

Tendenze di sviluppo nel settore sanitario europeo

Dott. Dieter Ahrens, MPH

Intervento al convegno "ALLOCAZIONE DELLE RISORSE NEL SETTORE SANITARIO – IL PUNTO DI VISTA ETICO", tenutosi il 3 dicembre 2004; organizzatore: Comitato Etico provinciale.

Indice

1. La situazione

1. 1.1. Problemi di finanziamento
2. 1.2. Ripartizione della spesa sanitaria
3. 2. Sviluppi internazionali

1. 2.1. Le riforme dei sistemi d'assistenza sanitaria
2. 2.2. Elementi concorrenziali
3. 2.3. La politica sanitaria europea
4. 2.4. Quote a carico degli assistiti - supplementi
5. 3. Valutazione a livello di *Public Health*

1. La situazione

I tentativi di riforma, da decenni in atto all'interno di tutti i sistemi sanitari delle società industriali più evolute, s'incentrano da sempre sulla questione del rapporto tra i due classici approcci di carattere politico-economico: "mercato" contro "centralismo statale". Prescindendo in un primo momento dagli approcci di sistema, si nota che il cosiddetto mercato sanitario si distingue nettamente dagli altri mercati esistenti all'interno dell'economia di un Paese. Il mercato classico funge da palcoscenico, di solito, per due protagonisti che individuiamo nell'offerente ed in chi manifesta la domanda. Il mercato sanitario, tuttavia, conosce generalmente (come minimo) tre attori. Accanto a coloro (assicurati e pazienti) che generano la domanda, da un lato, ed i *Health Professionals* (fornitori, che si presentano però anche in veste di acquirenti), dall'altro, ci sono anche gli enti che finanziano l'assistenza sanitaria (assicurazioni, agenzie statali, ecc.). Ne consegue che quello sanitario non costituisce un autentico mercato, bensì l'intersecarsi di tre mercati parziali presenti in tutti i sistemi sanitari (accanto al mercato delle assicurazioni contro la malattia ci sono quello delle prestazioni e quello dei tecnici della salute). La causa principale di questo frazionamento del mercato va ricercata nel classico fenomeno di fallimento del sistema di mercato all'interno del settore sanitario. L'assicurazione contro il rischio di malattia e l'assistenza sanitaria a favore della popolazione, che esistono da più di cento anni, sono il risultato delle attività tipiche dello Stato sociale. In un'ottica generale, i tentativi di controllo a livello di politica sanitaria sembrano orientati a trovare una via di mezzo, che permetta di conciliare i pregi del

sistema di mercato (in particolare l'efficienza) con il sistema statale (accesso di tutti i cittadini all'assistenza sanitaria). Nel contempo si mira a compensare i difetti dei due sistemi di controllo (mercato: disuguaglianza ed squilibri sociali; Stato: inefficienza). Pertanto, in tutti i sistemi d'assistenza sanitaria si individuano approcci di controllo propri sia del sistema di mercato sia di quello statale.

1.1 Problemi di finanziamento

Il motivo principale della persistente necessità di riforma, va ricercato nei problemi di finanziamento che si fanno sentire nelle Nazioni industrializzate di tipo occidentale. Mentre negli anni ottanta e novanta si affermava che la spesa da sostenere all'interno dei vari sistemi sanitari sarebbe ben presto "esplosa", considerando più da vicino la situazione si scopre, invece, che la causa primaria è rappresentata dal calo delle entrate subito dalle istituzioni statali (istituti di previdenza inclusi). Affiorano specifici interessi di tipo politico che spesso ostacolano la discussione oggettiva, e che ricorrono con elevata frequenza a livello di politica sanitaria e sociale. L'impennata della spesa sanitaria non è mai avvenuta. Si registra, invece, un contenuto aumento delle spese da sostenere, in particolare tenendo conto dell'andamento del prodotto interno lordo. L'aumento eccessivo della spesa, in rapporto al prodotto interno lordo, è dovuto in primo luogo alla sproporzionata lievitazione dei prezzi (farmaci), all'aumento del costo del lavoro ed infine all'ampliamento dell'offerta.

