ed il medico devono essere amici nostri e della moderazione.

Se lo sono, mostriamoci riconoscenti più che possiamo fino ad offrire loro di pagarli per interventi e cure che *non* hanno realizzato. Se sono amici, non accetteranno i nostri soldi. Accetteranno la nostra stima, la nostra volontà di promuoverli al grado di saggi e sapienti, che è molto di più di professore».

Per ora io sono solo professore, ma avrei l'ambizione di avvicinarmi alla saggezza ed alla sapienza prima di andare in pensione; Gianfranco Domenighetti mi è stato di grande aiuto.

Domenico Pecorari

*Direttore della Clinica Ostetrica e
Ginecologica dell'Università di Verona*

Presentazione

La crescita delle spese dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati, così come la ricerca di formule magiche per limitarla, sembrano essere la maggior preoccupazione dei *politici*, degli *amministratori* che operano nel settore sempre alla ricerca spasmodica dell'equilibrio di bilancio; su altri fronti essi cercano finanziamenti supplementari oppure «scaricano» i costi sugli utenti, in parte o totalmente, allo scopo di «nascondere» degli oneri in costante crescita e chiaramente evidenti. I più «furbi» si affidano ai bilanci globali e gli «imbroglianti» spingono verso un aumento superiore al necessario delle attività a pagamento immediato, oppure prolungano la durata delle degenze per «far rendere» il reparto. Nessuno dubita che un esercizio economicamente e finanziariamente sano, così come l'equilibrio di bilancio e una gestione «manageriale» delle strutture, siano condizioni e strumenti essenziali per continuare a fornire servizi e distribuire prestazioni che *sovente*, sul piano sociale e scientifico, sono prioritari o addirittura indispensabili.

Tuttavia, credere che i rattoppi finanziari e contabili, e che la promozione dell'«interventismo» inutile permetteranno di controllare una spesa, *giudicata dalla popolazione come assolutamente utile ed indispensabile* (spesa d'altronde fondata su di una attività frenetica di cui il rapporto costi/benefici sanitari è pressoché ignorato da parte dei politici e degli amministratori), costituisce chiaramente una ingenuità colpevole. Questi fatti significano anche ri-

conoscere l'impotenza totale della «razionalità» economica a fronteggiare la forza ideologica, tecnica e mitica della medicina, rappresentata dalla «razionalità» medica. Per cui, invece di domandarsi: «come trovare nuovi mezzi finanziari?» o «su chi far pesare i costi?» o ancora «quanti esami sono necessari per la redditività del mio reparto?», oggi è assolutamente necessario che i responsabili «laici» (cioè non medici) pongano e si pongano anche le domande seguenti:

- come arginare una richiesta di cure e prestazioni sanitarie potenzialmente illimitata, di fronte ad una limitazione delle risorse disponibili?
- quali sono la misura e l'intensità del rapporto fra risorse impegnate (costi) e risultati ottenuti, in termini di efficacia e di benessere sanitari per gli individui e le popolazioni?

Queste *domande fondamentali* non devono essere ridotte, come in genere si è fatto fino ad oggi, a problemi puramente filosofici.

Lo spiacevole complesso di inferiorità e di frustrazione che caratterizza i rapporti dei «laici» (che siano politici, amministratori o *pazienti*) nei confronti dei professionisti della salute, quando si discute di argomenti «tecnici» o «scientifici», è dovuto alla mancanza di informazione. In particolare alla quasi totale assenza di una «cultura sanitaria» che permetta loro di essere interlocutori più informati, e pertanto meno «manipolabili» da parte della «razionalità» medica.

Per l'amministratore la regola aurea dovrà essere la seguente:

«fino a prova contraria, ogni richiesta sarà considerata come inutile ed inefficace».

L'altro protagonista, che deve urgentemente godere di un supplemento di informazione e di «cultura sanitaria», è il consumatore. La visione trionfalistica della medicina, promossa dai mezzi di informazione, ha creato nell'opi-

nione pubblica l'impressione che la scienza medica sia la più esatta delle «scienze esatte». Questa sensazione, per altro molto «rassicurante» dal punto di vista individuale e sociale, avrà come conseguenza diretta il mantenimento di una domanda «illimitata» di cure e prestazioni, generata da attese di efficacia in gran parte prive di fondamento. Questa domanda sarà più o meno grande anche in funzione della capacità di *induzione* propria ad ogni sistema di organizzazione e di finanziamento del settore sanitario, e in particolare in rapporto al metodo di retribuzione dell'attività medica. È per questo che sembra oggi indispensabile *promuovere un accesso più informato degli utenti alle cure ed alle prestazioni sanitarie, ed anche una miglior gestione individuale della salute personale*, grazie a degli «input» di informazioni qualificate; informazioni che dovranno essere accompagnate da un «onesto e sano sospetto» circa la reale capacità della medicina a risolvere maggiori problemi di salute. In più bisogna anche adoperarsi perché il rapporto *medico/paziente*, troppo spesso del tipo «genitori/figli», diventi sul piano umano un rapporto paritario fra «adulti». Passare da una dittatura alla democrazia non è un processo facile. Due strade opposte di «transizione» sembrano confrontarsi: quella della Jugoslavia e il modello spagnolo. È inutile precisare quale delle due sia preferibile.

L'urgente necessità di una riflessione e di una azione – non solo «contabile» o «ingenua» – nei confronti dell'organizzazione e della gestione del sistema sanitario e del consumo di cure, possono essere sostenuti dalle citazioni seguenti, scelte fra circa le duecento citate alla fine di questo libro.

Richard Smith, editore e direttore di una delle quattro più importanti riviste mediche del mondo, il *British Medical Journal*, afferma quanto segue: *solo il 15% degli interventi medici sarebbero basati su solide evidenze scientifiche*; ciò comporterebbe il fatto che l'85% non lo siano. Di conseguenza Smith propone una «etica dell'ignoranza», per gestire «nel modo migliore» questa abbondante parte di incertezza, in particolare durante la consultazione medica che troppo sovente è diventata una costosa ed inuti-

le «*folie à deux*» (2), in cui le attese corrispondono più ai desideri che alla realtà.

Il dott. Béraud, consulente medico in Francia della Cassa Nazionale di Assicurazione Malattia dei Lavoratori Salariati (CNAMTS), informa sulla «*grandissima frequenza della piccola criminalità*» che ha avuto modo di constatare a carico dei professionisti della salute (10). Ritiene che questa criminalità sia «*certamente più diffusa (...) che non tra gli adolescenti disoccupati*», senza dimenticare «*la grande criminalità*». In totale, conclude il dott. Béraud, «*eccessi, abusi e truffe sono costati 120 miliardi di franchi francesi all'assicurazione malattia, su una spesa annuale di 573 miliardi*». Evidentemente sarebbe ingenuo credere che questa «criminalità» sia una specificità francese.

I costi dell'industria farmaceutica per il *marketing* e la promozione della prescrizione *sono equivalenti alle spese investite per la ricerca* (18,19). La politica di promozione delle vendite nei confronti della classe medica sono sottoposte ad indagine da parte del Senato degli Stati Uniti (18) perché in grado di condizionare la prescrizione.

Il consumo di medicinali per abbassare il tasso di colesterolo nei soggetti senza sintomatologie (pratica che può interessare fra il 20 e il 40% della popolazione adulta di una nazione o di una regione) *aumenta la mortalità totale* negli individui trattati (54, 54a). In più questa pratica distoglie dei mezzi finanziari (valutati 183 miliardi di dollari in cinque anni per gli Stati Uniti) (61). Miliardi che avrebbero potuto essere messi a frutto con più buon senso in altri campi.

Il *consumo di cure chirurgiche elettive* e non urgenti da parte dei membri *della classe medica* e dei loro parenti è molto inferiore a quella della *popolazione in generale* e degli altri professionisti non medici (12b).

Nessuna differenza nel tasso di sopravvivenza è stata dimostrata dopo un *cancro della prostata* che sia stato trattato o non trattato (174).

Un consumo di almeno 80 Unità Internazionali di *Vitamina E* al giorno *diminuisce del 40% il rischio di morte* per malattia cardiovascolare (88a); analogamente a quanto avviene assumendo una aspirina a giorni alterni

nei confronti degli infarti non mortali (135).

Questi esempi, scelti fra centinaia di altri, tendono soltanto a dimostrare che c'è motivo, per politici e amministratori sanitari, di *superare una visione puramente contabile e organizzativa* del settore, e per i consumatori di *liberarsi di una visione puramente mitica della medicina* (1,1a,1b,1c). Il «manager» che vuole operare in campo sanitario con un minimo di efficacia, non potrà ignorare questi fatti. In caso contrario sarà obbligato a «*compromettersi*» con la «razionalità» medica perché:

i costi e le strutture dipendono, evidentemente, dal volume di attività e dal consumo.

L'adeguatezza di questi due fattori alle necessità e ai risultati sanitari, in termini di qualità e quantità di vita, è il fondamento e l'obiettivo stesso di tutto il settore sanitario. La perversione, al contrario, sarà di gestire, in modo economicamente «sano» e secondo le buone regole del management, attività o strutture che producono (in tutto o in parte) prestazioni inutili, inefficaci e non rispondenti alle reali necessità.

Oggi non è più possibile, per comodità o per ignoranza, confondere gli «input» con gli «output». La valutazione della produttività, della qualità, dell'efficacia, dell'adeguatezza, così come il calcolo dei risultati in termini di «guadagno» di salute per l'individuo e per la collettività, dovranno essere i nuovi obiettivi dei politici, degli amministratori e dei gestori che operano nella sanità. Essi dovranno aggiungere questi dati alla ricerca di una gestione economicamente e finanziariamente sana, e alle regole di un buon management.

L'obiettivo di questo libro è dunque, sulla base della letteratura medica più degna di fede, di dare una informazione ed una «*cultura medica e sanitaria*» di base ai «*laici*», allo scopo di far loro provare il gusto di saperne di più e di diventare pertanto degli interlocutori più informati e

meno «manipolabili» da parte della «razionalità medica».

Questa pubblicazione è anche una «requisitoria» che mira ad ottenere una maggior «trasparenza» sul mercato della salute, grazie alla *diffusione di informazioni di qualità* e «al di sopra di ogni sospetto» nei confronti dei *consumatori*, dei *professionisti-produttori*, degli *amministratori* e dei *responsabili politici*; ciò allo scopo di ottenere, relativamente alle *necessità sanitarie reali* degli individui e della collettività, una *migliore adeguatezza dei consumi*, dei *comportamenti*, delle *cure*, delle *prestazioni*, delle *pratiche*, dei *servizi* e delle *politiche*.

Un'attenzione particolare è riservata al protagonista più «debole e sprovveduto» che opera sul mercato della salute: il consumatore. Cercare di dare potere al consumatore significa fornirgli, attraverso l'informazione, degli strumenti e delle competenze che gli permettano di prendersi attivamente le sue responsabilità per quanto riguarda la sua salute, ed anche di utilizzare in modo più razionale i servizi sanitari.

Si vuole anche dimostrare che la quantità e la qualità della vita in buona salute derivano in gran parte dal rischio aleatorio (epidemiologico) che in larga misura è prevedibile perché fondato su «probabilità» misurabili; e non dal rischio dell'«ignoto», legato a quell'ignoranza che deriva dalla mancanza di informazione e, quindi, generatore di malessere, paura e manipolazioni supplementari.

L'argomento è diviso in tre parti:

- **La prima (Introduzione)** definisce i termini della discussione e riassume i fatti che dimostrano come, al di là delle predisposizioni (imprinting) individuali, derivanti dal patrimonio genetico e dei rischi dovuti alla «fortuna» (specie per quanto riguarda traumatismi non voluti o provocati), *la salute è essenzialmente informazione*. In effetti solo l'informazione permetterà al consumatore di migliorare la *gestione* della propria salute e di *gestire una utilizzazione ed un accesso più razionale alle prestazioni e alle cure*. Il postulato che vuole che «la salute sia essenzialmente informazione» sarà particolarmente vero per quei paesi indu-

strializzati che sono già in grado di garantire un buon livello di *equità* nell'accesso alle prestazioni e ai servizi di cura.

- **La seconda parte (Informazione e adeguatezza)** tratta dei fondamenti teorici che regolano il mercato della salute. Presenta evidenze empiriche sulle quali si basa il concetto che l'informazione è fondamentale per migliorare l'adeguatezza dei comportamenti, delle pratiche, dei servizi e delle politiche. *In più si parla degli strumenti e dei metodi pratici* destinati ai *consumatori* (sani o malati) e agli *amministratori incaricati delle scelte*, che permettono la *diminuzione dell'incertezza* che caratterizza questi protagonisti nei confronti di quella che viene chiamata la «razionalità medica».
- **La terza parte (Consumo di prestazioni da parte dei medici e domanda indotta)** corrisponde ad un tentativo originale di misurare il consumo di prestazioni da parte del solo *gruppo attualmente «informato» della popolazione*: i medici e i loro congiunti e figli. Questo consumo, considerato come un «*modello*» di riferimento, è stato confrontato, per le cure chirurgiche, con quello della popolazione in generale e di altri gruppi «scelti» di consumatori, allo scopo di valutare in particolare l'importanza della domanda «*indotta*». I risultati dimostrano un eccesso globale di consumo da parte della popolazione pari a circa un terzo. La conclusione principale di questo studio è quindi che il *consumatore meno informato avrà il consumo di cure più elevato*. Il corollario porterebbe a concludere che *più il pubblico sarà ben informato, minore sarà la richiesta di prestazioni e di servizi sanitari tradizionali*, in particolare di quelli la cui efficacia reale è inesistente o dubbia, oppure scientificamente non fondata. L'analisi qui presentata ha anche permesso di valutare l'importanza della *domanda indotta* di cure chirurgiche di elezione per la Svizzera. Essa si colloca fra il 25 e il 38%, a seconda che si faccia riferimento al volume di *attività attuale* o alla spesa considerata come

adeguata. A questo proposito notiamo che, sulla base di altri indicatori, il *potenziale di induzione* del sistema sanitario svizzero è stato valutato equivalente a *1/3 della spesa globale*. Il che permetterebbe di *liberare* importanti risorse, utilizzabili per far fronte a *nuove necessità*, legate in particolare all'*invecchiamento* della popolazione, alla promozione della salute e all'*«empowerment»* dell'*utente* e al miglioramento della *qualità delle cure*.

La quarta e ultima parte (*Sintesi conclusiva*) dà uno scorcio filosofico, politico e operativo. A nostro parere esso dovrà essere alla base di una azione futura che sia effettivamente fondata sull'*instaurazione di una pedagogia comune* tra i protagonisti-interlocutori. Questa «filosofia» si prefigge la *concertazione* allo scopo di raggiungere un *largo consenso sociale e professionale*, che favorisca l'adozione di soluzioni razionali ed eque di riorganizzazione del sistema.

Sono ormai finiti i tempi dei rattoppi autoritari di ordine contabile e finanziario per modificare dei consumi, che sono sentiti profondamente dalla popolazione come legati alla speranza e alla qualità della vita, al dolore e alla morte.

Operare con simili «automatismi», tratti dall'economia classica, è in realtà come sperare di diminuire i tassi di mortalità aumentando il prezzo dei funerali.

Di fronte ad un sistema irresponsabile, largamente dominato dall'offerta, è venuto il momento di trattare diversamente la domanda, dando potere ai *consumatori*.

Parte prima

INTRODUZIONE

1. Perché l'informazione?

Se si analizzano i fondamenti teorici che regolano il mercato della salute, ed anche i dati tratti dalla letteratura circa l'efficacia o l'inutilità delle prestazioni sanitarie e delle cure, si valuta immediatamente l'importanza fondamentale dell'informazione per assicurare l'adeguatezza di prestazioni, pratiche, comportamenti, tecnologie, servizi e politiche alle reali necessità sanitarie degli utenti.

Da sola l'informazione permetterà di dare avvio al cambiamento del comportamento degli «attori» in causa, nel senso dell'adeguatezza (e quindi verso la razionalità sanitaria ed economica).

Il settore sanitario in effetti è caratterizzato, per un verso dall'importanza universalmente attribuita all'obiettivo dello scambio (la salute), e per l'altro dalla mancanza di trasparenza e di informazione fra domanda ed offerta. Ciò deriva in modo particolare dal monopolio del sapere e delle conoscenze e anche dalla «incertezza professionale e decisionale» che caratterizza, da una parte gli operatori sanitari, e, dall'altra, gli amministratori.

Inteso che la causa principale di mortalità sarà sempre il fatto di esser venuti al mondo, si può affermare che, a parte le predisposizioni (imprinting) derivanti dal patrimonio genetico e i rischi dovuti al «destino» individuale (specie per quanto riguarda i traumi non voluti o provocati) *la salute è essenzialmente informazione.*

In effetti un «di più» di salute individuale e collettiva potrà essere ottenuto, indipendentemente dallo statuto e dalla situazione socio-economica, grazie all'introduzione

di trasparenza e di informazione sul mercato della salute. Ne conseguirebbero:

- **per i consumatori**, un accesso più informato al sistema di cura, grazie ad una diminuzione dell'incertezza circa l'uso di prestazioni diagnostiche e terapeutiche prescritte o proposte dai professionisti, come pure la promozione di comportamenti e di pratiche che favoriscono una maggior autonomia ed una miglior gestione individuale della salute;
- **per i professionisti**, un miglioramento del consenso circa le indicazioni alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche, in conformità con lo «stato dell'arte», ed una conseguente riduzione di quel grado di incertezza professionale e di prescrizione che è propria delle scienze non esatte, quali le scienze sanitarie in generale e la medicina in particolare;
- **per gli amministratori ed i politici** una diminuzione dell'incertezza decisionale che li caratterizza, promuovendo di conseguenza il riorientamento del sistema fondato su obiettivi e scelte di organizzazione, di pianificazione e di allocazione delle risorse, che tengano conto dell'efficacia sanitaria di prestazioni e servizi, e delle risorse finanziarie disponibili nonché del costo di opportunità;
- **per tutti gli aventi causa**, un contributo alla riflessione e all'azione sui temi legati all'influenza dell'ambiente sociale e naturale, e in particolare alla lotta contro le emissioni e gli agenti nocivi per la salute individuale e collettiva.

Una simile azione avrebbe lo scopo di modificare o adattare il sistema attuale di organizzazione, gestione e finanziamento del settore sanitario, verso una politica incentrata sui problemi di salute e non su quelli dei servizi (7).

Il miglioramento della quantità e della qualità dell'informazione effettivamente presente sul mercato sanitario, e della sua diffusione tra gli aventi causa, è utile sia per i paesi con un sistema organizzativo sanitario di tipo «liberale» o «pluralistico» (Svizzera, Francia, Germania, Bel-

gio, etc.) sia per quelli a modello sanitario «socializzato» (Gran Bretagna, paesi del nord-Europa, Italia, Spagna, etc.). In realtà ogni sistema d'organizzazione può produrre «effetti perversi», sia in termini di risultati sanitari, sia come spreco di risorse. La Svizzera, dopo gli Stati Uniti, è il paese che dispone del sistema sanitario più «liberale» e «pluralista»; a nostro parere è quello che ha più bisogno di informazione e di trasparenza. Solo queste permetteranno delle «scelte più libere» da parte dei protagonisti, e in particolare dei consumatori. In realtà la libera scelta del medico e dell'ospedale, il pagamento all'atto della prestazione medica, la libertà di disporre di attrezzature tecniche e di prescrizione, la mancanza di pianificazione tra settori pubblico e privato, la copertura «socializzata» delle prestazioni e dei servizi, la mancanza di meccanismi regolatori e di valutazione, l'assenza di controlli di qualità delle prestazioni, l'aumento sconsiderato del numero dei medici, che sono le caratteristiche del sistema sanitario svizzero, generano effetti perversi. Questi effetti si manifestano in particolar modo a livello di protezione degli utenti da quella che viene chiamata «la medicina inutile» o inadeguata, e per quanto attiene lo spreco di risorse.

Infine l'informazione (e specialmente la messa a disposizione di un sistema informativo integrato di statistiche sanitarie) è essenziale per la messa in atto e il monitoraggio di qualunque politica e strategia sanitaria. Per esempio quella della «Salute per tutti» dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che si fonda sulla promozione della salute, il riorientamento del sistema sanitario, la valutazione di procedure e della qualità, e sulla cooperazione multisettoriale.

Lo scopo principale di questo testo è anche, nell'interesse generale, di sensibilizzare tutti gli aventi causa ad una miglior trasparenza su questo particolare mercato.

Le riflessioni di questo testo scaturiscono da un quarto di secolo di esperienza acquisita presso il Servizio di Salute pubblica del Canton Ticino. Questo servizio ha adottato, all'inizio degli anni '80, una strategia di salute pubblica che privilegia l'introduzione sul mercato sanitario

Fig. 1



di informazione e trasparenza. Ciò allo scopo di modificare i comportamenti degli «attori», per migliorare l'adeguatezza di cure delle pratiche, dei comportamenti e delle tecnologie alle necessità degli utenti. Questa scelta è stata dettata dalla constatazione che la mancanza di informazione qualificata è la principale caratteristica del mercato della salute, e dal fatto che la concentrazione dei mezzi di informazione gioca un ruolo importante nel Cantone Ticino, dove, per 280.000 abitanti, ci sono quattro quotidiani, diversi settimanali e un centro pubblico di produzione radiofonica e di televisione a diffusione nazionale. L'adozione di iniziative strategiche originali di salute pubblica, orientate in particolare verso i consumatori utenti e verso l'aumento del loro potere contrattuale e del loro livello di autogestione della propria salute, è stato facilitato dal fatto che questo Cantone è dotato di una identità culturale e geografica particolare. Unico Cantone svizzero di

lingua e cultura italiana, situato a sud delle Alpi, in campo sanitario gode della vasta autonomia politica, legislativa e amministrativa che è propria dei cantoni svizzeri. Fra gli altri fattori che hanno permesso la sperimentazione e l'instaurazione di nuove iniziative, si possono riconoscere:

- a) l'indispensabile consenso politico;
- b) la mancanza di una facoltà universitaria di medicina (ciò ha consentito, senza ostacoli di ordine istituzionale o formale, fruttuose collaborazioni con molti Istituti universitari svizzeri di medicina sociale e preventiva, e anche con altri centri in Svizzera e all'estero);
- c) il consenso popolare (regolarmente verificato attraverso sondaggi);
- d) la collaborazione indispensabile di molti clinici, «leaders» nel panorama medico e politico cantonale.

Queste iniziative innovatrici sono state in seguito istituzionalizzate con l'adozione, nel 1989, della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria), dopo una procedura di consultazione degli ambienti interessati durata ben sei anni. Questa legge si caratterizza per:

- la promozione dei diritti del paziente, in particolare attraverso l'informazione, l'accesso alle cartelle cliniche e il consenso informato ad ogni prestazione sanitaria proposta;
- la raccolta esauriente di statistiche e la creazione di una rete integrata di statistiche sanitarie;
- priorità d'azione stabilita sulla base di analisi dei costi/benefici sanitari;
- la valutazione delle prestazioni, delle pratiche, delle tecnologie e dei servizi;
- la messa in opera di studi epidemiologici per poter allestire bilanci dello stato di salute della popolazione;
- l'educazione e la promozione della salute attraverso la lotta contro i fattori di rischio, la promozione di quelli di protezione, l'automedicazione semplice e, in particolare, l'adozione di una politica di accesso più informato alle cure da parte della popolazione;
- l'integrazione dell'educazione sanitaria nei programmi scolastici.

2. Scopi di un concetto informativo

Un concetto informativo che cerchi di realizzare l'adeguatezza di comportamenti, prestazioni, pratiche, servizi e politiche alle esigenze sanitarie della popolazione in funzione delle risorse disponibili deve considerare:

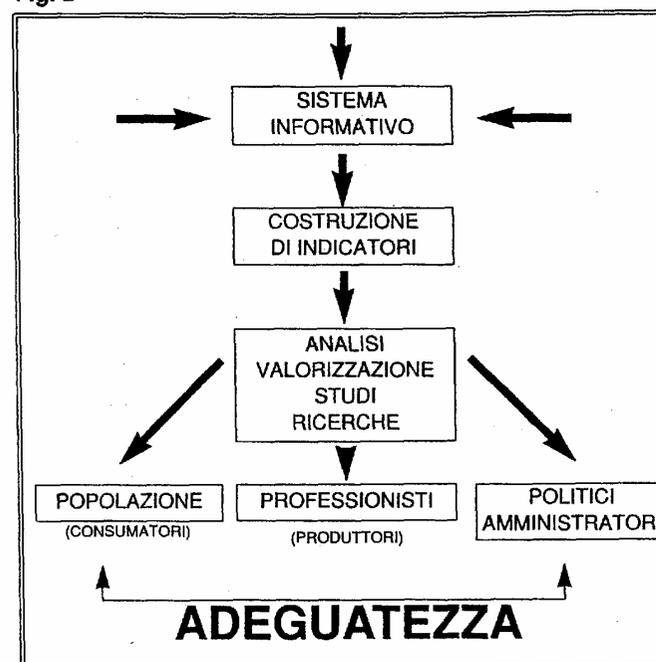
- **l'analisi delle necessità** ed in particolare la descrizione comparata dello stato di salute della popolazione (mortalità, morbidità, fattori di rischio, benessere soggettivo, invalidità, speranza di vita in buona salute, etc.);
- **la valutazione dei risultati e dell'efficacia sanitaria** (struttura della domanda e dell'offerta, produzione, utilizzazione, consumo, variazioni, allestimento di indicatori, efficacia, efficienza etc.) (2, 8);
- **la programmazione** (obiettivi, costi, finanziamento, analisi costo/beneficio, costi di opportunità, priorità, strategie, strutture, operatori, azioni, programmi, etc.).

Un tale concetto necessita di:

- **un sistema informativo** integrato per la raccolta di statistiche sanitarie selezionate e standardizzate, in particolare in funzione degli indicatori da utilizzare (completato da inchieste «mirate» secondo le necessità);
- **l'analisi e la valorizzazione** (studi e ricerche) dei dati raccolti, in funzione degli obiettivi e delle priorità da raggiungere o da stabilire;
- **una strategia di diffusione e di comunicazione** dei risultati agli utenti, agli operatori, agli amministratori e ai politici, allo scopo di accrescere le conoscenze, di instaurare una pedagogia comune e di diminuire l'incertezza dei diversi attori presenti sul mercato.

La diffusione di informazioni a tutti gli utilizzatori diretti o potenziali (specie consumatori ed amministratori, responsabili della gestione) finora è stata trascurata a causa della «rigida separazione» storica, professionale e scientifica, fra consumatori, professionisti della salute ed amministratori, o meglio, fra «laici» e «iniziati» delle corporazioni professionali.

Fig. 2



Si rivela necessario migliorare la qualità e la quantità dell'informazione, fornita da fonti «al di sopra di ogni sospetto», a favore dell'«attore» più debole, il consumatore nella condizione di paziente reale o potenziale.

Un quadro legale di riferimento, che riconosca dei *diritti ai consumatori*, costituisce una premessa insufficiente, ma necessaria per la messa in opera di politiche, di strategie e di azioni che ricerchino la responsabilizzazione attiva degli utenti. Il diritto di essere informati prima di dare il proprio consenso a qualunque prestazione sanitaria è il fondamento del contratto che regola il rapporto medico/paziente. È però necessario spiegare questo diritto mediante l'informazione generalizzata e l'adozione di

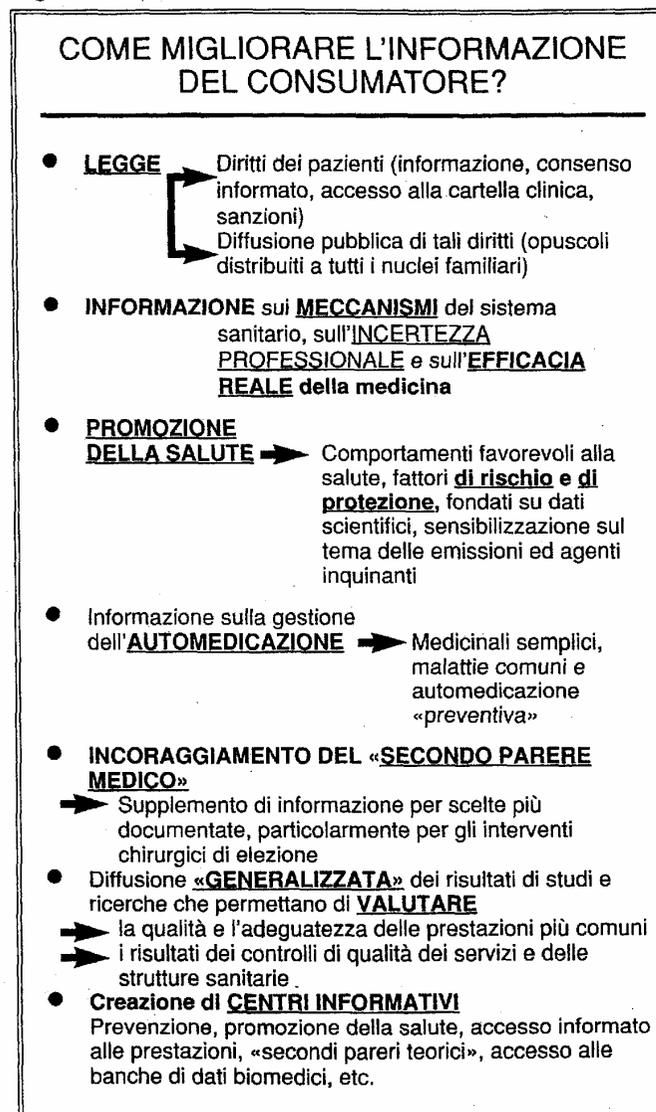
Fig. 3



politiche e di iniziative che tendano a realizzare la responsabilizzazione individuale nel rapporto medico/paziente.

Favorire un «secondo parere» medico, soprattutto per gli interventi chirurgici più comuni e non urgenti, permette al paziente di acquisire un supplemento di informazione, in modo che possa dare un consenso più informato. Una premessa importante (specie per giustificare il ricorso al «secondo parere»), consiste anche nell'informare il pubblico sull'incertezza professionale propria all'esercizio della medicina, e nello spiegare i meccanismi organizzativi e di finanziamento del settore sanitario,

Fig. 4



ed in particolare dell'attività medica. Questa informazione interessa il paziente sia come «utente», sia come «cittadino-elettore» allorché dovrà pronunciarsi su oggetti «sanitari».

In effetti sapere che i professionisti pagati all'atto possono replicare quotidianamente il miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci e sono soggetti (9) alle pressioni dell'industria farmaceutica, e pertanto a dei conflitti di interessi, permetterà agli utenti di porsi delle domande circa la pratica medica in generale e le proposte prescrittive in particolare. Ciò li spingerà ad interrogare più a fondo i professionisti. Utenti di questo tipo saranno sempre più raramente le vittime della «piccola criminalità molto frequente» (10). E i professionisti della salute saranno portati a praticare sempre più una «medicina per uomini liberi» (11).

Inoltre il consumatore informato sarà in grado di valutare meglio le proposte di cambiamenti legislativi.

E non sarà totalmente sprovvisto di spirito critico di fronte agli slogan contraddittori e strumentalizzanti delle campagne di propaganda.

3. Uova e frittate

I dati presentati nella seconda e terza parte di questo libro sottolineano il fatto che l'informazione è indispensabile e determinante per assicurare l'adeguatezza di un sistema sanitario alle necessità reali della popolazione. Questi dati dimostrano che è necessario uno sforzo per raggiungere tutti gli aventi causa che operano nel mercato della salute (consumatori, medici-produttori, amministratori e politici): un consenso partecipativo e informato è più pagante di una rigida limitazione del sapere, che è fonte di diffidenza e di reazioni incontrollate e irrazionali. Il rispetto dell'autonomia individuale rende infatti necessaria la diffusione di informazioni e di trasparenza poiché la produzione di prestazioni mediche e l'erogazione di cure concernono la vita, la morte, il benessere e la sofferenza degli individui.

Fino ad oggi l'individuo, nella sua condizione di paziente reale o potenziale, è sempre stato considerato incapace di ricevere informazioni, di gestire la conoscenza, e di prendere decisioni. L'autoritarismo su cui è fondato il sistema sanitario e i rapporti curante/curato, che chiunque non sia medico ha avuto modo di provare, chiariscono questo stato di fatto «inconcepibile» in regimi liberali e democratici. Basta essere ricoverati in ospedale per cogliere l'autoritarismo prescrittivo ed organizzativo (11a) che spoglia la maggior parte dei pazienti di ogni libertà personale, di ogni autonomia decisionale, che si tratti degli orari di sveglia, visita e pasti, degli spostamenti, o della possibilità di comunicare verso l'esterno, etc. Tutta l'organizzazione sanitaria è pensata in funzione dell'attività degli operatori, e non delle necessità degli utenti, che, direttamente o indirettamente, pagano la totalità della fattura. Per definizione si ritiene che questa attività sia sempre utile ed indispensabile per il paziente/cliente.

Sul mercato della malattia, i professionisti della salute e i produttori di cure, ben oltre la realtà (2-5), sembrano dare all'opinione pubblica l'impressione di operare come sacerdoti di una scienza medica univoca, dogmatica e totalitaria, votata ad un progresso continuo, efficace, infinito ed ineluttabile. Perciò tutte le riflessioni critiche, i ripensamenti, i dubbi (in quanto resi pubblici), saranno considerati delle offese alla corporazione e al progresso. E tutto ciò sarà subdolamente accompagnato dalla minaccia manifesta od occulta di «pesanti» ripercussioni e conseguenze negative, sia sul rapporto di fiducia medico/paziente, sia sul benessere futuro individuale e collettivo. Tradotto in termini politici questo atteggiamento significa che sono necessari dei sacrifici oggi, se si vuole il benessere domani. In parole povere, spese ed investimenti inutili, sprechi, ingiustizie, frodi, umiliazioni, preoccupazioni, perdite di autonomia, errori, dolori o morti evitabili rappresenterebbero il prezzo da pagare al progresso. Più crudamente ciò equivale a dire che «non si fanno frittate senza rompere le uova». Disgraziatamente, parafrasando il filosofo inglese Isaiah Berlin (12), e tenendo conto dei

falliti tentativi sia di riformare (dal 1911) il sistema svizzero di assicurazione malattia, sia di lottare contro «la frequentissima piccola e grande criminalità» sanitaria (10), si è costretti a constatare che fino ad oggi sono state rotte tante uova, senza tuttavia poter ancora mangiare una frittata.

Parte seconda

INFORMAZIONE ED ADEGUATEZZA: CONSIDERAZIONI ED EVIDENZE

1. Informazione e domanda/offerta di prestazioni

1.1. Il mercato sanitario: un mercato particolare

Per l'economista i principali fattori che caratterizzano e quindi discriminano il mercato sanitario nei confronti degli altri mercati sono:

- la mancanza di informazione e di trasparenza fra domanda e offerta (pudicamente chiamata «asimmetria di informazione») (12a);
- l'importanza attribuita universalmente, a livello individuale e sociale, al bene particolare che è materia dello scambio (la salute);
- infine l'assunzione (parziale o totale) dei costi di finanziamento delle prestazioni erogate, da parte di enti terzi paganti o garanti.

In qualunque studio sui comportamenti degli operatori economici, si dà per scontato che il consumatore, prima di comprare un bene o un servizio, sia in condizione di esprimere il suo parere circa la natura, il tipo e la quantità di beni e di servizi necessari a soddisfare i suoi bisogni. Si presume anche che sia in grado di riconoscere l'utilità e il valore dei diversi beni e servizi presenti sul mercato. Si pensa infine che sia informato sui prezzi e quindi che l'insieme delle informazioni di cui dispone lo possa portare a fare delle scelte tali da ottenere il massimo di utilità e di soddisfazione.

Questi principi, che danno al consumatore la possibilità di fare delle «scelte razionali», non sono presenti sul mercato sanitario. Questo mercato è invece caratterizzato da una mancanza di informazione. Di conseguenza il paziente-utente avrà difficoltà a definire, a capire e a sa-

pere di che tipo e di quale quantità di prestazioni e servizi abbia effettivamente bisogno e quali possano risolvere «al meglio» i suoi problemi di salute. Il paziente-utente non conosce il prezzo delle diverse prestazioni, cosa che per altro ha poca influenza sulla sua scelta, sia perché non è informato sull'utilità o l'efficacia di una prestazione in rapporto ad un'altra, sia perché i costi saranno assunti da un terzo, pagante o garante, e cioè delle assicurazioni sociali o private oppure, come nel caso italiano, dal Servizio Sanitario Nazionale. Su questo particolare mercato sarà il rappresentante del paziente-consumatore, e cioè il medico-produttore, che definirà, sceglierà e valuterà in sua vece le necessità di prestazioni diagnostiche e terapeutiche, decidendo anche circa la loro utilità e la loro efficacia sanitaria. Non stupisce quindi che il testo classico più recente di economia sanitaria si chieda se «sul mercato sanitario possa esistere una domanda» (nel senso classico del termine) (13). All'atto pratico il medico è, da un lato, colui che decide sulla necessità, la quantità, la qualità e l'utilità dei beni e dei servizi da consumare, e dall'altra sarà anche, in gran parte dei casi, il fornitore diretto dei medesimi beni e servizi agendo così in qualità di «produttore». Questa posizione pone il medico in una situazione particolare, anche dal punto di vista etico. Gli si chiede infatti (se è pagato a notula) di attenersi strettamente al principio di comportamento «secondo scienza e coscienza», rispettando nel contempo determinati criteri economici.

