

Stefano Landi

Health technology Assessment (HTA)

Uno strumento a supporto delle
decisioni manageriali nelle aziende sanitarie



G. Giappichelli Editore

Capitolo 1

Sistemi sanitari e bisogno di salute

Sommario: 1. Il problema economico in sanità. – 2. Il bisogno di salute e la domanda di prestazioni sanitarie. – 3. I sistemi sanitari, sviluppo economico e salute. – 4. I determinanti della salute. – 5. Le specificità del settore sanitario e il fallimento dei mercati. – Riferimenti bibliografici.

1. Il problema economico in sanità

Il settore sanitario, come tutte le attività umane, deve affrontare il problema di scarsità delle risorse e della contemporanea presenza di potenzialmente infiniti generi di bisogni¹. Dalla sua comparsa sulla terra, l'uomo ha avuto bisogni da soddisfare, a partire da quelli primari come alimentarsi, vestirsi e curarsi, fino ai bisogni secondari come il bisogno di istruzione, di spostarsi, il bisogno di sicurezza, i bisogni voluttuari o di lusso, senza tralasciare i bisogni di socializzazione e di riconoscimento sociale². L'uomo attraverso la disposizione della

¹“Il bisogno è uno stato di insoddisfazione o di tensione della volontà e dello spirito dal quale l'uomo cerca di uscire avvalendosi di ogni mezzo esterno [...] La varietà dei bisogni è praticamente illimitata, sia nello spazio che nel tempo, in quanto è proprio dello spirito umano non essere mai soddisfatto della propria condizione. L'uomo, infatti, per sua natura aspira ad un continuo miglioramento del suo benessere materiale e spirituale, in ciò sollecitato oltre che dalla sua persona sensibilità, dal progresso e dai nuovi bisogni che la collettività, intorno al lui, genera ad un ritmo sempre più incalzante” Alberti G.B., *Elementi di economia aziendale*, Cedam, Padova, 2002.

²Si vedano i lavori di Maslow sulla teoria della motivazione olistica-dinamica.

Maslow A.H., *A theory of human motivation.*, Simon and Schuster, New York, 2013.

Maslow A.H., *Motivation and Personality*, Harper, New York, 1954.

Maslow propone una gerarchia dei bisogni che sarebbero le leve della motivazione dell'agire umano. Le categorie individuate sono: 1) *the physiological needs* (i bisogni fisiologici); 2) *the safety needs* (i bisogni di sicurezza); 3) *the belongingness and love needs* (i bisogni di appartenenza e di affetto); 4) *the esteem needs* (i bisogni di stima); 5) *the need for self-actualization* (i bisogni di autorealizzazione).

realtà in cui vive, utilizzando le risorse che la natura e la società offrono, tende a risolvere il suo stato di bisogno attraverso i beni ovvero i mezzi con i quali i soggetti economici possono giungere a soddisfare i loro bisogni.

Il problema economico emerge nel momento in cui i mezzi a disposizione sono limitati rispetto ai molteplici bisogni³ comportando, di conseguenza, la necessità di assicurare la migliore coordinazione tra i beni ed i bisogni. Si parla di bene economico⁴ quando esso è limitato rispetto ai bisogni⁵ mentre, se i beni in grado di soddisfare le esigenze della collettività sono molto diffusi non siamo in presenza di tale tipologia. Lo stesso identico bene, può avere in determinati contesti di spazio e tempo, situazione sociale e/o finanziaria, le caratteristiche di bene economico mentre in altri no⁶. I beni economici sono dunque mezzi volti al soddisfacimento dei bisogni, ma possono essere utilizzati per soddisfare bisogni diversi, alternativi tra di loro e, potenzialmente, da soddisfare con diversa priorità⁷. Questo comporta la necessità di scegliere l'allocazione di risorse, siano esse finanziarie, umane o naturali, tra diverse alternative. La scelta di produrre o investire risorse su un determinato bene o servizio (oltre al consumo di risorse rivolte a produrre quel bene) genera automaticamente il costo opportunità⁸ del mancato inve-

³“Senza i bisogni e le aspirazioni, non esisterebbe motivazione per il comportamento economico. È immediato rendersi conto del fatto che la qualità della nostra vita dipenda dal numero e dalla specie dei bisogni e delle aspirazioni che possiamo soddisfare e, soprattutto, dal sacrificio che dobbiamo sostenere per riuscire a conseguire tale soddisfacimento. I bisogni e le aspirazioni sono elementi intenzionali e non possono essere osservati direttamente, ma solo supposti a seguito dell'osservazione del comportamento economico dell'uomo volto a conseguirli”, Mella P., *Aziende*, Franco Angeli, Milano, 2008, pp. 21-22.

