

PARTE SESTA
SPESA SANITARIA, CRONICITÀ ED EQUITÀ

PREMESSA
SPESA SANITARIA, CRONICITÀ ED EQUITÀ

Sara Barsanti

Esiste una relazione tra spesa sanitaria, equità nell'accesso ai servizi sanitari e sviluppo economico? Quali possono essere le leve su cui agire per contrastare le disuguaglianze di salute e quanto questi interventi incidono sul consumo delle risorse finanziarie disponibili?



² 'I became sick because of my poverty.' 'Well, I became poor because of my sickness.' The two-way relationship between poverty and ill-health affects billions.

Fig. 1

La presente Parte affronta tali quesiti proponendo una riflessione su due tematiche principali: la prima è dedicata alla possibile relazione tra salute e sviluppo economico in termini di distribuzione equa (Capitolo 1), mentre la seconda all'analisi del fenomeno dell'ospedalizzazione dei cronici in Toscana come base di riallocazione equa delle risorse (Capitolo 2). In un contesto come quello Toscano in cui la spesa sanitaria è considerata un fattore di sviluppo economico, il sistema sanitario non deve limitarsi al miglioramento della salute dei cittadini, ma deve poter assicurarsi che tale miglio-

ramento, specialmente tra gli strati più poveri della popolazione, non sia stato raggiunto tramite una eccessiva riduzione del livello di vita delle famiglie: l'attenzione si deve porre sulla ripercussione dei costi delle famiglie per le cure sanitarie e dei conseguenti guadagni persi in capacità e possibilità di comprare e accedere ad altro che non sia solo cura della salute.

I determinanti che possono influenzare lo stato di salute e l'accesso al sistema sanitario comprendono sia fattori esogeni al nucleo familiare, ovvero fattori politici, come politiche e azioni di governo, e fattori di sistema, come l'organizzazione, finanziaria e non, del Sistema Sanitario ed i settori ad esso collegato, sia fattori endogeni alla famiglia, come il contesto sociale di riferimento, le abitudini e gli stili di vita. In tale senso diventano importanti non solo indicatori sullo stato di salute della popolazione, ma assume un ruolo determinante anche pensare all'equità nella sua dimensione, verticale ed orizzontale, di accesso e utilizzazione dei servizi sanitari, valutando la possibilità da un lato di accedere nella stessa misura alle prestazioni sanitarie e dall'altro la possibilità di utilizzo a parità di necessità. Se da una parte, quindi, equità nello stato di salute comporta il raggiungimento del più alto livello possibile di benessere fisico, psico-fisico e sociale, dall'altra equità nei servizi sanitari implica che le risorse del sistema sanitario siano allocate in accordo con i bisogni, rispondendo quindi alle aspettative della popolazione, non più solamente sanitarie ma sociosanitarie.

In termini di sostenibilità del sistema stesso inoltre è assai più proficuo lavorare sugli aspetti sociali e di prevenzione che sulla fase «acuta» della malattia. Le condizioni di cronicità sono destinate ad aumentare nel corso dei prossimi anni e la gestione sostenibile ed appropriata di tali patologie sarà nel futuro la vera sfida per i sistemi sanitari universalistici, che fondano le loro radici in un'assistenza universale ed equa, senza distinzioni, ad esempio per livelli di reddito o di istruzione. La questione della cronicità può costituire un buon ambito su cui riflettere sia sulle relazioni tra le politiche e strategie atte a ridurre le disuguaglianze e sia su possibili strategie di contenimento della spesa sanitaria e riallocazione delle risorse.