Il medico è quindi nella condizione curiosa e paradossale di poter determinare il livello della domanda in funzione della sua capacità di produzione e, nella fattispecie, avrà sempre la sicurezza di poter smerciare la sua produzione. In altre parole, il medico retribuito all'atto (a notula) è l'unico professionista che, almeno in teoria, può decidere in anticipo l'ammontare del suo reddito annuale. Oltre a questo nel caso della Svizzera, avrà anche la sicurezza che le sue prestazioni saranno *automaticamente* rimborsate dalle assicurazioni sociali, a partire dall'istante in cui, conseguita la laurea, avrà deciso di aprire uno studio medico. Grazie a questa posizione chiave nel mercato, il

medico è in grado di creare, di indurre e di manipolare la domanda, anche per scopi che non sono necessariamente legati alle necessità sanitarie del paziente. Non è quindi un caso se recentemente il presidente della Federazione dei Medici svizzeri ha avanzato l'ipotesi di un «aumento del numero di prestazioni», se le autorità non avessero consentito ad un aumento delle tariffe mediche (14). Il fatto che nei paesi a sistema sanitario «liberale» o «pluralista», una gran parte dell'attività medica sia remunerata all'atto, fa sì che il tema della domanda indotta (vale a dire la domanda creata per fattori e obiettivi «di mercato», vedi pag. 141) e delle sue cause sia diventato argomento di interesse generale in particolare per l'influsso diretto sulla qualità e l'adeguatezza delle prestazioni alle necessità sanitarie reali degli utenti.

1.2 I fattori determinanti della prescrizione medica

L'individuazione di fattori capaci di influenzare, all'infuori dello stato morboso del paziente, la prescrizione di prestazioni mediche, è di fondamentale importanza tanto per il consumatore che per gli amministratori.

La *figura 5* illustra i fattori più importanti che determinano la prescrizione medica. Ricordiamo lo stato morboso del paziente (che dovrebbe essere il fattore principale), il sistema di remunerazione della attività medica, l'incertezza professionale, la densità medica in attività, le attrezzature tecniche disponibili nello studio medico, il ruolo e la qualifica professionale del medico, il grado di informazione acquisito dal paziente e il suo grado sociale, e la politica di promozione delle vendite da parte dei produttori di beni e servizi sanitari.

Un numero di medici in aumento funziona da catalizzatore della «crescita delle prestazioni», specie nei sistemi in cui vige il pagamento all'atto; infatti questo tipo di remunerazione spinge alla superproduzione di prestazioni, per fronteggiare una concorrenza aumentata, che è in grado di far cambiare i redditi professionali. Nei sistemi «liberali» e «pluralistici», il pagamento all'atto della prestazione medica, il numero dei medici sulla piazza (den-

Fig. 5



sità medica), le attrezzature disponibili nello studio medico, la possibilità di accesso alle strutture diagnostiche e terapeutiche di un ospedale, ed anche lo stile e il livello di vita (così come gli impegni finanziari del medico), sono i principali fattori capaci di influenzare la domanda indotta e, di conseguenza, l'adeguatezza delle prestazioni alle esigenze sanitarie degli utenti.

Nei sistemi sanitari «socializzati» invece, dove il medico è stipendiato o pagato per quota capitaria, sono piuttosto fattori «non economici», legati soprattutto al ruolo e alla qualifica raggiunti (e da conservare) nella professione, che possono generare comportamenti prescrittivi

«devianti». Anche in questo sistema la remunerazione può comunque influenzare il comportamento dei professionisti della salute, specie quando gli stipendi sono manifestamente inadeguati in rapporto all'impegno professionale, o in confronto con i redditi degli altri liberi professionisti. In questo caso un comportamento tipico è la «ricusazione» dei pazienti, o la loro «deviazione» verso degli specialisti o delle strutture ospedaliere maggiori, il che genera delle «liste di attesa». Indipendentemente dalla modalità di remunerazione, l'«incertezza professionale» gioca un ruolo *determinante* nell'esercizio della professione medica (sarà argomento del capitolo seguente). L'«etica medica» in generale, comune alla classe medica, può portare il professionista a sopravvalutare il ruolo della medicina come pure a scegliere le soluzioni tecniche «più sofisticate e impegnative», e a sottovalutare il ricorso a metodi semplici e poco costosi, e tutto ciò indipendentemente dalla efficacia sanitaria (3-5). Un altro fattore importante, «indipendente» dal sistema remunerativo, è il «ruolo e la qualifica» raggiunti dal medico a livello professionale che possono spingere alla prescrizione e al consumo in funzione del prestigio (ricerca, pubblicazioni, etc.) o alla necessità di giustificare l'esistenza o la crescita del reparto nel quale il medico esercita (allo scopo evidente di ottenere mezzi finanziari supplementari, o di evitare il declassamento o la soppressione del servizio). Ad ogni modo il ruolo e la qualifica professionali possono anche indurre una prescrizione più adeguata e corretta (un medico assistente, nell'assecondare la sua insicurezza professionale, sarà portato, per esempio, a prescrivere più esami e bilanci di salute di quanti non ne chieda un primario esperto). Infine la «pressione» degli altri produttori di beni e servizi sanitari, in particolare quella della industria farmaceutica che si muove sovente con un marketing aggressivo, spinge il medico alla prescrizione, attraverso sollecitazioni diverse.

Il grado di informazione acquisito dal paziente, il fatto che possa ricorrere alla pratica del «secondo parere» medico, ed anche il suo grado sociale, possono modificare il comportamento prescrittivo del medico. Parecchi stu-

di lo hanno dimostrato (33, 33a). Ciò risulta anche dall'analisi presentata nella terza parte di questo libro, in cui gli avvocati, in confronto con la popolazione in generale e anche con altri laureati non medici, sembrano essere dei pazienti «speciali» per la classe medica nel suo complesso. Anche il quadro giuridico in cui è esercitata l'attività medica può influenzare i comportamenti e le pratiche professionali. In realtà l'esistenza di norme legali riguardanti i diritti dei pazienti (in particolare il diritto all'informazione, la necessità di ottenere un consenso informato, l'accesso alla cartella clinica, etc.), così come il tipo di responsabilità giuridica a cui è sottoposta l'attività medica (nesso di causalità o meno, onere di fornire le prove riservate al paziente oppure al medico), sembrano modificare l'approccio diagnostico e terapeutico. Infine i meccanismi di controllo, verifica e valutazione dell'attività medica (audits, conferenze di consenso, «peer review», retro-informazione statistica, etc.) possono influenzare fortemente la prescrizione.

1.3 Il marketing farmaceutico

Il ruolo che spetta ai produttori di farmaci nella promozione della prescrizione non deve essere sottovalutato in un paese come la Svizzera, che è sede di tre industrie fra le più importanti produttrici mondiali di medicinali. Conviene ricordare che uno studio del 1979 (ultima analisi condotta in Svizzera sull'argomento) dimostrava che ogni medico svizzero riceve in media ogni settimana la visita di tre informatori dell'industria farmaceutica (15). L'indagine rivela che l'81% dei medici ammettono di essere influenzati da queste visite nel loro comportamento prescrittivo. Un altro studio (16) metteva in evidenza una «correlazione sorprendente» fra il numero di pagine pubblicitarie comparse nelle quattro riviste mediche svizzere più diffuse e il volume della corrispondente prescrizione dei farmaci. Lo studio conclude affermando che «sarebbe augurabile che i medici se ne rendessero conto, e cercassero di avere le loro informazioni sui farmaci da fonti più obiettive». Oltre alle visite

settimanali degli informatori, l'industria sollecita la prescrizione medica con l'invio continuo di campioni gratuiti, con la pubblicità aggressiva (secondo i dati dell'industria chimica svizzera, nel 1991 ogni medico svizzero ha ricevuto 87 Kg di materiale pubblicitario non richiesto), con l'esca economica di studi «raffazzonati» (Junk Studies), proposti regolarmente ai medici allo scopo di far conoscere «nuovi» farmaci già registrati¹, e con «regali» di ogni tipo. Una politica del genere meriterebbe, come è stato fatto negli Stati Uniti, la creazione di commissioni di indagine, per controllare in che misura essa condizioni la libertà terapeutica e influenzi l'adeguatezza delle prestazioni alle reali necessità dei pazienti e i costi della malattia. La ricerca citata del 1979 (15) conclude che «i medici non sono apparentemente tanto liberi nelle loro prescrizioni quanto credono, e che la loro dipendenza dal marketing è molto forte. L'industria lascia credere al medico di essere il solo a decidere la scelta e il volume delle prescrizioni. I medici dal canto loro accusano i malati di volerne sempre di più e valutano male il ruolo essenziale della promozione delle vendite, che ha un bilancio superiore a quello della ricerca».

I problemi morali legati all'uso di tecniche aggressive di marketing, che prevedono anche un «rapporto» basato sul paragone, sono ben noti alla classe medica che non ne parla volentieri. I medici senza dubbio si rendono conto che la divulgazione in pubblico di queste procedure, sempre molto riservate per quanto utilizzate in modo massiccio, potrebbe compromettere l'immagine della professione ed evidenziare i conflitti d'interesse. In realtà chiunque operi in campi di azione ad alto contenuto «umanitario o sociale» sa che esiste un divieto morale, e anche legale, di ricevere «regali» che possano indurre un condizionamento nell'esercizio del proprio ufficio. Procedure del genere sono «condannabili», soprattutto perché il finanziamento delle prestazioni mediche è total-

¹ Il 25% degli studi clinici esaminati nel 1991 dal Comitato etico ticinese erano di questo tipo.

mente o in gran parte socializzato².

Per la cronaca ricordiamo che persino il Comitato etico del Canton Ticino, che ha il compito di autorizzare le sperimentazioni cliniche dei farmaci, ha ricevuto (ma non ha accettato) un invito speciale da parte di una multinazionale del farmaco; quest'industria intendeva presentare ai medici ticinesi una ricerca «di comodo», offrendo al comitato una cena «informativa» nel locale del più famoso cuoco-ristoratore del Cantone. Questo aneddoto evidenzia il grado di disinvoltura e di «faccia tosta» che caratterizza il marketing del farmaco. Ricordiamo a questo proposito che su 348 nuovi medicinali introdotti sul mercato degli Stati Uniti fra il 1981 e il 1988, solo il 3% (12 farmaci) hanno rappresentato, secondo la «Food and Drug Administration», un «importante» contributo potenziale nei confronti delle terapie esistenti (18).

1.4 Le variazioni regionali nell'utilizzazione delle prestazioni e dei servizi

Lo studio delle differenze geografiche (regionali, internazionali, «small area», etc.) del consumo di cure, è un

² Nel 1989 i membri della «Pharmaceutical Manufacturers Association» degli Stati Uniti hanno speso cinque miliardi di dollari (vale a dire il 15,4% delle vendite totali) per spese di marketing (il che corrisponde a 8.000 dollari per ogni medico). Questa cifra equivale alla somma spesa per la ricerca (18,19). Sempre nel 1989 negli Stati Uniti, circa 175-180.000 medici sono stati invitati a «promotional dinners» (pranzi di propaganda) con spese di viaggio pagate (19, 20). Ecco alcuni esempi di manovre di promozione vendite: viaggi in paesi esotici, «bonus» per biglietti d'aereo, simposi «scientifici» con pagamento di viaggi e spese ai partecipanti non relatori, «exhibit halls» con distribuzione di campioni gratuiti e regali, biglietti gratuiti per manifestazioni sociali e culturali, carte di sconto per spese alberghiere, regali diversificati in proporzione al volume di prescrizione, come computers, televisori, videocamere, etc. e un'altra serie di oggetti diversi (per un divertente elenco di più di 80 «voci» (21). In Svizzera, benché manchi una «ricerca esauriente» su queste procedure, secondo la nostra esperienza in vent'anni di lavoro nel settore sanitario, si può affermare che la situazione non è diversa. Meriterebbe l'attenzione delle autorità, come avviene attualmente negli Stati Uniti (18).

buon punto di partenza per studiare i fattori determinanti della prescrizione medica, l'adeguatezza di cure, pratiche e prestazioni alle necessità sanitarie degli utenti, e anche per valutare la «medicina inutile».

La domanda di fondo che nasce da questo tipo di analisi è la seguente:

- perché nella regione A si eseguono più esami diagnostici o più prestazioni terapeutiche che nella regione B? Questa domanda è fondamentale per avviare discussioni ed analisi sul controllo della qualità e dei costi, ed anche per affrontare i temi dell'etica medica, del sovra o sotto-consumo di cure, dell'equità, del diritto medico e della protezione dei consumatori.

Le differenze nelle pratiche e negli usi devono essere considerate come sintomi rivelatori di una sindrome che, prima o poi, avrà bisogno di una terapia radicale. Le variazioni regionali, per il fatto che necessitano di essere «spiegate», sono quindi un buon punto di partenza per discussioni e «consensi» sulle indicazioni corrette e sull'adeguatezza delle prestazioni. Questo è anche un argomento a proposito del quale si può facilmente «mobilitare» la classe medica

- sia per trovare una spiegazione alle variazioni;
- sia per realizzare una adeguatezza migliore.

Lo studio delle variazioni regionali si è sviluppato da una quindicina di anni soltanto. Oggi si è in possesso di una vasta documentazione sulle differenze internazionali e regionali nell'utilizzazione di prestazioni e servizi (22-25a). Si dimostra così per esempio che il numero abituale di interventi chirurgici su 100.000 abitanti negli Stati Uniti è del 50% più alto che in Canada e due volte più che in Inghilterra e nel Galles. La differenza nel consumo di prestazioni e cure fra regioni confinanti può anche essere moltiplicata da 6 a 10 volte!

Ciò rivela la dimensione del problema e la necessità di interessarsi alle sue cause. Anche in una regione piccola come il Canton Ticino abbiamo trovato (26) importanti differenze nel numero abituale di interventi chirurgici tra le diverse aree di pertinenza ospedaliera (da + 40% a + 370%). Questo ci permette di affermare che la probabilità

di subire questo o quell'altro intervento chirurgico varia a seconda di dove si abita o di quale medico si consulta.

La causa di queste differenze regionali ed internazionali nel consumo di cure chirurgiche di elezione è spiegato da fattori come:

- il numero di letti operatori e di chirurghi sulla piazza;
- il tipo di organizzazione ed il sistema di finanziamento delle cure, e in particolare il modo di remunerazione dell'attività medica (22, 27);
- l'incertezza professionale (28);
- il sesso del medico (29);
- la presenza di commissioni di controllo delle indicazioni operatorie e l'esistenza di «consensi»;
- la disponibilità di programmi che incoraggino la ricerca del «secondo parere medico» prima di sottoporsi a interventi chirurgici non urgenti e senza indicazione «quoad vitam» (33).

Questi fattori spiegano la maggior parte delle diversità constatate, mentre le differenze di morbilità, mortalità e di altri fattori socio-demografici nelle popolazioni allo studio sembrano avere scarsa importanza (34).

In più, si è constatata una diminuzione del numero degli interventi a seguito della diffusione pubblica di informazioni e di una maggior trasparenza nel rapporto medico/paziente, sia col favorire il secondo parere medico, sia col diffondere fra «tutta la popolazione» i risultati di studi che, erano noti solo ai professionisti (35). Allo stesso modo è stato notato un cambiamento dei tassi operatori dopo la diffusione retrospettiva dei risultati di analisi statistiche alla classe medica (30). Questi fatti sollevano il problema della chirurgia superflua (36), e in particolare quello delle indicazioni corrette e dell'adeguatezza di prestazioni, pratiche e tecnologie alle necessità sanitarie degli utenti³.

Questi dati sottolineano anche la necessità della valutazione dei risultati sanitari (outcomes). Ne deriveranno

³ Esempio: il rapporto ufficiale «Surgical Performances: Necessity and Quality» della Camera dei Rappresentanti degli Stati Uniti ricordava che nel 1977, la chirurgia definita inutile («unnecessary surgery») ave-

direttamente delle implicazioni circa l'efficacia sanitaria, l'efficienza economica del sistema sanitario. D'altronde questi fatti sembrano sollecitare una riflessione ed una azione prioritaria all'interno delle associazioni mediche, allo scopo di «to help doctors to be better doctors» (aiutare i medici a diventare medici migliori) (37).

1.5 Evidenze empiriche

1.5.1 Tipo di retribuzione e comportamento nella prescrizione

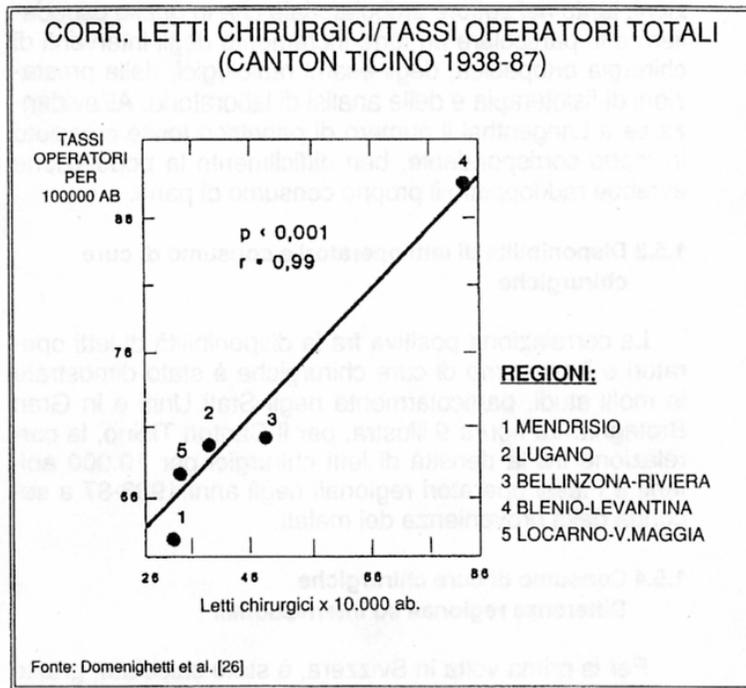
Numerosi studi hanno dimostrato che il tipo di retribuzione dell'attività medica modifica il comportamento prescrittivo del medico (38-43). La *figura 6* evidenzia, per esempio, che il consumo di certe cure chirurgiche di elezione cambia (tassi «alti» o «bassi») secondo il sistema di pagamento (remunerazione dell'attività medica) e di organizzazione delle cure.

Uno studio recente (38) ha valutato il cambiamento delle pratiche e dei comportamenti di un gruppo di medici nei confronti della stessa clientela di pazienti, *prima e dopo* la messa in opera di un nuovo sistema di pagamento che introduceva degli incentivi economici alla produttività.

I risultati più importanti sono illustrati nella *figura 7* e mettono in evidenza in particolare l'aumento delle prestazioni tecniche (laboratorio, radiologia), per ogni visita/paziente.

va provocato negli Stati Uniti 10.000 morti inutili e una spesa di quattro miliardi di dollari. Su ventun milioni di interventi del 1977, sedici milioni (76%) erano prestazioni di elezione non urgenti, e due milioni (10%) sono state giudicate non necessarie. Nel 1974 era stata constatata la stessa situazione. Si ha difficoltà a credere che, fatta eccezione per qualche caso dipendente da patologia psichiatrica, i pazienti-utenti siano responsabili della richiesta di due milioni di interventi ritenuti «inutili». Nella terza parte di questo libro abbiamo valutato (per sette tipi di intervento chirurgico) che siano stati 32.000 gli interventi chirurgici «non adeguati» in Svizzera nel 1990; ciò corrisponde ad un quarto del numero totale di interventi effettuati.

Fig. 9

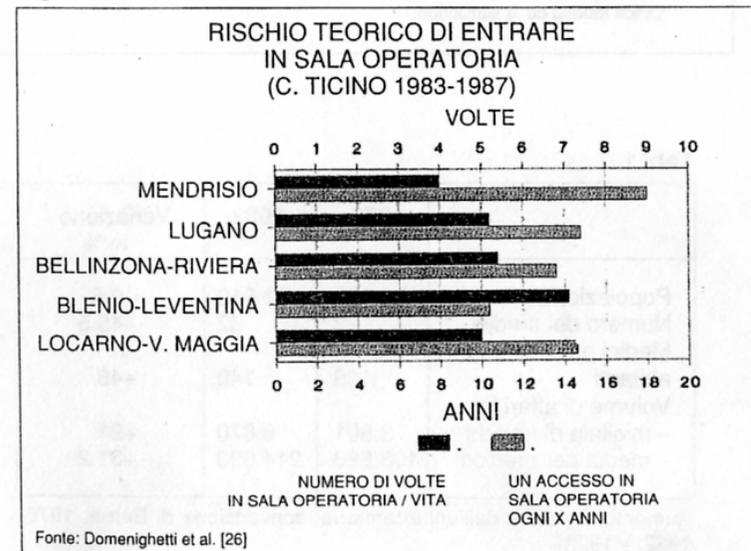


Studiando la frequenza di interventi chirurgici subiti dalla popolazione residente nelle cinque aree di pertinenza ospedaliera del Canton Ticino, abbiamo osservato una grande diversità nel consumo medio di prestazioni. Per esempio come risulta nella figura 11, un abitante della zona di Mendrisio teoricamente sarà operato quattro volte nella vita (un intervento ogni 18 anni), mentre un abitante della zona di Blenio/Levantina subirà in teoria sette interventi, e cioè una operazione ogni 10 anni. Queste differenze regionali necessitano di essere spiegate. Ne potrebbe scaturire un dibattito con i produttori di cure, allo scopo di far nascere dei «consensi» per una miglior precisazione e definizione delle indicazioni agli interventi chirurgici.

Fig. 10



Fig. 11

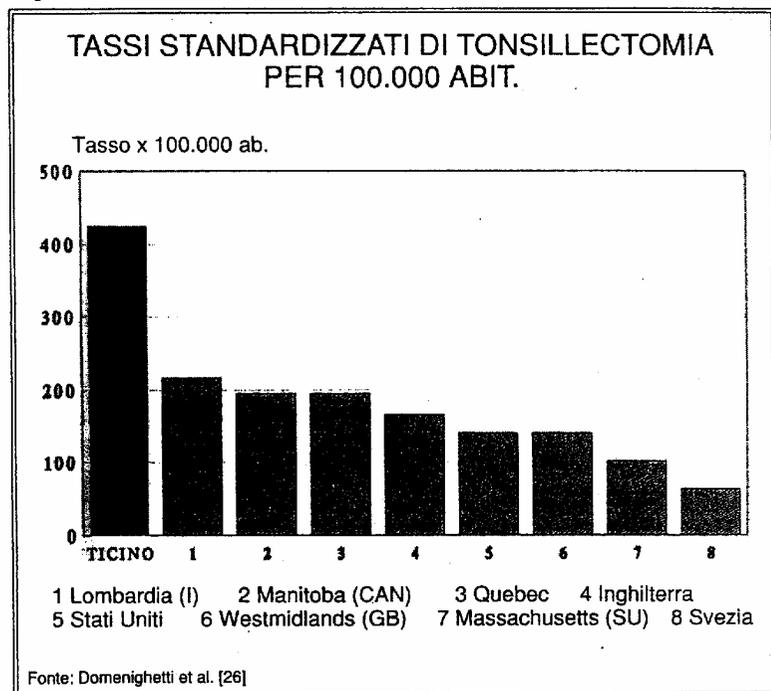


L'analisi comparativa che abbiamo effettuato a livello internazionale dimostra grandi variazioni dei tassi per gli interventi più comuni (di elezione). In più si evidenzia una tendenza a tassi operatori più alti là dove i medici sono pagati all'atto, in confronto ai paesi dove i medici sono stipendiati. La *figura 12* riporta, per esempio, le differenze per la tonsillectomia.

1.5.5 Cambiamenti del consumo causati dall'informazione

Nel 1984 sono stati diffusi alla popolazione ticinese i risultati di una ricerca che dimostrava un numero di isterectomie doppio in Canton Ticino, rispetto ad una regione

Fig. 12

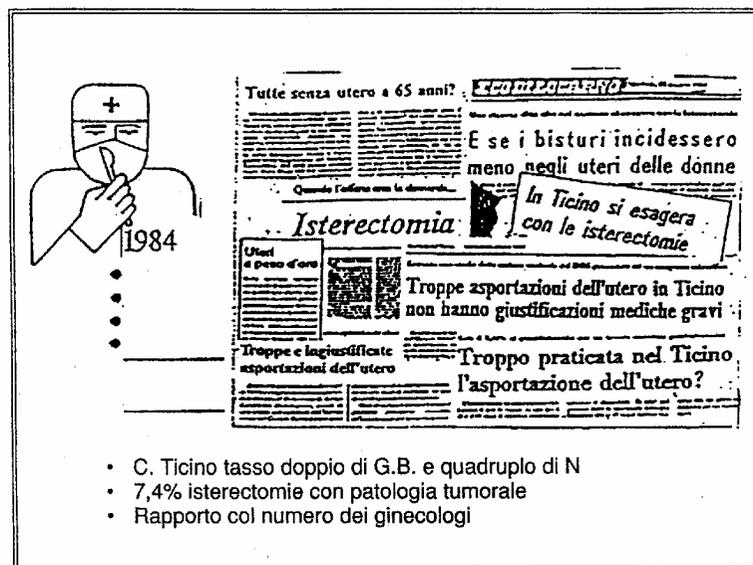


straniera (Westmidland). Tutti i mezzi di informazione del Cantone hanno più volte ripreso questa notizia fra gennaio e giugno 1984 (*Fig. 13*).

Il sistema di rilevazione statistico che abbiamo attivato ci ha permesso di valutare l'effetto di questa informazione data a tutta la popolazione.

È stata osservata una caduta sorprendente dei tassi operatori (-26%) negli anni 1984, 1985 e 1986, nonostante l'aumento, nello stesso periodo, del numero dei ginecologi (*Fig. 14*).

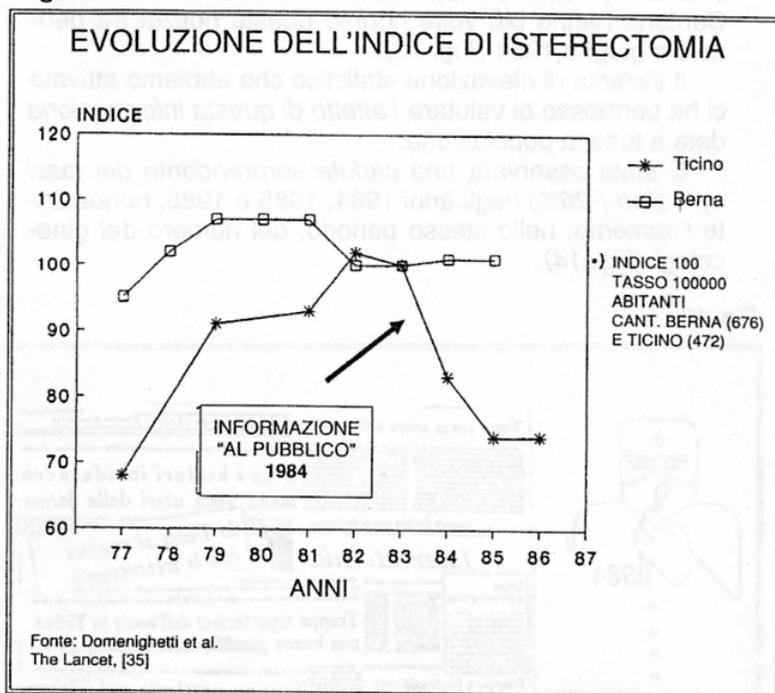
Fig. 13



Questo fatto solleva il problema dell'adeguatezza delle cure alle necessità sanitarie, quello della medicina inutile, e quello dell'influenza dell'informazione sui comportamenti e le pratiche professionali.

Il cambiamento dei tassi di isterectomia nel Canton Ticino a seguito di queste campagne di informazione, ha

Fig. 14

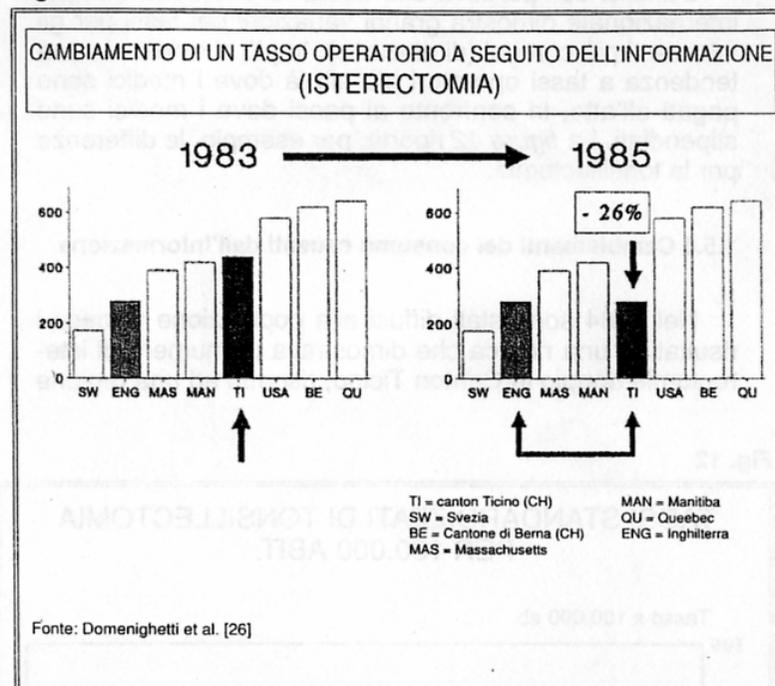


praticamente reso simile il tasso ticinese (Fig. 15) a quello osservato in Inghilterra (26).

1.5.6 Prescrizione ed adeguatezza del consumo farmaceutico

Partendo dall'ipotesi che il consumo ideale, o il più adeguato, sia quello dei medici (considerati quali consumatori più informati) uno studio (46) ha confrontato, per patologie scelte, il consumo farmaceutico dei medici con quello prescritto ai pazienti. Le figure 16 e 17 dimo-

Fig. 15



strano che per malattie «serie» quali, per esempio, l'ipertensione arteriosa, non c'è differenza significativa fra consumo dei medici e quello degli altri pazienti. Al contrario la differenza era evidente per mali «banali» come l'influenza senza complicazioni, la sinusite e la colite spastica.

È verosimile che in situazioni «poco gravi» le prescrizioni ai pazienti fosse influenzata da:

- la fornitura diretta dei farmaci da parte dei medici (in zone sprovviste di farmacie);
- la promozione delle vendite da parte dell'industria farmaceutica;

- la necessità di non lasciarsi scappare il paziente-cliente;
- una richiesta diretta del paziente.

Per l'influenza senza complicazioni, la preoccupazione circa l'efficacia del trattamento sembra maggiore tra i pazienti-medici. Usano tutti (circa 90%) degli antipiretici.

L'analisi costi/benefici dell'«influenza senza complicazioni» dimostra che i medici consumano quasi esclusivamente medicinali efficaci a basso prezzo (soprattutto aspirina), mentre la prescrizione ai pazienti è costellata da costosi farmaci «multiuso», specie «sciroppi» e «gocce» (Figg. 16, 17).

Fig. 16

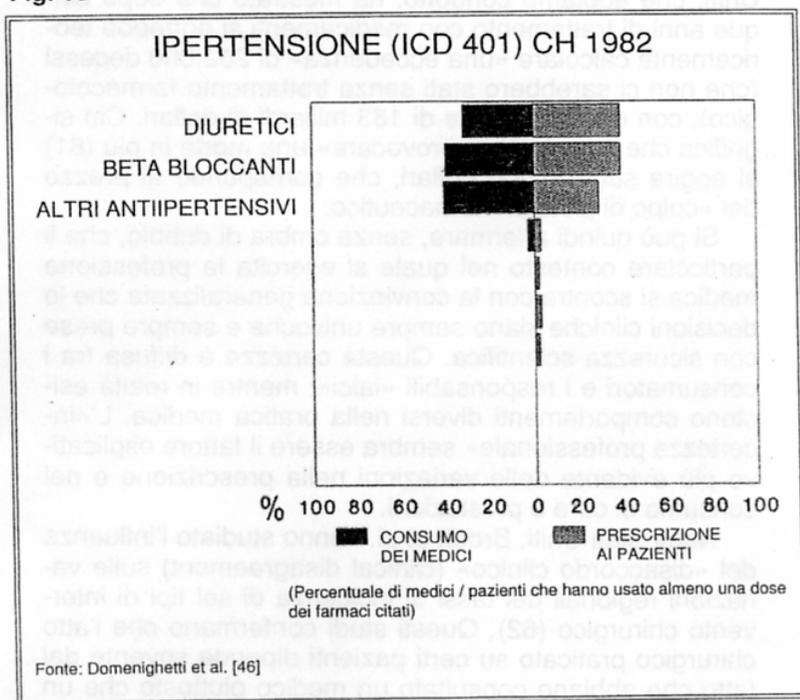
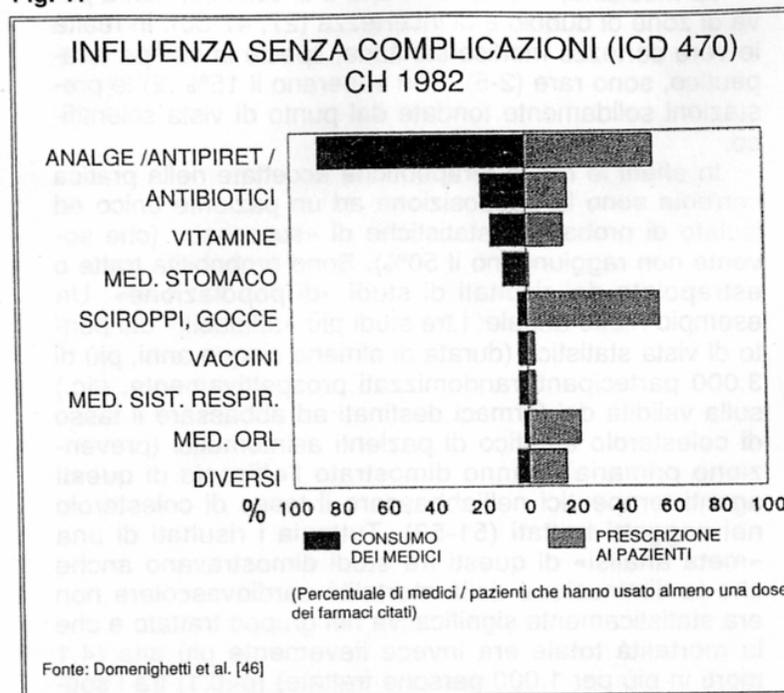


Fig. 17



2. Informazione e incertezza professionale

2.1 In generale

Il consumo di cure e prestazioni sanitarie non deve essere studiato solo dal punto di vista dei meccanismi economici propri del mercato sanitario (vedi capitolo precedente). Deve essere esaminato anche in rapporto al contesto scientifico nel cui quadro si esercita la professione medica.

La medicina, miscuglio di arte e di scienza, non è priva di zone di dubbio e di incertezza (27, 47-50). In realtà le vere certezze medico-sanitarie, specie in campo terapeutico, sono rare (2-5). Non superano il 15% (2) le prestazioni solidamente fondate dal punto di vista scientifico.

In effetti le realtà terapeutiche accettate nella pratica corrente sono la trasposizione ad un paziente unico ed isolato di probabilità statistiche di «successo» (che sovente non raggiungono il 50%). Sono probabilità tratte o estrapolate dai risultati di studi «di popolazione». Un esempio molto attuale: i tre studi più «affidabili» dal punto di vista statistico (durata di almeno cinque anni, più di 3.000 partecipanti randomizzati prospettivamente, etc.) sulla validità dei farmaci destinati ad abbassare il tasso di colesterolo ematico di pazienti asintomatici (prevenzione primaria), hanno dimostrato l'efficacia di questi agenti terapeutici nell'abbassare il tasso di colesterolo nei soggetti trattati (51-53). Tuttavia i risultati di una «meta analisi» di questi tre studi dimostravano anche che la diminuzione della mortalità cardiovascolare non era statisticamente significativa nel gruppo trattato e che la mortalità totale era invece lievemente più alta (4.1 morti in più per 1.000 persone trattate) ($p < 0.1$) tra i soggetti trattati con i farmaci in questione. La stessa tendenza negativa si ritrova nei primi risultati dello studio attualmente in corso (conclusioni attese per il 1995) che valuta un nuovo principio attivo inibitore della sintesi del colesterolo (HMG CoA reductase inhibitor). Dopo un anno di studio clinico (54), la mortalità generale era circa tripla nel gruppo trattato (0.50%) in confronto al gruppo di controllo (0.18%). Notiamo per inciso che questo «principio molto attivo» ha attualmente (cioè prima della conclusione della ricerca) il 50% del mercato dei farmaci ipocolesterolemizzanti (1).

L'utilità di questi medicinali non è quindi dimostrata nonostante essi sono prescritti e abbondantemente raccomandati. Diversi editoriali nelle due riviste mediche più prestigiose hanno severamente criticato questo modo di procedere (55-56).