⁴ Può assumere la definizione di bene economico qualsiasi risorsa (non solo finanziaria) come ad esempio, le tecnologie, le materie prime, le risorse umane, i professionisti sanitari e la loro disponibilità di tempo.

⁵“Il bene economico non è riconducibile ad una o più categorie fisicamente individuabili: uno stesso bene può essere un bene economico o, invece, un bene generico in relazione alle diverse condizioni in cui si presenta l'ambiente sociale ed ai desideri che esso riesce a soddisfare (fattori quantitativi, fattori temporali, norme etico-religiose) [...] Un bene può essere economico sia in quanto allo stato attuale è limitato rispetto ai bisogni sia in quanto si prevede che, nel futuro, potrà presentarsi una esigenza di tale bene superiore alla disponibilità, in modo tale da far prevedere una serie di bisogni insoddisfatti” Alberti G.B., *Elementi*, cit.

⁶ Il problema economico non riguarda solo la quantità effettiva dei beni presenti nella realtà, ma anche il configurarsi e il crearsi di tensioni di soddisfacimento da parte degli individui (le politiche di marketing aggressivo o reattivo), così come la limitazione di consumo di un bene per ragioni di carattere commerciale, o di interesse generale dell'economia.

⁷“L'appagamento dei bisogni è motivo e fine di ogni economia”, Zappa G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, Milano, 1962, p. 718.

⁸ Il costo opportunità è il beneficio perso per il bene o attività alternativo a cui si è rinunciato o anche come l'ammontare di benefici che una data risorsa può generare nel suo migliore uso al-

stimento su un diverso bene ovvero il beneficio (perso) che si otterrebbe producendo un altro bene/servizio⁹. Infatti il costo della produzione di un determinato bene è dato dai costi espliciti (es. acquisto materie prime, remunerazione del lavoro) e i costi impliciti ovvero i benefici persi da un uso alternativo delle risorse. Si pensi come il bene immateriale “tempo del professionista sanitario” possa essere impiegato sul programma sanitario A invece del programma B. Il costo economico del programma A sarà il tempo del professionista (valorizzato secondo il compenso monetario) e (anche) il beneficio perso dall’impiegare il professionista sull’attività B. Quest’ultimo non sarà un costo finanziario aggiuntivo, ma una mancata risoluzione di un altro bisogno.

Paul Samuelson, premio Nobel per l’economia nel 1970, definì l’economia¹⁰ come “... la scienza che studia come le comunità usano le risorse scarse per produrre beni utili e distribuirli tra i membri della comunità”.

Nella tabella 1 sono state riportate le principali domande alle quali la scienza economica cerca risposta nell’ambito sanitario.

Lo studio del problema economico in sanità può essere affrontato secondo due principali prospettive: quella dell’economia Politica e quella dell’economia Aziendale.

La prospettiva dell’economia politica, a sua volta, si divide in macro e micro. Gli studi macroeconomici guardano al sistema economico nel suo complesso, e alle relazioni che intercorrono tra le variabili economiche aggregate. Essa non studia quindi le scelte degli individui, ma bensì le macro componenti di un sistema economico. I principali temi trattati sono le determinanti della prosperità e della crescita di un paese anche con riferimento al ruolo dei sistemi sanitari, lo

ternativo. Ad esempio per un individuo con un reddito fisso che sta valutando di acquistare una casa più grande, il costo opportunità dell’acquisto potrebbe essere il valore di un viaggio di vacanza o l’acquisto di diversi abiti che non potrà più ottenere. Il valore del viaggio non sarà monetario, ma riguarderà il beneficio perso. Durante la pandemia COVID-19, l’investimento in ricerca per lo sviluppo e per la distribuzione dei vaccini hanno assorbito un’ingente quantità di risorse. Il costo opportunità in questo caso è rappresentato dai benefici persi nell’utilizzare queste risorse (budget, ricercatori, materiale) per lavorare alla cura di altre patologie che hanno subito un rallentamento. Per prendere una decisione si devono confrontare i costi espliciti e il costo opportunità con il beneficio atteso dal programma sanitario. Se i benefici attesi sono maggiori dei costi si procede con la realizzazione del programma.

⁹“Tutte le decisioni economiche prese da un soggetto hanno un costo. La corretta misura del costo di una scelta è il suo costo opportunità, cioè ciò a cui si rinuncia quanto si opera tale scelta” Hall R.E., Lieberman M., *Microeconomics: Principles and applications*, Cengage Learning, 2012.