CAPITOLO 1
SALUTE, EQUITÀ E SVILUPPO ECONOMICO

Sara Barsanti, Sabina Nuti

1.1 *Salute e sviluppo economico*

Troppo spesso all'idea che la salute possa essere un fine dello sviluppo, quale moltiplicatore di risorse umane e una priorità dell'impegno pubblico, si è opposta l'idea contraria, secondo cui i sistemi di salute siano un peso per le finanze degli stati quali meri consumatori di risorse ed un ostacolo alla crescita della ricchezza. In termini economici, salute e istruzione sono i due capisaldi del capitale umano che i premi Nobel Shultz e Becker hanno dimostrato essere alla base della produttività dell'individuo. Così come il benessere di una famiglia, lo stato di salute dell'intera popolazione costituisce un fattore critico per la riduzione della povertà, la crescita economica e lo sviluppo a lungo termine della società nel suo complesso. Ogni investimento nel settore sanitario è considerato sia un mezzo per il miglioramento della salute della popolazione, sia un mezzo per uno sviluppo economico crescente e un prerequisito per uscire dal circolo vizioso della povertà per i paesi in via di sviluppo.

La salute, quale condizione di completo benessere, costituisce un aspetto economico di cruciale importanza. Nei paesi in via di sviluppo i mezzi di sussistenza dei più poveri dipendono in larga misura dallo stato di salute: spesso infatti, negli strati di popolazione più poveri si riscontrano tassi di mortalità infantile e materna e livelli patologici superiori alla media e un accesso più limitato all'assistenza sanitaria e alla protezione sociale. Uno degli aspetti chiave della povertà, sia nei paesi sviluppati, che in quelli in via di sviluppo, è infatti l'esclusione dalla assistenza sanitaria. I poveri, nel legame tra accesso ai servizi e povertà, rimangono intrappolati in un circolo vizioso (c.d. *poverty traps*): la povertà preclude una buona as-

sistenza sanitaria, peggiorando le condizioni di salute che a loro sono associate a redditi molto bassi; la ricerca per un accesso adeguato all'assistenza impoverisce ulteriormente, sprecando risorse e riducendo la capacità produttiva.

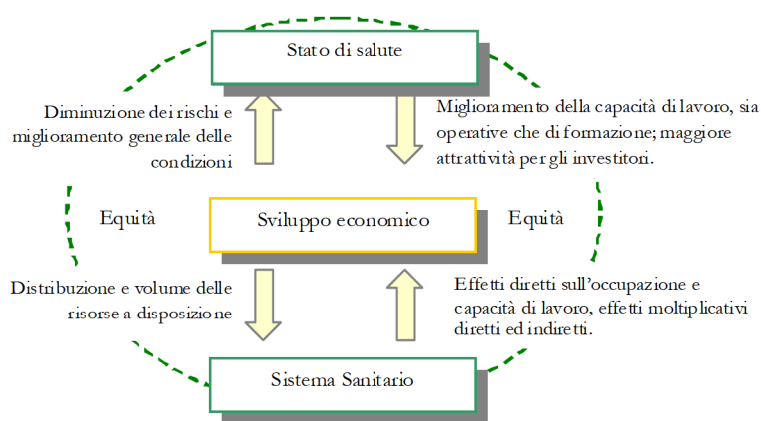


Fig. 1.1 – Salute, sviluppo economico e sistema sanitario: possibili relazioni

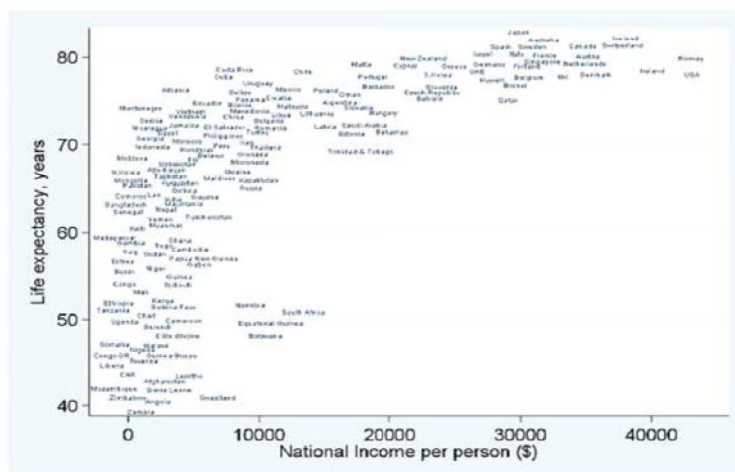


Fig. 1.2 – Ricchezza e salute (Wilkinson e Pickett, 2009)