Un altro studio recente (57) ha dimostrato che la mortalità totale, e anche la mortalità cardiovascolare, dopo cinque anni di trattamento farmacologico erano più alti nel gruppo trattato con ipotensivi ed ipocolesterolemizzanti. In questo campo la confusione si aggrava se si considera che la correlazione positiva fra tasso di colesterolo totale e tasso di mortalità, è praticamente inesistente per le donne e per gli anziani. In questo contesto notiamo anche che l'intera analisi statistica dello studio di Framingham (58), che era alla base della determinazione del livello di rischio della malattia coronarica in rapporto ai livelli di colesterolo ematico, è attualmente «sotto controllo e revisione» (59).

Una analisi sintetica «costi/malefici» del «complotto» (60) per il trattamento dell'ipercolesterolemia asintomatica (prevenzione primaria) sulla popolazione degli Stati Uniti, che abbiamo condotto, ha mostrato che dopo cinque anni di trattamento con medicamenti si potrebbe teoricamente calcolare «una eccedenza» di 262.000 decessi (che non ci sarebbero stati senza trattamento farmacologico), con un costo totale di 183 miliardi di dollari. Ciò significa che il costo per «provocare» una morte in più (61) si aggira sui 700.500 dollari, che corrisponde al prezzo del «colpo di pistola» farmaceutico.

Si può quindi affermare, senza ombra di dubbio, che il particolare contesto nel quale si esercita la professione medica si scontra con la convinzione generalizzata che le decisioni cliniche siano sempre univoche e sempre prese con sicurezza scientifica. Questa certezza è diffusa fra i consumatori e i responsabili «laici»; mentre in realtà esistono comportamenti diversi nella pratica medica. L'«incertezza professionale» sembra essere il fattore esplicativo più evidente delle variazioni nella prescrizione e nel consumo di cure e prestazioni.

Negli Stati Uniti, Brook et al. hanno studiato l'influenza del «disaccordo clinico» (clinical disagreement) sulle variazioni regionali dei tassi di incidenza di sei tipi di intervento chirurgico (62). Questi studi confermano che l'atto chirurgico praticato su certi pazienti dipende sovente dal fatto che abbiano consultato un medico piuttosto che un

altro. Secondo Brook se un intervento è proposto al paziente senza una solida giustificazione scientifica, l'interessato ha diritto di sapere che sull'argomento altri medici la pensano in modo diverso (63).

Da che cosa dipende «l'incertezza professionale»? Deriva, si è visto, dalla «verità statistica» che è propria della medicina nonché dal suo lato «artistico». Ma deriva anche dalla cattiva e non uniforme informazione della classe medica a proposito di nuovi dati scientifici, dalle controindicazioni e dai dubbi pubblicati sulle più importanti riviste medico-scientifiche. In realtà queste informazioni arrivano al professionista con un ritardo che va da due a quattro anni (posto che arrivino). Non stupisce quindi che i mezzi di informazione «laici» (quotidiani, radio, televisione) siano considerati come canali privilegiati di informazione «scientifica» dalla classe medica (64). Se si considera il fatto che finito il corso di laurea non esiste obbligo di aggiornamento permanente, e che non è richiesta verifica del «livello scientifico» dei medici, sembra necessario stabilire e mantenere aggiornati i consensi scientifici nazionali sulle indicazioni appropriate, in particolare per i trattamenti più diffusi e comuni. In più è tassativo prevedere meccanismi e strumenti che siano in grado di assicurare la diffusione regolare delle conclusioni di questi consensi ai professionisti della salute (65).

L'ammissione dell'esistenza di una «incertezza professionale» dei medici è essenziale non solo per il paziente-consumatore (che potrà tenerla sotto controllo ricorrendo al «secondo parere» medico), ma anche per gli amministratori responsabili della gestione, sempre inclini a credere alla singolarità e alla «scientificità» delle richieste provenienti «razionalità medica».

2.2 Evidenze empiriche

L'insicurezza professionale e la possibilità di correggerla mediante la diffusione dell'informazione sono illustrate qui di seguito, con l'ausilio di alcuni esempi.

2.2.1 Tonsillectomia

È l'esempio più classico. Nel 1934 l'American Child Health Association aveva sottoposto a visita medica 1.000 bambini. In 600 casi fu posta l'indicazione alla tonsillectomia. I rimanenti 400 bambini furono rivisti da un altro gruppo di medici: l'intervento fu consigliato in 220 casi, e così di seguito. Alla fine soltanto 65 bambini risultarono «non indicati» a subire la tonsillectomia. Ai giorni nostri la situazione non è molto cambiata, se si considerano le differenze regionali dei tassi operatori che caratterizzano questo tipo di intervento chirurgico (Fig. 12).

2.2.2. Angiografia e by-pass coronarici

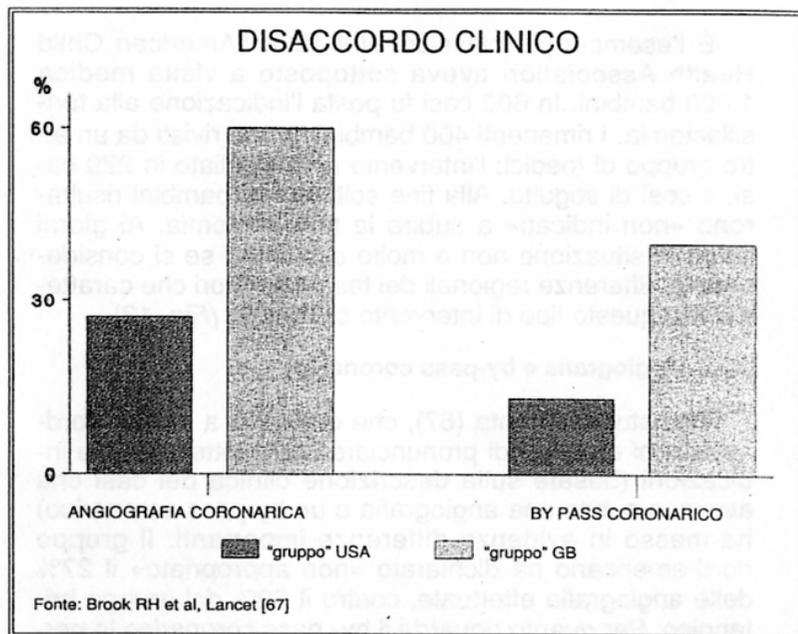
Uno studio recente (67), che chiedeva a medici nord-americani e inglesi di pronunciarsi sull'esattezza delle indicazioni (basate sulla descrizione clinica dei casi che avevano subito una angiografia o un by-pass coronarico) ha messo in evidenza differenze importanti. Il gruppo nord-americano ha dichiarato «non appropriato» il 27% delle angiografie effettuate, contro il 60% del gruppo britannico. Per quanto riguarda il by-pass coronarico le percentuali di non-accettazione erano del 13% contro il 35% nel gruppo dei medici inglesi (Fig. 18).

Un altro studio ha messo a confronto retrospettivamente l'adeguatezza clinica delle stesse procedure ai criteri definiti in precedenza (indicazioni) da parte di una conferenza di consenso (63). Per l'angiografia coronarica l'adeguatezza era totalmente soddisfatta nel 49% dei casi: 21% delle angiografie non furono considerate appropriate. Per il by-pass coronarico le percentuali furono rispettivamente del 55% e del 16%.

2.2.3 Incertezza e incidenti di Chernobyl

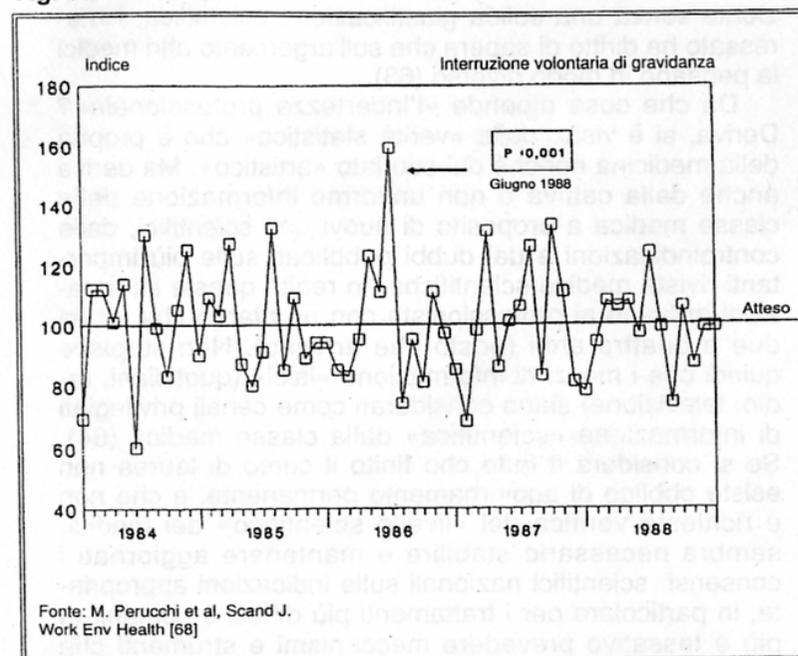
Un aumento inatteso (58%) e statisticamente significativo delle interruzioni di gravidanza (Fig. 19) è stato osservato nel Canton Ticino nel giugno 1986 (due mesi dopo l'incidente nucleare di Chernobyl), ed anche un notevole calo delle nascite nove mesi più tardi (febbraio

Fig. 18



1987). Fra la fine di maggio ed il giugno 1986 fu anche osservata una importante riduzione dei tempi di attesa fra la data della richiesta di interruzione e quella dell'intervento. La spiegazione di questo fenomeno è senza dubbio dovuta al fatto che i mezzi di informazione avevano comunicato quotidianamente alla popolazione che il Canton Ticino era sottoposto al più alto tasso di ricaduta radioattiva della Svizzera (provocando una situazione di aumentato stress psicologico nelle donne incinte). In più ha sicuramente avuto un ruolo importante l'incapacità dei medici (ed in particolare dei ginecologi) a fornire informazioni atte a rassicurare le gravide circa il rischio di malformazioni del feto. Questa impreparazione (che avrebbe potuto essere corretta sulla base della letteratura scientifica già nota e grazie alle indicazioni del «gruppo federale di intervento») ha indubbiamente provocato delle interruzioni di gravidanza «non volute» (68).

Fig. 19



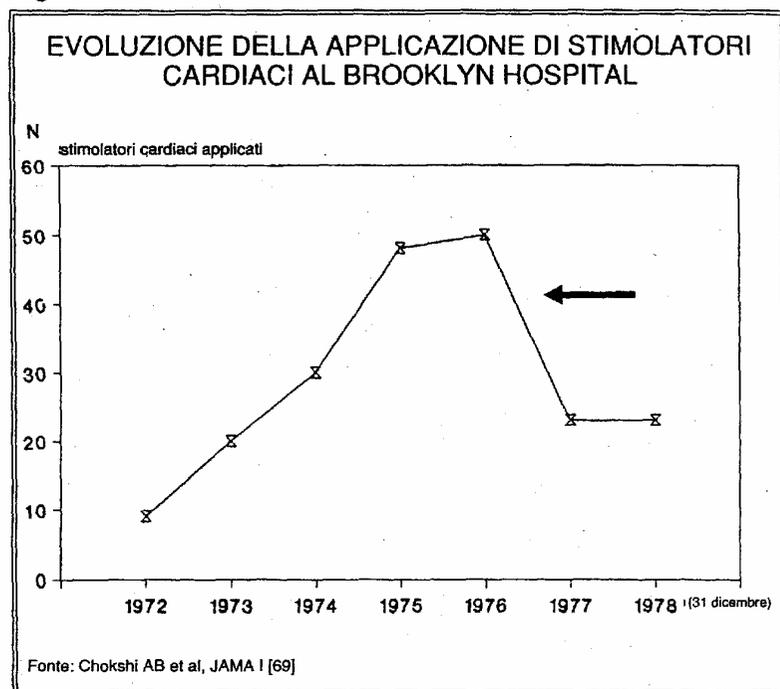
2.2.4 Informazione, limitazione e controllo dell'incertezza

La messa in atto di conferenze di consenso, di «peer-review» e di meccanismi di «informazione retrospettiva» della classe medica e della popolazione, sembra aver provocato una diminuzione dell'insicurezza professionale e quindi una migliore adeguatezza delle cure e delle prestazioni.

Ecco alcuni esempi:

Nel 1977 fu introdotta al Brooklyn Hospital la discussione collegiale delle indicazioni (commissione di verifica) a proposito della collocazione di stimolatori cardiaci (69). La figura 20 evidenzia bene la grande diminuzione degli impianti dopo il 1977.

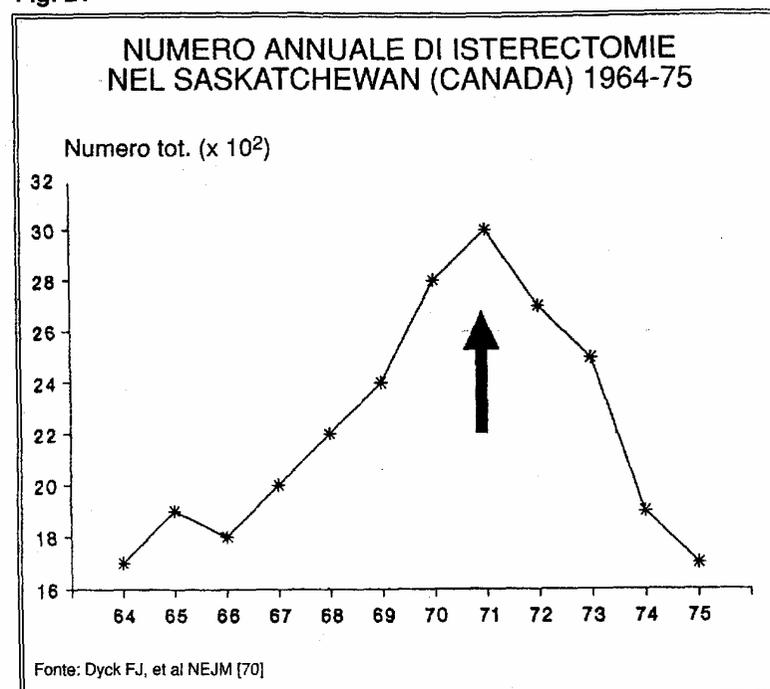
Fig. 20



La creazione, nel 1971, nella provincia canadese del Saskatchewan, di una commissione medica di sorveglianza sulle indicazioni dell'isterectomia, ha avuto come effetto una caduta del numero di questi interventi. Il cambiamento delle indicazioni all'intervento sembra, chiaramente, in stretto rapporto con l'introduzione di questo controllo esercitato da altri medici (70).

È comunque difficile dire in che misura l'aumento numerico delle isterectomie dal 1964 al 1971 fosse dovuto all'«incertezza» professionale oppure all'introduzione dell'assicurazione-malattia obbligatoria in Canada (e quindi legata piuttosto a fattori di mercato, e in particolare

Fig. 21

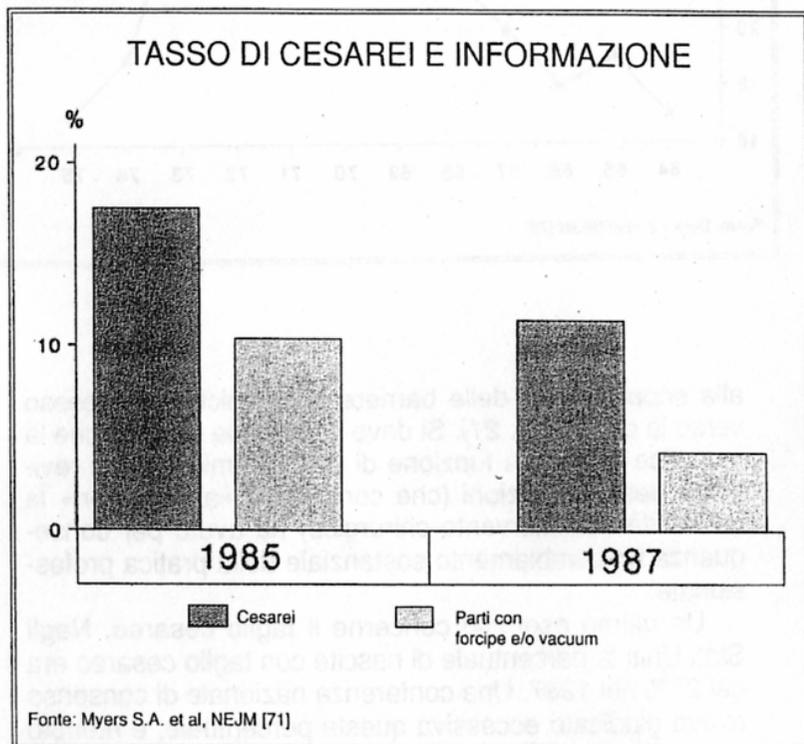


alla soppressione delle barriere economiche all'accesso verso le cure) (Fig. 21). Si deve comunque ritenere che la semplice entrata in funzione di una commissione di revisione delle indicazioni (che controllava «a posteriori» la necessità dell'intervento chirurgico) ha avuto per conseguenza un cambiamento sostanziale della pratica professionale.

Un ultimo esempio concerne il taglio cesareo. Negli Stati Uniti la percentuale di nascite con taglio cesareo era del 23% nel 1987. Una conferenza nazionale di consenso aveva giudicato eccessiva questa percentuale, e ritenuto che un tasso dell'8% potesse essere augurabile, senza

rischi né per la madre, né per il nascituro. A seguito di questa conferenza, un dipartimento di ostetricia dell'Università dell'Illinois avviò un programma interno di verifica delle indicazioni. Questo programma comprendeva un secondo parere medico prima di praticare un taglio cesareo, ed esigeva il rispetto di criteri «oggettivi» nella formulazione delle indicazioni all'intervento. Il tasso di cesarei scese dal 17,5% nel 1985, all'11,5% nel 1987 (Fig. 22) ed in seguito rimase stabile. Non sono state osservate conseguenze negative né per le madri, né per i neonati. Nello stesso periodo i parti con forcipe e/o vacuum sono diminuiti dal 10,4% al 4,3% (71).

Fig. 22



Un altro programma, realizzato dal 1986 al 1990 nel Centro Medico dell'Università della Florida a Jacksonville, ha permesso di ottenere una diminuzione dei cesarei dal 27% all'8%. Non sono stati osservati parallelamente effetti negativi (72) (mortalità perinatale, trasferimento e durata della degenza in Unità di terapia intensiva, indice di Apgar, etc.).

L'informazione ha quindi un ruolo estremamente importante non solo per quanto concerne l'insicurezza legata all'esercizio professionale, ma anche riguardo all'aggiornamento insufficiente della classe medica in materia di nuove acquisizioni scientifiche (73, 74).

3. Informazione, prevenzione e promozione della salute

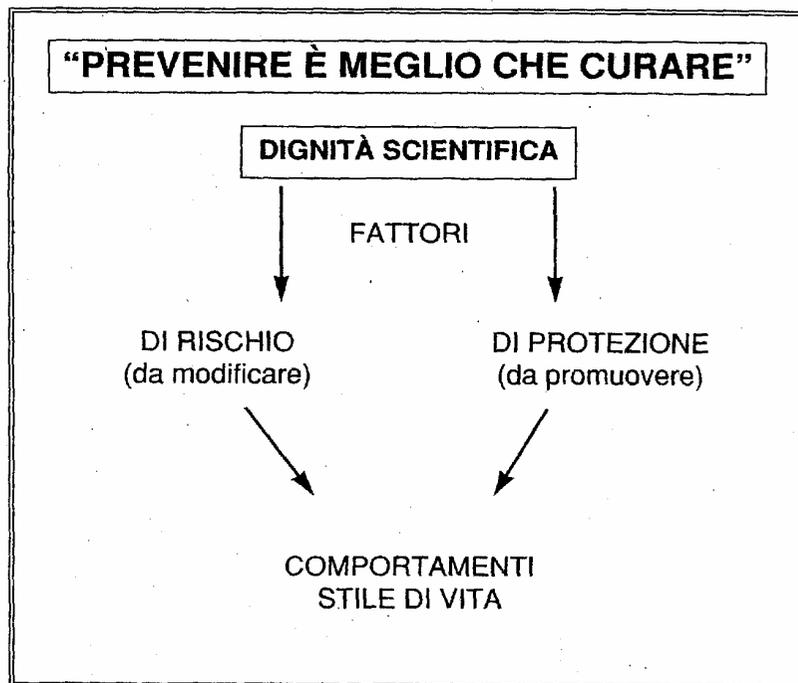
3.1 Fattori di rischio, di protezione, emissioni ed agenti inquinanti

Dal punto di vista giuridico l'accesso di tutta la popolazione al consumo di prestazioni e di cure adeguate, erogate in un quadro di «trasparenza» e di partecipazione del consumatore alle decisioni sanitarie che lo riguardano, è un fondamento dell'equità di accesso ai servizi di cura e di quello che impropriamente viene chiamato «il diritto alla salute». Si deve comunque sottolineare che il solo consumo di cure e prestazioni non è evidentemente sufficiente al recupero e soprattutto al mantenimento della salute.

Il ricorso a trattamenti terapeutici dovrebbe solo rappresentare l'«ultima spiaggia» per recuperare una salute compromessa (75).

Il detto popolare «è meglio prevenire che curare» (Fig. 23) si conferma ultimamente come verità scientifica,

Fig. 23



grazie agli studi epidemiologici che hanno confermato l'influenza determinante dei fattori «di rischio» su sviluppo, evoluzione e controllo di morbilità e mortalità di numerose affezioni croniche degenerative non trasmissibili (specie le malattie cardiovascolari ed i tumori maligni). La caratteristica principale di questi fattori è quella di poter essere controllata a livello individuale e sociale. Orbene, nei paesi industrializzati le malattie cardiovascolari ed i tumori maligni sono la causa del 70-75% dei decessi. La prevenzione dispone oggi di «pietre miliari» scientifiche circa la possibilità di ridurre in modo determinante (fra il 40 e l'80%) i rischi relativi di morbilità e mortalità per que-

ste patologie (76-78). In un prossimo futuro la promozione della salute sarà orientata non solo sul concetto «classico» di fattore di rischio «da correggere», ma anche su quello di *fattore di protezione «da promuovere»* (ad esempio vitamine, micronutrienti, antiossidanti, ecc.). Queste ultime misure, fondate sulla «protezione» attiva, potrebbero essere, inoltre, psicologicamente e individualmente, e quindi socialmente, *più accettabili*. Infatti mettono l'accento su nuovi comportamenti «che proteggono» e non su quelli che potrebbero essere considerati come limitazioni anche «alle cose piacevoli della vita». Si potrebbe quindi, combinando saggiamente comportamenti che riguardino sia i fattori di *rischio*, sia quelli di *protezione*, scegliere a livello individuale una formula preventiva adattata alle necessità di ciascuno; ciò dovrebbe consentire una riduzione dei rischi relativi in funzione del «benessere» e del controllo dell'«angoscia di base», di fronte alla vita ed alla morte, che sono proprie di ogni individuo.

La recente disponibilità di risultati di studi su casi-controllo e di studi prospettivi, mette in evidenza, con grande ripercussione nei mezzi di informazione di massa (79, 80), il ruolo protettivo associato ai micro-nutrienti, e in particolare degli antiossidanti, sulle malattie cardiovascolari e il cancro (78, 81-88). Uno studio recente pubblicato nel 1993 dal prestigioso *New England Journal of Medicine*, dimostra che il consumo di almeno 80 Unità Internazionali al giorno di vitamina E diminuisce nell'uomo il rischio di malattie cardiovascolari del 40% (88a).

In futuro la scoperta precoce dei rischi genetici (*medicina predittiva*) potrebbe permettere, servendosi di tests selettivi, una prevenzione «mirata». Una prospettiva del genere, accompagnata da timori e speranze, prima ancora di qualunque avviamento concreto, pone subito dei gravi problemi morali, in particolare legati alla discriminazione (89, 90).

L'agire sui comportamenti e gli stili di vita servendosi di programmi di prevenzione e promozione della salute destinati a tutta la popolazione, si propone ovviamente di

ottenere non già l'«immortalità», ma la «rettangolarizzazione della curva della speranza di vita in buona salute»; il che significa «aggiungere della vita agli anni». Nei paesi industrializzati un miglioramento significativo dello stato di salute sembra, al giorno d'oggi, essenzialmente legato alla riduzione dei comportamenti nocivi e alla promozione di quelli «protettivi» e non dipenderà molto invece dai mezzi finanziari messi a disposizione del settore terapeutico. Tutto ciò evidentemente con la riserva di eventuali progressi che potrebbero sconvolgere la realtà epidemiologica, in particolare l'utilizzazione pratica delle biotecnologie. Per i vent'anni a venire questi progressi non sono tuttavia in previsione.

La prevenzione delle malattie croniche degenerative non trasmissibili (in particolare le malattie cardiovascolari e i tumori) si fonda sul concetto di *fattore di rischio* sviluppato negli Stati Uniti a seguito dell'importante ricerca epidemiologica sulle cause di mortalità e morbilità cardiovascolari. Iniziata nel 1948 nella città di Framingham (58), in questa ricerca è stato possibile dimostrare correlazioni significative fra l'incidenza delle malattie coronariche e i valori della pressione arteriosa, il tasso di colesterolo, il consumo di tabacco e la sedentarietà. Oggi un numero crescente di dati sottolinea l'importanza dei *fattori di protezione* (particolarmente gli antiossidanti - micronutrienti e vitamine -). Ciò modificherà l'approccio un po' «calvinista» dei programmi attuali di prevenzione e promozione della salute, che guardano all'astensione dai comportamenti nocivi (ma talora «piacevoli»), piuttosto che incoraggiare comportamenti attivamente «protettivi» più facili da accettare.

La *tabella 2* indica i principali fattori di rischio e di protezione controllabili a livello individuale per malattie cardiovascolari e per tumori maligni.

Sulla base dei dati dei diversi paesi, si può valutare che il 70% degli abitanti potrebbero migliorare sostanzialmente le scelte alimentari, il 30-40% usano regolarmente tabacco, il 15-30% sono ipertesi, il 70% sono sedentari; e la quasi totalità della popolazione non è informata circa i *fattori di protezione*.

Tab. 2

Principali fattori di rischio e di protezione delle malattie cardiovascolari e dei tumori controllabili a livello individuale		
Fattori Comportamenti	Malattie	
	Cardio-vascolari	Tumori*
Fattori di rischio (da evitare)		
• Tabagismo	X	X
• Tabagismo passivo	-	X
• Alimentazione (grassi saturi)	X	X
• Ipertensione	X	-
• Obesità	X	X
• Sedentarietà	X	X
• Consumo di alcool (eccessivo)	X**	X
• Raggi ultravioletti	-	X
• Inquinamento domestico (formaldeide, vernici, combustione, caminetti, radon etc.)	-	X
Fattori di protezione (da incoraggiare)		
• Alimentazione (fibre, verdura, frutta)	X	X
• Consumo di alcool (moderato)	X	-
• Attività fisica	X	X
• Vitamine e micronutrienti (antiossidanti, vit.C,B,E, beta-carotene, selenio, zinco etc)	X	X
• Pratiche preventive (pressione arteriosa, colesterolo prima dei 65 anni, pap-test, mammografia dopo 50 anni, etc)	X**	X***
• Individuazione precoce dei sintomi premonitori di infarto	X	-
Automedicazione semplice		
• Aspirina	X	X
• Estrogeni e progestinici (dopo menopausa)	X	-
• Vaccinazione anti-epatite	-	X
* diversi tipi		
** solo «ictus»		
*** solo per forme morbose «curabili» (3a).		

Tenuto conto della correlazione di causa/effetto dimostrata fra questi fattori e la morbilità e la mortalità, si può calcolare in termini di efficacia sanitaria l'enorme «potenziale di salute» rappresentato dalla prevenzione e dalla promozione della salute.

In questo contesto l'informazione ha un ruolo essenziale, sia per quanto concerne il cambiamento dei comportamenti individuali, sia per la sensibilizzazione della popolazione a temi come l'influsso dell'ambiente sociale e dell'ecosistema sulla salute. La popolazione ha il diritto di essere informata circa il fatto che lo stato di salute può, «ceteris paribus», essere messo in pericolo dall'inquinamento (91), dalla disoccupazione (92, 93), dall'esercizio di un lavoro monotono (94, 95), dal tipo di abitazione (96), di governo e di organizzazione politica e sociale (97, 98), o anche dalla disponibilità o meno di una legislazione sull'uso obbligatorio del casco per i conduttori di veicoli a due ruote (99), o sul tasso di alcoolemia di chi guida (100).

L'informazione avrà come primo obiettivo la divulgazione dell'idea di base secondo cui la salute può essere promossa e mantenuta, e non solo riparata, se ancora è possibile.

3.2. Il programma politico di promozione della salute

Le acquisizioni scientifiche riguardanti i *fattori di rischio e di protezione*, che possono essere gestiti a livello individuale, meritano di essere concretamente valorizzate. Ciò richiede che vengano rese pubbliche, con strategie appropriate, tutte le informazioni e le conoscenze in grado di modificare e influenzare i comportamenti individuali e la salute collettiva. Lo stato sanitario delle comunità dipenderà sempre più dall'adozione e dalla messa in atto di programmi di prevenzione primaria e di promozione della salute. Uno sviluppo del genere è sostanzialmente condizionato dalla politica poiché la messa in opera di programmi di promozione della salute dipende in modo essenziale dagli *enti* e dalle *agenzie pubbliche*, che devono assicurarne direttamente o indirettamente il

finanziamento. Al giorno d'oggi questi organi si scontrano sempre più frequentemente con la stagnazione della crescita economica, la scarsità delle risorse, il razionamento e l'indebitamento, e anche con una filosofia della «minore ingerenza da parte dello Stato». In più, nei loro discorsi, i politici ripongono parecchie speranze in una azione preventiva nella quale non vedono altro se non «la capacità, o la speranza, di contenere la crescita dei costi della salute».

Quando si rendono conto che la prevenzione rimette in discussione

- a) «non solo una buona parte dei nostri comportamenti individuali e sociali», ma
- b) anche un modello di sviluppo sanitario fondato su una tecnologia sofisticata, e
- c) che «puntare sulla prevenzione» significa «condurre una azione a lungo termine»,

ecco che la manovra è sentita più come «*un suicidio politico*» (100a) che un atto di lungimiranza dovuto.

Questi temi, a cui bisogna aggiungere la mancanza di un chiaro accordo professionale (specie a livello delle associazioni mediche), sono evidentemente in grado di influenzare in modo diretto le politiche della sanità pubblica. In particolare quando si tratta di reperire nuovi mezzi e risorse finanziarie⁴. Un finanziamento appropriato esige un *chiaro consenso politico*.

3.2.1 I fattori che determinano il consenso politico

Quattro fattori maggiori sembrano poter determinare il consenso politico (Fig. 24):

⁴ In Svizzera (1990) gli investimenti (costi) per la prevenzione rappresentano l'1.6% della spesa sanitaria nazionale, e di essi una parte notevole è destinata alla prevenzione dell'AIDS. Nel Canton Ticino (1990) la percentuale era dell'1.15% (0.2% per la promozione della salute e la lotta contro i fattori di rischio delle malattie croniche degenerative non trasmissibili, che sono responsabili del 70-80% dei decessi).

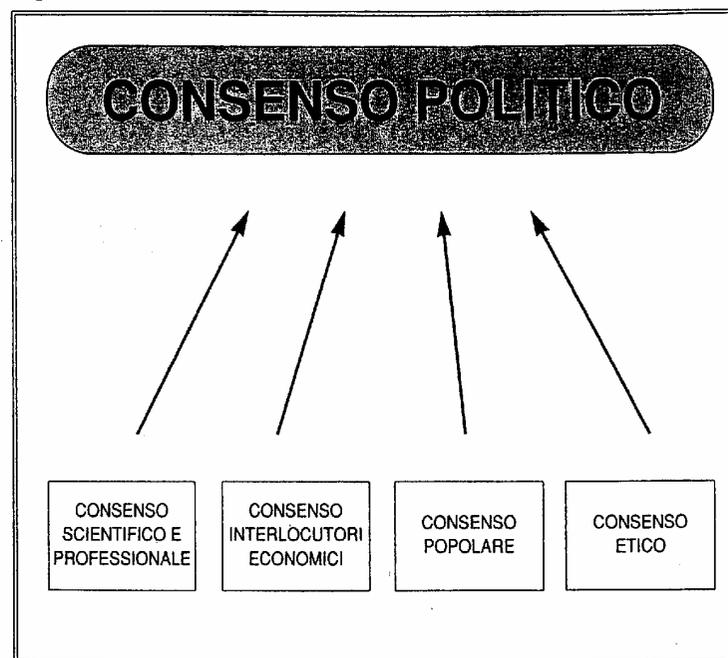
3.2.1.1 Il consenso scientifico professionale

La promozione della salute si fonda su dati scientifici «giovani» e utilizza tecnologie «povere». Di conseguenza non è facile ottenere un simile consenso di fronte alla potenza numerica, tecnica e mitica della medicina clinica. L'individuazione del «costo di opportunità» di un programma di prevenzione primaria contro i fattori di rischio delle malattie cardiovascolari, in confronto con quello di un centro supplementare di chirurgia cardiaca, non risulta chiara ai politici, agli amministratori, ed ai responsabili della gestione. Le opinioni divergenti, la mancanza di accordo, o anche il contrasto palese od occulto fra clinici e medici di salute pubblica (101-104), sembrano in realtà garantire la «buona coscienza» ai politici e agli altri responsabili delle decisioni. Le scelte «da miliardari» fatte finora dai politici e amministratori, nella maggior parte dei casi in perfetta «ignoranza di causa», hanno sistematicamente favorito la medicina clinica e curativa. Per definizione quest'ultima è considerata come dotata di un'efficacia sanitaria massima; anche se, per esempio, il consumo di mezzo chilo di carote al giorno per persona avrebbe probabilmente assicurato una maggior efficacia sanitaria (Fig. 25) in materia di mortalità per cancro del polmone (105, 106).

In effetti i trattamenti oncologici e radioterapici di questo tumore, il più frequente nell'uomo, si sono dimostrati poco efficaci⁵. I due approcci (preventivo e curativo) non sono incompatibili, anzi sono *complementari*. Tuttavia, in realtà solo l'iniziativa terapeutica più costosa è stata oggetto di attenzione e finanziamento. L'azione preventiva che permetterebbe di evitare la malattia o di ritardarne la comparsa è stata finora praticamente ignorata (82, 108).

⁵ I tassi di sopravvivenza cinque anni dopo il trattamento sono del 30% per i tumori del polmone operabili (15% a 10 anni); rispettivamente 5-10% (5% a 10 anni) per i microcitomi e 0% per i casi inoperabili (107).

Fig. 24



3.2.1.2 Il consenso degli interlocutori economici

Le iniziative e le strategie preventive sono in grado di turbare il consenso economico esistente. In effetti la promozione di comportamenti salutistici, obiettivo di tutti i programmi di prevenzione, può far ridiscutere degli interessi economici settoriali, regionali o nazionali, attraverso il cambiamento dei consumi (109).

3.2.1.3 Il consenso popolare

È indispensabile per qualunque azione di prevenzione destinata a tutta la popolazione. Esso rappresenta un punto cruciale per gli organi politici, molto sensibili alle

simpatie dei cittadini-elettori. Questo consenso può essere messo in causa da parte di strategie informative colpevolizzanti e dogmatiche, che non lascino spazio né alle libere scelte, né al benessere.

3.2.1.4 Il consenso etico

È messo in discussione allorquando individui o gruppi sociali considerano la promozione della salute come una intrusione dei poteri pubblici nella sfera privata individuale, nella misura in cui il cambiamento dei comportamenti richiama l'adozione di «stili di vita» imposti dallo stato; in più è reso fragile dai filosofi del «no risk, no fun» e da quelli che hanno finalmente capito che un giorno o l'altro «si dovrà pur morire di qualche cosa».

Fig. 25

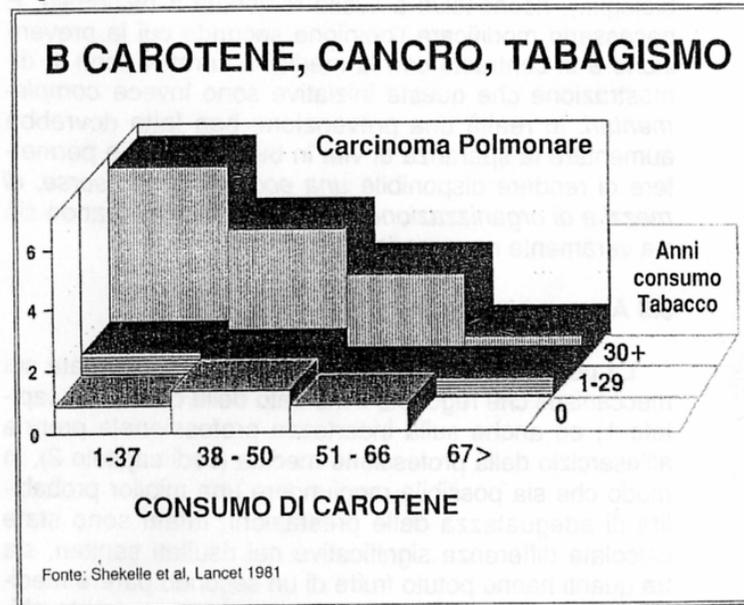


Fig. 26



3.2.2 Quali soluzioni?

A nostro parere il fattore che è più in grado di condizionare gli altri è il *consenso scientifico-professionale*. Infatti il controllo degli altri fattori passa attraverso l'accettazione da parte della corporazione medica del fatto che *tra prevenzione e cura non c'è opposizione, ma complementarità*. Un simile consenso da parte di professionisti della salute «al di sopra di ogni sospetto», assicurerà l'appoggio della popolazione, dei politici e degli amministratori.