¹⁰Le aree di studio dell’economia si possono sintetizzare intorno alle questioni della produzione, della distribuzione del consumo, del risparmio e dell’investimento in vista del soddisfacimento dei bisogni dell’uomo e della collettività.

studio delle recessioni economiche, l'individuazione delle politiche pubbliche che possono ridurre le fluttuazioni economiche, la relazione tra disoccupazione ed inflazione e l'allocazione delle risorse nei vari settori economici. La micro-economia studia le operazioni economiche che intercorrono tra i principali operatori agenti nel sistema economico (famiglie, imprese e Pubblica Amministrazione) ovvero le famiglie nella doppia veste di consumatori di beni (in soddisfazione dei bisogni) e di lavoratori, le imprese che utilizzano il fattore lavoro e il capitale per produrre i beni, e il ruolo della Pubblica Amministrazione.

Tabella 1 – I quesiti economici fondamentali

<p>Che cosa produrre? (Quale combinazione di beni sanitari e non dovremmo produrre nel sistema economico?) Quali particolari tipi di cura e assistenza sanitaria dovrebbero essere prodotti?)</p>	<p>Efficacia; Efficienza allocativa</p>
<p>Come produrre? (Quali combinazione di risorse (inputs) si dovrebbero usare per produrre una prestazione sanitaria?)</p>	<p>Efficienza produttiva</p>
<p>Per chi produrre? (Chi dovrebbe ricevere questi servizi? Come distribuire tra la popolazione le prestazioni sanitarie?)</p>	<p>Equità</p>
<p>Chi decide?</p>	<p>Scelte Politiche istituzionali e aspetti organizzativi</p>

La prospettiva dell'economia aziendale studia i fenomeni che si sviluppano all'interno degli operatori, sotto il condizionamento dei vincoli e delle influenze esistenti nel sistema economico. Viene anche definita come la fase "dell'autopsia" della realtà economica nel senso che il comportamento dei soggetti è analizzato dall'interno e, quindi, durante lo sviluppo delle logiche e dinamiche della loro attività. Il focus è l'azienda, intesa come istituto sociale¹¹, e definita da Gino Zappa

¹¹ Si definisce istituto sociale ogni organizzazione di persone e mezzi che, nel perseguimento di un comune obiettivo di qualsivoglia natura (economico, religioso, affettivo ed educativo. Si pensi allo Stato, all'ordine religioso, al matrimonio, alla scuola, l'azienda, etc.) e regolata da norme/codici etici duraturi nel tempo.

come “un istituto economico destinato a perdurare che, per il soddisfacimento dei bisogni umani, ordina e svolge in continua coordinazione, la produzione, o il proccacciamento e il consumo della ricchezza”¹². La strumentalità del concetto di azienda¹³ la rende la cellula, l’organismo di base per la soluzione del problema economico in quanto tale. La finalità delle aziende è concorrere alla creazione di valore per gli individui, attraverso la trasformazione di beni e servizi in prodotti ovvero nuovi beni e servizi a più alto valore, accrescendo quindi la ricchezza delle comunità.

Lo studio del sistema sanitario quindi, nella prospettiva aziendale, si focalizza sulle logiche di funzionamento delle aziende sanitarie che operano all’interno di esso.

Elemento costitutivo di ogni fenomeno aziendale è rappresentato dal risparmio¹⁴, ovvero dalla rinuncia al consumo immediato di risorse per ottenerne un maggiore consumo in futuro. Inserito nell’azienda il potere d’acquisto ottenuto dal risparmio viene utilizzato per acquisire i fattori di produzione (lavoro, tecnologia, etc.), i quali correlati tra di loro consentono la produzione e l’ottenimento di beni e servizi aventi un’utilità superiore a quella dei fattori di produzione impiegati. La scelta dei fattori di produzione e la modalità di coordinazione degli stessi

¹² Zappa G., *Le produzioni nell’economia delle imprese*, vol. I, Giuffrè, Milano, 1957, p. 37.

¹³ La tensione verso l’ottenimento di un’utilità, ovvero attraverso l’attività economica è tesa alla soddisfazione di bisogni umani.