Tra i vari sistemi sanitari esistenti in Europa alcuni sono di carattere puramente statale (modello di Beveridge), mentre altri si basano sul principio assicurativo (modello di Bismarck). I vari sistemi d'assistenza sanitaria si distinguono, inoltre, secondo il tipo di erogatori delle prestazioni, che sono o di carattere privato, o controllati direttamente dallo Stato, se non addirittura di proprietà dello stesso. La distinzione siffatta assume particolare rilievo nella valutazione degli effetti prodotti dai vari approcci d'economia di mercato, considerando che i sistemi d'assicurazione contro la malattia (Svizzera, Paesi Bassi, Germania) sono serviti ad introdurre nella sanità i più disparati meccanismi di mercato. In tal contesto va rilevato che gli assicurati possono scegliere tra vari sistemi assicurativi (che prevedono soluzioni e premi diversi).

1.2. Ripartizione della spesa sanitaria

Considerando la ripartizione della spesa sanitaria nei vari Paesi, si nota che generalmente il 5% circa degli assicurati inducono il 60% della spesa totale, mentre passando al 20%, il dato si attesta a non meno dell'80% sul totale. Da una tale analisi non si possono che desumere nuovi approcci per una maggiore efficienza dell'assistenza sanitaria. Le analisi evidenziano, tuttavia, le potenzialità di controllo inerenti a soluzioni d'orientamento diverso, rivolte a tutti gli assicurati, e quindi alla collettività degli assistiti, oppure soltanto a quei pazienti che inducono la parte preponderante della spesa sanitaria. Thomas Rice (2004) giustamente rileva che i mercati sanitari, a differenza degli altri comparti del sistema di mercato, sono pressoché totalmente incentrati su un'offerta che produce la domanda senza in realtà reagire in alcun modo all'andamento naturale della stessa, com'è invece il caso negli altri settori economici. Ne consegue che ogni soluzione ideata al fine di ottimizzare l'assistenza sanitaria va ad integrarsi sul lato

dell'offerta, e non su quello della domanda.

Un altro fatto che preoccupa, prima ancora che si giunga a riflettere su eventuali alternative di controllo, consiste negli squilibri sociali, in termini di morbidità e di mortalità precoce. Numerosi epidemiologi rilevano che l'appartenenza ad un determinato ceto sociale (ossia la condizione sociale) rappresenta il fattore di rischio di maggiore impatto che può insinuare il pericolo di malattia e di morte precoce. La politica sanitaria di tipo evoluto non potrà quindi non tener conto di tale fattore di rischio. L'orientamento esclusivo sulle abitudini aventi rilievo per la salute dei cittadini di ambedue i sessi non sarà mai sufficiente per raggiungere le mete poste, se non si includeranno alle indagini le circostanze secondarie che stanno alla base di tali atteggiamenti.

Il sistemi di sicurezza sociale dei Paesi industriali più evoluti sono chiamati ad affrontare un'enorme sfida, indotta dal fenomeno del cosiddetto "sviluppo demografico". Le popolazioni "invecchiano", in altre parole la percentuale relativa delle persone ultrasessantenni e di chi ha superato i 65 anni d'età aumenta costantemente, mentre allo stesso tempo cala la percentuale rappresentata dalle persone in età attiva. Ne consegue, in merito ai sistemi sociali (per es. previdenza pensionistica) che il numero dei beneficiari aumenta, mentre cala il numero dei contribuenti. Una tale situazione inevitabilmente crea problemi di finanziamento. Non appaiono chiari, però, gli effetti che i cambiamenti demografici avranno per l'assicurazione contro la malattia e per i sistemi sanitari a finanziamento statale (al riguardo fanno sentire il proprio peso i gruppi politici inesorabilmente contrari ad ogni sorta di previdenza a finanziamento solidale). Si sono moltiplicati gli studi in materia che fanno supporre un nesso tra le variazioni demografiche e quelle di carattere epidemiologico, mettendo in risalto il fatto che non soltanto aumenta la speranza di vita, ma che la maggiore età è raggiunta in uno stato di salute migliore. Vi corrisponde la teoria della "*Compression of Morbidity*" di James Fries, il quale afferma che i mutamenti della struttura demografica non hanno che effetti esigui per il finanziamento della previdenza sanitaria, dato che i componenti della popolazione s'ammalano soltanto negli ultimi mesi precedenti la morte, creando in tal modo un fenomeno di "compressione temporale" degli oneri sanitari.