Inoltre un consenso professionale ampiamente divulgato e chiaramente formulato, indurrà una limitazione dell'influenza delle «lobbies» economiche.

Sondaggi regolari che misurino fra la popolazione l'indice di gradimento e di accettabilità dei programmi e delle

iniziative di promozione della salute, si rivelano utili ed efficaci in una ottica di nuovo orientamento delle strategie di informazione e, all'occorrenza, come strumento di «leggittima difesa» per i promotori. È essenziale una strategia informativa basata sull'ipotesi che il pubblico, in campo di prevenzione, attenda suggerimenti scientificamente fondati circa i mezzi che gli consentano di conservare la salute (allo stesso modo dei consigli dati al momento di una visita medica) (110). La promozione della salute, quando si utilizzano tutti i mezzi di comunicazione di massa, (a differenza di quanto succede nel «chiuso» di una consultazione medica classica) comporta la necessità, per i fautori di queste iniziative, di dover uscire allo scoperto il che comporta il rischio di esporsi di continuo al giudizio del pubblico. Questa diversità essenziale nei confronti del «fascino discreto della consultazione medica privata», proprio della medicina curativa, obbliga ad una obiettività a tutta prova, ed anche ad una valutazione continua sia dell'efficacia sanitaria, sia dell'accettabilità pubblica delle iniziative. È impossibile aspettarsi un consenso unanime; l'importante è di non considerare il 2-6% di oppositori come il riflesso della volontà della maggioranza. Da ciò l'importanza di sondaggi sistematici, per valutare l'opinione della comunità e apportare le necessarie correzioni. Abitualmente l'indice di gradimento e di accettazione di simili iniziative da parte della popolazione è molto elevato (85-95%). Indubbiamente ciò rispecchia anche una certa volontà di *autogestione* in materia sanitaria.

Per quanto l'ideologia abitualmente non tenga conto delle «evidenze» scientifiche, l'obiezione *etica* più importante, secondo cui i programmi di promozione della salute veicolano una ideologia di Stato, può, a nostro parere, essere facilmente superata da corrette strategie di informazione. Esiste inoltre l'«imperativo» etico più importante, che esige che vengano resi noti i «consensi scientifici» (elaborati sulla base delle conoscenze attendibili attualmente disponibili), i risultati concreti e gli strumenti pratici che permettano ai cittadini di esercitare la loro libera scelta con piena conoscenza di causa. Il che non potrebbe avvenire in mancanza di informazione. Perché

dunque aumentare con l'ignoranza il rischio di malattie, quando in tanti casi una prevenzione è possibile?

3.2.3 Consenso professionale e complementarità fra prevenzione e cura

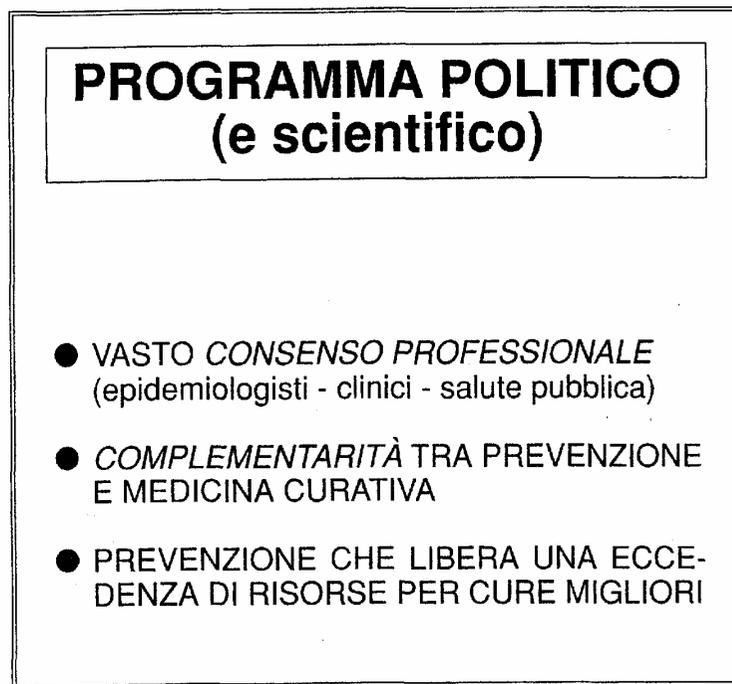
La prevenzione delle malattie e la promozione della salute potenzialmente sono efficaci. Lo saranno sempre di più nel futuro. Far godere i cittadini e la comunità delle nuove acquisizioni scientifiche è un obbligo morale, di logica sanitaria ed economica. Le nuove scoperte lasciano sempre libero ogni individuo di fare scelte secondo la propria visione esistenziale consentendogli una gestione personale dei piaceri e del rischio e dell'angoscia esistenziale di fronte alla vita e alla morte.

Il coinvolgimento degli organi politici e della popolazione passa, in questa fase critica, attraverso la divulgazione di *vaste convergenze di opinione a livello professionale*, elaborate da professionisti (clinici, epidemiologi, biologi...), riconosciuti a livello regionale o nazionale. È necessario modificare l'opinione secondo cui la prevenzione è in contrasto con la medicina curativa, con la dimostrazione che queste iniziative sono invece *complementari*. In realtà una prevenzione ben fatta dovrebbe aumentare la speranza di vita in buona salute e permettere di rendere disponibile *una eccedenza di risorse, di mezzi e di organizzazione*, per curare meglio quando ciò sia veramente necessario.

3.3 Accesso informato alle cure

La popolazione dovrebbe anche essere informata sui meccanismi che regolano il mercato delle cure (vedi capitolo 1) ed anche sulla incertezza professionale propria all'esercizio della professione medica (vedi capitolo 2), in modo che sia possibile raggiungere una miglior probabilità di adeguatezza delle prestazioni. Infatti sono state calcolate differenze significative nei risultati sanitari, sia tra quanti hanno potuto fruire di un secondo parere medico (33), sia tra quanti sono sottoposti ad intervento chi-

Fig. 27



rurgico in ospedali con una grossa attività chirurgica e con medici dotati di grande esperienza (112-114). L'opinione sostenuta dalle corporazioni dei produttori di beni sanitari, secondo la quale tutti i medici sono ugualmente ben informati, esperti e competenti, deve essere sconfessata d'urgenza. Lo stesso si deve fare dell'altra affermazione che tutti gli ospedali raggiungono risultati analoghi in termini di qualità. Negli Stati Uniti indicatori di efficienza e di efficacia degli ospedali (tassi di mortalità, di complicazioni, etc.) sono messi a disposizione degli utenti (115, 116). Queste notizie sono utilizzate dai pazienti al momento della scelta del luogo dove andranno a farsi curare (117). Una divulgazione del genere, destinata a tutti gli utenti, ha per scopo principale di far nascere

una concorrenza «qualitativa» fra gli ospedali. Disgraziatamente ne scaturiscono anche effetti perversi, come la selezione dei «buoni» pazienti. Esistono altri criteri di valutazione degli ospedali, sulla base di direttive (guidelines) standardizzate. Questi criteri permettono agli utenti di scegliere le strutture meglio attrezzate e organizzate, per assicurare un servizio sanitario e alberghiero che risponda alle esigenze di qualità, sicurezza e confort (118).

L'incertezza del paziente, nella sua condizione di consumatore non informato, necessita talvolta di una particolare protezione legale (diritti del malato e in particolare diritto all'informazione, necessità del consenso «informato» per ogni prestazione sanitaria, accesso alla cartella medica e clinica, protezione particolare in caso di sperimentazione clinica, ribaltamento dell'onere della prova che attualmente è a suo carico, etc.). L'azione informativa deve avere per obiettivo la presa di coscienza del paziente perché l'interessato possa partecipare alla consultazione medica senza complessi di inferiorità.

Le autorità pubbliche e le associazioni di protezione dei consumatori dovrebbero creare dei centri dove la popolazione possa ottenere informazioni pratiche circa i mezzi per difendere i propri diritti. L'incoraggiamento del «secondo parere», che è una pratica semplice ed efficace per aumentare il grado di informazione del paziente, dovrebbe essere generalizzata, così come la divulgazione a tutti i livelli dei risultati di studi e ricerche che valutino risultati ed efficacia di servizi e procedure specie se concernenti la regione ove si risiede.

Nel 1990 il Canton Ticino ha spedito a tutte le famiglie un volumetto di 48 pagine, abbondantemente illustrate, che conteneva informazioni sui diritti dei pazienti. Questa iniziativa seguiva l'adozione, nell'aprile 1989, della legge sanitaria da parte del parlamento cantonale. L'azione è stata realizzata in collaborazione con la Società medica del Cantone, e sostenuta dall'Associazione delle consumatrici e da quella dei pazienti della Svizzera italiana (119).

Ogni anno, si legge nell'introduzione del volumetto, due Ticinesi su tre consultano un medico almeno una vol-

ta. Uno su sette è ricoverato in ospedale. Uno su quattordici è sottoposto ad intervento chirurgico. Di qui la necessità di informare la gente sulle disposizioni legali esistenti, al fine di permettere ad ognuno, secondo il suo desiderio e la sua volontà, di far valere i suoi diritti.

Il libretto affronta altri argomenti di attualità, come la sperimentazione e la ricerca clinica sugli esseri umani, l'assenso autonomo dei minori (a partire da 16 anni), la donazione ed il trapianto di organi, il segreto professionale e la procedura per denunciare la violazione dei diritti dei pazienti.

La parte più originale, una novità assoluta per la Svizzera, concerne la promozione del *secondo parere medico* (second opinion). Questa pratica è proposta in generale, ma più in particolare per una decina di interventi chirurgici comuni e non urgenti. La raccomandazione di questa procedura non si fa per sfiducia nei medici, ma allo scopo di garantire ai pazienti l'informazione necessaria per un consenso responsabile. Trova il suo fondamento nel fatto che la medicina non è una scienza esatta che genera pertanto «insicurezza diagnostica» e/o terapeutica, cioè professionale.

Gli interventi chirurgici per i quali si raccomanda di avere un secondo parere medico sono la tonsillectomia, l'isterectomia, la prostatectomia (se non ci sono indicazioni per tumore), la colecistectomia, l'asportazione delle emorroidi, il raschiamento uterino, la meniscectomia, l'operazione per la cataratta, lo stripping delle varici e la cura chirurgica dell'ernia del disco (se non c'è paralisi in atto).

Il libretto dà anche degli esempi di domande che possono essere poste al medico a cui si chiede un secondo parere. Queste domande sono ugualmente valide per il medico che ha posto la prima indicazione. Il paziente è lasciato libero di scegliere se vuol dire o meno al secondo medico che un collega ha già dato un primo parere circa l'indicazione all'intervento. La *tabella 3* dà qualche esempio delle domande da fare ai medici, così come sono suggerite nel libretto di cui si è detto.

La diffusione del libretto «a tutte le famiglie» è stata so-

Tab. 3

**DOMANDE DA FARE AD UN MEDICO PRIMA DI
ACCONSENTIRE AD UN INTERVENTO CHIRURGICO
NON URGENTE**

- Per quale motivo l'intervento è veramente necessario?
- Esiste la possibilità di un intervento meno invasivo e/o rischioso?
- Esiste una cura alternativa non chirurgica?
- Qual'è il tasso di mortalità operatoria?
- Come si svolgerà esattamente l'intervento operatorio?
- L'operazione può essere praticata ambulatorialmente, o solo nel quadro di un ricovero ospedaliero?
- Quanto durerà la degenza?
- È necessaria l'anestesia generale?
Sarebbe sufficiente una anestesia locale? Che tipo di anestesia?
- Quanti interventi dello stesso tipo ha praticato finora il chirurgo, e con quale percentuale di risultati positivi?
- Quali saranno le conseguenze se non verrà praticato l'intervento?

Fonte: Bravermann «The consumer's book of health/Sounders (119a) Sezione sanitaria. DOS

stenuta da uno spot alla Televisione della Svizzera italiana e nei cinema ticinesi, e da manifesti murali nei centri urbani.

3.4 Prevenzione e mezzi di informazione di massa

Le fonti di informazione sanitaria dovrebbero essere «al di sopra di ogni sospetto», vale a dire provenire dalle autorità pubbliche, dalle società professionali e scientifiche. Fino ad oggi invece, i mezzi di informazione (giornali, radio, televisione) costituiscono la principale fonte di notizie sanitarie. Tuttavia secondo diversi studi, gli audiovisivi in campo sanitario sono più una fonte di disinformazione e di contraddizione, che uno strumento utile a permettere ai cittadini di migliorare il proprio stato di salute o a fare scelte più appropriate. Una revisione della stampa britannica (120) ha dimostrato che l'attenzione di questi

mezzi di informazione è incentrata sulla malattia e la tecnologia medica (aspetti che hanno solo una utilità marginale indiretta per il paziente, utente potenziale). Quando è affrontato l'argomento prevenzione, si tratta sempre di argomenti «da prima pagina», come l'AIDS o l'uso di stupefacenti. Di regola si concede poca attenzione alle malattie più frequenti e ai fattori di rischio o di protezione associati, controllabili da parte dei singoli. In realtà gli audiovisivi sembrano privilegiare con particolare calore gli stati morbosi poco comuni o rari. Per esempio un solo caso di rabbia ha prodotto, nella stampa britannica, ben 41 articoli nel 1980, mentre le 83.000 morti per malattie respiratorie hanno provocato solo 8 pubblicazioni. Una analisi dei programmi televisivi ha mostrato che la salute è percepita essenzialmente come «dipendente dagli esperti», «incentrata sull'ospedale» e «orientata verso la tecnologia». A leggere la stampa del decennio scorso, sui successi nella cura dei tumori, ci sarebbe da stupirsi a constatare che la mortalità globale standardizzata non solo non sia diminuita negli ultimi quaranta anni, ma che sia addirittura leggermente aumentata (108, 122). A questo proposito esistono differenze fra la stampa «più accreditata» (The Times, Guardian, Telegraph, etc.) e quella «popolare» (Sun, Mirror, Mail, etc.), sia per quanto riguarda la massa di articoli consacrati alla salute, sia per quanto si riferisce alla loro qualità e al loro indirizzo. La stampa di «alto livello» si occupa più spesso di prevenzione, le dedica più spazio e l'orientamento degli articoli è pedagogico. In realtà il ruolo della stampa è duplice. Quando essa partecipa attivamente ad una azione concertata e coordinata di promozione della salute (121), può rivelarsi un potente moltiplicatore e catalizzatore dei cambiamenti di comportamento.

3.5 Evidenze empiriche

3.5.1 Informazione e consumo di cure

È sorprendente constatare che quando i pazienti fruiscono del secondo parere medico, l'indicazione operato-

ria posta in un primo tempo, in gran numero di casi può non essere confermata.

Ma oltre al supplemento di informazione, la pratica del secondo parere medico, a nostro avviso ha anche una importanza pedagogica. Infatti l'utente può rendersi conto «in prima persona» dell'insicurezza che caratterizza la medicina, e anche dell'importanza della propria responsabilità personale.

Tab. 4

Interventi chirurgici non confermati dopo un secondo parere medico liberamente richiesto (New York 1977)	
Chirurgia del ginocchio	48.1 %
Isterectomia	42.0 %
Prostatectomia	41.5 %
Raschiamento uterino	33.3 %
Intervento per cataratta	30.1 %
Chirurgia della mammella	28.3 %
Colecistectomia	12.0 %

Fonte: Grafe WR. (33)

3.5.2 Informazione e promozione della salute

Dal 1984 il Canton Ticino conduce un programma di prevenzione primaria (111, 123). Riguarda i fattori di rischio delle malattie croniche degenerative non trasmissibili, in particolare malattie cardiovascolari e tumori maligni.

In questo contesto l'informazione ha un ruolo fondamentale per l'acquisizione di nuove conoscenze da parte della popolazione. È una premessa indispensabile destinata a promuovere, in un secondo tempo, delle modifiche comportamentali.

L'esempio presentato nella figura 28 illustra l'efficacia

Fig. 28



dell'informazione, diffusa mediante l'invio di un libretto «a tutte le famiglie». Una indagine telefonica, un mese prima e sei mesi dopo l'invio, dimostra che il grado di conoscenza dei fattori di rischio delle malattie cardiovascolari è sensibilmente aumentato.

Dal 1984 al 1989, ogni adulto è stato teoricamente raggiunto in media da più di 1.000 «contatti» preventivi. Ha visto alla televisione 60 spots di promozione della salute. Ogni «gruppo familiare» ha ricevuto sei volumetti o «inserti». Un ticinese su dieci, in media, ha comperato uno dei libri di ricette-salute pubblicati nell'ambito della campagna.

Fra il 1984 e il 1989, diciannove iniziative di «importanza cantonale» sono state condotte, con largo supporto

dei mezzi di informazione (stampa, radio, TV, cinema). Sono stati realizzati più di cento progetti di importanza locale, che sono stati accompagnati da un centinaio di supporti informativi e promozionali diversi (spots TV, manifesti, libretti, prospetti informativi, autoadesivi, magliette stampate, slogans sui sacchetti di zucchero, ecc.). Nel 1990, dopo sei anni di intervento (111), è stata fatta una prima valutazione del programma ticinese di prevenzione e dei suoi effetti su comportamenti, fattori di rischio e mortalità.

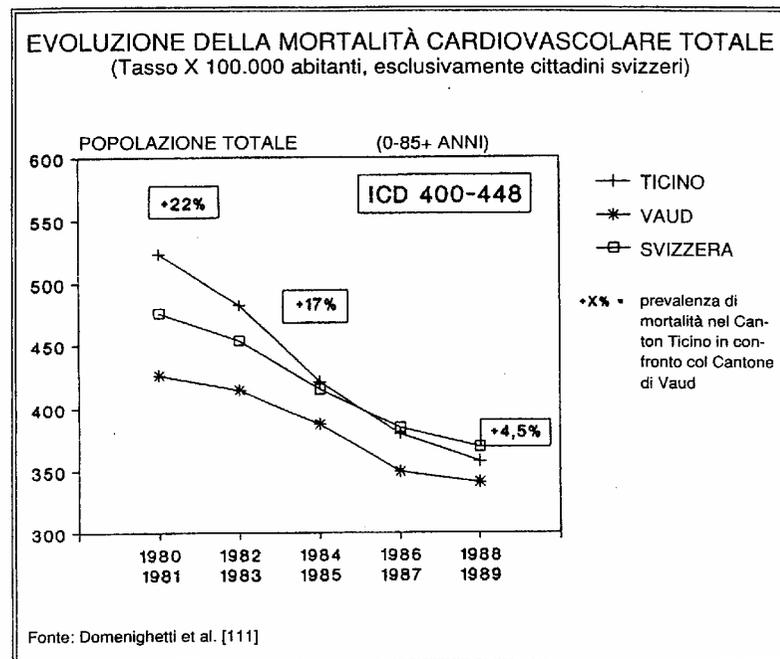
Dodici indicatori standardizzati di comportamento e fattori di rischio (su un totale di quindici considerati nell'analisi di valutazione) hanno avuto, nel Canton Ticino, un andamento positivo e statisticamente significativo (Tab. 5). In confronto, nella regione di controllo non sottoposta all'influenza diretta di un programma di prevenzione destinato a tutta la popolazione (Cantoni di Vaud e Friburgo) solo tre comportamenti o fattori di rischio hanno presentato un andamento del genere.

Dal 1982/1983 (periodo precedente l'inizio della campagna ticinese) al 1988/1989, la mortalità cardiovascolare in Canton Ticino è globalmente diminuita del 26%, contro il 14.4% del Vaud.

La riduzione osservata in Ticino è superiore dell'80% a quella della regione di controllo. Inoltre solo il Ticino ha registrato una diminuzione statisticamente significativa della mortalità cardiovascolare precoce (insieme della popolazione generale e uomini di 25-64 anni). Ciò nonostante il tasso globale rimane ancora superiore nel Ticino in confronto col Cantone di Vaud.

La diminuzione della mortalità per malattie cardiovascolari nel Canton Ticino (che si colloca per la prima volta e per i due sessi al di sotto della media svizzera) può essere attribuito all'influenza del programma di prevenzione. Infatti una analisi della domanda e offerta di cure nelle regioni di intervento (Ticino) e di controllo, non ha permesso di identificare altri fattori capaci di spiegare questa rapida diminuzione. Questi risultati consigliano la continuazione dell'intervento informativo, ed anche l'allargamento di questo tipo di programma ad altre regioni svizzere.

Fig. 29



3.5.3 Prevenzione e mezzi di informazione

L'influenza dei «mass-media» sui comportamenti preventivi di una popolazione è illustrata nella figura 30.

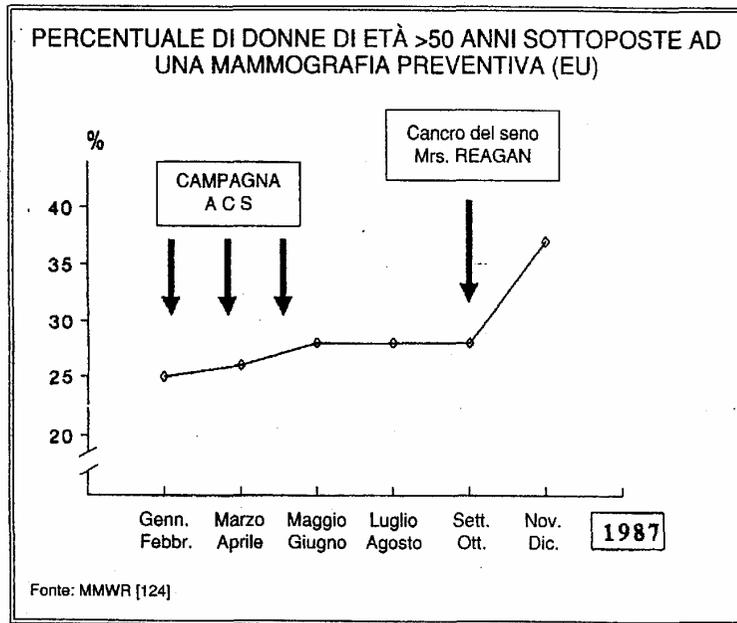
L'American Cancer Society (ACS) ha condotto, da marzo a maggio 1987, una campagna servendosi dei mezzi di informazione. Aveva lo scopo di propagandare la mammografia preventiva. Ha avuto per risultato un aumento di tre punti (dal 25 al 28%) della percentuale di donne che sono state sottoposte a questo esame preventivo. Ma questa percentuale è salita di nove punti nel 1987 (da 28 a 37%) dopo la notizia che la moglie del Presidente degli Stati Uniti era malata di tumore della mammella (124).

Tab. 5 - Variazioni temporali significative dei comportamenti e fattori di rischio fra 1984/1986 e 1988/1989

Comportamenti/fattori di rischio	Ticino	VD-FR
1. Fumatori (solo sigarette)	Uomini	p<0.001
	Donne	• NS
	Pop.tot.	p<0.01
2. Fumatori regolari (almeno 1 sigaretta al giorno)	Uomini	p<0.001
	Donne	• NS
	Pop.tot.	NS
3. Ex fumatori	Uomini	p<0.01
	Donne	• NS
	Pop.tot.	p<0.001
4. Forti fumatori (>20 sigarette al giorno)	Uomini	NS
	Donne	NS
	Pop.tot.	NS
5. Pressione arter. normale (<=90 e <=140 mmHg)	Uomini	p<0.001
	Donne	• p<0.001
	Pop.tot.	p<0.001
6. Pressione arter. elevata (>=95 e >=160 mmHg)	Uomini	NS
	Donne	• p<0.001
	Pop.tot.	p<0.01
7. Body Mass Index normale (U se <27.8 Kg/mq D se <27.3 Kg/mq)	Uomini	p<0.001
	Donne	• p<0.001
	Pop.tot.	p<0.001
8. Sport nel tempo libero	Uomini	p<0.05
	Donne	• p<0.01
	Pop.tot.	p<0.001
9. Sport (almeno 1 volta alla settimana)	Uomini	p<0.05
	Donne	• p<0.01
	Pop.tot.	p<0.001
10. Sport (tutti i giorni)	Uomini	NS
	Donne	• p<0.05
	Pop.tot.	NS
11. Toglie sempre il grasso dalla carne	Uomini	NS
	Donne	• p<0.05
	Pop.tot.	p<0.05
12. Toglie raramente o mai il grasso dalla carne	Uomini	NS
	Donne	NS
	Pop.tot.	NS
13. Ieri ha mangiato verdura cotta	Uomini	NS
	Donne	• p<0.05
	Pop.tot.	p<0.02
14. Ieri ha mangiato verdura cruda o insalata	Uomini	p<0.01
	Donne	• NS
	Pop.tot.	p<0.01
15. Ieri ha mangiato della frutta	Uomini	NS
	Donne	NS
	Pop.tot.	NS

NS = non significativo
• evoluzione favorevole

Fig. 30



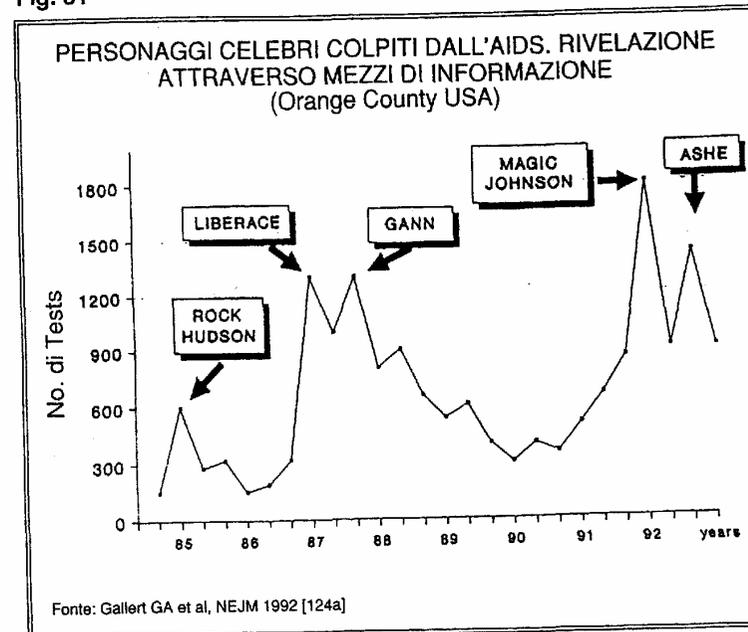
La figura 31 illustra la reazione dell'opinione pubblica quando viene a sapere che un personaggio celebre è stato contagiato dal virus HIV o dall'AIDS. È evidente l'influenza diretta di queste notizie sul ricorso del pubblico ai test di individuazione precoce dell'HIV (124a).

4. Informazione, management, organizzazione e finanziamento del settore sanitario

4.1 Riorientare il sistema

Le risorse finanziarie indispensabili alla sopravvivenza, allo sviluppo e al riorientamento del settore sanitario do-

Fig. 31



vrebbero, ovviamente, essere ripartite in modo razionale. Vale a dire in quantità sufficiente al fine di garantire l'adeguatezza delle procedure, delle tecnologie e dei servizi alle esigenze sanitarie reali della popolazione, tenendo però conto del costo di opportunità (125) e dei benefici sanitari. Le decisioni riguardanti l'assegnazione di queste risorse sono prese da organi politici, amministrativi o di gestione.

A livello di questi «responsabili» si constata la mancanza di informazione e l'incertezza che caratterizzano la condizione «di paziente». In genere gli amministratori hanno manifestato e manifestano ancora oggi la loro incapacità a fare scelte conformi alle necessità sanitarie reali e al costo di opportunità, perché continuano a ricorrere ad una assegnazione dei fondi basata sull'evoluzione storica della spesa o, nel migliore dei casi, ad una politica di «bilanci globali».

Sistemi del genere hanno permesso e continuano a permettere a molte amministrazioni centrali di evitare qualunque discussione sulle priorità, l'efficacia e la redditività sanitaria delle risorse finanziarie. In questo modo toccherà ai livelli «più bassi» di competenza amministrativa e soprattutto tecnica, in realtà ai professionisti della salute, la responsabilità della ripartizione vera della massa dei finanziamenti fra i diversi servizi o istituti. Procedimento questo che in genere sfocia in una conferma dell'«esistente» o in una assegnazione in funzione del «potere». Si deve comunque riconoscere che, in confronto con le politiche che lasciano evolvere liberamente la spesa sanitaria, i «bilanci globali» rappresentano un progresso (anche dal punto di vista pedagogico) indispensabile per coprire la distanza che porta alla definizione delle priorità, all'efficacia sanitaria e alla efficienza economica del sistema.

Una confusione permanente fra mezzi impiegati (input) e risultati ottenuti (output) serve da denominatore comune alla maggior parte dei politici, amministratori e responsabili di gestione.

D'altronde troppo spesso questi ultimi sembrano preoccupati «unicamente» dell'equilibrio di bilancio o della ricerca spasmodica di nuovi mezzi finanziari, per «nascondere» dei disavanzi di gestione crescenti e ben tangibili.

Un'altra tattica consiste nel cercare altri servizi o istituzioni su cui «scaricare» compiti, competenze e impegni diversi divenuti troppo gravosi, controllando nel contempo che questa procedura non rappresenti un «harakiri» per il prestigio e per l'«immagine» della struttura o del servizio.

Nessuno dubita che una gestione economicamente e finanziariamente sana, ed un buon equilibrio finanziario e di bilancio, siano le condizioni essenziali per continuare a fornire servizi e distribuire prestazioni. Invece amministrativi, responsabili di gestione e politici non sono in grado (o lo sono di rado) di individuare le programmazioni ottimali per il ruolo, la missione, e l'attività strettamente sanitaria e medica delle strutture che li riguardano.

Succede anzi che abitualmente questa impotenza sia proporzionale all'importanza dell'investimento che dovrebbe essere programmato, o al suo contenuto tecnologico e mitico.

L'informazione (che è alla base della «cultura» sanitaria) è, a questo livello di scelte, fondamentale per il riorientamento del sistema, per stabilire le priorità, per razionalizzare, per assicurare la qualità e l'adeguatezza dei servizi, delle strutture, delle politiche e delle azioni alle necessità sanitarie degli utenti e della popolazione.

L'introduzione di reti statistiche di dati sanitari integrati, la creazione di indicatori, in particolare per valutare i risultati e il rendimento sanitario, i collegamenti con le banche-dati per facilitare l'accesso alla letteratura specializzata (in gran parte accessibile a qualunque amministratore e gestore «laico») sono gli strumenti di base che permettono scelte razionali.

In Svizzera la speranza di vita di un uomo di 65 anni è aumentata, dal 1900 al 1988, di circa cinque anni, cioè in media, di 22 giorni per anno. Nel decennio 1900-1910, quando la spesa sanitaria e le prestazioni mediche erano praticamente inesistenti, la speranza di vita della popolazione alla nascita aumentava in media di 4 mesi ogni anno. Tra il 1980 e il 1990, con una spesa sanitaria media annuale di circa 3.000 franchi per abitante (corrispondente a circa 3,5 milioni di lire), l'aumento medio è stato di circa due mesi. Si noti a questo proposito che il rapporto di causa-effetto tra spese e speranza di vita è modesto (126). Cercheremo di dimostrare più avanti che l'aumento della speranza di vita della popolazione è in gran parte legato alla messa in opera di strumenti semplici, piuttosto che alle tecnologie sofisticate e molto costose. Questa affermazione è particolarmente vera per i paesi industrializzati che si caratterizzano per tassi elevati di morbilità e mortalità (70-75%) dovuti alle patologie di tipo degenerativo. Qui la componente «comportamentale» e quella legata all'ambiente naturale e sociale sembrano essere es-

senziali per evitare la cronicizzazione degli stati morbosi e migliorare la «rettangolarizzazione» della curva della speranza di vita in buona salute (127,

In questi paesi un miglioramento dello stato generale di salute e della durata della vita sembra oggi *più* legata a:

- cambiamenti dello stile di vita e dei comportamenti (129, 130, 131, 132, 133, 134),
- controllo dei fattori di rischio (76, 77, 78),
- promozione dei fattori, agenti e comportamenti con effetti di protezione (78, 81, 82, 83, 85, 86, 87, 88, 135, 136),
- miglioramento delle condizioni sociali e di previdenza (137, 138⁷, 139, 140),
- infine ai risultati della lotta contro le emissioni inquinanti e gli agenti nocivi (141, 142, 143).

che non al rendimento sanitario dei mezzi finanziari messi a disposizione del settore terapeutico.

«Curare» resta evidentemente importante, là dove è possibile in modo efficace e talvolta risolutivo, senza dimenticare sia il conforto e l'eliminazione del dolore in modo palliativo, sia la riabilitazione.

Sembra comunque opportuno ed urgente modificare l'opinione generalizzata, secondo la quale solo gli investimenti nei trattamenti terapeutici e nelle tecnologie di avanguardia servono per «aggiungere vita agli anni e anni alla vita».

⁷ Uno studio recente (138) ha messo in evidenza che la probabilità per un abitante dei quartieri negri new-yorkesi di Harlem di raggiungere l'età di 65 anni era inferiore a quella di un cittadino di uno degli stati più poveri della terra, il Bangladesh.

Evidentemente, tanto l'esperienza del passato quanto quella di questi ultimi quarant'anni dimostrano che la maggior parte delle malattie che facevano strage nel secolo scorso e all'inizio del secolo ventesimo, sono diminuite di circa l'80-90% prima dell'entrata in uso degli antibiotici e di certe vaccinazioni (tubercolosi 75%). Thomas McKeown, dell'Università di Birmingham, dopo aver studiato l'andamento della mortalità in Inghilterra e nel Galles dall'inizio del diciannovesimo secolo fino agli anni 1965, conclude che l'aumento della speranza (e della qualità di vita) si spiega principalmente a motivo de:

- il miglioramento dell'alimentazione,
- il risanamento delle acque,
- la costruzione della rete fognaria,
- la diffusione generalizzata di nuove norme di igiene personale (144).

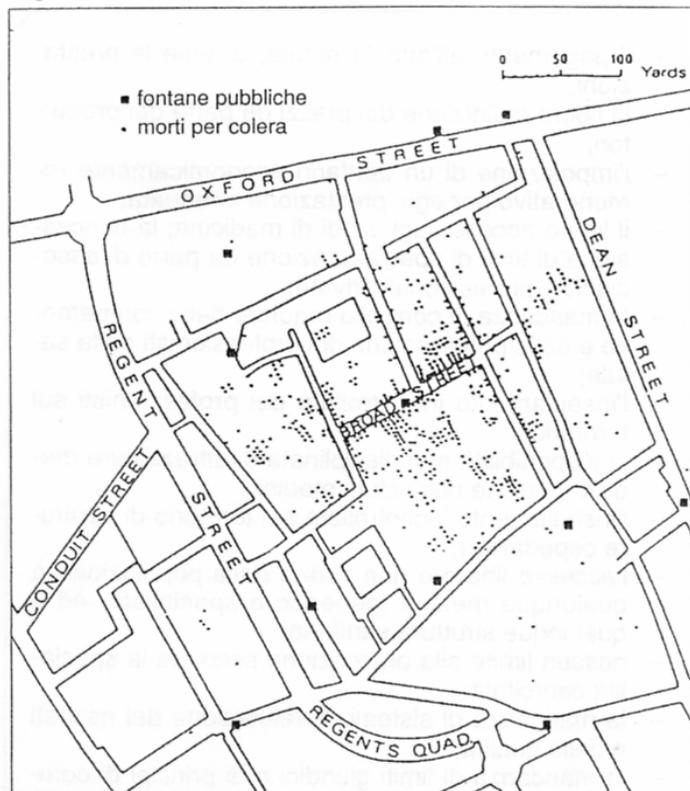
Il contributo del leggendario «sapone di Marsiglia» (e dei suoi cugini più recenti)

- alla diminuzione della mortalità precoce,
- all'aumento e alla conservazione della qualità di vita è stato (ed è ancora) molto più importante di quello dovuto alle cure oncologiche non palliative.

Durante l'epidemia di colera che flagellò l'Europa nel 1850, Snow riuscì a dimostrare, grazie all'osservazione epidemiologica (Fig. 32), e contro il parere dei medici, che l'epidemia si propagava attraverso l'acqua di alcune fontane inquinate da residui fecali.

La riduzione della mortalità da febbre puerperale ottenuta da Semmelweiss, grazie a semplici misure di igiene (lavarsi le mani in acqua contenente un disinfettante), fu rinnegato dalla classe medica austriaca, costringendo Semmelweiss ad emigrare in Ungheria (144a).