¹⁴ Mentre nell’antichità il risparmio era il non consumare un bene in vista del suo utilizzo futuro nelle economie evolute il risparmio assume forma monetaria. La moneta è un oggetto indistinto e generico che permette il trasferimento nel tempo e nello spazio del potere d’acquisto e consente di risparmiare in modo più agevole. Come osservato da Leardini “L’esigenza di attribuire un valore ai beni trova la sua origine nella tensione, propria di ogni individuo, di soddisfare i propri bisogni attraverso la ricerca e l’impiego dei beni più adatti alla soddisfazione del bisogno. Si pensi prima di tutto al baratto diretto tra beni. La difficoltà principale di tale sistema di soddisfazione dei bisogni era rappresentata dall’imprecisato numero di scambi che potevano essere necessari per giungere a coppie di individui simmetricamente interessati ai beni offerti dall’altro. [...] Nell’antichità la scelta del bene-misura del valore dei beni nei rapporti di scambio è stata condizionata da alcune esigenze operative di rilievo, quali la disponibilità diffusa del bene, il suo valore intrinseco nonché il grado di deperibilità dello stesso. Così mentre in un primo tempo l’orzo fu scelto in quanto bene molto diffuso e prodotto in grandi quantità, gli inconvenienti connessi al suo basso valore unitario e alla limitata conservabilità nel tempo, hanno portato soprattutto negli scambi al prevalere dell’uso dei metalli quale misura dei valori dei beni oggetto dell’attività di commercio [...] All’aumentare della numerosità e complessità degli scambi e dalla numerosità dei soggetti e degli interessi coinvolti, si rileva una tensione crescente ad una convergenza sull’uso di alcuni metalli preziosi, dettata anche dall’esigenza pratica di disporre di un bene non deperibile, facilmente trasportabile e sufficientemente diffuso. Tale tensione è alla base della nascita della moneta nel senso in cui noi la conosciamo”. Leardini C., *La misurazione dei risultati aziendali: la valorizzazione dell’utilità prodotta in assenza di corrispettivo*, Giappichelli, Torino, 2009.

per ottenere beni e servizi, che l'azienda produce, devono sottostare al vincolo economico. L'azienda, in altri termini, rappresenta lo strumento per la soluzione del problema economico in quanto tende a fare in modo che i fattori di produzione a disposizione dei soggetti riescano ad ottenere il massimo di utilità, intesa come la massima soddisfazione dei bisogni, a parità di mezzi consumati o il minimo di utilizzazione dei fattori di produzione a parità dei bisogni soddisfatti.

La dottrina economico-aziendale¹⁵ suole definire tre classi di aziende a seconda delle finalità perseguite: le aziende di erogazione, le aziende di produzione e le aziende composte^{16,17}. Le aziende di erogazione hanno per fine istituzionale il soddisfacimento diretto dei bisogni umani e il consumo dei prodotti da parte dei destinatari senza obbligo di remunerazione delle utilità ricevute (assenza di corrispettivo in termini monetari). Queste aziende vengono anche chiamate di consumo proprio perché i prodotti ottenuti vengono erogati e consumati direttamente dai membri dell'istituto sociale al quale l'azienda si riferisce. L'azienda di produzione, invece, ha come fine la cessione dei prodotti in cambio di un corrispettivo monetario a seguito del collocamento dei beni e servizi sul mercato. La terza classe, le aziende composte, si configura quando un'azienda di produzione e una di erogazione sono collegate in termini di operatività. Tra le aziende composte si annoverano quelle che in base alla titolarità di un soggetto giuridico pubblico sono dette appunto pubbliche^{18,19}. Si pensi, ad esempio, alle aziende sanitarie pubbliche dove è possibile riscontrare sia l'azienda erogatrice volta al soddisfacimento dei bisogni pubblici, basata sul risparmio inteso qui come finanziamento derivante dalla fiscalità, sia una gestione produttiva tendente ad ottenere beni da collocare sul mercato a titolo oneroso. Pertanto le aziende sanitarie pubbliche, in quanto aziende composte, sono finalizzate al soddisfacimento dei bisogni della collettività, che ne consente la genesi, anche tramite lo svolgimento di funzioni produttive rivolte al mercato, in via diretta o indiretta, strumentali allo svolgimento delle funzioni di consumo²⁰. In quanto aziende, le aziende sanitarie sono chiamate a

¹⁵ Un'altra definizione della dottrina riferisce l'azienda come "un sistema di forze economiche che sviluppa, nell'ambiente di cui è parte complementare, un processo di produzione o di consumo, o di produzione e consumo insieme, a favore del soggetto economico, e altresì degli individui che vi cooperano" (Amaduzzi A., *Manuale di contabilità aziendale*, Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1970, p. 16).

¹⁶ Onida P., *Economia d'azienda*, Utet, Torino, 1971.

¹⁷ Airoldi G., Brunetti G., Coda V., *Lezioni di economia aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1994.

¹⁸ Zappa G., *L'economia delle aziende di consumo*, Giuffrè, Milano, 1962.

¹⁹ Onida P., *Economia*, cit.