2. Sviluppi internazionali

2.1. Le riforme dei sistemi d'assistenza sanitaria

Tenendo conto della situazione e dei problemi accennati, appare indicato considerare più in dettaglio gli sviluppi di politica sanitaria in atto nei vari Paesi europei. Complessivamente si rilevano diversi approcci alla riforma che talvolta, tuttavia, si presentano lievemente contrastanti. Da un lato va tenuto conto degli strumenti di mercato (concorrenza tra gli istituti d'assicurazione contro la malattia e tra erogatori; agevolazioni economiche a favore di pazienti ed erogatori in termini di aiuti, o in base a modelli di compensazione forfetaria), mentre, dall'altro, si osservano tentativi di regolamento attuati da parte dello Stato centrale (definizione di cataloghi delle prestazioni, pianificazione centralizzata dell'offerta). Complessivamente si va delineando un orientamento sull'evidenza scientifica (corsi di studio incentrati su *Evidence based Medicine*; mentre l'approccio di *Health Technology Assessment* funge da supporto

decisionale ai tentativi di controllo statali). Persiste, inoltre, il processo di redistribuzione degli oneri finanziari facenti riferimento ai sistemi d'assistenza sanitaria. Tale sviluppo è indotto, almeno in parte, dal fenomeno della cosiddetta globalizzazione dei mercati che porta le imprese europee ad affermare, con perenne insistenza, che gli oneri sociali e fiscali sono eccessivi. Si persegue in tal modo l'intento dichiarato di ottenere una riduzione del contributo solidale alla previdenza sociale, per vedersi, infatti, assecondati. Gli sviluppi in atto si fanno sentire con l'avvenuta esclusione di alcune prestazioni, con l'allargamento della previdenza integrativa (in particolare per le prestazioni dentistiche), con il continuo aumento delle quote a carico degli assicurati e dei pagamenti supplementari.

2.2. Elementi concorrenziali

Una considerazione a parte va dedicata alla funzionalità dei vari strumenti di mercato, tenendo conto in particolare della loro diffusione all'interno di alcuni sistemi sanitari europei. Dal quadro generale è possibile desumere fino a quale punto le varie scelte di riforma sono idonee a risolvere i problemi d'efficienza che assillano il settore dell'assistenza sanitaria. Nell'ambito dei sistemi d'assistenza di tipo liberalizzato, incentrati sul modello della concorrenza soggetta ad una specifica disciplina, gli assistiti hanno libertà di scelta tra enti assicurativi di vario tipo. Generalmente sussiste l'obbligo a contrarre. In altre parole, gli assistiti hanno l'obbligo di stipulare un'assicurazione contro la malattia, e le società d'assicurazione non hanno il diritto di rifiutare il richiedente. Le esperienze raccolte nei Paesi Bassi, in Svizzera ed in Germania fanno rilevare che la disponibilità al cambiare assicurazione varia accentuatamente tra i vari ceti sociali. Di fatto soltanto quegli assistiti passano da un ente assicurativo ad un altro che, rappresentando un "rischio lieve", si ammalano meno della media e creano meno spese a carico delle assicurazioni. Di conseguenza gli istituti, che accolgono le persone desiderose di cambiare assicurazione, non possono che praticare premi relativamente contenuti, mentre quegli istituti, che vedono assottigliarsi il numero dei propri assicurati, sono costretti ad aumentare i premi a causa dello sviluppo sfavorevole della struttura di rischio. La situazione concorrenziale richiede, tuttavia, una precisa disciplina, al fine di evitare il crollo degli istituti d'assicurazione che ne sarebbe l'inevitabile conseguenza. La compensazione a livello di struttura del rischio porta pressoché all'azzeramento degli squilibri tra i vari istituti d'assicurazione contro la malattia, cosicché le differenze tra i premi risultano esigue. Pertanto, risulta abolito uno dei principali parametri concorrenziali. Come appare da questa sommaria sintesi della situazione, le premesse ci sono, perché gli istituti, facendo perno sugli erogatori, stabiliscano il terreno di un'assistenza sanitaria d'elevata qualità e/o economicamente ragionevole, a beneficio dei propri assicurati. A livello attuativo, tuttavia, si manifestano difficoltà non indifferenti. Affiorano immediatamente sostanziali asimmetrie d'informazione tra istituti assicurativi ed erogatori, dato che generalmente questi ultimi dispongono di più informazioni sui pazienti da assistere. Sotto questo profilo, la quotidiana erogazione della maggior parte delle prestazioni, disgiuntamente da ogni evidenza scientificamente fondata, fa apparire sfocato, quindi difficile da delimitare e descrivere l'oggetto delle trattative (trattamento del paziente x con prestazione y). Gli istituti assicurativi non dispongono di solito di informazioni sufficienti, per poter rifiutare, in base a valide ragioni, il pagamento di

prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate. La discussione che a livello di sistema si riaccende a regolari intervalli di tempo, e che verte sulle prestazioni di base e su quelle supplementari, appare, quindi, insensata e non potrà che limitarsi a definire le cosiddette prestazioni di *Service* (camera singola e supplemento per medico capo). Travagliato è il processo di liberalizzazione dell'assistenza sanitaria e dei mercati d'assicurazione contro la malattia.

2.3 La politica sanitaria europea

I trattati di Maastricht e di Amsterdam sull'organizzazione dell'Unione Europea sanciscono le quattro libertà fondamentali (libera circolazione di persone, merci, servizi e capitali) che nei Paesi membri vanno osservate anche nel settore sanitario. La Corte ha in un primo tempo stabilito in modo inequivocabile la salvaguardia dei diritti fondamentali, in diverse sentenze riguardanti il ricorso a medici di base, prestazioni in ricovero ospedaliero, protesi dentarie, occhiali, ecc. Ne consegue che i cittadini dell'UE possono ricorrere alle varie prestazioni sanitarie anche negli altri Paesi membri, a carico delle istanze (istituti d'assicurazione, enti statali) che si accollano il relativo onere. Soltanto in caso di ricorso a prestazioni elettive in regime di ricovero sussiste il vincolo d'approvazione da parte dell'ente che sostiene il costo.

In altre parole, queste prestazioni saranno erogate soltanto previa approvazione da parte del rispettivo ente assicurativo. La Corte ha in tal modo preceduto gli sviluppi che prevedibilmente, nel medio termine, porteranno ad una maggiore armonizzazione delle prestazioni. Assume maggiore rilievo, invece, per l'organizzazione dei sistemi sanitari, un'azione giudiziale avviata da alcune industrie farmaceutiche. Gli autori denunciano in particolare che il settore dell'assicurazione contro la malattia si presenta come cartello di domanda, rilevando l'evidente contrasto con il diritto europeo della concorrenza. La Corte aveva sinora affermato che il diritto della concorrenza non si applica, qualora le imprese interessate agiscano in base ai principi della solidarietà, escludendo in tal modo scopi imprenditoriali. Gli istituti d'assicurazione contro la malattia che, inseriti in un rapporto competitivo, mirano ad ottenere il favore degli assistiti ed intervengono nell'organizzazione del settore sanitario, agiscono, invece, ad avviso degli attori dell'azione giudiziale, prevalentemente in veste di imprese. Di conseguenza, sostengono, va applicato il diritto europeo della concorrenza. A mio avviso personale, non sarà compito agevole rendere evidente che un tale rapporto sussista tra gli enti sanitari di carattere statale.

Quote a carico degli assistiti - supplementi

Nell'ambito dei sistemi sanitari europei si osserva l'insorgere di strumenti di controllo solitamente propri dell'economia di mercato. Vi si aggiunge la richiesta - spesso formulata - che si operi una nuova definizione dei ruoli di assicurati e pazienti, al fine di attribuire a tali soggetti maggiore responsabilità. Vi corrisponde il processo di liberalizzazione che investe tutte le società economicamente evolute. Le considerazioni su un tale modello di controllo, sia esso adatto o meno a risolvere le difficoltà dei sistemi sanitari, introducono direttamente la questione dei nuovi compiti da porre a pazienti ed assicurati, e fanno emergere l'essenzialità di migliori possibilità d'informazione. La capacità decisionale dei pazienti e degli assicurati costituisce in ogni caso una condizione