Fig. 32



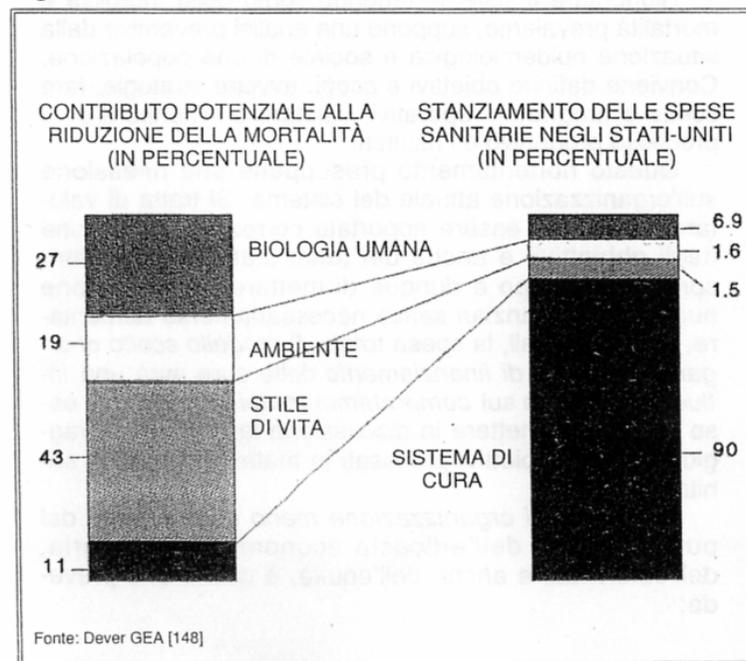
Londra 1854. Mappa disegnata da John Snow

Il nuovo aumento di casi di tubercolosi (in particolare quello dovuto a ceppi batterici resistenti agli antibiotici), rimette in discussione l'efficacia della terapia, che secondo la prestigiosa rivista scientifica *Nature* è ridotta più o meno al livello dell'era preantibiotica (145).

In una recente «revisione» della letteratura (1989), riguardante l'effetto, dopo il 1950, delle prestazioni mediche sulla mortalità e la morbilità negli Stati Uniti (146), gli autori concludevano che la diminuzione della mortalità è dovuta prima di tutto (come nel caso delle patologie infettive all'inizio del secolo (147)), al cambiamento dei comportamenti di igiene personale.

In conclusione (Fig. 33), il sistema di cura, il cui contributo alla riduzione della mortalità è *valutato* all'11%, consuma il 90% delle risorse finanziarie. Invece l'assegnazione di mezzi finanziari a programmi ed iniziative tendenti a ridurre i fattori di rischio è di circa l'1.5%,, per

Fig. 33



Fonte: Dever GEA [148]

quanto il concorso potenziale dei cambiamenti di stile di vita alla riduzione della mortalità sia valutata a circa il 43% (148).

Una migliore informazione e distribuzione delle «conoscenze» (cultura sanitaria) potrebbe avere un ruolo fondamentale nell'assegnazione e nella distribuzione razionale delle risorse finanziarie, in funzione della redditività dei sistemi sanitari nazionali e regionali.

4.2 Riorganizzare il settore

Riorientare il sistema tenendo conto della morbilità e mortalità prevalente, suppone una analisi preventiva della situazione epidemiologica e sociale di una popolazione. Conviene definire obiettivi e scopi, avviare strategie, fare scelte e programmi operativi, valutare e «monitorare» il processo produttivo e i risultati.

Questo riorientamento presuppone una riflessione sull'organizzazione attuale del sistema. Si tratta di valutare se devono essere apportate correzioni in funzione degli obiettivi, e anche dei fondi stanziati e del loro spreco. Lo scopo è dunque di mettere a disposizione nuovi mezzi finanziari senza necessariamente aumentare, in termini reali, la spesa totale. Il *modello scelto di organizzazione e di finanziamento* delle cure avrà una *influenza decisiva sul comportamento dei protagonisti*, esso potrà pure mettere in discussione la capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati in materia di politica sanitaria.

Il *modello di organizzazione meno controllabile*, dal punto di vista dell'efficacia economica e sanitaria, dell'efficienza, e anche dell'equità, è quello che prevede:

- il pagamento all'atto (a notula) di tutte le prestazioni;
- la libera definizione dei prezzi da parte dei produttori,
- l'imposizione di un tariffario economicamente remunerativo per ogni prestazione effettuata;
- il libero accesso agli studi di medicina; la concessione di titoli di specializzazione da parte di associazioni professionali private;
- la mancanza di controllo regolare delle competenze e della preparazione dei professionisti della salute;
- l'insediamento incontrollato dei professionisti sul territorio;
- la disponibilità non disciplinata di attrezzature medico-tecniche negli studi medici;
- l'insediamento incontrollato sul territorio di strutture ospedaliere;
- l'accesso libero e non filtrato della popolazione a qualunque medico (generico o specialista) ed a qualunque struttura sanitaria;
- nessun limite alla prescrizione secondo la specialità esercitata;
- la mancanza di sistemi di valutazione dei risultati e della qualità;
- la mancanza di limiti giuridici e di principi di comportamento etico circa i sistemi di promozione delle vendite ai professionisti della salute, da parte dei produttori di beni sanitari, specie di farmaci;
- la mancanza di norme giuridiche che regolino in particolare i «diritti del malato», ed anche il diritto all'informazione, alla prevenzione ed alla promozione della salute nella comunità;
- l'«onere della prova» lasciato a carico del paziente;
- il settore sanitario rigidamente sottoposto ai principi dell'economia cosiddetta di mercato.

Fino a quando un simile modello di organizzazione del settore sanitario continuerà a funzionare in un quadro legale di *mancaza di copertura sociale* delle prestazioni (come negli Stati Uniti che registrano ogni anno 30 milioni di non-assicurati fissi, e 60 milioni «fluttuanti») (149,150), esso sarà prima di tutto e soprattutto *fonte di ingiustizia sociale* di spreco di risorse e motivo di tensione fra i diversi gruppi sociali.

Se invece funzionerà in un quadro giuridico che preveda la *copertura sociale delle prestazioni* e il *rimborso automatico*, da parte delle assicurazioni sociali, di tutte le prestazioni realizzate da operatori e strutture sanitarie, il modello sarà totalmente *incontrollabile*, per quanto riguarda il finanziamento della spesa. In questo caso la domanda sarà teoricamente «illimitata».

Il sistema sanitario svizzero riunisce quasi tutti gli elementi del modello illustrato qui sopra.

In Svizzera la legge in vigore sull'assicurazione-malattia è il nocciolo di questo meccanismo perverso, che genera, mantiene e fa crescere il sistema spingendolo alla sovrapproduzione di atti medici e impedendo il suo riorientamento.

Questa legge sull'assicurazione-malattia e infortuni (LAMA) risale al 1911. Concepita quando l'offerta era scarsa, con qualche periodico rattoppo d'urgenza che non modifica il «movente ispiratore», ha garantito fino ad oggi un «combustibile nucleare» che prelude ormai al ribaltamento del sistema. L'obbligo legale per l'assicurazione di *rimborsare automaticamente tutte le prestazioni* dei medici e delle strutture, è uno dei principali fattori che rendono impossibile un controllo dell'aumento dei costi. Tale obbligo assicura il reddito di qualunque medico esca dall'università ed anche buona parte del finanziamento di molte strutture, a scopo di lucro, senza che ci si possa domandare se tutta questa «offerta» risponda a necessità reali.

Il reddito nazionale svizzero per abitante è fortunata-

mente tra i più alti del mondo occidentale se non il più alto. Questo fatto, insieme con il bassissimo tasso di disoccupazione in Svizzera negli ultimi decenni in confronto con gli altri paesi industrializzati, ha permesso, a livello di economia nazionale e di redditi individuali, di sostenere una delle spese sanitarie più elevate al mondo per abitante (nel 1990 al primo posto in Europa, e nel 1992 al secondo posto mondiale dopo gli USA, per quanto la percentuale in rapporto al P.I.L. si collochi nella media).

Abbiamo anche potuto «tollerare» uno dei più forti, se non il più forte, aumento annuale, in termini reali, dei costi sanitari di tutta l'Europa occidentale dopo il 1980. Aumento assorbito grazie all'aumento del P.I.L.

Il contenimento di questo aumento è, a nostro avviso, di enorme importanza. È addirittura indispensabile, non solo per motivi di «sopportabilità» economica a livello dei redditi individuali (o per problemi di finanziamento da parte della collettività), ma anche per una questione di efficacia e di efficienza sanitaria e allo scopo di evitare sprechi di risorse (151,152) ed allontanare lo spettro del razionamento burocratico delle prestazioni, in particolare di quelle efficaci.

Non è nelle nostre intenzioni aggiungere nuove «ricette» alle centinaia di proposte riguardanti il controllo delle spese sanitarie, la limitazione delle cure o il finanziamento di questo settore.

A nostro parere qualunque riforma o modifica dei modelli esistenti dovrà senz'altro considerare che:

il settore sanitario non può funzionare, nel suo insieme, secondo le leggi classiche dell'economia di mercato e del liberalismo economico.

A ciò si oppongono cinque fattori importanti:

- la mancanza di informazione del consumatore e degli organi politici ed amministrativi che assegnano i fondi,
- l'incertezza professionale degli operatori,
- la limitatezza delle risorse,

- l'esistenza di un terzo pagante, o garante del rimborso delle prestazioni,
- l'assoluta priorità individuale e sociale dell'obbiettivo dello scambio (la salute) che rende la domanda potenziale praticamente illimitata.

Da ciò la possibilità di manipolare (indurre) il consumo, e l'impossibilità di soddisfare una domanda teoricamente illimitata, che si contrappone alla scarsità delle risorse.

In un simile modello né consumatore, né produttore vengono stimolati all'economia e all'utilizzazione razionale delle risorse. Esiste là una contraddizione evidente con le «leggi» e i principi dell'economia di mercato.

Di conseguenza si impone l'adozione di un «quadro» giuridico, organizzativo ed operativo che dovrebbe tendere a:

- il controllo della crescita numerica dell'offerta e della sua distribuzione territoriale. Ciò in funzione dell'equità di accesso alle cure. Concretamente si tratta di regolamentare l'ammissione agli studi di laurea in medicina, di favorire l'installazione di operatori sanitari nelle zone a densità insufficiente, e di attuare una pianificazione delle più importanti strutture di cura (sia pubbliche che private) ossia di sottrarre il settore al principio puro e semplice della libertà d'industria e di commercio.
- Un sistema di pagamento dell'attività medica che prenda in considerazione la responsabilità e i tempi impegnati, ed anche i compiti da realizzare. Tutto ciò evitando l'«actologie» eccessiva ed illimitata e i suoi effetti perversi (9, 38,44), vale a dire la ripetizione quotidiana del «miracolo della moltiplicazione dei pani e dei pesci». Modelli come le «casse di salute» (HMO-Health Maintenance Organisation) (153), o il sistema canadese dell'«enveloppe budgétaire» globale,

potrebbero servire da riferimento. Quest'ultimo modello, sfortunatamente, non modifica quasi per niente la sovrapproduzione di prestazioni anche se riesce a controllare il livello di spesa. Una *politica tariffaria selettiva*, quanto al tipo e al costo delle prestazioni, specie se tecniche, che tenga conto delle specializzazioni e delle competenze documentate degli operatori sanitari, così come dei livelli di utilizzazione delle tecnologie. Una oculata politica tariffaria dovrebbe evitare la proliferazione degli strumenti, delle apparecchiature e degli esami tecnici nell'ambulatorio del medico e negli ospedali.

- L'aumento del potere dei consumatori, specie nel senso di un incremento della loro capacità di autogestione sanitaria e di accesso informato a cure e prestazioni. Questo argomento è fondamentale per controbilanciare il monopolio del sapere dei produttori e per una partecipazione cosciente alle scelte sanitarie e alle decisioni politiche. Concretamente si tratta di definire i diritti dei pazienti, di promuovere il «secondo parere» medico, di favorire la prevenzione e la promozione della salute, di incoraggiare l'automedicazione semplice ed il suo uso, di sostenere la diffusione «generalizzata» dei risultati di studi e ricerche di interesse nazionale, regionale e locale sull'efficacia e la qualità dei servizi sanitari, di stimolare la creazione di centri di informazione, ecc. Dovrà essere garantita la libera scelta del medico e della struttura ospedaliera (o di HMO).
- L'aumento del potere (legato alla «cultura sanitaria») di controllo sul processo decisionale da parte degli amministrativi e dei gestori, su tematiche di natura tecnica e medica. In questo contesto devono essere incoraggiati l'utilizzazione di strumenti come il «secondo parere» strategico, l'accesso a banche-dati biomediche, i gruppi di programmazione multidisciplinari. Inoltre sarebbe utile favorire l'analisi secondo il «costo di opportunità» (anche in funzione dell'utilità pedagogica di questo criterio) specialmente per l'identificazio-

ne delle priorità in termini di efficacia sanitaria.

Dovrebbe essere adottato un sistema coordinato di statistiche sanitarie (morbilità, mortalità, consumi, attività, operatori e strutture, costi e finanziamenti) quale aiuto indispensabile alle scelte (sanitarie, amministrative, gestionali e politiche). Esso dovrebbe permettere confronti credibili e standardizzati fra regioni e istituzioni. L'elaborazione di documenti come i bilanci regionali di salute, ed anche la determinazione della spesa sanitaria a livello regionale, (sia pubblica che privata) sono strumenti base per la definizione di obiettivi e strategie di politica sanitaria. Il modello canadese è esemplare. Esso permette (attraverso il ricorso ad una «carta di credito» personale) di seguire la storia sanitaria di ogni cittadino fin dalla nascita.

L'adeguamento delle prestazioni alle necessità sanitarie attraverso controlli di qualità delle prestazioni e delle cure erogate. In pratica sarà necessario istituzionalizzare le conferenze di consenso, i «peer reviews» e avviare sistemi di valutazione tipo PSRO (154, 155), DRG (156, 157) e altri ancora (158, 159). Dovrebbero essere elaborate delle «direttive» concernenti le esigenze di qualità, sicurezza e «confort» delle strutture sanitarie, regolarmente controllate e divulgate al pubblico (118). Dovrebbe essere incoraggiata la formazione permanente dei professionisti. Dovrebbero essere regolamentate le pratiche di promozione-vendita dei produttori di medicinali e di altri prodotti sanitari (specie dei laboratori di analisi mediche). L'attività dei medici dovrà corrispondere alla formazione ricevuta e alle competenze dimostrate che dovrebbero essere periodicamente verificate.

La messa in opera di un sistema di copertura sociale che permetta di assicurare a tutta la popolazione l'equità di accesso alle cure. Il finanziamento dovrà tener conto dei redditi dei singoli e delle famiglie. Un sistema del genere dovrà rimborsare soltanto prestazioni e servizi di cui sia dimostrata l'efficacia socio-sanitaria, e tener conto dei livelli di qualità.

Il principio del rimborso *automatico* dell'attività di ogni medico, operatore o struttura sanitaria, dovrà essere abbandonato e sostituito da un rimborso selettivo, in funzione della copertura delle necessità.

Ai fautori e sostenitori «irriducibili» dell'economia di mercato e del liberalismo economico in materia di organizzazione e finanziamento del sistema sanitario (159a), dedichiamo come argomento di riflessione questo brano del *Wall Street Journal* del 20 gennaio 1993 (159b) relativo alle proposte avanzate dalla signora Clinton a proposito del sistema sanitario americano: «Most countries do it a simpler way. They collect taxes from the peoples and businesses, and then use the money to pay for medical care for everyone. As the sole buyer of care, the government sets hospital budgets and in some cases even controls the number of people entering the field of medicine, or decides which technologies a physician or hospital is allowed to buy. The results: universal access and contained costs»⁸.

4.3. Il processo decisionale «razionale»

Amministratori e gestori si trovano sovente confrontati a spiacevoli «complessi di inferiorità» quando il processo decisionale riguarda *la necessità, l'efficacia, la qualità e l'adeguatezza sanitaria*. In particolare quando si tratta di giustificare, «tecnicamente» o «scientificamente», nuove prestazioni, pratiche, servizi o strutture sanitarie. Essi si

⁸ «La maggior parte degli stati hanno scelto una via più semplice. Riscuotono delle tasse dalla popolazione e dalle imprese, e impiegano in seguito questo denaro per pagare le cure mediche alla totalità dei cittadini». Nella sua posizione di compratore unico delle cure, il governo controlla i bilanci degli ospedali. In certi casi controlla addirittura l'accesso agli studi di laurea in medicina, o ancora prende delle decisioni sulle apparecchiature tecnologiche che possono essere compere da medici e ospedali. Il risultato è l'universalità di accesso alle cure e il contenimento dei costi.

ritrovano immediatamente «a loro agio e senza complessi» appena hanno potuto porre la domanda chiave: «quanto costa?» Da quel momento fra i partecipanti alla discussione si installa una singolare dialettica, che in genere finisce per sfociare nell'accettazione della proposta, se il margine finanziario lo consente, oppure nel rifiuto, se le risorse del momento, o quelle disponibili a breve termine, sono insufficienti. In genere non sono praticate *valutazioni costi/benefici sanitari*, né calcolo del «costo di opportunità». In realtà i laici responsabili delle decisioni si prendono ben guardia dal «compromettersi» in argomenti «proibiti», considerati ad «alto» contenuto tecnico o scientifico (generalmente detti «medicali»). In fondo questi argomenti non li riguardano, e in proposito hanno la sensazione di essere «perdenti» nel confronto fin dall'inizio (160).

Questo modo di procedere, che è alla base di quasi tutti i processi decisionali «disfattisti e rinunciatari», deve essere modificato d'urgenza a tutti i livelli del potere amministrativo, di gestione, e anche politico.

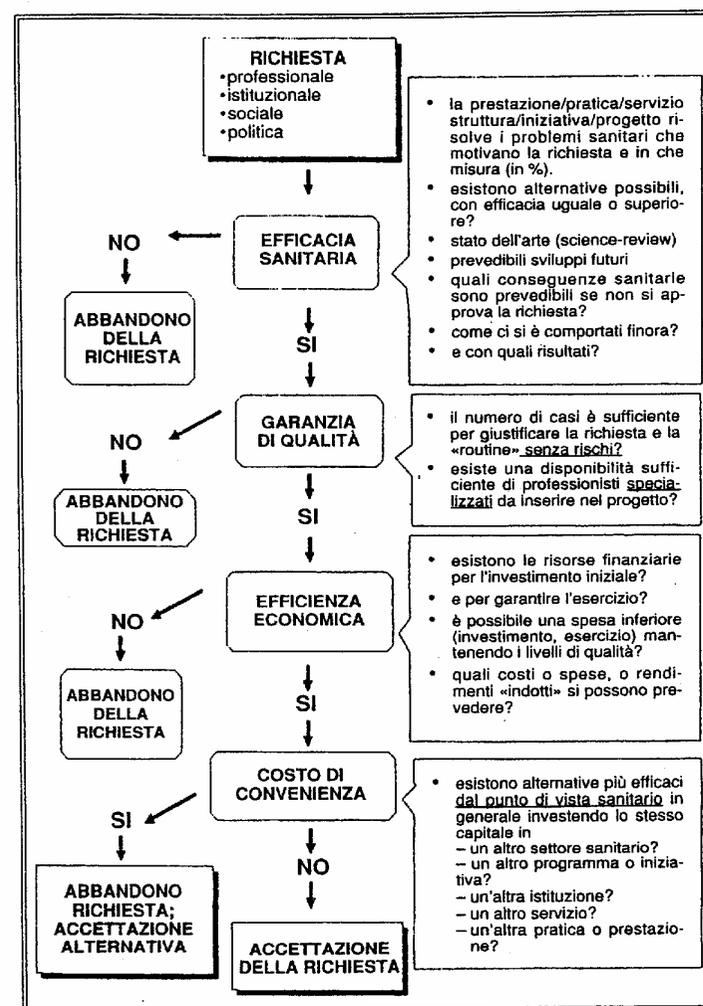
Al loro posto, i «laici» responsabili delle scelte dovranno promuovere iniziative e procedimenti decisionali multidisciplinari che dovranno saper controllare e gestire fino alla conclusione della trattativa.

L'algoritmo illustrato nella *Figura 34* prevede, prima di concludere una trattativa e giungere ad una decisione operativa, quattro tappe di analisi e verifica:

1. dell'efficacia sanitaria
2. della garanzia di qualità
3. dell'efficienza economica
4. del costo di opportunità.

La filosofia alla base di questa procedura prevede che «ogni nuova richiesta (prestazione, pratica o servizio), fino a prova contraria sia da considerare inutile (inefficace)».

Fig. 34 - IL PROCEDIMENTO DECISIONALE «RAZIONALE» CHE PERSEGUE L'EFFICACIA SANITARIA E L'EFFICIENZA ECONOMICA



L'amministratore responsabile deve organizzare tutto il processo. Deve controllare il metodo di analisi di ogni tappa (step) e poter interferire quando la situazione lo richiede.

Per le amministrazioni pubbliche è necessario un ulteriore livello di analisi: verificare la *compatibilità sociale e assicurarsi il consenso politico*. In effetti, le implicazioni etiche di diverse attività sanitarie necessitano attualmente di un consenso sociale e politico. Ci riferiamo in particolare ai settori riguardanti la sfera sessuale, la riproduzione, la tossicodipendenza, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, le manipolazioni genetiche e la biologia molecolare. Anche le decisioni sanitarie aventi una ricaduta sul «sentimento regionale» o la distribuzione territoriale di servizi o strutture sanitarie necessitano di un consenso sociale e politico.

Strategie di informazione appropriata sono necessarie per qualunque ricerca di consenso, al fine di ottenere l'adesione alla decisione più efficace ed efficiente, quella che risponderà meglio ai criteri di adeguatezza e di equità. L'applicazione dell'algoritmo che abbiamo presentato può rivelarsi utile anche sui «terreni di scontro» molto politicizzati, dove a prima vista una scelta logica sembrerebbe già a priori inverosimile (161). In questo caso il modello permette di identificare a quale livello del procedimento si è verificato il «cambiamento di tendenza» e lo «sconfinamento» rispetto al processo «razionale».

Tutti gli organi di consultazione a cui verrà dato mandato, in particolare quelli che dovranno pronunciarsi sull'efficacia sanitaria, la garanzia di qualità e il costo di opportunità dovranno essere *multidisciplinari e multiprofessionali*. I pareri dei rappresentanti delle specialità sanitarie o mediche dovranno essere integrati da quelli di altre specialità, e di altri professionisti (economisti, sociologi, giuristi, biostatistici, esperti in tecnologia medica, rappresentanti dei consumatori, etc.). In un simile contesto lo specialista che riunisce le competenze in sanità pubblica, in epidemiologia e in analisi dei servizi sanitari («health services research») rappresenta una figura professionale chiave. La dinamica operativa dei gruppi o dei professionisti che hanno interessi comuni da difendere è sovente costretta al compromesso dal «do ut des», che può anche superare i contrasti esistenti fra specialità o ambiti professionali diversi. Sarebbe più utile, in un quadro di

conflitti di interesse fra gruppi professionali, o di evidente «self promotion», sottoporre i rapporti fra le parti ad esperti anonimi a cui venga garantita la più completa segretezza di analisi. Questo ricorso ad esperti corrisponde in certo modo ad un «secondo parere» analogo a quello proposto ai pazienti-consumatori. Il «laico» responsabile delle decisioni avrà così a disposizione una informazione supplementare di qualità che gli permetterà di procedere a «confronti strategici» e, se è il caso, ad un nuovo orientamento del processo decisionale. È evidente che l'applicazione dell'algoritmo citato costituisce comunque un'esperienza pedagogica di rilievo per tutti gli amministratori «laici».

Osserviamo infine che la lettura regolare della stampa scientifica più nota, e delle riviste specializzate nel campo della valutazione delle tecnologie sanitarie («technological assessment») e della qualità delle cure, non è tempo perso per l'amministratore «laico» avveduto. Infatti ci troverà molti argomenti che gli permetteranno di ampliare le sue conoscenze, di farsi un modo di ragionare, di darsi un metodo di analisi e un vocabolario indispensabile per essere un interlocutore aggiornato e ascoltato dai professionisti della salute (161a). In una prospettiva del genere è anche indispensabile che abbia un accesso diretto alle banche dati biomediche.

4.4 Evidenze empiriche

4.4.1 Spesa sanitaria e mortalità

Molti studi (162,163,163a) hanno mostrato che non c'è rapporto fra le spese sanitarie nazionali e i tassi di mortalità standardizzati, presi come indicatori di rendimento del sistema.

La *tabella 6* evidenzia il rapporto fra spese sanitarie e mortalità generale maschile standardizzata per alcuni paesi dell'OCDE. Gli Stati Uniti, la cui spesa per abitante è sei volte quella della Grecia, hanno una mortalità più alta del 17%. La Germania federale, con una spesa tre vol-

te superiore, ha una mortalità più alta del 28%. La Grecia aveva nel 1985 la spesa sanitaria più bassa per abitante e il minor tasso di mortalità (e quindi la miglior speranza di vita).

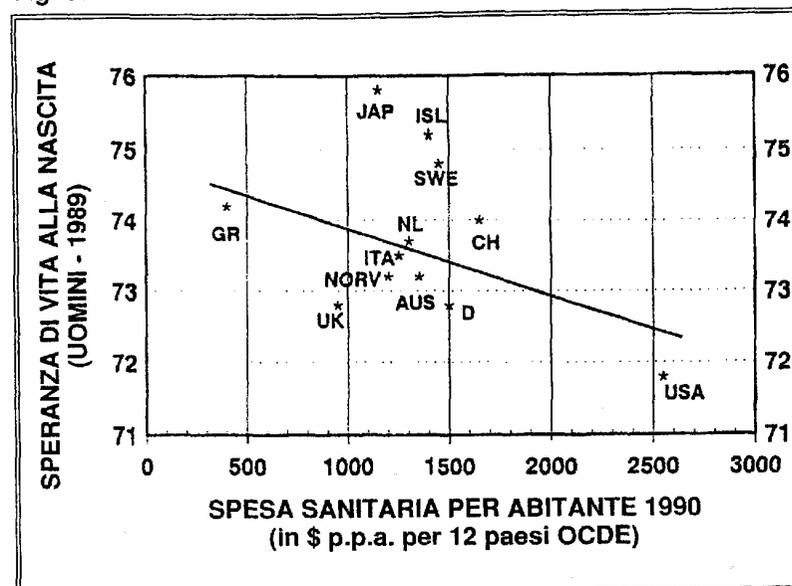
Tab. 6

SPESA SANITARIA PER ABITANTI (1985) E MORTALITÀ STANDARDIZZATA (1980-84) UOMINI				
SPESA (GRADUATORIA)			MORTALITÀ (GRAD.)	
1	STATI UNITI	+ 605%	7	+ 17%
2	CANADA	+ 409%	5	+ 9%
3	SVEZIA	+ 365%	3	+ 6%
4	SVIZZERA	+ 354%	4	+ 8%
5	FRANCIA	+ 325%	7	+ 17%
6	GERMANIA FED.	+ 290%	10	+ 28%
7	OLANDA	+ 272%	6	+ 11%
8	BELGIO	+ 214%	11	+ 30%
9	DANIMARCA	+ 200%	8	+ 19%
10	ITALIA	+ 169%	8	+ 19%
11	REGNO UNITO	+ 149%	9	+ 27%
12	SPAGNA	+ 81%	2	+ 5%
13	GRECIA	—	1	—

Fonte: OCDE/WHO/DOS/Sez. sanitaria

Una analisi analoga dei dati dell'OCDE (6) relativa agli anni 1989-90 (Fig. 35) mette in evidenza la mancanza di rapporti significativi tra un indicatore «grossolano» di efficacia, come la speranza di vita alla nascita, e la spesa sanitaria per abitante.

Fig. 35



4.4.2 Costo delle prestazioni mediche

La Figura 36 mostra che i prezzi svizzeri per talune prestazioni mediche sono quattro volte superiori a quelli pagati ai medici tedeschi, e due volte e mezzo più alti di quelli dei loro colleghi francesi. Ciò potrebbe significare che il medico svizzero è particolarmente ben pagato, ma anche che la crescita della spesa sanitaria svizzera (più alta di quella tedesca e francese) potrebbe essere frenata. E questo solo «ritoccando» il prezzo delle prestazioni, senza diminuire il numero di prestazioni e interventi. Evidentemente questo risultato sarà ben difficile da raggiungere. Abbiamo visto nel primo capitolo di questa parte che il medico potrà sempre moltiplicare il numero di «atti», per compensare un rallentamento o una riduzione di crescita delle tariffe. Si tratta di una minaccia recentemente fatta balenare dal Presidente della Federazione

Fig. 36

PRESTAZIONI MEDICHE QUALCHE INDICE DI PREZZI (1984)			
	BRD 	F 	CH 
CONSULTAZ. GENERICO	100	283	425
CONSULTAZ. A DOMICILIO	100	100	242
ESAME DELLE URINE	***	100	265
TONSILLECTOMIA	100	193	436
ELETTROENCEF.	100	178	468
RAGGI X	100	71	298
CHIRURGIA INTRACARD.	100	119	711
	100	157	406

Fonte: OCDE/Sezione sanitaria

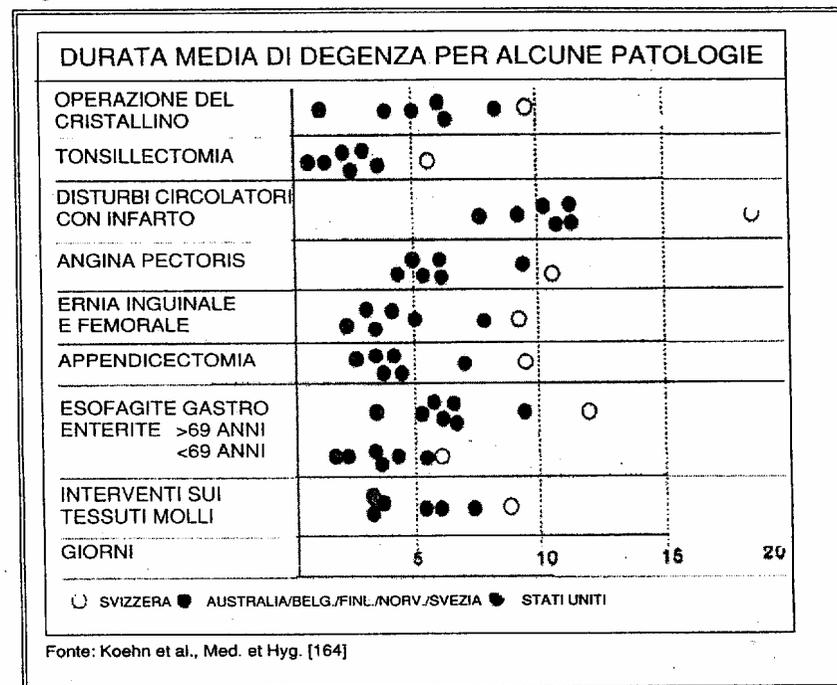
dei medici svizzeri (14). Da ciò si capisce subito che la recente decisione del Parlamento federale di frenare la crescita dei prezzi delle prestazioni mediche avrà, almeno dal punto di vista tecnico, poca importanza al di fuori del «messaggio politico» che porta con sé.

4.4.3 Confronti internazionali della durata di degenza ospedaliera

Nella *Figura 37* sono rappresentate, per stati morbosi scelti, le durate standardizzate di alcune degenze ospedaliere. La Svizzera è il paese europeo con la più lunga durata di degenza. Una sua riduzione, al livello delle medie degli altri paesi, potrebbe avere conseguenze econo-

miche positive sia a livello del finanziamento (premi dell'assicurazione-malattia) sia per i costi ospedalieri (adattamento del personale e altre spese di gestione al nuovo tasso di occupazione).

Fig. 37



4.4.4 Finanziamento del settore, prevenzione e promozione della salute

Per i responsabili delle scelte, al di là di tutti i dati scientifici accumulati in quest'ultimo decennio, gli interventi sui fattori di rischio e protezione, i comportamenti, gli agenti nocivi ambientali sono «in sostanza» manovre legate più «al folklore» che alla scienza. Questa interpretazione, secondo la quale le tecnologie non sofisticate

sono a priori inefficaci, merita di essere corretta. Recentemente la rivista britannica «*The Economist*» insisteva sull'importanza delle valutazioni costi/benefici sanitari (165), mettendo a confronto tipi differenti di interventi derivati dagli studi di Alan Maynard dell'Università di York (160). Per esempio, si metteva in evidenza che rende di più spendere per le campagne di prevenzione per ridurre il numero dei fumatori, che investire nella chirurgia coronarica. I due tipi di investimento possono (e devono) essere complementari. È comunque più facile trovare un finanziamento per un centro di chirurgia cardiaca, che per una campagna di lotta contro i fattori di rischio delle malattie cardiache; tutto ciò, nonostante che una campagna di questo genere sia più efficace in termini di salute e meno cara sul piano economico.

Di conseguenza non ci si stupirà di veder distribuire sigari ai «ministri» svizzeri della sanità, in occasione della loro Conferenza annuale, nonostante la «messa in guardia» (sul medesimo imballaggio) dell'Ufficio federale della sanità pubblica sui danni del fumo, (Fig. 38).

Fig. 38



4.4.5 Risorse, terapia e prevenzione

La necessità di orientare meglio la destinazione delle risorse finanziarie è illustrata qui appresso, mediante due esempi.

4.4.5.1 Tumori

Durante gli ultimi quarant'anni, la mortalità standardizzata globale per tumori non è cambiata in modo favorevole; anzi è leggermente aumentata (108, 122, 167, 168, 169, 170, 171), nonostante gli enormi investimenti per le cure non palliative ai malati di cancro. Ciò dimostra l'inefficacia terapeutica delle cure *risolutive* per la guarigione dei tumori più comuni, per quanto sovente si parli di un significativo aumento della speranza di vita per i malati di questi tumori. Questo aumento è sovente la conseguenza di un «artificio» statistico, dovuto in particolare alla diagnosi precoce conseguente alla diffusione generalizzata delle «indagini di screening» (dépistages) (3a). Per la Svizzera, più che a un miglioramento della terapia, la tendenza al rialzo o alla riduzione del numero delle morti per i tumori maligni più frequenti, è da attribuire essenzialmente alla diagnosi precoce (collo dell'utero) o a cambiamenti (positivi o negativi) dei comportamenti personali (polmone). In altri casi, per esempio lo stomaco, questa diminuzione non ha spiegazioni sicure anche essa è attribuita ad un cambiamento nelle tecniche di conservazione degli alimenti.

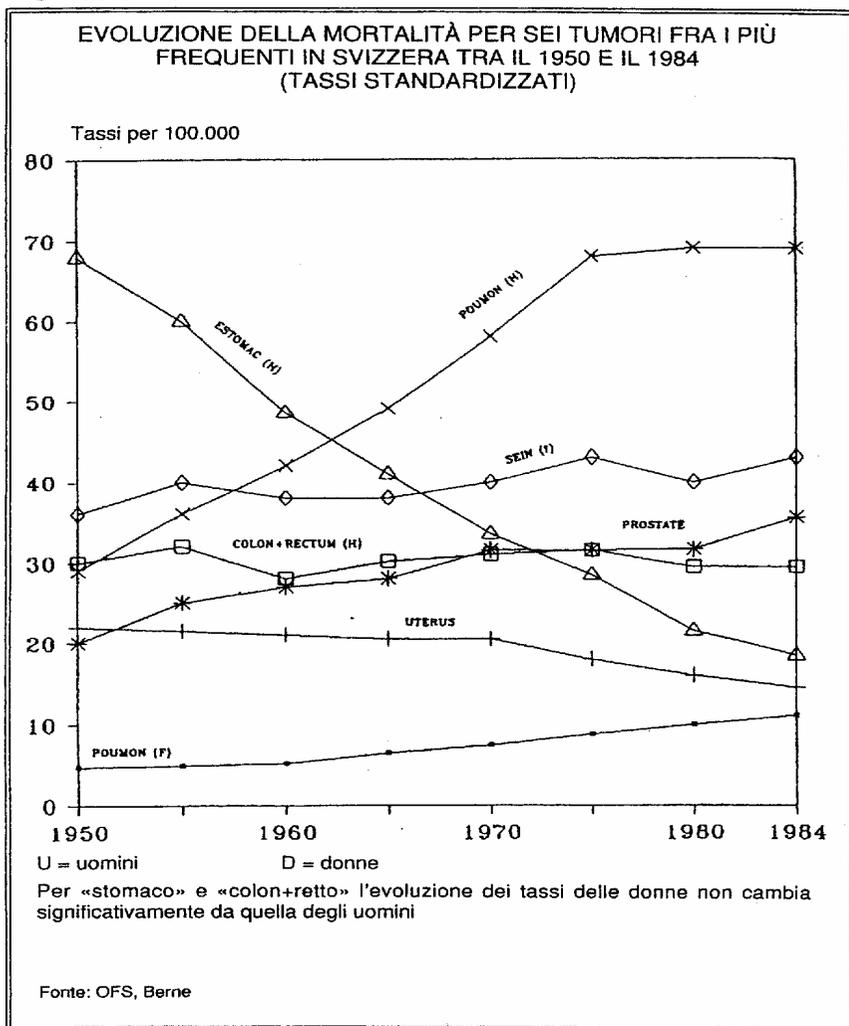
Attualmente si pone una domanda fondamentale sulla redditività sanitaria dei mezzi economici destinati alle cure non palliative per i tumori più frequenti.