Se si considera la relazione tra la ricchezza di un paese, rappresentata dal reddito nazionale procapite, e la salute di un paese, rappresentata dalla speranza di vita, come in figura n. 2, si osserva facilmente che all'aumentare del reddito aumenta progressivamente anche la speranza di vita secondo una relazione crescente; da un certo livello di reddito in poi, però, le differenze nell'aumento della speranza di vita sono minime e l'influenza della ricchezza sul livello di salute pare essere meno incisivo (Wilkinson e Pickett, 2009). Nei paesi poveri la speranza di vita aumenta rapidamente durante le fasi iniziali della crescita economica; poi, a cominciare dai paesi a reddito medio il miglioramento si fa sempre più progressivamente lento. Piccole differenze nel reddito, soprattutto per i paesi più poveri, inoltre, segnalano grandi differenti nel miglioramento della salute. Man mano che il tenore di vita aumenta ed i paesi si fanno più ricchi, la relazione tra crescita economica e speranza di vita si affievolisce, scomparendo del tutto: la curva crescente diventa infatti piatta, ad indicare che i paesi ricchi, col passare del tempo se si arricchiscono ulteriormente non guadagnano nulla in termini di salute. Il fatto che la curva si appiattisca ulteriormente non implica certamente che siamo giunti ad un livello massimo della speranza di vita: anche i paesi più ricchi continuano a godere con il passare del tempo di miglioramenti in termini di condizioni di salute generali (Wilkinson e Pickett, 2009). La differenza è che tali miglioramenti non sono più correlati al tenore di vita medi della popolazione. Si può ipotizzare, quindi, che altri fattori influiscano sul livello di salute della popolazione; tra essi si possono annoverare il welfare di un paese, l'accesso a determinate risorse, come acqua potabile, una buona istruzione, il sistema sanitario, un ambiente salubre...

All'interno dei paesi più ricchi è possibile osservare un altro tipo di relazione, come mostra la figura n. 3. Aggregando in un unico indice alcuni indicatori che riguardano problemi sanitari e sociali e confrontandolo con la disuguaglianza dei redditi all'interno dei paesi, si nota che all'aumentare della disuguaglianza in termini di ricchezza aumenta l'indice dei problemi sociali e sanitari (Wilkinson e Pickett, 2009).

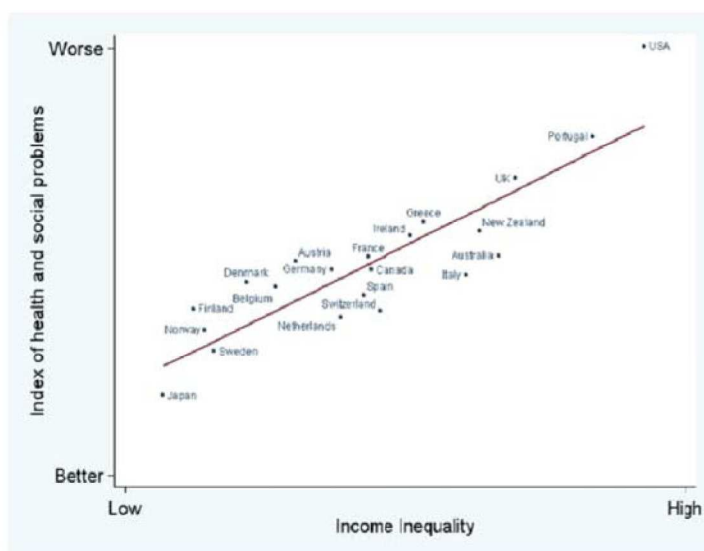


Fig. 1.3 – Problemi sociosanitari e disuguaglianze nel reddito (Wilkinson e Pickett, 2009)