²⁰ Russo S., *Economia e Management delle aziende sanitarie pubbliche. Profili evolutivi, assetto istituzionale e performance*, Cedam, Padova, 2012.

perseguire “un equilibrio economico a valere nel tempo”, che è il fulcro del concetto di economicità della dottrina aziendale e che è stato principio ispiratore delle normative di riforma del settore pubblico. Peraltro è stato osservato come per le aziende composte pubbliche la definizione di equilibrio economico vada “concettualmente ampliato, dall’area dell’equilibrio fra ricchezza consumata e reintegrata a quella della creazione di utilità”^{21,22} utilità che va oltre la generazione di utile contabile verso la produzione di valore pubblico²³.

2. Il bisogno di salute e la domanda di prestazioni sanitarie

Il bisogno di salute è una delle necessità primarie dell’essere umano per vivere la propria vita in modo pieno. La salute²⁴ è stata definita nella costituzione

²¹ Anselmi L., L’equilibrio economico nelle aziende sanitarie: strumenti per una gestione manageriale efficace, in *Il Sole 24 Ore*, Milano, 1996.

²² Sostero U., *L’economicità delle aziende*, Giuffrè, Milano, 2003.

²³ Il concetto di valore pubblico fu formulato per la prima volta dallo studioso Moore M., in *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, 1994, il quale lo definì come la messa in atto e la concretizzazione delle aspirazioni collettive e dei bisogni dei cittadini e dei loro rappresentanti eletti, ottenute grazie all’azione degli enti pubblici (Moore M., *op. cit.*, p. 297). La missione istituzionale di ogni Pubblica Amministrazione è la creazione di valore pubblico a favore dei cittadini e delle imprese. Esse creano valore attraverso l’erogazione di servizi di interesse generale, i quali incidono sulla qualità della vita e sulla produttività delle imprese, realizzando soluzioni che soddisfino i bisogni collettivi nella massima economicità possibile. Tali condizioni devono essere conseguite simultaneamente ed in modo coordinato dai manager pubblici, cercando di massimizzare l’allineamento di valore, legittimazione, supporto e capacità operative al fine di elaborare ed implementare piani strategici che permettano alla politica pubblica di realizzarsi in condizioni di efficacia e di efficienza. Le riflessioni di Moore sul concetto di valore pubblico furono successivamente integrate nel paradigma della New Public Governance arricchendone la base teorica e portarono all’emersione di un’aggiornata teoria normativa di governo, la quale si diffuse sotto il nome di Public Value Management dove il ruolo dei manager si trasforma da mero esecutore delle direttive politiche a figura proattiva, responsabile del coinvolgimento dei cittadini e dell’interpretazione dei loro bisogni, nonché garante in prima persona dell’efficienza dell’attività pubblica la quale dev’essere conseguita con un impiego di risorse cosciente ed un attento controllo della spesa pubblica.

Moore M.H., *Creating Public Value: Strategic Management in Government*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1995.

Moore M., Khagram S., On creating public value: What business might learn from government about strategic management, in *Corporate Social Responsibility Initiative Working Paper*, 3, 2004.

²⁴ “La salute è un fenomeno molto complesso caratterizzato da molti dimensioni, implicazioni, connessioni e aspetti paradossali. Non vi è un’unica e globale concettualizzazione di salute, ma co-esistono differenti prospettive [...] La Medicina, quale branca del sapere scientifico fondata sull’idea di salute, storicamente si è sviluppata attraverso un concetto riduzionista di salute, basato sull’assenza di malattia. Successivamente, nell’ultimo secolo, grazie OMS, c’è stata una rivolu-

dell'OMS (Organizzazione mondiale della Sanità (WHO – World Healthcare Organization) come “stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia”. Una definizione molto ampia che pone la salute come un mezzo, piuttosto che un fine, che permette agli individui di condurre una vita pienamente realizzata a livello personale, sociale ed economico²⁵. Il bisogno di salute, dunque, si manifesta come mancanza dello status di benessere psicofisico e si declina in diversi modi²⁶. Esso ha delle caratteristiche peculiari rispetto ad altri bisogni.