Si tratta di sapere se una parte delle risorse non potrebbe essere destinata alla prevenzione primaria dei fattori di rischio (77, 78, 109), e alla promozione dei fattori di protezione (78, 81, 82, 85, 86, 87, 105, 106) nonché al risanamento degli ambienti di lavoro che provocano lo sviluppo dei tumori (171).

Questa domanda non sembra priva di fondamento. In realtà, l'80% dei tumori sarebbero causati da fattori legati al comportamento ed all'ambiente (172).

Secondo l'Agenzia Internazionale per la ricerca sul Cancro (IARC), la prevenzione primaria è al giorno d'oggi la sola forma di intervento in grado di indurre una diminuzione di frequenza dei tumori maligni più diffusi (78). In un editoriale (1990) del «*Journal of Medical Association*»,

Fig. 39



sullo stato delle conoscenze e delle possibilità di intervento contro il cancro, si dice che «ultimately, the most effective way to decrease cancer mortality is, of course,

through prevention» (82). Uno studio recente (173) di un'altra rivista medica di riferimento, il *New England Journal of Medicine*, affermava che le cure oncologiche classiche, utilizzate per i quattro tumori più frequenti, non hanno dato, in termini di sopravvivenza dei pazienti, nessuna differenza significativa in confronto con trattamenti definiti «alternativi».

Nel 1992 il «*Journal of American Medical Association*» pubblicava uno studio svedese che dimostrava come il tasso di sopravvivenza a dieci anni di pazienti trattati per cancro della prostata, e di pazienti non trattati, erano sovrapponibili (174). Non sorprende quindi che i responsabili dei programmi di prevenzione si mostrino delusi. Il Direttore dell'Agencia Internazionale per la Ricerca sul Cancro, nel libro «*Cancer: causes, occurrence and control*» (78) dimostra un certo sconforto: «Per quelli che si occupano di prevenzione è penoso e spesso frustrante constatare con quale lentezza le conoscenze arrivino alle autorità responsabili...». Il fatto che il Tamoxifene somministrato a donne portatrici di un cancro mammario, aumenti le probabilità di sopravvivenza a cinque anni del 15-20% (175) non toglie nulla al fatto che la prevenzione primaria meriti un posto privilegiato nella lotta contro il cancro.

4.4.5.2 Malattie cardiovascolari

Una ricerca particolare ha cercato di dare una valutazione comparata del contributo degli «interventi medici» e dell'azione sui «comportamenti e i fattori di rischio» (176). I risultati sono illustrati nella *tabella 7*.

Globalmente il contributo dei trattamenti medici alla diminuzione della mortalità cardiovascolare è stato valutato al 39.5% mentre quello dovuto ai cambiamenti di comportamento e di stile di vita al 54.0% (mentre il 6.5% rimane «inspiegato»). Se ne desume una maggior efficacia di quest'ultimo genere di intervento dal punto di vista dei costi/benefici sanitari (160, 161).

Ricordiamo che l'investimento finanziario per azioni e programmi di prevenzione primaria che agiscano sui fat-

Tab. 7 - Valutazione del contributo di diversi interventi sul tasso di mortalità cardiovascolare

Intervento medico	%
— cure intensive coronariche	13.5
— rianimazione e cure precedenti il ricovero	4.0
— by-pass coronarico	3.5
— trattamento medico	11.0
— cura dell'ipertensione	8.5
Subtotale	39.5
Azione sui comportamenti	
— riduzione del tasso di colesterolo	30.0
— riduzione del consumo di tabacco	24.0
Subtotale	54.0
Senza spiegazione	6.5
TOTALE	100.0

Fonte: L.Goldman e al. Annals of Int.Med. (176)

tori di rischio, è abitualmente molto inferiore a quello destinato all'approccio terapeutico che è sempre più costoso.

Pubblicato nel 1984, questo studio era basato sulle conoscenze degli anni 1968-1976. Nel frattempo nuove procedure mediche, come la «l'angioplastica», l'uso di farmaci come i fibrinolitici, l'aspirina e gli estrogeni in post-menopausa, rendono necessaria della prudenza nell'extrapolazione di questi dati alla situazione attuale. Sottolineiamo tuttavia anche che la cura farmacologica dell'ipercolesterolemia, a titolo preventivo, produce effetti negativi sulla mortalità totale (54). Sul fronte dei comportamenti si mettono in conto dati nuovi, come gli effetti benefici dell'attività fisica (76), i risultati della campagna di informazione sulla necessità di tener controllata l'ipertensione, di riconoscere i segni premonitori dell'infarto ed anche gli effetti protettivi degli antiossidanti, introdotti «in

più» nell'alimentazione (83, 85, 86, 88, 88a). La fondamentale influenza positiva del cambiamento dei fattori di rischio sui tassi di mortalità cardiovascolare è stata chiaramente dimostrata e si conferma con la valutazione dei risultati del programma ticinese di promozione della salute (111).

Parte terza

**IL CONSUMO
DI PRESTAZIONI MEDICHE
DA PARTE DEI MEDICI: UN
MODELLO DI RIFERIMENTO?**

1. Introduzione

Si tratta di un tentativo originale di calcolare il consumo di prestazioni sanitarie dell'unico gruppo «informato» della popolazione, e cioè dei medici, dei loro familiari e figli. Prendendo questo consumo come «modello» di riferimento, è stato fatto «ceteris paribus» un confronto con quello della popolazione generale e di sottogruppi particolari (professioni liberali, funzioni direttive, avvocati). Lo scopo era di valutare il grado di adeguatezza del consumo allo «stato dell'arte» da parte dei prescrittori, e in particolare stimare l'importanza della domanda «indotta».

Non è quindi il caso di considerare il consumo dei medici come l'«unità di misura» (gold standard) per quanto riguarda l'adeguatezza effettiva delle prestazioni. Come abbiamo già visto in precedenza, all'insicurezza propria della scienza medica si aggiunge quella personale di ogni medico. Quest'ultima sarà in funzione della distribuzione spaziale e temporale delle sue conoscenze (in particolare delle acquisizioni più recenti). Questa distribuzione non è uniforme per tutti i medici. L'insicurezza dipende in special modo dalla specialità esercitata e dal grado di «aggiornamento» delle conoscenze.

Ciò nonostante il consumo sanitario dei medici è di *estrema importanza nell'analisi economica*. Esso potrebbe rappresentare un utile indicatore della *domanda indotta* (vedi pag. 141). In questo contesto tale consumo può essere considerato un «*indicatore*» di riferimento del grado di «*coerenza*» (ossia di «buona fede» o di «contraddizione»), fra la prescrizione per se stessi o i propri congiunti e quella destinata ai consumatori «ordinari» per lo stesso stato morboso.

L'aumento esplosivo dei costi e la necessità di saperne di più sulla reale opportunità ed efficacia delle presta-

zioni mediche, hanno portato a diverse proposte di spiegazione sia a livello macro- che micro-economico.

Le prime, per quanto indispensabili, riflettono generalmente la difficoltà e l'impotenza del politico, dell'amministratore e del gestore «laico» ad analisi approfondite dei meccanismi del mercato sanitario e delle «tecniche» medico-sanitarie nonché la mancanza di volontà e l'impossibilità pratica di interferire direttamente nell'esercizio della pratica medica.

L'analisi micro-economica, invece, mette in discussione la valutazione della decisione medica («medical auditing») e la standardizzazione delle cure. Essa è praticamente nata negli Stati Uniti, quando Codman (1914), per primo, ha cercato di sapere quale era il reddito di un ospedale.

Questa riflessione si è successivamente arricchita di contributi come: lo «*Scientific Method for Medical Auditing*» di Lembcke (178,179), il «*Professional Standard Review Organisation (PSRO's) Program*» (154,155), il «*Prospective Payment System (PPS)*» (158,159), i «*Diagnostic Related Groups*» di Fetter (156, 157), e di altre forme di «case-mix». Come apporto più recente citiamo il tentativo dello stato dell'Oregon di definire a priori, per 714 stati morbosi, le probabilità di successo terapeutico e le prestazioni sanitarie efficaci che ad esse sono collegate (180-185).

1.1 Il consumo dei medici come modello di riferimento

Tenendo conto dei limiti sopra ricordati, si può affermare che il medico, nella sua posizione di «leader» socialmente riconosciuto dei professionisti della salute, è il solo ritenuto in grado di valutare rischi e benefici, e cioè l'efficacia reale delle pratiche diagnostiche e terapeutiche. Se si ammette che anche per lui la salute «non ha prezzo», si può accettare l'ipotesi che le sue scelte possano essere giudicate ottimali e servire di «riferimento» (gold standard). Due ricerche (186,187) hanno confermato che il medico malato si cura in modo appropriato. Un

terzo studio (188) ha dimostrato che i medici curano regolarmente i propri congiunti, anche se si sentono poco a loro agio.

Un eventuale scarto significativo, fra il consumo di prestazioni da parte dei medici e quello della popolazione, potrà quindi rappresentare un nuovo indicatore della «coerenza» o della «buona fede» nella prescrizione (domanda indotta).

La qualità di questo parametro di riferimento della *domanda indotta* deriva dal fatto che né i fattori di incentivazione propri del sistema di cura (modo di retribuzione dell'attività medica, problemi di ricerca, politica di promozione delle vendite, etc.), né «l'incertezza professionale» non sono in grado di influenzarla. Altro vantaggio: il consumo da parte dei medici è continuamente e automaticamente adattato alle nuove acquisizioni scientifiche che hanno dato buona prova, specie quando saranno immesse nella pratica quotidiana. I soli «freni» al consumo sono rappresentati dall'inefficacia del trattamento e/o dalla mancanza di «miglioramento» dello stato di salute, e anche dalla percezione di un livello di rischio soggettivamente inaccettabile da parte del medico in rapporto con i benefici sperati.

Alla base della nostra tesi si trovano i *due postulati* fondamentali seguenti:

- per una data condizione sanitaria, tutto il procedimento impiegato dal medico per ristabilire o conservare la propria salute è, per definizione, quello che il medico stesso soggettivamente ritiene necessario ed efficace. Porta quindi immancabilmente al buon risultato, effetto placebo compreso.
- di conseguenza la prescrizione «ottimale» al paziente ordinario deve essere «ceteris paribus» identica a quella consumata dal medico.

Ne consegue che l'indicatore (*punto 1.2 seguente*) che calcola lo scarto fra consumo dei medici e quello dei non-medici, diventa un indice della *domanda indotta*, e non (salvo in rare occasioni) dell'adeguatezza e dell'efficacia di cure e prestazioni. Infatti l'indicatore include l'«*insicurezza*» professionale, propria del gruppo di medici il cui consumo è utilizzato come riferimento.

1.2 L'indicatore di efficacia

Il parametro di misura dell'efficacia dovrebbe consentire di mettere in evidenza una eventuale differenza di presa a carico sanitaria (consumo) fra medico (modello di riferimento) e paziente non medico.

Abbiamo chiamato D O M E (Diversity of Medical Effectiveness) l'indice di efficacia (189) definito come segue:

$$D O M E = \frac{\text{Consumo Pazienti}}{\text{Consumo Medici}} = \frac{C P (i)}{C M (i)}$$

dove (i) rappresenta il tipo di consumo quantificato (giornate di degenza ospedaliera, assunzione di farmaci, numero di interventi chirurgici, etc.).

Ne consegue che per:

$$D O M E = 1$$

ci troviamo in una situazione di *perfetta coerenza* e di *ottimale efficacia*, quindi senza *domanda indotta*; mentre se:

$$D O M E > 1$$

la tendenza è al *sovraconsumo*, allo *spreco* e alla *induzione della domanda*; infine se:

$$D O M E < 1$$

ci troviamo in una situazione di *sottoconsumo* e quindi di *mancanza di cure*.

2. Applicazione del metodo

Al fine di saggiare la validità del metodo e di dare dei valori numerici all'indice di efficacia, abbiamo deciso di condurre una ricerca sul consumo di cure chirurgiche di elezione da parte dei medici e loro congiunti, da parte della popolazione generale e di altri sottogruppi scelti (avvocati, persone praticanti professioni liberali o funzioni direttive).

2.1 Materiale e metodo

2.1.1 Interventi chirurgici

Abbiamo considerato, per l'analisi comparativa, sette interventi chirurgici comuni che, globalmente, rappresentano circa il 25% di tutte le operazioni chirurgiche praticate nel Canton Ticino (26).

Si tratta di tonsillectomia, appendicectomia, raschiamento uterino (endometrio), isterectomia, trattamento chirurgico dell'ernia inguinale, trattamento delle emorroidi e colecistectomia (asportazione della cistifellea).

2.1.2 Campioni di popolazione allo studio

Sono stati inclusi nello studio i seguenti campioni demografici (adulti: classe di età 30-69 anni; «figli»: classe di età 0-39 anni):

- Medici (N=1522): tutti i medici maschi (N=322), e tutte le donne medico autorizzate ad esercitare la professione nel Ticino e (per poter avere un numero sufficiente di casi) nei Cantoni di Argovia, Basilea-Città, Berna, Friburgo, Ginevra, Neuchatel, San Gallo, e Vaud (N=433); tutti i figli (N=369) e le figlie (N=388) dei medici maschi ticinesi.
- Avvocati (N=826): tutti gli avvocati maschi autorizzati all'esercizio nel Ticino (N=259), le loro mogli (N=188) e i loro figli (N=193) e figlie (N=186).
- Popolazione generale (N=2960): questo gruppo è tratto dal campione rappresentativo della popolazione ticinese utilizzato per il progetto MONICA dell'OMS. È composto da 746 uomini e 808 donne, e dai loro figli (N=728) e figlie (N=678). La metodologia per il campionamento del progetto MONICA - TICINO è stata descritta in altra sede (190).
- Classe sociale 1 (N=590): si tratta di un gruppo tratto da quello della «Popolazione generale». È composto da uomini che esercitano professioni liberali o funzioni direttive, e da quanti hanno conseguito un diploma universitario, le loro mogli e i loro figli/figlie. In totale 156 uomini e 159 donne «adulti», 137 figli e 138 figlie.

2.1.3 Questionario

- L'indagine è stata condotta da giugno a ottobre 1987, mediante questionario (anonimo e autogestito, con cartolina di risposta separata, per poter identificare chi non rispondeva). Dopo sollecito (gennaio 1988) il tasso finale di risposta è stato dell'86% per i medici maschi ticinesi, 82% per le donne medico, 90% per gli avvocati e 95% per il gruppo tratto dal campione MONICA della popolazione generale.

- Il questionario era presentato con una lettera che spiegava gli scopi della ricerca. Era firmata, per i medici e gli avvocati ticinesi, dal Primario Chirurgo dell'Ospedale Civico di Lugano, e per le donne medico degli altri cantoni svizzeri dal Direttore dell'Istituto di Medicina sociale e preventiva dell'Università di Zurigo. Il questionario alla popolazione era presentato con una lettera del Vice Direttore Medico Cantonale, responsabile anche del progetto MONICA nel Canton Ticino.
- A ogni gruppo venivano richieste le informazioni seguenti: anno di nascita, professione; ultimo diploma conseguito e specialità medica esercitata (solo per i medici), stato civile, numero di figli, se avevano parenti o amici medici, se, e a quale età, avevano subito uno o più interventi fra quelli indicati (per i bambini solo tonsillectomia ed appendicectomia).
Per gli interpellati non-medici è stata utilizzata una terminologia semplificata (ad esempio: «asportazione delle tonsille» invece di tonsillectomia, etc.). Si chiedeva anche di indicare l'età di mogli, mariti e figli.

2.1.4 Analisi comparativa

- L'analisi comparativa fra i gruppi di popolazione è stata basata sulla proporzione di casi (interpellati, mogli, marito o figli) in ogni gruppo in cui era stato citato un intervento chirurgico. Dato che i vari gruppi non erano omogenei nella loro composizione per età e sesso, e tenuto conto che il rischio di un intervento è anche legato a questi fattori, abbiamo proceduto ad una rettifica dei tassi operatori secondo età e sesso in rapporto ad una popolazione standard.
- La popolazione di riferimento utilizzata per la standardizzazione è quella tratta dal campione MONICA, rappresentativa della popolazione ticinese. Era composta, per gli adulti uomini, dall'11% nella clas-

se di età 30-39 anni (17% per le donne); 38% età 40-49 (39% donne); 31% età 50-59 (30% donne), e 20% età 60-69 (14% donne). Per i figli la proporzione era 11% età 0-9 anni (12% figlie); 36% età 10-19 (figlie 35%); 36% età 20-29 (figlie 37%), e 17% età 30-39 (figlie 16%). Tra i sessi il rapporto era 48% uomini e 52% donne per gli adulti, 52% figli e 48% figlie.

- Per tutte le popolazioni (adulti e figli/figlie) sono stati successivamente calcolati i tassi specifici di prevalenza operatoria per ognuna delle classi di età già elencate, e per sesso. Successivamente questi tassi sono stati applicati alla popolazione standard, per ciascuno degli interventi chirurgici presi in esame, con lo scopo di calcolare fra i di versi gruppi dei tassi standardizzati, e quindi paragonabili.
- Per l'analisi comparativa degli interventi scelti, i tassi di prevalenza dei gruppi tratti dalla popolazione dei «medici» (menzionati nella *tabella 8*) sono stati considerati come «gold standard», tenuto conto del loro valore di riferimento. Di conseguenza tutti i confronti delle altre popolazioni sono stati effettuati in rapporto con il «gold standard», secondo la chiave illustrata nelle *tabelle*.
- L'indice presentato nella *tabella 9*, unitamente ai tassi standardizzati di prevalenza operatoria, corrisponde all'indicatore di efficacia (D O M E) descritto più sopra al punto 1.2. La significatività statistica dei confronti realizzati è stata analizzata con il test del chi quadrato (X^2).

2.2 Risultati

La *tabella 9* indica i risultati dello studio comparativo del consumo di cure chirurgiche fra i medici (gold standard), gli avvocati, gli appartenenti alla classe sociale 1 e la popolazione generale. Questi dati sono presentati sotto forma di tassi standardizzati di prevalenza, e di valori dell'indice di efficacia (DOME).

Tab. 8 - Chiave di confronto fra i gruppi

Intervento	Gold standard	Gruppi di confronto
Tonsillect. Appendicect. Rasch. uter. Isterect. Ernia inguin. Emorroidi Colecistect.	FIM (N=757) FIM (N=757) FM (N=433) FM (N=433) TM (N=765) TM (N=765) TM (N=765)	FIA (N=379) FIA (N=379) FA (N=188) FA (N=188) TA (N=447) TA (N=447) TA (N=447) FICS1 (N=275) FICS1 (N=275) FCS1 (N=159) FCS1 (N=159) TCS1 (N=315) TCS1 (N=315) TCS1 (N=315) FIG (N=1046) FIG (N=1046) FPG (N=808) FPG (N=808) TPG (N=1554) TPG (N=1554) TPG (N=1554)
TM = tot.medici (uomini/donne) FM = donne medico FIM = figli/figlie di medico		TA = tot.avvocati (uomini/donne) FA = mogli di avvocati FIA = figli/figlie di avvocati
TCS1 = tot. appartenenti cl. soc. 1 (uomini, mogli e donne universitarie nubili) FCS1 = mogli di uomini cl. soc. 1 e donne univers. nubili FICS1 = figli/figlie di appart. cl. soc. 1		TPG = tot. appartenenti campione popolaz. gener. (uomini/donne) FPG = donne campione popolaz. generale FIG = figli/figlie dei suddetti

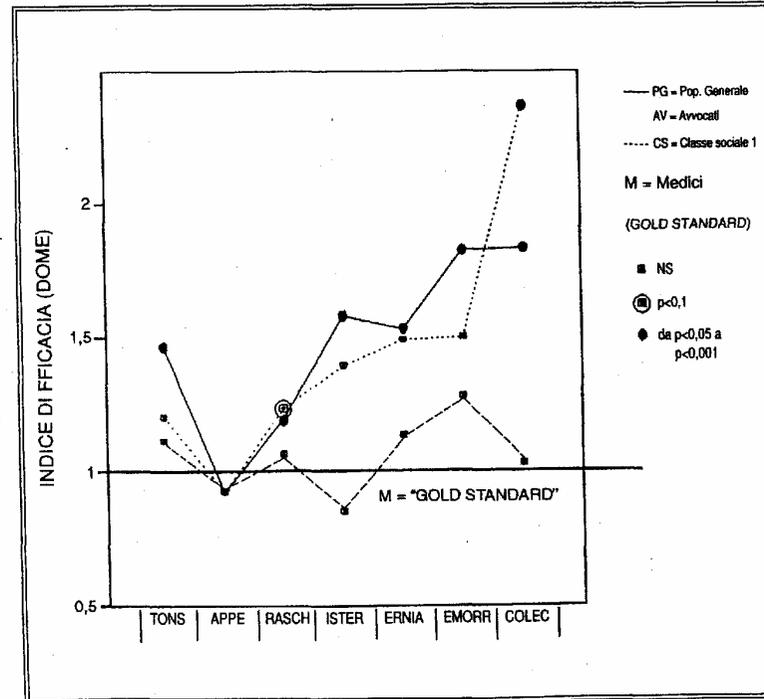
Tab. 9 - Tasso di prevalenza chirurgica (in %) e valore dell'indice di efficacia (DOME)

Interv.	Gold stan		Gruppi di confronto								
	Medici		Avvocati		Classe 1		Popolaz.gen.				
	Tas.	Ind.	T.	I.	P<*	T.	I.	P<*			
Tonsill.	21.92	1	24.56	1.12	NS	26.03	1.19	NS	31.98	1.46	0.001
Append.	13.33	1	12.28	0.92	NS	12.15	0.91	NS	12.24	0.92	NS
Rasch.ut	33.71	1	35.8	1.06	NS	41.5	1.23	0.1	40.01	1.19	0.05
Istirect	9.96	1	8.45	0.85	NS	13.88	1.39	NS	15.17	1.58	0.01
Ernia ing	4.5	1	5.1	1.13	NS	6.7	1.49	NS	6.9	1.53	0.05
Emorroidi	2.4	1	3.1	1.29	NS	3.6	1.50	NS	4.4	1.83	0.02
Colecist	2.73	1	2.82	1.03	NS	6.38	2.37	0.01	5.03	1.84	0.02

* = significatività statistica è stata calcolata in rapporto con il consumo dei medici
 NS= non significativo

La figura 40 dà una visione grafica dell'indice di efficacia. Per tutti gli interventi presi in esame, eccetto l'appendicectomia, il consumo della popolazione è sempre significativamente più elevato (da $p < 0.05$ a $p < 0.001$) di quello dei medici (dal 19 all'84%). Gli avvocati, invece, hanno un consumo che non è significativamente diverso da quello del gruppo di riferimento (gold standard). Gli appartenenti alla Classe Sociale 1 hanno un profilo quasi identico a quello della popolazione generale.

Fig. 40

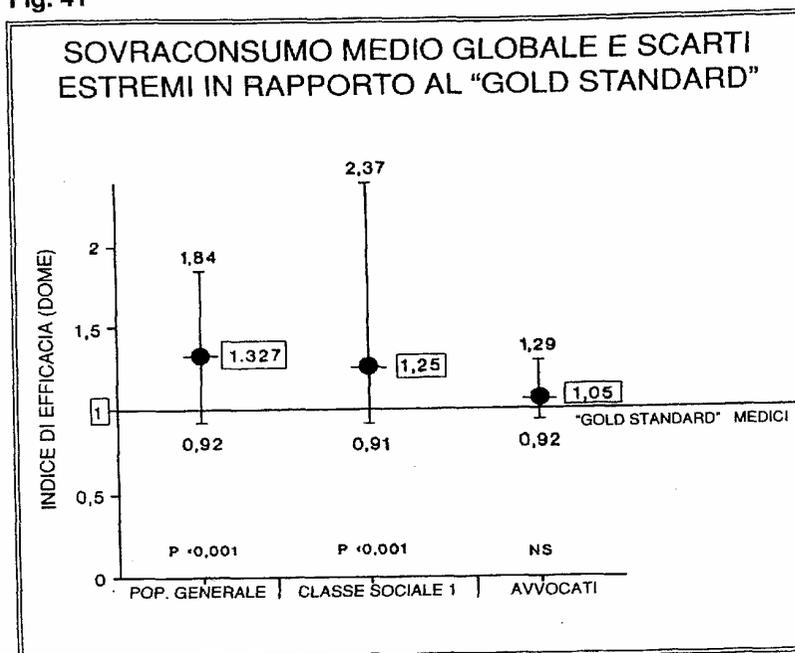


L'appendicectomia è l'intervento che presenta l'adeguatezza migliore. A proposito delle quattro operazioni chirurgiche per le quali si sono calcolati tassi globali per i due sessi (tonsillectomia, trattamento dell'ernia inguinale, cura delle emorroidi e colecistectomia) e che rivelano differenze statisticamente significative fra consumo della popolazione generale e quello dei medici, la differenza dei tassi specifici per uomini e donne corrispondeva a quella calcolata per l'insieme dei due sessi. Unica eccezione è la colecistectomia, per la quale la differenza dei tassi fra popolazione generale e medici (valore dell'indice 1.84; $p < 0.02$) era totalmente imputabile al numero molto alto di donne della popolazione generale sottoposte a tale intervento (donne medico 1.96%; donne della popolazione generale 6.45%; $p < 0.001$). La *tabella 10* e la *figura 41* forniscono il *sovracconsumo globale* della popolazione generale, degli appartenenti alla classe sociale 1 e degli avvocati in confronto con il «gold standard», per l'insieme dei sette interventi presi in esame. È interessante notare che per la popolazione generale l'«eccesso» ammonta al 37% ($p < 0.001$), per gli appartenenti alla classe sociale 1 l'«eccesso» molto significativo è del 25% ($p < 0.001$), mentre per gli avvocati si nota una differenza del +5% statisticamente non significativa.

Tab. 10

Sovracconsumo globale in confronto con il «gold standard»		
Popolazione generale	Classe sociale 1	Avvocati
+ 32,7%	+ 25,0%	+ 5,0%
P < 0.001	P < 0.001	NS

Fig. 41



3. Discussione e conclusioni

3.1 Dal punto di vista metodologico

A nostro parere questo studio non presenta grandi vizi metodologici. L'indagine è stata svolta con lo stesso metodo per tutti i partecipanti (questionario inviato per posta, autogestito ed anonimo). La descrizione degli interventi era simile, anche se per i non-medici era stata usata una terminologia semplificata. I tassi di risposta molto alti sembrano garantire la mancanza di vizi di selezione. Per questo non abbiamo raccolto informazioni supplementari a proposito di quanti non hanno risposto. Facciamo notare che questa ricerca è stata condotta in un paese (la

Svizzera), dove i medici sono pagati all'atto e dove non ci sono barriere finanziarie maggiori che impediscano l'accesso degli strati sociali più disagiati ai servizi e alle prestazioni mediche.

Di conseguenza, in questo caso specifico, i fattori di ordine economico che spiegano le differenze di utilizzazione dei servizi medici, agiscono solo sull'offerta e non sulla domanda. Inoltre, fra i non-medici non sono evidenti tassi e stati di morbilità sistematicamente più alti, in relazione con gli interventi presi in considerazione. Da ciò è possibile trarre delle conclusioni per quanto riguarda:

- a) il ruolo dell'informazione nei confronti del consumo di cure e prestazioni,
- b) il rapporto di mandato che regola la relazione giuridica fra paziente e medico, e inoltre
- c) il tema della domanda indotta,
- d) della medicina inutile
- e) dell'adeguatezza dell'attività medica alle necessità sanitarie degli utenti.

La conclusione fondamentale di questo studio può essere così riassunta:

su un mercato sanitario dove il medico è pagato all'atto e dove tutta la popolazione può accedere senza limitazioni ai servizi e alle prestazioni mediche, il paziente meno informato ha il più alto consumo di cure chirurgiche di elezione.

3.2 Lo studio di Bunker e Brown

Nel 1974 il *New England Journal of Medicine* pubblicava uno studio di Bunker e Brown (191) che metteva a confronto il consumo dei medici, degli avvocati, dei «businessmen», dei ministri del culto protestante e della popolazione generale. A quanto ci risulta, questa ricerca è stata la sola in questo campo. La più importante conclusione di Bunker e Brown era: «più il pubblico è informato, più aumenta la domanda di cure chirurgiche». Questa affermazione ha avuto una vasta eco, specie presso gli economisti della salute. Lo studio continua ad essere citato

nella discussione che concerne la domanda indotta, e secondo lo «*Science Citation Index*» raccoglie ben 55 citazioni.

Le nostre osservazioni e conclusioni sono opposte a quelle di Bunker e Brown. Sembra quindi necessaria una analisi dei fattori che potrebbero spiegare un simile disaccordo.

Un primo fattore è di ordine metodologico. Bunker e Brown hanno studiato il consumo di medici, avvocati, businessmen e ministri protestanti del culto, della contea di Santa Monica in California. A questo scopo hanno utilizzato un questionario standardizzato, per raccogliere i dati di prevalenza operatoria. Per contro, per valutare il consumo della popolazione, invece di procedere con la stessa metodologia, si sono serviti dei dati statistici di routine, forniti dall'amministrazione sanitaria centrale (United States Hospital Discharge Data). Dati che riguardano gli Stati Uniti nel loro complesso. Attraverso il loro questionario Bunker e Brown hanno quindi ottenuto dei dati «*longitudinali*» di prevalenza, vale a dire la «*storia*» chirurgica di ogni «professionista». Invece per la popolazione generale degli Stati Uniti, hanno extrapolato dei dati «*trasversali*», riferiti ad un momento temporale specifico (1968). Questo procedimento ha dato luogo ad una stima deformata della prevalenza chirurgica per la popolazione generale, perché non ha permesso di considerare l'influenza del «time trend» sulle probabilità di subire un intervento chirurgico. In più il confronto era basato su dati non sovrapponibili dal punto di vista spaziale.

Il secondo fattore riguarda i considerevoli ostacoli finanziari caratteristici degli Stati Uniti che (ieri come oggi) impediscono all'insieme della popolazione, e in particolare alle classi sociali più disagiate, di accedere ai servizi e alle prestazioni mediche (149,150,192). Non sorprende quindi che Bunker e Brown abbiano osservato, da parte dei medici e degli altri professionisti, un consumo chirurgico superiore del 25-30% a quello della popolazione generale. In più i gruppi di professionisti presi in esame «vivevano in una regione ad alta densità medica e ospedaliera, e con alto reddito per abitante». Utilizzando la me-

toologia citata, Bunker e Brown nello stesso studio hanno confrontato il consumo chirurgico degli stessi «professionisti» californiani con quello della popolazione generale della regione inglese di Oxford. Le conclusioni di questo confronto devono essere interpretate con prudenza, tenuto conto delle considerazioni metodologiche di cui sopra, e delle diversità fra i sistemi di organizzazione e finanziamento delle cure, negli Stati Uniti e nel Regno Unito. Ricordiamo anche le differenze di stile professionale e di «filosofia» a proposito delle indicazioni chirurgiche, fra medici inglesi e nordamericani (67, 193). Precedentemente Bunker aveva avanzato l'ipotesi (12) che il grande «attivismo» chirurgico rilevato negli Stati Uniti, in confronto con il Regno Unito, fosse probabilmente dovuto al «pagamento immediato delle prestazioni mediche, all'esercizio isolato della professione e anche ad un approccio terapeutico più aggressivo».

Sembra dunque che la principale conclusione dello studio di Bunker e Brown dovrebbe essere riformulata; invece di «più il pubblico è informato, più aumenta la richiesta di cure chirurgiche», l'enunciato diventa «meno esistono ostacoli economici all'accesso ai servizi e alle prestazioni, più aumenta la richiesta di cure chirurgiche».

Questa interpretazione sembra essere confermata da Bombardier, et al. (192) che, nel 1977 osservava che «l'introduzione di programmi pubblici tendenti alla riduzione delle disparità di accesso alle prestazioni mediche, conduce ad un aumento considerevole delle cure chirurgiche tra i gruppi più disagiati». Questo autore constatava infatti che il livello di educazione ha un effetto negativo sull'utilizzazione dei servizi chirurgici.

Nello stesso spirito citiamo l'aumento drammatico, fra il 1964 e il 1971, delle isterectomie nella provincia canadese del Saskatchewan (Fig. 21) osservato da Dick et al., e legato all'introduzione dell'assicurazione-malattia obbligatoria in Canada (70).

Considerando l'«indice di efficacia» (DOME) proposto dal nostro studio, sembra logico concludere che Bunker e Brown non hanno messo in evidenza una mancanza di informazione, ma piuttosto una insufficienza di cure per la

popolazione degli Stati Uniti nel suo complesso. Ciò è dovuto in particolar modo alla mancanza di una assicurazione-malattia diffusa a tutta la popolazione.

3.3 Informazione e consumo

Lo studio qui presentato lascia pensare che su un mercato sanitario senza ostacoli economici, la richiesta possa diminuire quando una informazione «di qualità» diventi più largamente disponibile. Questa conclusione è coerente con i risultati registrati (35) dopo l'informazione trasmessa alla popolazione ticinese a proposito dei tassi di isterectomia (diminuzione del 26% del consumo (Fig. 15).

I bassi tassi specifici e globali di prevalenza chirurgica constatati tra gli avvocati sono un risultato strano ed inatteso nel nostro studio. In effetti questa ricerca non rivela per questi professionisti differenze statisticamente significative, in confronto con il «gold standard». Se si paragonano gli avvocati con gli appartenenti alla Classe sociale 1, si constata che l'andamento del consumo di quest'ultima è quasi identico a quello della popolazione generale. Il loro consumo totale è, a differenza di quello degli avvocati, molto importante (+25%) e altamente significativo ($p < 0.001$).

Questo risultato induce a pensare che gli avvocati siano considerati dei pazienti «speciali» da parte dei medici. Nei loro confronti i medici sembrano essere più prudenti nel formulare indicazioni per la chirurgia di elezione. L'avvocato sarebbe per il medico un paziente «a rischio»? In effetti l'avvocato, più del paziente «ordinario», può essere in grado di creare problemi, soprattutto legali, se un evento negativo (complicazioni) si manifesta a seguito di un intervento chirurgico. È questa una prova indiretta che il consumo da parte dei medici può essere considerato, a buon titolo, come dotato di un valore di riferimento?

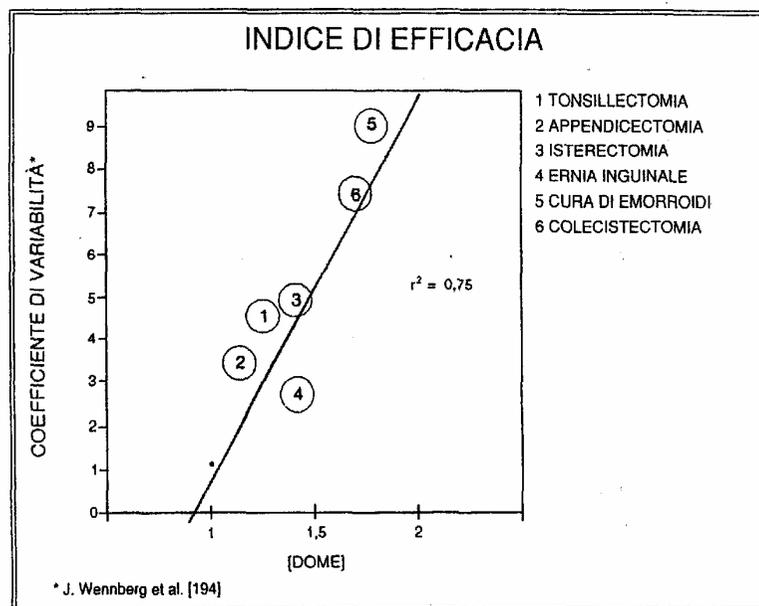
In realtà il comportamento che il medico tiene verso se stesso e i suoi congiunti non sembra cambiare molto di fronte ad una situazione (operare un avvocato) che, nel bilancio di rischi e benefici, può equivalere ad una situazione personale.

3.4 Indice di efficacia e variazioni regionali

Una correlazione interessante tra gli indici desunti dal nostro studio e i coefficienti di variazione regionale pubblicati nella letteratura (194), può essere evidenziato per ciascuno degli interventi che sono oggetto di questa ricerca. Un confronto di questi coefficienti (che sono anche sinonimi di «incertezza professionale» (28), dà un coefficiente di correlazione di 0.75 (Fig. 42).

Il significato esatto e l'interpretazione di questa correlazione ha bisogno di ulteriori precisazioni. Ad una prima valutazione si nota l'analogia che sembra confermare che, con due metodi di analisi completamente diversi, si ritrovano sistematicamente, per certi interventi (specie emorroidi, colecistectomia, isterectomia e tonsillectomia) scarti importanti in confronto con gli «standard». Questi scarti sono indicativi di insicurezza e ricordano la necessità di stabilire, per le indicazioni di questi interventi, dei «consensi» che dovrebbero poi essere diffusi fra la classe medica.

Fig. 42



4. Domanda indotta di cure chirurgiche

4.1 Definizione

Abbiamo visto che il medico, grazie alla posizione chiave nel mercato della salute, è in grado di manipolare la domanda. Questa particolarità è alla base della teoria della domanda indotta. Abbiamo anche osservato che l'induzione cambia secondo il modello di organizzazione e di retribuzione dell'attività medica.