Due sono le possibili spiegazioni: la prima è che il fattore rilevante nei paesi ricchi non sia tanto il livello di reddito o il tenore di vita dell'individuo in senso assoluto, quanto la condizione del singolo rispetto agli altri membri della società, ovvero il posto occupato nella scala sociale. La seconda spiegazione è che il gradiente sociale della salute sia determinato piuttosto dalla mobilità sociale, che discrimina tra le persone con condizioni di salute differente: le persone sane tendono a salire sulla scala sociale, mentre quelle meno sane rimangono sui gradini più bassi (Wilkinson e Pickett, 2009).

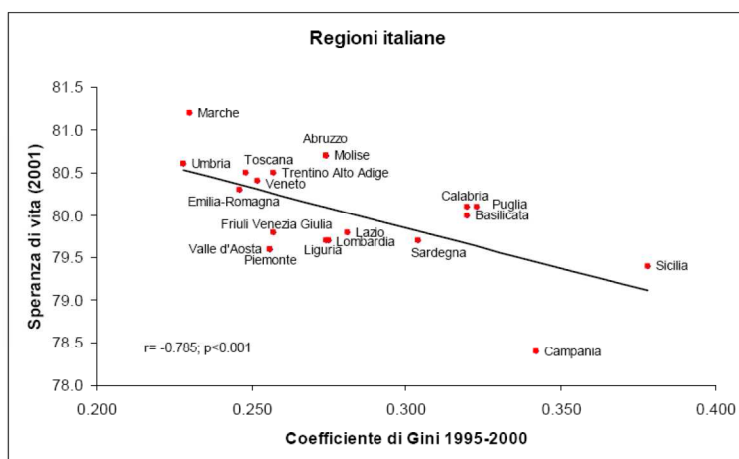
Le malattie ostacolano il benessere e lo sviluppo economico secondo tre principali modalità. La prima è la più diretta: le malattie evitabili riducono il numero di anni di vita in buona salute rispetto a quelli attesi. La perdita economica della società della società per le vite spezzate, sia per morte prematura che per disabilità cronica, è particolarmente alta. La seconda modalità è rappresentata dall'influenza delle malattie sull'investimento che i genitori intraprendono sui figli. Le società con alti tassi di mortalità neonatale e

infantile hanno altri tassi di fertilità, in parte per compensare o frequenti decessi dei bambini. L'elevato numero di figli, a sua volta, riduce la capacità delle famiglie di investire a fondo sulla salute e sull'istruzione di essi (processo descritto come "trade-off" tra qualità e quantità nella crescita dei figli). La terza forma di influenza è legata all'effetto depressivo delle malattie sugli investimenti in infrastrutture ed affari, al di là della produzione del singolo lavoratore.

Si osserva una relazione simile a quella vista tra ricchezza e salute di un paese anche a livello individuale: le condizioni di salute di un individuo o di un gruppo migliorano fino ad un certo livello socio-economico; da tale livello la salute sembra rimanere piuttosto stabile. In America differenze tra livelli di salute e condizioni socio-economiche, nonostante sia uno dei paesi più sviluppati, sono profonde. Secondo quanto riporta Marmot (2006) *"viaggiando in metro nella linea che dai sobborghi di Washington conduce a Montgomery County, una distanza di 12 miglia, la speranza di vita aumenta di un anno e mezzo per ogni miglio percorso: ad un capo del viaggio troviamo neri poveri con una speranza di vita di 57 anni e dall'altro capo bianchi ricchi con una speranza di vita di 76.7 anni"*.

In Italia, ad esempio, esiste una correlazione tra il livello di salute della popolazione e la distribuzione delle ricchezze tra regioni. La figura seguente mostra tale relazione, in cui la salute è rappresentata dalla speranza di vita e la distribuzione della ricchezza dal coefficiente di Gini. La relazione è evidente: all'aumentare di una distribuzione non equa della ricchezza, diminuisce la speranza di vita.