Innanzitutto è difficilmente prevedibile, per quanto vi siano dinamiche conosciute grazie ad esempio agli studi epidemiologi. La probabilità che una persona

zione copernicana in quanto la salute è diventata uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non una mera assenza di malattia e infermità. Negli anni più recenti, questa definizione di salute è stata fortemente criticata in ambito scientifico per una serie di ragioni, riconducibili in gran parte all'evidente connotazione utopistica propria dell'impostazione dell'OMS [...] è irrealistico cercare un'unica definizione, globalmente accettata, perché una singola definizione non può contenere la complessità delle dimensioni di salute. Dal punto di vista epistemologico la salute può essere vista come un sistema di eventi potenzialmente infinito, all'interno del quale si possono costruire molte differenti configurazioni teoriche, più o meno utili in funzione degli scopi operativi e conoscitivi che si perseguono. Ciò non significa che tutte le definizioni di salute saranno utili all'interno del campo scientifico, perché non tutte le potenziali proprietà di un concetto di salute sono adatte a perseguire scopi clinici attraverso i metodi scientifici [Verso il superamento del paradigma utopico: un nuovo concetto di salute” Leonardi F., in Lo Sasso F., Smaldone A. *La promozione della salute in tutte le politiche e professioni*, Aonia Edizioni, 2015].

²⁵ Non è l'unica definizione di un concetto tanto complesso come quello di salute ed esiste un dibattito in corso dove alcuni autori la considerano, in realtà, la definizione di felicità ed evidenziano limiti per il carattere utopico della stessa definizione che renderebbe complesso raggiungere l'obiettivo. Molte critiche sono state sollevate per il termine “completo” in relazione al concetto di benessere. Innanzitutto viene evidenziato come l'unidimensionalità possa portare (seppur non intenzionalmente) al fenomeno della medicalizzazione. Infatti la parola completo stato di benessere “*would leave most of us unhealthy most of the time*”, supportando alcune tendenze ad allargare il confine delle patologie. In secondo luogo, il termine *complete* rende difficile operationalizzare la definizione e rendere misurabile la salute “*impracticable, because 'complete' is neither operational nor measurable*”.

Per approfondire si veda:

Jadad A.R., O'Grady L., How should health be defined?, in *British Medical Journal*, Dec 10, 337, 2008, p. a2900. Doi: 10.1136/bmj.a2900. PMID: 19073663.

Books Z., What is health? The ability to adapt, in *The Lancet*, 373(9666), 2009, p. 781.

Smith R., The end of disease and the beginning of health, in *British Medical Journal Group Blogs*, 2008, <http://blogs.bmj.com/bmj/2008/07/08/richard-smith-the-end-of-disease-and-the-beginning-of-health/>.

²⁶ Un altro esempio di definizione di bisogno di salute è stata proposta dal filosofo e psicologo Piaget che lo definisce come una “manifestazione di squilibrio”, percepita quando “qualcosa al di fuori di noi e dentro di noi, una nostra struttura fisica o mentale, si è modificato” Piaget J., *Six études de psychologie*, Ed. Gonthier, Genève, 1964.

sia soggetta ad una patologia o meno dipende da numerosi fattori rendendo molto complesso sapere chi si ammalerà e di quale patologia, per cui i bisogni di salute non sono distribuiti in modo uniforme tra gli individui ed inoltre si evolvono e cambiano nel tempo (si pensi alle malattie infettive che erano state fortemente limitate nei paesi occidentali, prima dell'arrivo del COVID-19).

La salute, poi, si può considerare sia un bisogno che un bene, dal momento che il bene salute ci offre la possibilità di svolgere le nostre attività e di essere produttivi e quindi diventa un mezzo produttivo per la realizzazione di altri beni e il soddisfacimento di altri bisogni.

Infine non è scontata la possibilità di recuperare la salute ovvero non è sicuro che ci possano essere conoscenze mediche o tecnologiche in grado di risolvere il problema. Esiste, perciò, un'importante distinzione tra bisogno di salute e bisogno sanitario. Il secondo rappresenta un bisogno di salute per il quale è disponibile una terapia efficace²⁷. Non tutti i bisogni di salute sono anche bisogni sanitari perché non sempre sono disponibili cure adeguate. Nel momento in cui insorge il problema di salute il bisogno può essere latente o avvertito. Nel primo caso ci troviamo di fronte ad un bisogno non percepito che non si traduce in una richiesta di intervento, ma esso è presente e potrà risolversi da solo (o non manifestarsi mai) oppure incorrere in un bisogno più grave in un secondo tempo (pensiamo a tutto il tema della prevenzione sanitaria). Nel momento in cui invece il bisogno è effettivamente percepito può evolversi in bisogno espresso quando si manifesta come una richiesta di intervento e, a questo stadio, trasformandosi in domanda di beni sanitari ovvero di quei beni atti a risolvere la mancanza di salute. Generalmente il primo passaggio è quello di contattare il medico²⁸, tramutando il bisogno di salute in una domanda di informazioni (la diagnosi) e quindi successivamente in una domanda di cure tendenzialmente derivanti dalle scelte del medico.