Possiamo così definire come domanda indotta dall'offerta, ogni prescrizione di prestazione preventiva, diagnostica, terapeutica o di riabilitazione che:

- va al di là della misura necessaria a soddisfare le necessità di salute del paziente e/o
- avrebbe potuto essere erogata, a pari efficacia sanitaria, ad un prezzo inferiore
- a condizione tuttavia che, tale domanda, sia generata e determinata da fattori di mercato e non da motivi legati all'«incertezza professionale». Quest'ultima circostanza a parer nostro è indispensabile perché si possa parlare di «domanda indotta dall'offerta»¹.

Conviene non confondere la *domanda indotta* dal medico con la *domanda primaria*, derivante dalla volontà del paziente di andare a consultare un professionista della salute, per quanto quest'ultima possa, a sua volta, essere indotta, almeno in parte, dal marketing della salute. Lo stesso si verifica per la «domanda sociale di presa a carico in istituzione», che deriva dall'«espulsione» di membri del nucleo familiare o sociale. Questo fenomeno è all'origine,

¹ L'induzione dovuta ad «incertezza professionale» è da considerare fra gli «errori professionali» se è dovuta ad imprudenza o a negligenza nell'«aggiornamento» permanente (specie per le recenti acquisizioni scientifiche) in rapporto con la specialità esercitata.

specie a seguito dell'invecchiamento, di una parte notevole della spesa socio-sanitaria. Essa non può essere considerata come domanda indotta nel senso classico del termine. Infatti la situazione determinante (a parte la maggiore o minore disponibilità di posti letto medico-sociali) è, «in primis», il superamento della capacità familiare e sociale di «assunzione a carico» e di assistenza domestica. Questa capacità è strettamente legata ai fattori socio-economici ed ai modelli familiari propri della nostra società; l'argomento è stato ampiamente trattato da J.P. Escaffre (195).

L'indice di efficacia (DOME), che è alla radice dei calcoli di sovra- e sotto-consumo di cure chirurgiche della popolazione, in confronto con il «gold standard», sembra essere uno strumento utile per valutare e calcolare la domanda indotta, secondo la definizione che ne abbiamo dato. Infatti il modello di riferimento tiene conto:

- dell'incertezza professionale della medicina in se stessa e di tutti i suoi professionisti, che si concretizza ed esplicita nel consumo «medio» dei medici presi in esame in questo studio.
- della valutazione soggettiva dei rischi e benefici che ogni prestazione presenta.

4.2 Tentativo di valutazione della domanda indotta per la Svizzera

Il sistema sanitario svizzero, specie i settori della medicina ambulatoriale ed ospedaliera, è fondato essenzialmente, per quanto riguarda l'offerta, sui principi del liberalismo economico, mentre la domanda è praticamente socializzata per quanto attiene al finanziamento. I pilastri del sistema sono:

- a) il principio della libertà di commercio e di industria,
- b) il pagamento all'atto della prestazione,
- c) la libertà geografica di installazione professionale e
- d) di attrezzatura sanitaria,
- e) l'automatismo di rimborso di tutte le prestazioni da parte delle assicurazioni sociali, ed infine
- f) l'installazione libera di strutture medico-sanitarie (case di cura, ospedali, centri diagnostici, etc.).

Sembrano così riunite tutte le condizioni affinché il tema della *domanda indotta* possa essere considerato un vero problema, tanto più che la demografia medica è in forte e costante aumento (196) e con essa la densità medica. Scopo dell'analisi che segue sarà di valutare, per la prima volta, la consistenza della domanda indotta per i più comuni interventi chirurgici di elezione. Lo studio sarà basato sugli interventi oggetto di questo studio, che per la Svizzera rappresentano circa il 36% di tutta la chirurgia non ambulatoriale, ossia circa *un quarto* (24%) della spesa annuale di tutta la chirurgia ospedaliera.

4.2.1 Metodi di calcolo

Le variabili, le fonti dei dati, le ipotesi e i mezzi utilizzati sono i seguenti:

- *Interventi presi in considerazione*

Sono sette, e cioè: tonsillectomia (codice VESKA 152,153), appendicectomia (VESKA 380), raschiamento uterino (VESKA 548, 581, 610), isterectomia (VESKA 538, 545, 584, 599), trattamento dell'ernia inguinale (VESKA 311, 312), cura delle emorroidi (VESKA 403), colecistectomia (VESKA 348).

- *Volume operatorio*

Il numero totale e specifico per ogni intervento è stato valutato, per la Svizzera e per l'anno 1990², sulla base dei tassi medi di incidenza operatoria per 100.000 abitanti, stabiliti in Canton Ticino per gli anni 1983-87. I tassi sono desunti dalla nostra ricerca per il Fondo Nazionale Svizzero della Ricerca Scientifica (26). Questi dati sono, in effetti, le sole informazioni statistiche sull'incidenza operatoria («population based») disponibili in Svizzera.

- *Giornate di degenza*

Le giornate di degenza, totali e specifiche per ogni intervento, sono state valutate sulla base delle durate medie di degenza caratteristiche di ogni procedura, desunte

² Sulla base della popolazione residente al 31.12.1990 (ESPOP)
Fonte: Ufficio federale di statistica, Berna

dalla statistica medica VESKA per l'anno 1990 (197). Per ogni intervento il calcolo è stato fatto tenendo conto in modo proporzionale del numero di interventi proprio di ogni codice VESKA, se l'intervento non era definito da un unico numero di codice.

– *Costi*

I costi a carico delle assicurazioni sociali sono stati valutati sulla base delle tariffe convenzionali 1990 per le giornate di degenza negli ospedali pubblici del Ticino. È stata presa in considerazione una tariffa media di 300 franchi al giorno, calcolata equilibrando i prezzi stabiliti per i reparti comune (60%), semiprivato (25%) e privato (15%). Per misurare il costo totale a carico delle assicurazioni sociali a seguito di un intervento chirurgico, abbiamo aggiunto l'onorario pagato direttamente (e quindi al di fuori del forfait ospedaliero) per la sola prestazione medica. Abbiamo anche tenuto conto che il 50% degli interventi praticati in Svizzera ha provocato una fatturazione da parte del medico curante. Il valore monetario di questa prestazione è stato calcolato, per ogni intervento, sulla base dell'onorario pagato secondo la tariffa medica convenzionale in vigore nel 1990 nel Ticino (prezzo per l'intervento chirurgico, più una visita per ogni giorno di degenza).

Il costo globale (costo sociale) dell'ospedalizzazione è stato valutato sulla base dei costi di gestione 1990, per giornata di degenza, negli ospedali generali svizzeri (fr. 659.13) secondo la statistica VESKA per l'anno 1990 (197). È stato aggiunto il costo della prestazione medica (fatturazione da parte del medico curante) calcolato con il metodo indicato più sopra (costo a carico delle assicurazioni sociali).

– *Valutazione quantitativa dell'induzione*

La stima dell'induzione propria di ogni intervento è stata realizzata sulla base degli indici di efficacia (DOME), calcolati confrontando il consumo di cure chirurgiche della popolazione generale con quello dei medici. Per esempio, per la tonsillectomia (*valore dell'indice 1.46*), se il numero di interventi praticati nel 1990 in Svizzera è uguale

a (x) avremo, in questo volume operatorio, una parte (46%) che riteniamo sia indotta o «non adeguata» (chiamata y).
Quindi

$$y = \frac{x}{1.46} * 0.46$$

dove y rappresenta il valore del *volume operatorio indotto* per la tonsillectomia. Il volume «adeguato» (z) è uguale a:

$$z = \frac{x}{1.46} * 1$$

$$z = \frac{x}{1.46}$$

oppure:

$$z = x - y$$

Gli indici presi in considerazione per ogni intervento esaminato sono i seguenti (tratti dalla *tabella 9*):

tonsillectomia	1.46
raschiamento uterino	1.19
trattamento dell'ernia inguinale	1.53
colecistectomia	1.84
appendicectomia	0.92
isterectomia	1.50
cura delle emorroidi	1.83

– *Costo globale di tutta la chirurgia in Svizzera*

È stato calcolato il costo globale della chirurgia ospedaliera in Svizzera, per l'anno 1990, con lo scopo di precisare in seguito le percentuali numeriche (casi operati) e i costi rappresentati dagli interventi, oggetto di questa analisi. La valutazione è stata fatta sulla base:

a) del costo per giornata di degenza,

- b) della durata media di degenza nelle divisioni chirurgiche e
- c) del numero di casi ricoverati.

Questi dati sono stati tratti dalle statistiche VESKA (197, 198). Ai costi per giornata di degenza sono stati aggiunti i costi della fatturazione delle prestazioni mediche private. Sono calcolati con il metodo citato, che presupponeva che il 50% dei casi trattati avesse dato luogo all'esposizione di un conto quale onorario. L'onorario medio per un intervento chirurgico è stato valutato a 1.650 franchi, che corrispondono al prezzo medio ponderato, previsto dal tariffario, in vigore nel 1990 nel Ticino per i diversi tipi di intervento.

4.2.2 Risultati

4.2.2.1 Volume operatorio

La tabella 11 fornisce, globalmente e per ciascuno dei sette interventi considerati, il volume operatorio (numero degli interventi) calcolato per il 1990 in Svizzera, suddiviso in casi «adeguati» e «indotti».

Tab. 11

Svizzera 1990	Volume operatorio			
	Tasso x 100.000 abitanti	Casi svizzeri esaminati (N)	Casi	
Intervento			adeguati	indotti
Tonsillectomia	368	24843	17016	7827
Appendicectomia	219	14784	16070	- 1286
Raschiam. uter.*	1348	46538	39108	7430
Isterectomia *	392	13533	8565	4698
Ernia inguinale	276	18632	12177	6454
Cura emorroidi	73	4928	2693	2235
Colecistectomia	151	10194	5550	4654
TOTALE		133452	101169	32283

* solo donne

Si può quindi considerare che i casi «indotti» (N=32.283) rappresentino un quarto (24.2%) del volume operatorio totale (N=133.452), e rispettivamente il 31% dei casi «adeguati» (N=101.169).

4.2.2.2 Giornate di degenza

La tabella 12 dà, per l'insieme e per ciascuno degli interventi considerati, le giornate di degenza per il 1990 in Svizzera ed anche la valutazione dell'induzione.

Tab. 12

Intervento	Durata media di degenza in giorni	Giornate di degenza totali (N)	Giornate di degenza	
			Giornate (N)	
			adeguate	indotte
Tonsillectomia	4.4	109309	74870	34439
Appendicectomia	8.0	118272	128560	-10288
Raschiam. uter.	4.3	200113	168164	31949
Isterectomia	12.8	173222	109632	63590
Ernia inguinale	7.9	147193	96206	50987
Cura emorroidi	6.6	32525	17774	14751
Colecistectomia	14.7	149852	81438	68414
TOTALE	6.97	930486	676644	252842

Le giornate di degenza chirurgica «indotte» rappresentano, secondo questa valutazione, il 27% del totale e il 37% delle giornate «adeguate».

La durata media globale di degenza è di circa 7 giorni per l'insieme degli interventi (in media 6.7 per un intervento «adeguato» e circa 8 giorni per una operazione «indotta»).

4.2.2.3 Costi a carico delle assicurazioni sociali

La tabella 13, dà la valutazione, per il 1990 in Svizzera, del costo totale e specifico di ognuno degli interventi considerati, e per il quale la degenza ospedaliera è stata rimborsata dalle assicurazioni sociali.

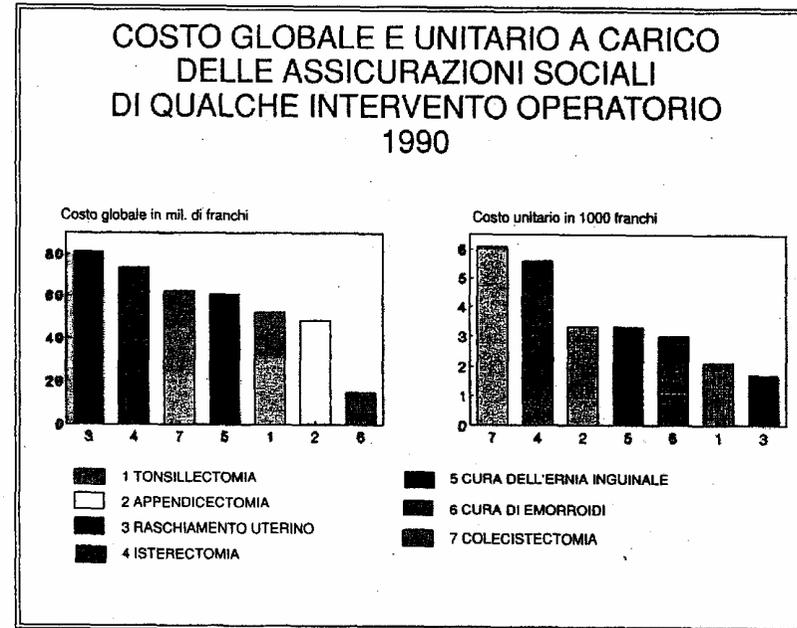
Tab. 13

Svizzera 1990	Costi a carico delle assicurazioni sociali (in 1.000 franchi)						Costo per caso
	Costo forf. osped.	Costo fattur. medica	Costo totale Svizzera	adeguato	indotto	Costo	
Tonsillect.	32793	19402	52195	35750	16444	2.1	
Appendic.	35481	13010	48491	52710	- 4219	3.3	
Rasch.ut.	60034	20861	80895	67979	12915	1.7	
Isterec.	51966	21511	73477	46504	26974	5.4	
Ernia ing.	44158	16845	61003	39872	21131	3.3	
Emorroidi	9757	5095	14852	8117	6736	3.0	
Colecist.	44956	16736	61692	33527	28165	6.0	
Totale	279145	113460	392605	284459	108146		
Costo per caso	2.1	0.85	2.9	2.8	3.35		

Se si considera il consumo medico corrispondente come un modello di riferimento, più di un quarto della spesa potrebbe essere evitato. Infatti l'induzione equivale al 27.5% della spesa totale a carico delle assicurazioni sociali e al 38% dei costi considerati «adeguati».

Nella figura 43 sono rappresentati i costi totali e unitari degli interventi chirurgici presi in esame.

Fig. 43



4.2.2.4 Costo globale

La tabella 14 fornisce, per la Svizzera e per l'anno 1990, il costo globale degli interventi presi in esame.

Si tratta, in altri termini, della parte di spesa sanitaria nazionale che è stata destinata al finanziamento delle spese di ospedalizzazione necessarie per i sette interventi considerati in questa ricerca.

Il costo annuale globale per i sette interventi è stato valutato per il 1990 a 727 milioni di franchi (circa 1.000 miliardi di lire). Il raschiamento uterino è al primo posto. Raggiunge una spesa totale di 128 milioni di franchi, benché il costo unitario di questo intervento sia il più basso (fr. 3.283) fra i sette studiati. Il costo indotto totale è stato valutato a 200 milioni di franchi. Esso rappresenta il 27.4% della spesa globale svizzera e il 37.8% della spesa «adeguata».

4.2.2.5 Costo globale dei ricoveri chirurgici in Svizzera

Al fine di stabilire quale parte (percentuale) del costo globale dei ricoveri chirurgici in Svizzera sia rappresentata dal costo dei sette interventi oggetto del nostro studio, è stato valutato il costo globale di tutta la chirurgia ospedaliera svizzera per l'anno 1990. La *tabella 15* dà le principali variabili utilizzate per la stima, ed anche i capitoli di spesa.

Il costo totale così calcolato è dell'ordine di *tre miliardi* di franchi (3,067 miliardi), e cioè circa il 12% della spesa sanitaria totale per il 1990. Questa somma corrisponde ad un costo medio di *455 franchi* per abitante (su circa *3800* spesi per la salute). Il costo degli interventi considerati nel nostro studio rappresenta circa *un quarto* di tutta la spesa per la chirurgia ospedaliera (24%), il 23% delle degenze ospedaliere, e il 36% dei casi trattati.

4.3 Conclusioni

Sulla base delle nostre osservazioni, l'importanza dell'induzione delle cure chirurgiche in Svizzera può essere stimata fra il 25 e il 37%, a seconda che si considerino la spesa e il volume di attività «*effettivi*», o la spesa e il volume ritenuti «*adeguati*». Questa valutazione non sembra priva di fondamento. A titolo di paragone, notiamo una riduzione del tasso di isterectomia nel Ticino dell'ordine del 26% (35) a seguito di una campagna di

Tab. 14

Svizzera 1990	Costo globale (in 1.000 franchi)						Costo per caso
	Costo osped.	Costo fattur. medica	Costo totale Svizzera	Costo globale		Costo per caso	
				adeguato	indotto		
Tonsillect.	72049	19402	91451	62639	28812	3.7	
Appendic.	77957	13010	90967	98879	- 7913	6.2	
Rasch.ut.	131900	20861	152761	128372	24389	3.3	
Isterect.	114176	21511	135686	85876	49811	10.0	
Ernia ing.	97019	16845	113864	74422	39442	6.1	
Emorroidi	21438	5095	26534	14500	12034	5.4	
Colecist.	98772	16736	115508	62774	52734	11.3	
Totale	613311	113460	726771	527462	199309		
Costo per caso	4.6	0.85	5.5	5.2	6.3		

Tab. 15

Svizzera 1990	Costo dei ricoveri chirurgici (in 1.000 franchi)			Totale
	Ospedali generali	Ospedali specializzati		
Giornate di degenza	3.820.936	203.646		4.024.582
Casi trattati	356.850	15.610		372.460
Costo per giornate di degenza	659,13	1.029,26 (N=25.764) 602,59 (N=163.423) 381,00 (N=14.252) 117,17 (N=207)		
Fatturaz. del medico per caso trattato (interv.)*	Franchi 1.650			
Fatturaz. del medico per visita**	Franchi 55			
Costo ospedaliero	2.518.494	130.449		2.648.943
Costo fatturaz. medica	294.401	12.878		303.279
a) interventi	105.076	5.600		110.676
b) visite				
Costo totale	2.917.971	148.927		3.066.898

* ipotesi: 50% dei casi trattati hanno prodotto fatturazione

** ipotesi: 50% dei casi sono stati fatturati sulla base di una visita per giornata

informazione. Ricontriamo anche che un aumento della densità medica del 46% nel Langenthal, fra il 1974 e il 1983 (mentre la popolazione è rimasta invariata), è stato accompagnato da una crescita del 31% del reddito medico (44). Per lo stesso motivo, notiamo che uno studio comparativo delle durate di degenza standardizzate (DRG) per quindici indicazioni di ricovero (164), ha evidenziato in Svizzera una durata di degenza superiore in media del 44% a quella osservata in Belgio, paese con i più alti DRG in Europa. La prestigiosa Rand Corporation sostiene che negli Stati Uniti il 30% delle prestazioni e delle attività sanitarie non hanno alcun effetto sulla salute (160).

Sembra dunque che la possibilità di «risparmio» e di miglior «adeguatezza» sia molto elevata in Svizzera. Come ipotesi di lavoro e di discussione, questo potenziale sarebbe valutabile ad un terzo della spesa sanitaria nazionale.

La potenzialità di *induzione* dovrebbe piuttosto essere concentrata nel settore della medicina curativa ambulatoriale ed ospedaliera.

L'ipotesi che un terzo della spesa sia «indotta», implicherebbe la necessità di promuovere nuove ricerche allo scopo di confermarla o meno, attraverso analisi specifiche e mirate sui vari tipi di prestazioni, e anche sull'utilizzazione appropriata delle tecnologie, delle cure, delle strutture e dei servizi.

Comunque questi risultati sembrano richiamare l'attenzione sul valore:

- di una reale trasparenza del mercato sanitario,
- della necessità di una «alleanza» e di una pedagogia comune fra consumatori, professionisti della salute e amministratori.

Questa trasparenza, dovrebbe evitare tramite un vasto «consenso sociale», che i cambiamenti inevitabili nell'organizzazione, nella presa a carico e nel finanziamento del sistema sanitario svizzero, si rivelino inadeguati e traumatizzanti.

Parte quarta

SINTESI CONCLUSIVA

L'influenza di una informazione di qualità, diffusa all'intenzione degli «attori» principali (consumatori, professionisti della salute, amministratori) in vista di una responsabilizzazione attiva di fronte ad un sistema attualmente irresponsabile¹, costituisce il «filo conduttore» di questo libro. Il nostro sistema è regolato da un canto dal monopolio culturale dei produttori, e dall'altra da meccanismi perversi di finanziamento e di organizzazione. Questi ultimi spingono allo spreco e alla produzione incontrollata di atti medici, di prestazioni e di servizi. Le conseguenze negative dirette di questi fattori, per gli utilizzatori, sono una fiducia ingiustificata:

- nella qualità delle cure distribuite da qualunque operatore o servizio sanitario e
- nella efficacia riparatrice di una medicina percepita come monolitica e potente il che determina un sovraconsumo di prestazioni troppo spesso inadeguate.

In più, questa diffusa percezione rappresenta una notevole difficoltà per la promozione di una migliore autogestione della salute e di un accesso più consapevole a cure e prestazioni. La responsabilizzazione individuale e sociale del paziente-consumatore si rivela particolarmente importante in un paese come la Svizzera dove ogni cambiamento dei meccanismi istituzionali e legali che regolano il mercato delle cure deve passare attraverso il consenso popolare o un vasto consenso sociale.

In tale contesto, una presa di coscienza attraverso l'informazione dovrebbe portare ad un consenso più vasto possibile, sull'adeguamento di procedure, servi-

¹ Pierre Gilliland ritiene che «non è possibile chiedere ai pazienti di essere responsabili in un sistema irresponsabile...». *Nouveau Quotidien* del 14 febbraio 1992, p.10. Secondo la sua opinione si tratta di una «farsa ideologica... Di conseguenza è necessario ristrutturare il sistema e fissare delle regole economiche, etiche e di informazione».

zi e politiche alle necessità sanitarie reali, e ciò anche in funzione del costo di opportunità.

Il consumatore (in buona salute o malato), nella sua veste di soggetto ultimo e centrale di tutta l'attività sanitaria, merita molta più considerazione di quanto non gli si sia finora accordata. La sua debolezza contrattuale, legale e reale, a confronto con la potenza pedagogica, tecnica e mitica della medicina, lo costringe a essere quello che gli esperti chiamano pudicamente un soggetto «economicamente debole» (un «poveraccio», n.d.t.). In effetti non ha i mezzi per valutare la quantità e la qualità di beni e di servizi necessari a «risolvere» i suoi problemi di salute. D'altronde non dispone né di strumenti, né di fonti di informazione che gli permettano di migliorare la sua capacità di discernimento.

La *tabella 2* illustra i principali fattori di rischio e protezione delle malattie cardiovascolari e dei tumori che possono essere controllati o gestiti a livello individuale. Essi costituiscono la base per una autogestione effettiva e razionale della salute scientificamente fondata. Una simile politica tenderà pure a favorire un accesso più informato a cure e prestazioni, allargando i diritti dei pazienti:

- attraverso l'uso del secondo parere medico;
- attraverso l'insediamento di centri di informazione neutri e di qualità, a cui possano indirizzarsi i consumatori.

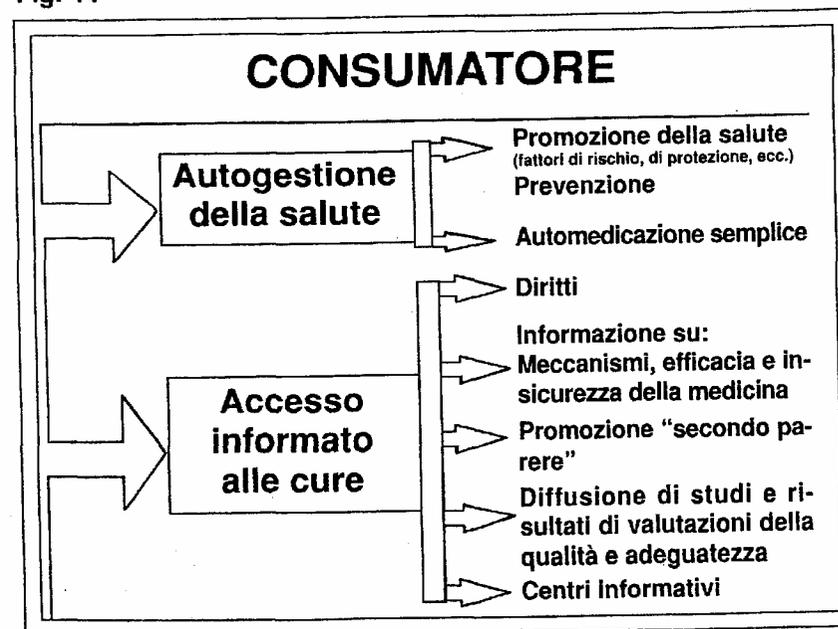
Aggiungiamo che è necessario constatare e rendere pubblica la relativa incapacità della medicina a risolvere i maggiori problemi di salute. È questa una condizione indispensabile per promuovere l'autogestione della salute e un accesso più informato a cure e prestazioni sanitarie. Lo scopo, come propone Richard Smith, editore del *British Medical Journal* (2), è di evitare ai consumatori delle «aspettative» inutili. Aggiunge anche che la ricerca medica è intesa dall'opinione pubblica come «la forma più scientifica» di ricerca scientifica. Di conseguenza la popolazione crede che la maggior parte delle malattie possano essere curate con successo. È per questo che il rapporto medico/paziente diventa molto spesso una «fo-

lie à deux». Il paziente vive nella convinzione profonda che il medico lo curerà efficacemente strappandolo o allontanandolo dalla morte, mentre il medico confonderà sovente desideri e realtà. E quest'ultimo «equivoco» è più redditizio, perché la «conoscenza» (vera o presunta) è sempre fonte di potere.

L'obiettivo principale di una politica sanitaria consiste anche nel diminuire il grado di incertezza decisionale che caratterizza gli amministratori sanitari «laici». Questi dovranno acquisire una «cultura sanitaria»; si tratta di fornire loro i mezzi e le metodologie che permettano di condire, gestire e padroneggiare tutto quel processo decisionale, che va dall'analisi dell'efficacia e dell'opportunità sanitaria, fino alla tecnica di controllo di qualità delle prestazioni.

Attraverso la verifica di tutto il processo decisionale, diventa possibile spezzare la spirale della convinzione

Fig. 44



dogmatica, abilmente mantenuta dai professionisti e dai produttori di beni sanitari, per i quali tutto è efficace e tutto è indispensabile. A questa convinzione è il caso di sostituire il concetto che qualunque prestazione deve essere considerata inefficace, finché non si è dimostrato il contrario (3, 3a). Non è quindi un caso se l'editore del prestigioso «British Medical Journal» propone un'«Etica dell'ignoranza» in sostituzione di quella del «progresso medico» (2). In realtà di fronte alla constatazione che solo il 15% degli interventi medici sarebbero basati su solide basi scientifiche (e ciò lascierebbe pensare che l'85% non lo siano), oggi conviene preoccuparsi prima di tutto delle conseguenze del «non sapere» sul benessere sanitario e sullo spreco di risorse (2, 4, 5). L'algoritmo decisionale presentato nella figura 34, potrebbe servire di riferimento. Dovrebbe essere «posseduto» dall'amministratore «laico», che dovrà organizzare tutto il processo, conoscere chiaramente la metodologia di analisi di ogni tappa, e avere la capacità e la forza di opporsi quando la situazione la richiede.

Ai nostri giorni, nei paesi industrializzati, il dibattito politico non dovrebbe più essere monopolizzato dal «come trovare» più mezzi finanziari per il settore sanitario, ma piuttosto dal «come assegnare» in modo produttivo, in termini socio-sanitari, le risorse a disposizione. Il successo di una politica del genere, che si scontrerà con gli interessi politici e con quelli legati alla spesa storica e di quanti ne traggono vantaggio, presuppone che tutti gli «attori» dispongano di informazioni qualificate. Questa politica ha per obiettivo la rottura della spirale perversa che alimenta il sistema, e che pretende che la più grande fortuna economica e finanziaria dei produttori debba necessariamente passare attraverso un aumento reale, indotto o supposto, della morbidità e delle prestazioni. In effetti la crescita del consumo di prestazioni, di cure e di servizi, l'aumento dei tassi di occupazione degli ospedali e il pieno impiego delle altre strutture sanitarie, hanno sempre assicurato la maggior fortuna economica dei professionisti e dei produttori di beni e servizi, e contemporaneamente la tranquillità e la sod-

Fig. 45



disfazione degli amministratori, dei politici e dei burocrati della salute.

Il modo di intendere l'esistenza umana che sembra sottendere a tutto questo attivismo frenetico sembra essere quello che riduce la vita ad «una malattia mortale sessualmente trasmissibile».

Oggi il confronto tra le risorse impiegate e i risultati ottenuti è al centro del dibattito. Non è un mistero che la «razionalità economica» e soprattutto amministrativa, è sempre stata a rimorchio della «razionalità medica». Senza voler sottovalutare il problema della buona gestione contabile, sono la produttività, l'efficacia sanitaria e la valutazione dei risultati in termini di «guadagno» di salute, che dovrebbero essere argomento di riflessione e dovrebbero sfociare in nuove iniziative.

Comunque la confusione costante tra i mezzi messi a disposizione e la produzione di atti e di prestazioni, a torto considerati sovente come «redditività» o «produttività» di una struttura, sembra aver ridotto il problema della quantificazione dei risultati in termini sanitari ad una pura questione filosofica.

Per rompere questo circolo vizioso (alla radice dell'attivismo «debole» fra attori e interlocutori che sembrano giocare ad ascoltarsi e ad acconsentire senza mai invero riuscire a capirsi), gli amministratori, i burocrati e i politici dovranno, direttamente o indirettamente, imparare a contestare la «razionalità medica» ed a lavorare con gli argomenti tecnici, «scientifici», dogmatici o magici dei curanti. Allo stesso modo i professionisti della salute sempre di più dovranno ragionare in termini di costo/efficacia e di priorità sanitarie. Solo attraverso l'informazione potrà svilupparsi la discussione fra questi interlocutori, che si muovono oggi in una specie di patto fondato sulla diffidenza reciproca.

L'obiettivo principale deve essere quello di garantire, in un quadro legale e di fatto fondato sul rispetto dell'autonomia individuale:

- l'accesso di tutta la popolazione a prestazioni, servizi preventivi, di promozione della salute, terapeutici e riabilitativi, corrispondenti alle reali necessità sanitarie, e

- l'accesso alle fonti di informazione che tendono ad assicurare l'autogestione della salute individuale e collettiva, nonché l'accesso e il consenso informato a qualunque prestazione.

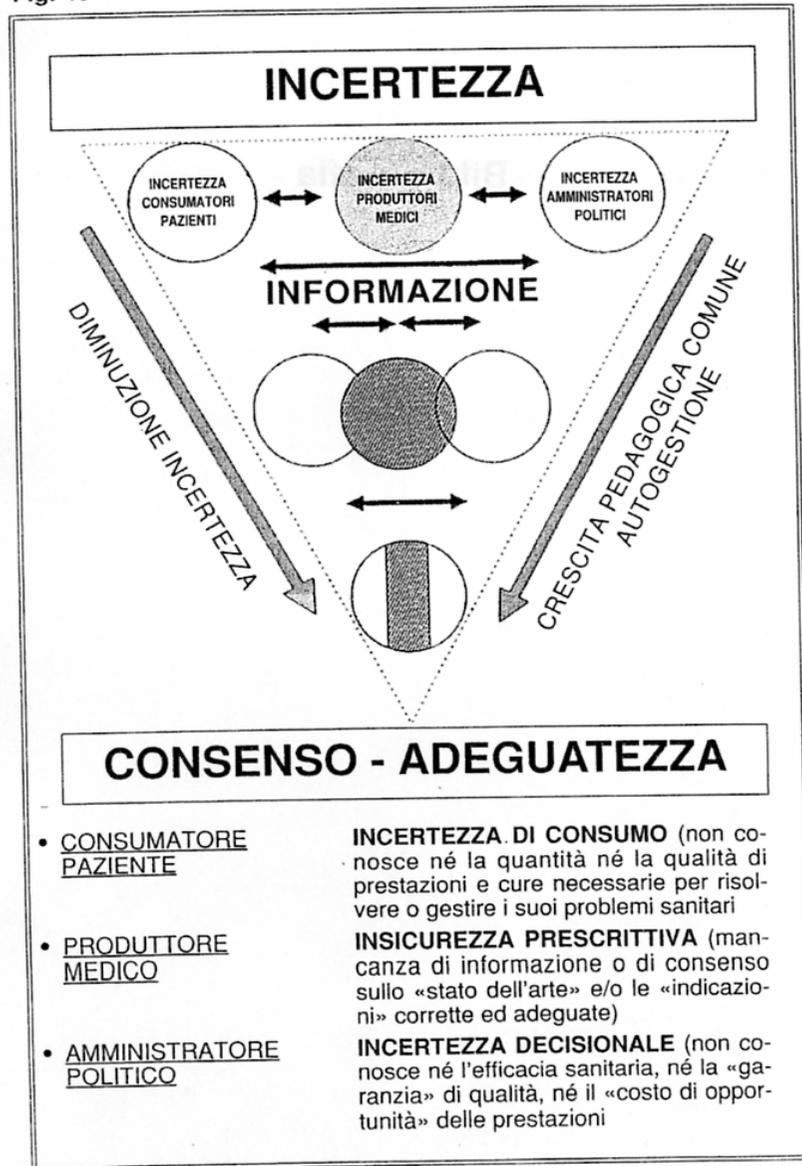
Sir Archibald Cochrane, padre dell'epidemiologia valutativa e della misura dei risultati, ha domandato un giorno ad una addetto ad un forno crematorio, che sfoggiava un viso stranamente soddisfatto, il motivo della sua contentezza. L'impiegato gli ha risposto che provava una soddisfazione ogni volta rinnovata, nel vedere tutto quello che entrava nel forno, ed il poco che ne veniva fuori. «Ne ho subito concluso», dice Cochrane (3), «che sarebbe stato ancora più soddisfatto, se fosse stato impiegato nel National Health Service»: Questa considerazione riguarda un paese che nel 1990 spendeva 972 dollari (a parità di potere di acquisto) per abitante per il settore sanitario. Nello stesso anno la Svizzera spendeva per lo stesso scopo 1633 dollari (6).

Oggi le due domande principali che tutti gli aventi causa devono affrontare, direttamente o indirettamente, e di cui, se non saranno trovate soluzioni razionali e giuste, dovranno sopportare le conseguenze, sono:

- a) come controllare una domanda potenzialmente illimitata di cure e prestazioni sanitarie, tenuto conto della limitatezza delle risorse disponibili?
- b) quali sono la natura e la forza del rapporto fra le risorse utilizzate (costi) ed i risultati ottenuti, in termini di efficacia sanitaria?

Soluzioni possibili, ragionevoli e giuste, potranno essere adottate solo con un vasto consenso sociale. Ciò presuppone che tutti gli «attori» abbiano un linguaggio comune, un grado di informazione e di conoscenza sufficiente per prendere decisioni fondate su obiettivi e priorità socio-sanitarie largamente condivisi. È indispensabile l'adozione di una pedagogia comune fra questi interlocutori, fondata

Fig. 46



su dati scientifici, e che persegua lo scopo di diminuire il grado di incertezza che caratterizza ciascuno dei protagonisti, a seconda del loro ruolo specifico di consumatore, produttore o amministratore, e della posizione reciproca di ciascuno nei confronti degli altri interlocutori (Fig. 46).

Sono finiti i tempi dei rattoppi autoritari, d'ordine contabile e finanziario, che vogliono modificare modelli di consumo sentiti profondamente dalla popolazione come legati alla speranza e alla qualità di vita, al dolore e alla morte.

L'aumento dei prezzi dei funerali non impedirà alla gente di morire.

In un mercato largamente dominato dall'offerta, è venuto il momento di trattare diversamente la domanda. È quindi indispensabile riconoscerle una «dignità» che superi quegli automatismi «classici» del mercato economico e finanziario, che consistono nella mera creazione di ostacoli economici e finanziari alla fruizione di cure e prestazioni.

Ostacoli che, oltre tutto, hanno abbondantemente dimostrato di essere inefficaci per il controllo dei livelli di spesa (6 a).

L'approccio «economico» e quello «culturale» tendente alla formazione e all'informazione del consumatore-utente non sono incompatibili, ma anzi complementari. Comunque, nella realtà, è stato sperimentato solo quello economico, fondato sui «ticket» e le «partecipazioni» al finanziamento (vale a dire ponendo ostacoli ritenuti in grado di limitare i consumi).

Dovrebbero invece richiamare l'attenzione altre iniziative economiche, come le casse di salute H M O -Health Maintenance Organisation-, che tendono ad incoraggiare consumi più responsabili.

L'esistenza umana è costantemente confrontata consciamente o inconsciamente con il concetto di rischio e soprattutto con i mezzi per controllarlo o minimizzarlo. Ma che cos'è il rischio? Possiamo distinguerne due tipi:

- il rischio aleatorio o epidemiologico (conosciuto e fondato sulle «probabilità»);

– il rischio dell'«ignoto», legato alla «non-conoscenza».