necessaria. La crescente diffusione dell'accesso *online* alle informazioni, e non soltanto questa, ha portato, negli ultimi anni, ad un aumento sostanziale delle fonti d'informazione a disposizione degli interessati. Il rilievo è sufficientemente chiaro, senza che si possa indicare come sufficiente la base informativa disponibile. Continua ad essere carente l'identificazione dei criteri di qualità da applicare a tali fonti di informazioni. Come appare da questa sommaria sintesi, le fonti di informazioni disponibili si presentano allestite secondo gli interessi di chi le gestisce (enti assicurativi ed erogatori di prestazioni), non fornendo, pertanto, informazioni indipendenti ed oggettive. Sembra incerto, inoltre, se gli assicurati ed i pazienti sono in grado di interpretare le informazioni in modo giusto e consono alla situazione che si trovano ad affrontare. Sulla linea indicata si riscontra un evidente bisogno di miglioramento. Una delle strade da imboccare può essere quella di affidare ad agenzie indipendenti il compito di elaborare in modo utile le informazioni da fornire agli assistiti. La soluzione permetterebbe anche di rendere più snella la mole delle informazioni, riducendo il numero delle fonti e mantenendo, quindi, soltanto quelle che sono veramente essenziali. Facendo polemica, potremmo affermare che oggi il ruolo degli assicurati e dei pazienti si sta limitando a quello di chi è tenuto a pagare sempre più supplementi. Gli sviluppi in atto nei vari Paesi dell'UE presentano evidenti analogie, in particolare per quanto riguarda le quote a carico dei pazienti, da pagare ormai per quasi tutti i tipi di prestazioni sanitarie. I modelli che stanno alla base di questi supplementi variano, però, sostanzialmente tra uno Stato e l'altro. In alcuni Paesi si sono individuati precisi obiettivi di controllo a livello di comportamento dei pazienti e delle più frequenti scelte (prestazioni specialistiche, ma anche per quanto riguarda il ricorso al pronto soccorso), mentre in alcuni altri Stati è promosso il sistema delle quote forfetarie a proprio carico. La questione non è priva di riflessi pratici, tuttavia sorprende che spesso s'interviene senza disporre di dati attendibili, non basandosi né su studi sufficientemente approfonditi né su procedure di verifica nella fase d'introduzione. Le cause di tali sviluppi si presentano poco chiare. Sono due i motivi principali che hanno scatenato l'attuale discussione sull'aumento delle quote a carico dei pazienti, chiamati, sembra, a contribuire sempre di più alle spese sanitarie da loro generate. Da un lato si cerca di attingere ad una fonte in più, in un'epoca in cui il gettito contributivo e quello fiscale si vanno assottigliando. Dall'altro, si parte dall'idea che le quote a carico dell'assistito inducano effetti di controllo, con l'effetto di un minore ricorso dei pazienti alle prestazioni sanitarie, o in ogni caso di un ricorso più razionale, con una maggiore distinzione tra prestazioni necessarie e quelle non necessarie. Va rilevato, però, che ci muoviamo nell'ambito delle congetture formulate a livello di politica sanitaria, che sono prive di ogni riscontro scientifico. Il quesito è più ampio ancora, e a questo punto ci chiediamo, perché mai gli uomini dovrebbero agire, proprio in questo settore, esclusivamente secondo i dettami dell'economia ed in modo strettamente razionale? Sugli effetti auspicabili e su quelli sfavorevoli indotti da sistemi che prevedono quote a carico degli assistiti si è indagato già 30 anni fa, nell'ambito del cosiddetto "*RAND Health Insurance Experiment*" svolto negli Stati Uniti. L'esperimento era stato organizzato nel modo seguente: Tra il novembre 1974 ed il febbraio 1977 complessivamente 7.708 persone, residenti in aree predefinite degli Stati di Massachusetts, Ohio, South Carolina e Washington, erano state invitate a partecipare all'esperimento, per periodi di 3 o 5