La domanda di salute emergente dal bisogno di salute può essere soddisfatta tramite la produzione e il conseguente consumo²⁹ di beni sanitari³⁰, o più correttamente si parla di prestazioni sanitarie. La prestazione sanitaria è l'attività

²⁷ Hadorn D.C. (a cura di), *Basic Benefits and Clinical Guidelines*, Westview Press, Boulder, CO, 1992.

²⁸ Per questa ragione il ruolo del medico generalista è fondamentale (soprattutto, come vedremo, nel modello di sistema sanitario nazionale) perché dalle sue scelte dipende il percorso del paziente all'interno del sistema sanitario. Gli inglesi, infatti, chiamano il medico di medicina generale *gatekeeper* ovvero il portiere del sistema.

²⁹ È il dato che viene poi effettivamente rilevato nelle statistiche ufficiali come consumo sanitario ovvero numero di visite mediche, farmaci, ricoveri, etc.).

³⁰ I beni sanitari possono essere considerati beni economici in quanto per renderli disponibili andiamo ad utilizzare risorse scarse che sottraiamo ad usi alternativi per il soddisfacimento di altre necessità. Gli stessi beni sanitari potrebbero non essere disponibili per soddisfare l'intera domanda di salute presente in un dato spazio e tempo.

elementare necessaria all'ottenimento del prodotto salute³¹ e si caratterizza per il suo avvalersi di un mix di beni e servizi sanitari coordinati da soggetti altamente specializzati. Se l'azienda è lo strumento per la soluzione del problema economico, l'attività dell'azienda sanitaria sia essa pubblica o privata è orientata a ripristinare il livello di salute desiderato attraverso la combinazione di beni e servizi sanitari che debbono essere coordinati da chi possiede le capacità e le competenze per farlo. Peraltro, come detto, nonostante il dispendio di risorse, non è assicurato che le condizioni di salute possano essere ristabilite completamente per cui l'attività dell'azienda sanitaria può essere quantificata come la sommatoria di prestazioni sanitarie (*output*) le quali possono poi avere un impatto o meno sul livello di salute (*outcome*).

Esistono poi i bisogni indotti, ovvero una serie di necessità che non sono reali bisogni di salute, ma che sono incentivati dalle norme sociali o da campagne di marketing aggressivo o reattivo (*disease mongering*³²).

Non tutti i bisogni di salute vengono soddisfatti, principalmente per tre motivi: 1) la differenza esistente tra bisogno di salute e bisogno sanitario, 2) la scarsità dei beni sanitari e/o la presenza di barriere all'accesso (liste di attesa e costi o anche problemi di trasporto), 3) bisogni non espressi. Del primo punto si è già parlato, il secondo e il terzo rientrano nella categoria degli *unmet needs* o bisogni non soddisfatti.

*Unmet need*³³ o bisogno insoddisfatti, definisce la presenza di un bisogno sanitario, che non viene soddisfatto a causa di barriere all'accesso del sistema sanitario. A partire dagli anni 2000 si è sviluppata un'ampia letteratura su questo tema anche a livello europeo con l'implementazione di indagini campionarie da parte degli istituti nazionali di statistica e l'*European Union Statistics*³⁴, tra-

³¹ Borgonovi E., *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano, 1990.

³² *Disease mongering* o mercificazione della malattia, indica operazioni di marketing che hanno l'obiettivo di indurre un bisogno di cure anche quando non strettamente necessario dal punto di vista medico, Moynihan R., et al., *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering* Commentary: Medicalisation of risk factors, in *British Medical Journal*, 324(7342), 2002, pp. 886-891.

³³ Carr and Wolf, definiscono *unmet need* come "*the differences, if any, between those services judged necessary to deal appropriately with defined health problems and those services actually being received ... an unmet need is the absence of any, or of sufficient, or of appropriate care and services*", Carr W., Wolfe S., *Unmet needs as sociomedical indicators*, in *Int. J. Health Serv.*, 6, 10.2190/MCG0-UH8D-0AG8-VFNU, 1976, pp. 417-430.

³⁴ Citiamo, tra le altre, l'indagine "Income and Living Conditions (EU-SILC)" nella quale si trovano diverse domande legate ad *unmet needs* che riportiamo di seguito: "*During the last 12 months, was there ever a time when you felt you needed a visit by a specialist or a medical treatment but you did not receive it? 1. Respondents who replied affirmatively were coded as having an unmet need and were then asked the main reason for not getting medical care. Possible an-*