Quest'ultimo deriva da una mancanza pressoché assoluta di informazione sugli eventi che potrebbero verificarsi, e soprattutto sulle probabilità ad essi legate. L'uomo sembra accettare più facilmente il rischio epidemiologico, piuttosto che quello dell'ignoto (6b). Di fronte al rischio aleatorio ci si può difendere prendendo precauzioni e misure protettive (casco, cinture di sicurezza, velocità moderata per chi conduce un veicolo a motore). Ciò comporterà una diminuzione «razionale» del livello del rischio individuato, e permetterà in seguito una riduzione dell'apprensione e dell'ansia soggettiva.

Al contrario, più la percezione di un rischio sarà legata alla «non-conoscenza», all'ignoranza o alla mancanza di informazione pressoché assoluta, più il rischio sarà subito come «incontrollabile» ed «incognito» ed aumenterà così il disagio e l'ansietà, e diventerà facile bersaglio di manipolazione supplementare. Per la stragrande maggioranza degli utenti il contatto con la malattia, le strutture, la tecnologia, i professionisti della salute, e l'attivismo sanitario è percepito più come un rischio dell'ignoto che come uno «aleatorio».

Scopo di questo nostro lavoro è anche di affermare che (al di là delle predisposizioni genetiche individuali) la quantità e la qualità di vita in buona salute la scelta del buon professionista o del buon ospedale dipendono più dal rischio epidemiologico, in gran parte controllabile, che non dal rischio dell'ignoto. È comunque necessario che siano fornite informazioni corrette e di qualità, e che siano ben note le fonti di queste informazioni.

Le corporazioni sanitarie sono sempre state reticenti a divulgare le loro conoscenze. Ma la progressiva trasformazione dell'«arte» sanitaria in scienza, per quanto ancora «debole» ed «insicura», e la pressione dei consumatori informati dovrebbe contribuire a promuovere questo processo.

Bibliografia

- [1] Illich I. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Calder & Boyars, 1975.
- [1a] Skrabanek P. †, McCormick J. Follies and fallacies in medicine. Glasgow: The Tarragon Press, 1990.
- [1b] Carlson R.J. The end of medicine. New York: J. Wiley, 1975.
- [1c] Inlander C.B., Levin L.S., Weiner E. Medicine on trial. New York: Pantheon Books, 1988.
- [2] Smith R. The ethics of ignorance. *J. Med. Ethics* 1992 ; 18 :117-8, 134.
- [3] Cochrane A.L. L'inflation médicale. Réflexion sur l'efficacité de la médecine. Adaptation française A. Rougemont et E. Gubéran. Paris: Éditions Galilée, 1977.
- [3a] Black W.C., Welch H.G. Advances in diagnostic imaging and overestimation of diseases prevalence and the benefits of therapy. *N. Engl. J. Med.* 1993 ; 17 :1237-4.
- [4] Smith R. Where is the wisdom ? The poverty of medical evidence. *Brit. Med. J.* 1991; 303; 798-9.
- [5] Eddy D.M., Billings J.D. The quality of medical evidence and medical practice. Paper prepared for the National Leadership Commission on Health Care (cité en [2]).
- [6] Schieber G.J., Poullier J.P., Greenwald L.M. US health expenditure performance: an international comparison and data update. *Health Care Financing Rev.* 1992; 4 :1-88.
- [6a] Maynard A., Hutton J. Health care reform: the search for the holy grail (editorial). *Health Economics* 1992 ; 1:1-3.
- [6b] Ekeland I. Au hasard. Paris: Éditions du Seuil, 1991.
- [7] Rougemont A. Hypothèses, principes et stratégies d'une politique globale de la santé. *Cahiers médico-social* x 1992; 36: 5 36.
- [8] Kleiber C. Questions de soins: essai sur l'incitation économique à la performance dans les services de soins. Lausanne: Payot, 1992.
- [9] Dubois J.P. Quand les médecins deviennent fous. *Le Nouvel Observateur* 1991; 1416: 62-3.
- [10] Le testament du médecin-conseil de la CNAMTS. *Le*

- rapport du docteur Béraud provoque une vive polémique. *Le Monde* du 12 septembre 1992.
- [11] Carpentier J. Pour une médecine d'hommes libres. *Le Monde*.du 29 juillet 1992.
- [11a] Bozzini L. Quand, dans sa tour d'ivoire, l'analyste descend à l'étage des malades... *Le Médecin du Québec*; décembre 1988: 67-77.
- [12] Sorman G. Les vrais penseurs de notre temps. Paris: Fayard, 1989.
- [12a] Arrow K.J. The welfare economics of medical care. In: Cooper M.H., Culyer A.J., eds. *Health economics*. Harmondsworth, 1973.
- [12b] Domenighetti G., Gutzwiller F., Martinoli S., Casabianca A. Revisiting the physician-patient as an informed consumer of surgical services. *Int. J. Technol. Assess. Health Care* 1993; 4: 505-513.
- [13] McGuire A., Henderson J., Mooney G. *The economics of health care: an introductory text*. London and New York: Routledge and Kegan Paul, 1988 :150-66.
- [14] Sahli H.R. Des conventions - pour quoi faire ? *Bull. Med. Suisses* 1991; 72 :1596.
- [15] Berthoud S. †, Dayer P. Enquête sur les délégués médicaux. *Bull. Med. Suisses* 1979; 2: 56-61.
- [16] Berthoud S. † Profil de prescriptions en Suisse romande et au Tessin. *Schweiz. Med. Wschr.* 1979 ; 109 :1194-200.
- [17] Chren M.M., Landefeld C.S., Murray T.H. Doctors, drug companies and gifts. *JAMA* 1989; 262: 3448-51.
- [18] Randall T. Kennedy hearings say no more free lunch - or much else - from drug firms. *JAMA* 1991; 265: 440-3.
- [19] Goldstein A.O., Le Blond R.F., Leung A.K.C., Corpus J.T., McMurray R.J., Randall T. Gifts to physicians from industry. *JAMA* 1991; 266: 61-3.
- [20] Charatan F. Doctors and drug companies under fire in US. *Br. Med. J.* 1991; 302: 253.
- [21] Goldstein J.H. Of mugs and marketing. *JAMA* 1991; 265: 2391-2.
- [22] Bunker J.P. Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the USA and in England and Wales. *N. Engl. J. Med.* 1970; 272 :135-44.
- [23] Wennberg J., Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. *Science* 1973 ; 182 :1102-7.
- [24] Payer L. *Medicine and culture*. New York: Henry Holt and Company, 1988.
- [25] Blais R. L'étude des variations géographiques: point de départ pour la réévaluation des services de santé. *L'Union médicale du Canada* 1989; nov-déc: 226-34 et 1990; jan-fév: 24-30.
- [25a] Ham C., ed. *Health care variations: assessing the evidence*. London: King's Fund Institute, 1988.
- [26] Domenighetti G., Casabianca A., Luraschi P., Gutzwiller F., Martinoli S., Spinelli A. Fréquence des procédures opératoires dans la population du Canton du Tessin. *Projet du Fonds National de la Recherche Scientifique No 3.946-0.84*. Bellin zona: Dipartimento opere sociali, Sezione sanitaria, 1989.
- [27] Lewis C.E. Variations in the incidence of surgery. *N. Engl. J. Med.* 1969; 281: 881-4.
- [28] Wennberg J.E., Barnes B.A., Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc. Sci. Med.* 1982 ; 16: 811-24.
- [29] Domenighetti G., Luraschi P., Marazzi A. Hysterectomy and sex of the gynecologist. *N. Engl. J. Med.* 1985; 313; 1482.
- [30] Wennberg J.E., Blowers L., Parker R., Gittelsohn A.M. Changes in tonsillectomy rates associated with feedback and review. *Pediatrics* 1977; 59: 821-6.
- [31] Dick F.J., Murphy F.A., Murphy J.K., et al. Effect of surveillance on the number of hysterectomies in the province of Saskatchewan. *N. Engl. J. Med.* 1977; 296 :1326-8.
- [32] Gruer R., Gordon D.S., Gunn A. A, Ruckley C.V. Audit of surgical audit. *Lancet* 1986; i: 23-6.
- [33] Grafe W.R. The second opinion program. In: Selbann K.H., Uberla K.K., eds. *Quality assessment of medical care*. Gerlingen: Bleicher Verlag, 1982 :125-35.
- [33a] Schmid M., Ajdacic-Gross V., Gutzwiller F. Second-opinion programm im schweizerischen Gesundheitswesen. *Muri: SGGP*, 1992.
- [34] Wennberg J.E. Population illness rates do not explain population hospitalization rates. *Med. Care* 1987; 25: 354-9.
- [35] Domenighetti G., Luraschi P., Casabianca A., Gutzwiller R., Spinelli A., Pedrinis E., Repetto F. Effect of information campaign by the mass-media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988; ii: 1470-3.

- [36] Domenighetti G. Chirurgie superflue: existe-t-elle ? Bulletin Union Sociétés Chirurgicales Suisses 1990 ; 13: 77-83.
- [37] Bowen O.R. What is quality care? N. Engl. J. Med. 1987; 316: 1578-80.
- [38] Hemenway D., Killen A., Cashman S.B. et al. Physician's responses to financial incentives. N. Engl. J. Med. 1990; 322: 1059-63.
- [39] Martin A.R., Wolf M.A., Thibodeau L.A. et al. A trial of two strategies to modify the test-ordering behavior of medical residents. N. Engl. J. Med 1980; 303 :1330-6.
- [40] Schwartz M. et al. The effect of a thirty percent reduction in physician fees on Medicaid surgery rates in Massachusetts. Am. J. Public Health 1981; 71: 370-5.
- [41] Relman A.S. Salaried physicians and economic incentives. N. Engl. J. Med. 1988; 319: 784.
- [42] Berry C. et al. Canadian physicians' supply response to universal health insurance: the first years in Quebec. In: Gabel J.R., Taylor J., Greenspan N.T., Blaxall M., eds. Physicians and financial incentives. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1980: 57-9.
- [43] Manning W.G., Leibowitz A., Goldberg G.A. et al. A controlled trial of the effect of a prepaid practice on use of services. N. Engl. J. Med. 1984; 310 :1505-10.
- [43a] Domenighetti G., Limoni C. Densité médicale et dépense médico-pharmaceutique. In: IX giornate scientifiche ALASS, Torino 6-8 maggio 1993, atti del convegno.
- [44] Schmid H. L'influence d'une densité médicale en augmentation sur les couts de l'assurance maladie. Bull. Med. Suisses 1984 ; 20 : 967-76.
- [45] Domenighetti G., Luraschi P., Casabianca A., Pedrinis E., Spinelli A. Fréquence de l'hystérectomie et cancer de l'utérus dans la population du Canton du Tessin. Soz. Prvmed. 1984; 29 : 178-9.
- [46] Domenighetti G. Le médecin en tant que créateur de la demande ou le problème de la demande induite. In: Gilliland P., éd. Les défis de la santé: les couts et l'assurance. Lausanne: Éditions Réalités Sociales, 1986 :167-87.
- [47] Roos N.P., Wennberg J.E., Malenka D.J. et al. Mortality and reoperation after open and transurethral resection of the prostate for benign prostatic hyperplasia. N. Eng. J. Med. 1989 ; 320 : 1120-4.
- [48] Veronesi U., Banfi A., Del Vecchio M. et al. Comparison of Halsted mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection and radiography in early breast cancer: long-term results. Eur. J. Cancer Clin. Oncol. 1986; 22 :1085-9.
- [49] Leads from the MMWR. Adverse reactions to Fansidar and updated recommendations for its use in the prevention of malaria. JAMA 1985; 253: 483.
- [50] Harris J.M. jr. Coronary angiography and its complications. The search for risk factors. Arch. Inter. Med. 1984; 144: 337-41.
- [51] Frick M.H., Elo O., Haapa K. et al. Helsinki Heart Study: primary prevention trial with gemfibrozil in middle-aged men with dyslipidemia: safety of treatment, changes in risk factors, and incidence of coronary heart disease. N. Engl. J. Med. 1987; 317 :1237-45.
- [52] Lipid Research Clinics Program. The Lipid Research Clinics coronary primary prevention trial results. JAMA 1984; 251: 351-64.
- [53] Committee of Principal Investigators. WHO cooperative trial on primary prevention of ischaemic heart disease using clorofibrate to lower serum cholesterol: mortality follow-up. Lancet 1980; ii: 379-85.
- [54] Smith D.G., Pekkanen J. Should there be a moratorium on the use of cholesterol lowering drugs ? Br. Med. J. 1992; 304: 431-34.
- [54a] Muldoon M.F., Manuck S.B., Matthews K.A. Lowering cholesterol concentrations and mortality: a quantitative review of primary prevention trials. Br. Med. J. 1990; 301: 309-14.
- [55] Brett A.S. Treating hypercholesterolemia: how should practicing physicians interpret the published data for patients? N. Engl. J. Med. 1989; 321: 676-80.
- [55a] Leaf A. Management of hypercholesterolemia: are preventive interventions advisable ? N. Engl. J. Med. 1989; 321: 680-4.
- [56] Anonymous. Primary prevention of ischaemic heart disease with lipid-lowering drugs. Lancet 1988; i: 333-4.
- [57] Strandberg T.E., Salomaa V.V., Naukkarinen V.A., et al. Long term mortality after 5 years multifactorial primary prevention of cardiovascular diseases in middle-aged men. JAMA 1991; 266: 1225-9.
- [58] Dawber T.R. The Framingham Study: the epidemiology of atherosclerotic disease. Cambridge, Mass: Harvard

- University Press, 1980.
- [59] Communication personelle (1992) Prof. Lowell Levin, Yale School of Public Health.
- [60] Smith R.L., Pinckney E.R. The cholesterol conspiracy. St. Louis, Missouri: Warren H. Green, 1991.
- [61] Domenighetti G., Casabianca A., Barazzoni F., Lopipero P. Cholesterol screening in children. *JAMA* 1991; 265 :3249 and *JAMA* 1991; 266: 2894.
- [62] Park R.E., Fink A., Brook R.H., et al. Physician ratings of appropriate indications for six medical and surgical procedures. *Am. J. Public Health* 1986; 76: 766-72.
- [63] Gray D., Hampton J.R., Bernstein S.J., Kosekoff J., Brook R.H. Audit of coronary angiography and bypass surgery. *Lancet* 1990; i: 1317-20.
- [64] Phillips D.P., Kanter E.J., Bednarczyk B., Tastad P. Importance of the lay press in the transmission of medical knowledge to the scientific community. *N. Engl. J. Med.* 1991; 325 :1180-3.
- [65] Brook R.H. Quality of care: do we care ? *Ann. Intern. Med.* 1991; 115: 486-90.
- [66] American Child Health Association. Physical defects: the Pathway to correction. New York: Res. Div. Am. Child Health Assoc., 1934.
- [67] Brook R.H., Kosekoff J. B., Park R.E., et al. Diagnosis and treatment of coronary disease: comparison of doctors' attitudes in the USA and the UK. *Lancet* 1988; i: 750-3.
- [68] Perucchi M., Domenighetti G. The Tchernobyl accident and induced abortions: only one-way information. *Scand. J. Work. Environ. Health* 1990 ; 16: 443-4.
- [69] Chokshi A. B., Friedman H.S., Malach M., et al. Impact of peer review in reduction of permanent pacemaker implantations. *JAMA* 1981; 246: 754-7.
- [70] Dick F.J., Murhpy F.A., Murphy J.K., et al. Effect of surveillance on the number of hysterectomies in the province of Saskatchewan. *N. Engl. J. Med.* 1977; 296 :1326-8.
- [71] Myers S.A., Gleicher N. A successful program to lower cesarean-section rates. *N. Engl. J. Med.* 1988; 319: 1511-6.
- [72] *Am J. Obstet. Gynecol* 1992 ; 166: 287 [abstract 27].
- [73] Lesa T.S., Briceland L.L., Delcours K., Parmalee J.C., Masta Gornic V., Pohl H. Medication prescribing errors in a teaching hospital. *JAMA* 1990; 263: 2329-34.

- [74] Bareford D., Hayling A. Inappropriate use of laboratory services: long term combined approach to modify request patterns. *Br. Med. J.* 1990; 301:1305-7.
- [75] Domenighetti G. Diritto alla salute. In: Borghi M., ed. Costituzione e diritti sociali, per un approccio interdisciplinare. Fribourg: Institut du fédéralisme, Éditions Universitaires, 1990 :171-80.
- [76] Manson J.E., Tosteson H., Ridker P.M., Satterfield S., et al. The primary prevention of myocardial infarction. *N. Engl. J. Med.* 1992 ; 21 : 1406-16.
- [77] Henderson B.E., Ross R.K., Pike M.C. Towards the primary prevention of cancer. *Science* 1991; 254 :1131-8.
- [78] International Agency for Research on Cancer. Cancer: causes, occurrence and control. Lyon: IARC, 1990.
- [79] Cowley G. Live longer with vitamin C. *Newsweek* 1992; 18 May.
- [80] Cowley G. Can sunshine save your life ? Vitamin D may help fight colon and breast cancer. *Newsweek* 1992; January 6: 53.
- [81] Sthelin H.G., Gey K.F., Eichholzer M., Ludin E. et al. Plasma antioxidant vitamins and subsequent cancer mortality in the 12 years follow-up of the prospective Basel study. *Am. J. Epid.* 1991; 8: 766-75.
- [82] Karp J.E., Broder S. *Oncology. JAMA* 1991; 23: 3141-3.
- [83] Gundy P. Forum offers hints of future therapy, prevention programs for combating cardiovascular problems. *JAMA* 1992; 7: 905-8.
- [84] Barinaga M. Vitamin C gets a little respect. *Science* 1991; 254: 374-6.
- [85] Enstrom J.E., Linda E.K., Klein M.A. Vitamin C intake and mortality among a sample of the United States population. *Epidemiology* 1992; 3 :194-202.
- [86] Gerster H. Potential role of beta-carotene in the prevention of cardiovascular disease (Review). *Int. J. Vitam. Nutr. Res.* 1991; 61: 277-91.
- [87] Dorgan J.F. et al. Antioxidant micronutrients in cancer prevention. *Hematol. Oncol. Clin. North Am.* 1991; 1: 43-68.
- [88] Hearse D.J. Prospects for antioxidant therapy in cardiovascular medicine. *Am. J. Med.* 1991; 91:118-21.
- [88a] Rimm E.B., Stampfer M.J., Ascherio A., Giovannucci E., Colditz G.A., Willet W.C. Vitamin E consumption and the risk of coronary heart disease in men. *N. Engl. J. Med.* 1993; 328: 1450-6.

- [89] American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. Use of genetic testing by employers. *JAMA* 1991; 266: 1827-30.
- [90] Holtzman N.A. *Proceed with caution: predicting genetic risks in the recombinant DNA era*. Baltimore: The John Hopkins University Press, 1989.
- [91] Smith G.H., Williams F.L., Llyod O.L. Respiratory cancer and air pollution from iron foundries in a Scottish town: an epidemiological and environmental study. *Brit. J. Ind. Med.* 1987; 44: 795-802.
- [92] Westin S., Norum D., Schlesselman J.J. Medical consequences of a factory closure: illness and disability in a four-year follow-up study. *Int. J. Epidemiol.* 1988; 17: 153-61.
- [93] Iversen L., Andersen O., Andersen P.K. et al. Unemployment and mortality in Denmark, 1970-1980. *Br. Med. J.* 1987; 295: 879-84.
- [94] Johansson G. Job demands and stress reactions in repetitive and uneventful monotony at work. *Int. J. Health. Serv.* 1989; 19: 365-77.
- [95] Ackermann L.U., Martin E., Grandjean E. Gesundheitliche Auswirkung repetitiver Tätigkeit. *Soz. Prventivmed.* 1979; 24: 288-9.
- [96] Lowry S. An introduction to housing and health. *Br. Med. J.* 1989; 299: 1261-2.
- [97] Escudero J.C. Democracy, authoritarianism and health in Argentina. *Int. J. Health Serv.* 1981; 11: 559-72.
- [98] Crepet F., Florenzano F. *Il rifiuto di vivere*. Roma: Editori Riuniti, 1989.
- [99] Lloyd L.E., Lauderdale M., Betz T.G. Motorcycle deaths and injuries in Texas: helmets make a difference. *Texas Med.* 1987; 83: 30-3.
- [100] Mc Kinnon D.P., Woodward J.A. The impact of raising the minimum drinking age on driver fatalities. *Int. J. Addict.* 1986; 21: 1331-8.
- [100a] Knüsel R. Mieux vaut guérir que prévenir: la prévention en question. Lausanne: Réalités sociales, 1991.
- [101] Straub W. Grenzen von Prvention und Gesundheitserziehung. *Schweiz. Arztezeitung* 1990; 11: 447-51.
- [102] Gutzwiller F., Marti B., Schüler G. Grenzen des Prvention ? Möglichkeiten des Prvention ! *Schweiz. Arztezeitung* 1990; 26.
- [103] Skrabanek P. † Preventive medicine and morality. *Lancet* 1986; 143-4.
- [104] McCornik J., Skrabanek P. † Coronary heart disease is not preventable by population interventions. *Lancet* 1988; ii: 839-41.
- [105] Shekelle R.B., Lepper M., Liu S., Maliza C. et al. Dietary vitamin A and risk of cancer in Western Electric Study. *Lancet* 1981; ii: 1185-90.
- [106] Knecht P., Jrvinen R., Seppnen R., Rissanen A. et al. Dietary antioxidants and the risk of lung cancer. *Am. J. Epid.* 1991; 5: 471-9.
- [107] De Vita V.T., Hellman S., Rosenberg S.A., eds. *Cancer: principles and practice of oncology*. 2nd edition. Philadelphia: JB Lippincott Company, 1985.
- [108] Bailar J.C., Smith E.M. Progress against cancer ? *N. Engl. J. Med.* 1986; 314 :1226-32.
- [109] Willet W.C., Stampfer M.J., Colditz G.A., Rosner B.A., Speizer F.E. Relation of meat, fat and fiber intake to the risk of colon cancer in a prospective study among women. *N. Engl. J. Med.* 1990; 323: 1664-72.
- [110] Rose G. Letter to the editor. *Lancet* 1986; i: 276. Citée in: Abelin T. Éthique et médecine préventive. *Bull. Med. Suisses* 1987; 28: 1254-6.
- [111] Domenighetti G., Casabianca A., Villaret M., Wietlisbach V., Gutzwiller F., Paccaud F. Prévention des maladies cardiovasculaires: première évaluation du programme du Canton du Tessin (1984-1989). *Cahiers médico-sociaux* 1991; 35: 293-309.
- [111a] Domenighetti G., Paccaud F. The Swiss experience in the health promotion and prevention at subnational level. In: Dekker E., Van der Werff A., eds. *Policies for health in european countries with pluralistic systems*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991.
- [112] Hughes R.G., Hunt S.S., Luft H.S. Effects of surgeon volume and hospital volume on quality of care in hospitals. *Medical Care* 1987; 25: 489-503.
- [113] Kelly J.V., Hellinger F.J. Physician and hospital factors associated with mortality of surgical patients. *Medical Care* 1986; 24: 785-800.
- [114] Meier B., Pfisterer H., Bertel O. Interventions cardiaques en Suisse. *Schweiz. Med. Wschr.* 1992 ;122, 432-440.
- [115] Hospital Effectiveness Report. Harrisburg, Pennsylvania: Health Care Cost-containment Council, 1989 (Publication HE5).

- [116] Kahn K.L., Brook R.H., Draper D., et al. Interpreting hospital mortality data: how can we proceed? *JAMA* 1988; 260: 3625-8.
- [117] Luft H.S., Garnick D.W., Mark D.H., et al. Does quality influence choice of hospital? *JAMA* 1990; 263: 2899-906.
- [118] Durand-Zaleski I., Audet A.M., Greenfield S., Jolly B. L'évaluation de la qualité des soins aux Etats-Unis. *Rev. Epidemiol. Santé Publique* 1991; 39: 467-76.
- [119] Dipartimento delle opere sociali. I tuoi diritti come paziente. Bellinzona: DOS, 1990.
- [119a] Braverman J. The consumer's book of health. Philadelphia: The Saunders Press, 1982.
- [120] Research Unit in Health and Behavioural Science, University of Edinburgh. The mass media: health information and its influence. In: *Changing the public health*. Singapore, Chichester, New York, Brisbane, Toronto: John Wiley & Son, 1990: 51-65.
- [121] Redman S., Spencer E.A., Sanson-Fischer R.W. The role of mass media in changing health-related behaviour: a critical appraisal of two models. *Health Prom. Int.* 1990; 5: 85-101.
- [122] Levi F., La Vecchia C., Randriamiharisoa A. Cancer mortality in Switzerland, 1985-89. *Soz. Prventivmed.* 1991; 36 :112-26.
- [123] Domenighetti G., Casabianca A., Luraschi P. Prévention cardiovasculaire dans la collectivité: le programme plurisectoriel du Canton du Tessin. *Soz. Prventivmed.* 1985; 30: 164-7.
- [124] Trends in screening mammograms for women 50 years of age and older. *MMWR* 1989; 38 :137-40.
- [124a] Gellert G.A., Weissmüller P.C., Higgins K.V., Maxwell R.M. Disclosure of AIDS in celebrities. *N. Engl. J. Med.* 1992 ; 19: 1389.
- [125] Drummond M.F. Ressource allocation decision in health care: a role for quality of life assessment? *J. Chronic. Dis.* 1987; 40: 605-26.
- [126] Lundberg G.D. National health care reform. *JAMA* 1992 ; 267: 2521-4.
- [127] Olshansky S.J., Carnes B.A., Cassel C. In search of Methuselah: estimating the upper limits to human longevity. *Science* 1990; 250: 634-40.
- [127a] Barinaga M. How long is the human life-span? *Science* 1991; 254: 936-38.
- [128] Fries J.F. Aging, natural death, and the compression of morbidity. *N. Engl. J. Med.* 1990; 303 :130-5.
- [129] Keys A. Seven countries: multivariate analysis of death of coronary heart disease. Cambridge, Mass: Harvard University Press, 1980.
- [130] Marmot M.G., Syme S.L., Kagan A. et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California: prevalence of coronary and hypertensive heart disease and associated risk factors. *Am. J. Epidemiol.* 1975 ; 102: 514-25.
- [131] Friend B., Page L., Marston F. Food consumption patterns in the United States :1909-13 to 1976. In: Livy R.L., Rifkind B.M., Dennis B.H., eds. *Nutrition, lipids and coronary heart disease, a global view*. New York: Raven Press, 1979.
- [132] Cooper R., Stamler J., Dyer A., Garside D. The decline in mortality from coronary heart disease, USA, 1968-1975. *J. Chronic. Dis.* 1978; 31: 709-20.
- [133] Renaud S., De Lorgeril M. Wine, alcohol, platelets, and the French paradox for coronary heart disease. *Lancet* 1992; 339: 1523-6.
- [134] Cochrane A., Leger A. St., Moore F. Factors associated with cardiac mortality in developed countries with particular reference to the consumption of wine. *Lancet* 1979; 1017-20.
- [135] Steering Committee of the Physicians' Health Study Research Group. Final report on the aspirin component of the ongoing Physician Health Study. *N. Engl. J. Med.* 1989; 321:129-35.
- [136] Rimm E.B., Giovannucci E.L., Willett W.C., et al. A prospective study of alcohol consumption and risk of coronary disease in men. *Lancet* 1991; 338: 464-8.
- [137] Mortality patterns United States 1989. *MMWR* 1992; 41:121-5.
- [138] McCord C., Freeman H.P. Excess mortality in Harlem. *N. Engl. J. Med.* 1990; 322 :173-7.
- [139] Wallace R. Urbansesertification, public health and public order: «planned shrinkage» violent death, substance abuse and aids in the Bronx. *Soc. Sci. Med.* 1990; 31: 801-13.
- [140] Forster D.P., Jozan P. Health in Eastern Europe. *Lancet* 1990; 335 : 458-60.
- [141] Hall J.V., Winer A.M., Kleiman T., Lurmann F.W., Brager

- V., Colome S.D. Valuing the health benefits of clean air. *Science* 1992 ; 255 : 812-7.
- [142] Schwartz J., Dockery D.W. Particulate air pollution and daily mortality in Steubenville, Ohio. *Am. J. Epidemiol.* 1992 ; 135: 12-19.
- [143] Ames B.N. Dietary carcinogens and anticarcinogens: oxygen radicals and degenerative diseases. *Science* 1983; 221:1256-64.
- [144] McKeown T. *The role of medicine: dream, mirage or nemesis ?* London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1976.
- [144a] Spierer H.F., Spierer L. Lo statistico Sammelweis. *Epidemiologia e prevenzione* 1992; 50 :10-9.
- [145] Bloom B.R. Tuberculosis: back to a frightening future. *Nature* 1992; 358: 538-9.
- [146] McKinlay J.B., Mckinlay S.M., Beaglehole R. A review of the evidences concerning the impact of medical measures on recent mortality and morbidity in the United States. *Int. J. Health. Serv.* 1989 ; 19 :181-208.
- [147] McKinlay J.B., McKinlay S.M. The questionable effect of medical measures on the decline of mortality in the United States in the twentieth century. *Milbank Mem. Fund. Q.* 1977; 55: 405-28.
- [148] Dever G. An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicator Research* 1976; 2: 465-77.
- [149] Hayward R.A., Shapiro M.F., Freeman H.E., Corey C.R. Inequities in health service among insured Americans. Do working-age adults have less access to medical care than the elderly ? *N. Engl. J. Med.* 1988; 318 :1507-12.
- [150] Blendon R.J., Edwards J.N. Caring for uninsured. Choices for reform (editorial). *JAMA* 1991; 2563-5.
- [151] Kocher G. Perspectives d'avenir de notre système de santé publique: réformes ou pure rhétorique ? *La Vie Economique* 1990; 3: 10-15.
- [152] Sommer J.H., Gutzwiller F. *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen.* Bern: Hans Huber Verlag, 1986.
- [153] Pedroni G., Zweifel P. La « Health Maintenance Organization »: la solution comme système de santé publique ? *Bale: Pharma Information*, 1982.
- [154] Goran M.J., et al. The PSRO hospital review system. *Med. Care* 1975 ; 13: suppl. 1-33.
- [155] Smith H.L. The PSRO in perspective. *N. Engl. J. Med.* 1981; 305: 253-9.

- [156] Fetter R.B., et al. The application of diagnostic specific cost profiles to cost and reimbursement control in USA. *J. Med. Sys.* 1977; (2): 137-49.
- [157] Rogers W.H., Draper D., Kahn K.L. et al. Quality of care before and after implementation of the DRG-based Prospective Payment System: a summary of effects. *JAMA* 1990; 264: 1989-94.
- [158] LoGerto J.P. The prospective payment system and quality: no - skeletons in the closet. *JAMA* 1990; 264 :1995-6.
- [159] Wilensky G.R. Medicare at 25: better value and better care (editorial). *JAMA* 1990; 264 :1996-7.
- [159a] Glaser W.A. The competition vogues and its outcomes. *Lancet* 1993; 341: 805-12.
- [159b] Stout A. A radical cure: Bill Clinton's proposal to revamp the health-care system is both extreme-and intried. *Wall Street Journal* 1993; January 20; R12.
- [160] Maynard A. Developing the health care market. *The Economic Journal* 1991; 101:1277-86.
- [161] Via J.M. *La participation des administrés au processus de prise de décision administrative: un exemple catalan.* Thèse présentée à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal. Montréal 1990.
- [161a] Guilbert J.J. *Comment raisonnent les médecins.* Genève: Ed. Médecine et Hygiène, 1992.
- [162] Cochrane A., St. Léger A., Moore F. Health service « input » and mortality « out-put » in developed countries. *J. Epidemiol. Community Health* 1978; 32: 200-5.
- [163] Maxwell R.J. *Health and wealth.* Toronto: Lexington Books, 1981.
- [163a] Domenighetti G., Ceresola E. Spesa sanitaria e mortalità in sette paesi industrializzati (Canada, Francia, Germania Occidentale, Regno Unito, Italia, Stati Uniti e Svizzera). In: Hanau C., Muraro G., eds. *Governare la spesa sanitaria: un confronto internazionale.* Milano: F. Angeli, 1987: 69-94.
- [164] Koehn V., Egli Y., Paccaud F. Comparaisons internationales de durée de séjours hospitaliers. *Méd. Hyg.* 1990; 48: 385-8.
- [165] Healthy result. *The Economist* 1991; October 26.
- [166] Smith B.A. Comment améliorer le rapport entre le cout et l'efficacité dans les soins de santé. *Forum mondial de la santé* 1984; 5: 97-112.
- [167] Cohen M.M., Diamond J.M. Are we losing the war on

- cancer ? *Nature* 1986; 323: 488-89.
- [168] Davis L.D., Hoel D., Fox J., Lopez A. International trends in cancer mortality in France, West Germany, Italy, Japan, England and Wales, and the USA. *Lancet* 1990; 336: 474-81.
- [169] Doll R. Are we winning the fight against cancer ? An epidemiological assessment. *Eur. J. Cancer* 1990; 26: 500-8.
- [170] Marshall E. Experts clash over cancer data. *Science* 1990; 250: 900-2.
- [171] Epstein S. Losing the war against cancer: who's to blame and what to do about it. *Int. J. Health Serv.* 1990; 20: 53-71.
- [172] Doll R., Peto R. The causes of cancer. New York: Oxford University Press, 1981.
- [173] Cassileth B.R., Lusk E.J., Guerry D.P. et al. Survival and quality of life among patients receiving unproven as compared with conventional cancer therapy. *N. Engl. J. Med.* 1991; 324: 1180-5.
- [174] Johansson J.R., Adami H.O., Andersson S.O. et al. High 10 years survival rate in patients with early untreated prostatic cancer. *JAMA* 1992; 267: 2191-6.
- [175] Early Breast Cancer Trialist's Collaborative Group. Systemic treatment of early breast cancer by hormonal, cytotoxic, or immune therapy. *Lancet* 1992; 339: 1-15, 71-85.
- [176] Goldmann L., Cook E.F. The decline in ischemic heart disease mortality rates. An analysis of the comparative effects of medical interventions and changes in lifestyle. *Ann. Intern. Med.* 1984; 101: 825-36.
- [177] Codman E.A. The product of a hospital. *Surg. Gynecol. Obstet.* 1914; 18: 491-6.
- [178] Lembcke P.A. Medical auditing by scientific methods: illustrated by major female pelvic surgery. *JAMA* 1956; 162: 646-55.
- [179] Lembcke P.A. A scientific method for medical auditing. *Hospitals* 1959; 33: 65-71; 34: 65-72.
- [180] Goldsmith M.S. Oregon pioneers « more ethical » Medicaid coverage with priority-setting projet. *JAMA* 1991; 262: 176-7.
- [181] Dixon J., Welch H.G. Priority setting: lesson from Oregon. *Lancet* 1991; i: 891-4.
- [182] Hadorn D.C. Setting health care priorities in Oregon. *JAMA* 1991; 265: 2218-25.
- [183] Eddy D.M. What's going on in Oregon ? *JAMA* 1991; 266: 417-20.
- [184] Eddy D.M. Oregon's methods: did cost-effectiveness analysis fail ? *JAMA* 1991; 266: 2135-41.
- [185] Klein R. Warning signal from Oregon. *Br. Med. J.* 1992; 304: 1457-59.
- [186] Bynder H. Doctors as patients. *Med. Care* 1968; 6: 157-67.
- [187] Allibone A. et al. The health and health care of doctors. *J. Roy. Coll. Gen. Pract.* 1981; 12: 728-34.
- [188] La Puma J., Stocking C.B., La Voie D., Darling C.A. When physicians treat members of their own families. *N. Engl. J. Med.* 1991; 325: 1290-4.
- [189] Domenighetti G., Casabianca A., Berthoud S. † La consommation médicale des médecins peut-elle être un indicateur d'efficacité ? In: Van Eimeren W., Engelbrecht R. and Flagle Ch.D., eds. *System Science in Health Care*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer Verlag, 1984: 1063-5.
- [190] Wietlisbach V. Théorie et pratique de l'échantillonnage: l'exemple de l'enquete MONICA. *Soz. Preventivmed.* 1987; 32: 52-62.
- [191] Bunker J.P., Brown B.W. The physician-patient as an informed consumer of surgical services. *N. Engl. J. Med.* 1974; 290: 1051-5.
- [192] Bombardier C., Fuchs V.R., Lillard L.A., Warner K.E. Socioeconomic factors affecting the utilization of surgical operations. *N. Engl. J. Med.* 1977; 297: 699-705.
- [193] McPherson K., Wennberg J.E., Howind O.B. et al. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England and Norway. *N. Engl. J. Med.* 1982; 307: 1310-4.
- [194] Wennberg J.E., Bunker J.P., Barnes B. The need for assessing the outcome of common medical practices. *Ann. Rev. Public Health* 1980; 1: 277-95.
- [195] Escaffres J.P. Le processus de la prise en charge hospitalière. Thèse de doctorat, Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, octobre 1989.
- [196] Gilliland P., Laplanche B., Menthonnex J., Rossini S. Démographie médicale en Suisse. 1900-1990-2020. *Lausanne: Réalités Sociales*, 1991.
- [197] VESKA. *Medizinische Statistik* 1990. Aarau 1991.
- [198] Le domaine hospitalier suisse reflété par les statistiques 1990. *Hôpital Suisse* 1991; 11: pages jaunes 1-44