Ancora, un operaio non specializzato ha una speranza di vita di circa 70 anni, mentre un uomo con una qualifica manageriale o professionale ha una speranza di vita superiore di 7 anni. Come sostiene Marmot (2006), *"in una popolazione al di sopra della soglia di povertà, il reddito è importante quale predittore di cattiva salute, perché è una misura di dove si trova una persona nella scala sociale. Più che il denaro in quanto tale, ciò che conta è la posizione sociale"*.



Fonte: dati ISIAI e BANCA D'ITALIA, elaborazione De Vogli et al. 2005

Fig. 1.4 – Ricchezza e salute in Italia, tratto da Ziglio, 2006

Nonostante negli anni la spesa continui ad aumentare, il gap tra gruppi di popolazioni differenti (poveri-ricchi, differenti etnie, uomo-donna, istruiti-meno istruiti) sembra destinato ad aumentare: le politiche sanitarie e pubbliche sono dirette infatti ad un trasferimento verso il mercato di servizi e assistenza che rende colui che è più svantaggiato, in una posizione ancora più precaria. Come prima conseguenza diretta, si ha un aumento della percentuale di spese *out-of-pocket*¹ e di spesa sanitaria privata. Inoltre la spesa sanitaria sembra non essere distribuita equamente tra la popolazione, a parità di condizioni, sia tra paesi diversi, sia all'interno di paesi.

Il WHO stima che i paesi facenti parte del quintile più ricco spendono circa 16 volte l'ammontare che spendono i paesi nel quintile più povero, includendo sia spese pubbliche che private. Spendere di più in sanità non significa necessariamente avere livelli di salute migliori e destinare le risorse economiche in maniera ap-

¹ La spesa *out-of-pocket* è l'esborso economico diretto familiare, che include pagamenti in danaro ai professionisti della salute o per farmaci o per tutti quei servizi (assistenziali) il cui scopo principale è la riabilitazione o il sollievo delle persone coinvolte e rivolta al servizio pubblico, non-profit, non governativo; esclude i pagamenti effettuati dalle aziende ai propri dipendenti.

propriata. Ancora una volta ci è utile l'esempio degli Stati Uniti: nonostante la spesa pro-capite sanitaria si aggiri sui 5000 dollari, la speranza di vita di un americano (circa 77 anni) è più bassa di quella di un giapponese, i cui costi per la sanità ammontano a circa 2000 dollari e la speranza di vita è di circa 82 anni.

1.2 *Equità e spesa sanitaria*

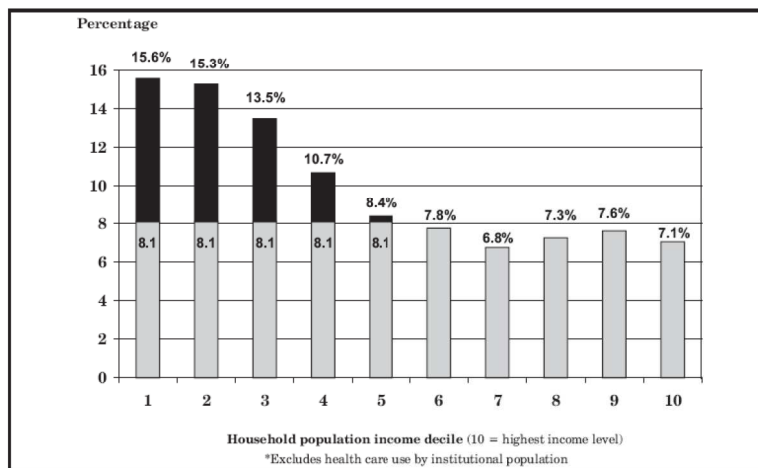
Nella relazione tra sviluppo, livello di salute della popolazione e sistema sanitario gioca un ruolo fondamentale la garanzia di universalità del sistema stesso, ovvero l'equità di accesso ai servizi e a prestazioni di qualità che esso è in grado di offrire. Nella letteratura si descrive spesso l'equità come sacrificio imposto all'efficienza e nello stesso tempo ci si interroga su quale sia il costo in termini di equità che si è disposti a pagare per avere più efficienza (Okun, 1975). Perseguire obiettivi di equità può essere in conflitto con obiettivi di efficienza del sistema a breve termine: ad esempio offrire servizi sanitari a gruppi poveri e emarginati della popolazione che vivono in aree periferiche e remote può risultare meno efficiente che offrire gli stessi servizi a gruppi di popolazioni con condizioni di vita migliori e magari che risiedono vicino ai luoghi di erogazione dei servizi. Un sistema sanitario che, attraverso meccanismi moltiplicativi diretti o indiretti sull'economia del paese, attivi lo sviluppo economico del paese stesso, non può e non deve essere considerato un buono ed efficiente sistema sanitario se non è in grado di garantire allo stesso tempo una reale equità di accesso ed utilizzo del sistema e dei servizi da esso supportati. In altre parole equità e efficienza del servizio sanitario non devono essere considerati elementi di una dicotomia, ma elementi integranti, sinergici e necessari per il mantenimento e lo sviluppo sia del sistema sanitario stesso, sia, in seconda battuta, del sistema economico.