anni. Parteciparono allo studio secondo una chiave di randomizzazione che prevedeva l'adesione ad uno di 15 modelli assicurativi, e che si distinguevano secondo l'ammontare delle quote a carico paziente (tra il 25% ed il 95%) nonché secondo i limiti massimi di partecipazione alla spesa (tra il 5% ed il 15% del reddito, o in funzione di importi forfetari compresi tra 150 e 1.000 Dollari). Rimasero escluse dello studio le persone con più di 61 anni d'età, i malati e coloro che avevano un reddito superiore a 61.000 Dollari (1985); esclusi anche gli assicurati *Medicaid* (Manning et al. 1987, Rau 1992, Schlander 1999). Accanto all'esperimento riguardante le quote a proprio carico, è stato oggetto del RAND-HIE un progetto di *Managed-Care*. Le soluzioni basate sulle quote a proprio carico sono state offerte a 5.814 persone, di cui il 20% ha rifiutato di partecipare. Al fine di motivare maggiormente i partecipanti sono stati concessi pagamenti di *transfer* annuali, a titolo di compensazione delle perdite stimate che gli interessati avrebbero subito rispetto alla situazione previdenziale precedente. Gli autori di RAND rilevano, tuttavia, che tali sussidi non hanno in alcun modo influenzato i risultati, in quanto le persone coinvolte nello studio li avrebbero considerati piuttosto entrate in più (Rau 1992). Per i periodi da 3 a 5 anni sono stati rilevati i seguenti dati, a titolo di verifica:

- . • Consumo di prestazioni mediche (inclusi i ricoveri ospedalieri, le visite mediche ed il relativo costo complessivo);
- . • Probabilità di ricorso a prestazioni sanitarie, in funzione del valore persona/anno;
- . • L'adeguatezza delle prestazioni mediche erogate è stata valutata da un'equipe di medici, in base a criteri prestabiliti.
- . • In più è stato accertato lo stato di salute, sia prima sia dopo lo studio,

in base a parametri predefiniti. Risultati di RAND-HIE (*Manning 1987, Delnoij et al. 2000, Rau 1992, Noll 2003*):

- . • Le quote a carico assistito inducono un calo del ricorso a prestazioni sanitarie, mentre diminuiscono le spese da sostenere per l'assistenza medica. La spesa pro capite - riferita al piano assicurativo esente da quota a proprio carico - è risultata più elevata, del 45%, rispetto a quella indotta dal modello che prevedeva il 95% di franchigia. I costi insorti con soluzioni a franchigia minore si sono attestati tra i due valori estremi di cui sopra. Si nota, inoltre, un'accentuarsi del fenomeno ai livelli più bassi di reddito.
- . • Le quote a carico proprio hanno come conseguenza l'abbreviamento dei periodi di malattia, durante i quali si ricorre all'assistenza medica. Variano poco, invece, le prestazioni a cui si ricorre durante i periodi di trattamento. La riduzione dei costi è dovuta in particolare alla minore frequenza di ricorso alle strutture sanitarie. Le spese da sostenere per prestazioni mediche di tipo ambulatoriale hanno superato del 67% quelle insorte nel gruppo soggetto ad una quota del 95% a proprio carico, il quale ha fatto inoltre registrare un calo del 66% delle visite mediche.
- . • Il ricorso alle prestazioni mediche è frequente in particolare in presenza di sintomi di scarso rilievo.
- . • Il minore ricorso all'assistenza sanitaria non incide in modo significativo sullo stato di salute. Dalle conclusioni di cui sopra vanno eccettuate le persone appartenenti a ceti sociali subordinati. Tra gli appartenenti a ceti socialmente deboli si è

riscontrata una maggiore frequenza di problemi alla vista ed una maggiore incidenza d'ipertensione.