Le disuguaglianze di salute nell'accesso ai servizi e nelle modalità di utilizzo degli stessi causano infatti situazioni di diseconomia per il sistema: degenze medie più lunghe, in situazioni standardizzate per età e sesso, minor utilizzo si procedure innovative (si pensi alla

possibilità di ricovero programmato in *day-surgery*) associate a gruppi svantaggiati di popolazione causeranno un maggior utilizzo di risorse umane ed economiche; tali disuguaglianze, che testimoniano diverse possibilità di salute all'interno della popolazione, possono essere eliminate attraverso interventi mirati e target specifici che a lungo termine avranno ricadute positive anche in termini di sostenibilità economica del sistema.

Secondo Stason (1999) risulta essere molto più efficiente destinare risorse per il trattamento dell'ipertensione di pazienti che hanno già avuto esperienze con i servizi sanitari, piuttosto che cercare nuovi casi attraverso programmi di screening. Se ciò può essere vero nel breve termine, nel lungo periodo target di equità del sistema devono prevedere anche obiettivi di sostenibilità economica e produttiva del sistema stesso (Whitehead, 2000). Perseguire obiettivi di efficienza ed equità significa anche considerare il principio di appropriatezza nella distribuzione dei servizi, cure e trattamenti in maniera uniforme all'interno della popolazione (Dahlgren, 2003; Culyer, 2006). Secondo uno studio svoltosi nella regione Piemonte nel 1998 (Costa, 1998) che analizza il ricorso al ricovero ospedaliero, si osservano rischi maggiori della media tra i meno istruiti e una significativa protezione dei laureati e diplomati, rispetto a tutti gli indicatori considerati: tasso di ospedalizzazione complessivo, tasso di primo ricovero, ricoveri non programmati, giornate di ospedalizzazione e letalità ospedaliera. Si osservano anche svantaggi nel senso di un maggior ricorso all'ospedalizzazione per cause a più alto rischio di inappropriatazza ed un minor accesso a procedure innovative: per alcune patologie si osservano nei meno istruiti tassi di ospedalizzazione ordinaria più elevati, accompagnati da degenze più lunghe; l'accesso a prestazioni più innovative, quali quelle praticate nei day-hospital chirurgici, appare meno frequente tra le persone con la sola licenza elementare. Tali uso non appropriato delle prestazioni ha sicuramente ricadute negative sia in termini di efficienza, che in termini di efficacia. A testimonianza di ciò, alcuni dati della città del Canada di Manitoba mostrano come più del 20% della spesa sanitaria sia dovuta a disparità di reddito delle famiglie. La spesa

sanitaria corrente del Canada per l'anno 2004 è stata di circa 120 miliardi di dollari, di cui circa 94 miliardi per le famiglie. Il quintile più povero ha utilizzato circa il 31% dei 94 miliardi di dollari, circa il doppio del quintile più ricco, che ha consumato 14 miliardi di dollari, ovvero il 15%. Si può stimare che circa il 20% della spesa sanitaria delle famiglie è dovuta a disuguaglianze e disparità nei redditi percepiti (*Health Disparities task Group, 2004*).



Adapted from: Mustard CA et al. *Paying taxes and using health care services: The distributional consequences of taxed financed universal health insurance in a Canadian province. Conference on the state of living standards and quality of life in Canada, Ottawa, October 30-31, 1998.*

Fig. 1.5 – Spesa sanitaria Manitoba (Canada)
(*Health Disparities task Group, 2004*)

Una famiglia con un reddito medio utilizza circa l'8.4% delle risorse pubbliche destinate al settore della salute. Se tutte le famiglie nei decili più poveri consumassero circa la stessa percentuale di spesa sanitaria, a parità di possibilità di accesso ed utilizzazione dei servizi, si potrebbero raggiungere notevoli risparmi nei costi sanitari.

1.3 Conclusioni

Le caratteristiche di universalità ed equità proprie dei sistemi socio-sanitari pubblici vengono spesso meno se non si tiene sufficientemente in considerazione la valutazione dei bisogni sociosanitari degli utenti nel loro complesso. I sistemi sanitari, infatti, hanno in buona misura fallito nella riduzione del divario di salute tra ricchi e poveri, o tra più istruiti o meno istruiti. I nuovi scenari demografici e la scarsità di risorse impongono da una parte di disporre di sistemi sanitari in grado di garantire la massima integrazione tra i servizi, specialmente per le categorie più fragili della popolazione, e di proteggere indistintamente i cittadini contro i rischi economico-sociali legati alla malattia, e dall'altra di disporre di strumenti atti a favorire l'integrazione stessa dei servizi attraverso una efficace analisi dei bisogni, una successiva programmazione strategica e una valutazione dei risultati e dell'appropriatezza dell'offerta. Molti piani sanitari nazionali e regionali nella fase introduttiva dichiarano, tra i principi ispiratori dell'azione programmata, di voler perseguire il benessere socio-sanitario della persona, inteso non solo come stato di assenza di patologie ma come realizzazione equilibrata dell'individuo, in un contesto attento a tutti i fattori che possono influire sulla salute, anche di carattere non sanitario. Nonostante tali dichiarazioni, nei fatti e negli obiettivi specifici, sono pochi i sistemi che riescono effettivamente a coniugare la dimensione sociale con quella sanitaria e che sono capaci di orientare sistematicamente l'azione dei soggetti che operano nel sistema verso l'integrazione dei due aspetti per farne un unico, potente riferimento dei comportamenti adottati e delle attività svolte. In ambito sanitario è assai comune intraprendere iniziative adottando un approccio «medio», che non considera il punto di partenza e le condizioni socio-economiche degli utenti. Così i piani sanitari si esprimono con obiettivi tendenziali costruiti sulla media della popolazione. In questi termini si prevede per esempio di aumentare il numero di donne primipare che partecipano al corso di preparazione alla nascita o il numero di pazienti affetti da patologie croniche che più efficacemente possono essere curati a casa rispetto

al ricovero ospedaliero. Questi obiettivi non sono declinati per tipologia di utenza, ossia differenziati per esempio nel primo caso esposto, in base al livello di scolarizzazione delle madri. Tali obiettivi possono essere raggiunti sia tramite politiche targettizzate che considerino come base di partenza i determinati sociali di salute per quei gruppi di popolazione con situazioni socio-economiche più svantaggiate, sia con politiche di prevenzione e di assistenza territoriale che nel lungo periodo sposterebbero risorse sanitarie dal livello ospedaliero al livello territoriale, tramite un minor ricorso all'ospedalizzazione ed ad altri servizi sanitari.