• Il minore ricorso alle prestazioni mediche interessa sia quelle ad elevata efficienza sia quelle a scarso effetto. Dai risultati dell'esperimento riguardante le quote a proprio carico si desumono, afferma Schlander (1999), tutta una serie di questioni da porre in un'ottica critica, in particolare laddove si pretende più "autoresponsabilità" nel settore sanitario. Due dei risultati più importanti dell'esperimento RAND-HIE sono la palese incapacità dei pazienti di operare in proprie scelte adeguate su quando rivolgersi al medico (considerando che l'introduzione delle quote a proprio carico comporta una riduzione sia delle consultazioni necessarie, sia di quelle superflue). L'altro fatto è che le differenze tra i modelli si diradano, una volta che i pazienti si trovano inseriti nel processo d'assistenza. Quest'ultima osservazione fa sorgere dubbi di carattere fondamentale in merito all'attendibilità delle decisioni prese dai pazienti. Costituisce, tuttavia, uno dei presupposti fondamentali della teoria sanitario-economica la convinzione che i pazienti sono soggetti autonomi ed utenti informati, capaci di fungere da pari contraenti a livello di rapporto con i tecnici della salute (Schlander 1999). Nel frattempo si nota una maggiore propensione ad accettare che il "mercato fallisce" a livello del rapporto medico-paziente (vedi Hajen et al. 2000), anche se, ed è questo il fatto che lascia perplessi, il fenomeno è puntualmente disatteso ogni qualvolta che ritorna alla ribalta l'argomento della maggiore autoresponsabilità.

3. Valutazione a livello di *Public Health*

Dal punto di vista della *Public Health*, incentrata in particolare sulla distribuzione disuguale di oneri e risorse, e conseguentemente di salute e malattia (Ahrens 2002) lo studio RAND-HIE conferma chiaramente che l'introduzione di quote a proprio carico contribuisce a svantaggiare ancora di più i ceti socialmente deboli, con benefici semmai esigui per lo stato di salute complessivo della popolazione. Considerando la sopra accennata distribuzione delle patologie e delle relative spese all'interno della società, si constata che le voci essenziali sul lato spese sono indotte dai malati cronici, i quali fanno riferimento prevalentemente ai ceti socialmente svantaggiati. I sistemi che prevedono quote a proprio carico risultano, pertanto, ingiusti e insensati dal punto di vista dell'economia sanitaria, in quanto si notano ripercussioni sfavorevoli di notevole entità, che contribuiscono a svantaggiare ulteriormente alcuni gruppi della società. Considerando gli effetti sopra descritti, il dubbio permane che siano soprattutto le associazioni dei datori di lavoro, gli erogatori ed i gruppi benestanti a beneficiare di maggiori quote a proprio carico, con l'auspicata riduzione degli oneri sociali, ma anche con una spesa meno restrittiva che, per loro, si tradurrebbe in entrate più elevate. Ciononostante, la discussione in atto sulla necessità di più propria responsabilità nel settore sanitario non è di carattere medico-scientifico. Essa rientra piuttosto nell'ambito socio-politico, in quanto non è in grado di produrre effetti di controllo aventi rilievo per la qualità e l'efficienza dell'assistenza medica (Evans et al. 1995). Una tale valutazione complessiva di sistemi a franchigia non tiene conto, ovviamente, dei tentativi di controllo specifici adottati dai vari sistemi sanitari. È degna di cenno, tra l'altro, l'idea di introdurre quote a proprio carico per il ricorso agli ambulatori ospedalieri durante i fine settimana. Non va dimenticato, però, che il problema di fondo consiste nei sistemi di

remunerazione ospedaliera che inducono le strutture a ricoverare i pazienti che hanno invece bisogno di trattamento ambulatoriale, tenendo conto anche del fatto che manca una sufficiente offerta alternativa nel settore dei medici non ospedalieri. Generalmente possiamo supporre che i pazienti non si rivolgono ad ambulatori o strutture di ricovero durante il fine settimana, soltanto perché sono in cerca di un po' di conversazione o di divertimento. Riprendendo l'argomento del mercato, la diagnosi della situazione non cambia: in realtà ci troviamo in presenza di un fenomeno di spostamento degli oneri finanziari verso gli assicurati, in particolare in veste di pazienti.

Le indicazioni bibliografiche saranno fornite su richiesta.

Pubblicazioni del relatore: Ahrens D. 2002. *Technologiebewertung und Public Health*. Bern, Huber Ahrens D & Güntert B. 2004. *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung*. Baden-Baden, Nomos Ahrens D. 2004. *Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung – Eigenverantwortung für Gesundheit? Gesundheitswesen 66 (4): 213-221*