mite le quali è stato possibile misurare (principalmente a livello di percezione del cittadino) la presenza di questi bisogni insoddisfatti. Essi sono dovuti all'esistenza di barriere all'accesso dei servizi sanitari che possiamo classificare in 3 categorie principali³⁵, disponibilità, accessibilità e accettabilità. Il primo gruppo fa riferimento al fenomeno delle liste di attesa e al razionamento nell'erogazione di servizi sanitari. È, quindi, un indicatore di indisponibilità della prestazione entro il tempo necessario. L'accessibilità fa riferimento alle barriere di tipo finanziario mentre il terzo gruppo fa riferimento ad un bisogno che non viene espresso dovuto a scelte riguardanti, principalmente, atteggiamenti o convinzioni personali. I primi due gruppi sono bisogni insoddisfatti a causa di malfunzionamenti del sistema sanitario che possono essere influenzati da azioni di politica sanitaria o management sanitario. I bisogni insoddisfatti richiedono un'attenzione particolare in quanto potrebbero esacerbare le condizioni di salute e richiedere interventi più consistenti e costosi in una seconda fase dello sviluppo con probabile peggioramento delle condizioni stesse.

3. I sistemi sanitari, sviluppo economico e salute

Il sistema sanitario

Il sistema sanitario secondo la definizione classica di Roemer è “la combinazione di risorse, organizzazione, finanziamento, management che culmina nell'erogazione dei servizi sanitari alla popolazione”^{36,37}. Il sistema sanitario differi-

swers were: 1) could not afford to (too expensive); 2) too long waiting lists; 3) could not take time because of work, care for children or for others 4) too far to travel/no means of transportation; 5) fear of doctor/treatment; 6) wanted to wait and see if the problem got better on its own; 7) did not know any good doctor or specialist; 8) other reasons”.

³⁵Nella versione inglese: *availability, accessibility, acceptability*, si veda: Chen J., Hou F., Unmet needs for health care, in *Health Rep.*, 13, 2002, pp. 23-34.

³⁶Milton Roemer I., *National health systems of the world*, Oxford University Press, New York, 1993.

³⁷The World Health Report 2000 allarga la definizione comprendendo “tutte le attività che hanno come obiettivo primario la promozione, la cura e il mantenimento della salute” *Fonte*: World Health Organization, *Systems improving performance WHO*, Sadag, 2000.

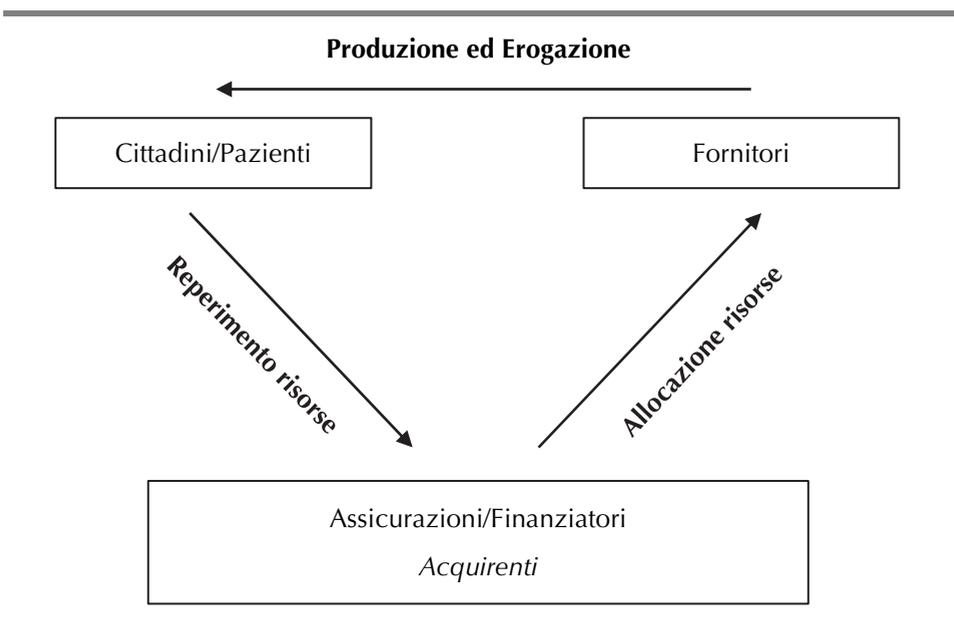
Questo comprende tutte le attività intersettoriali volte a tutelare la salute, anche ad esempio la legislazione per prevenire gli incidenti stradali. Esemplicando questo comporta che il responsabile della salute dei cittadini sia certamente il Ministro della Salute, ma egli dovrebbe avere un ruolo tale da poter influenzare anche decisioni prese in altri settori/altri ministeri. In generale si può dire che tutto il governo nel suo complesso sia responsabile perché con le sue decisioni può incidere sulle determinanti della salute anche in modo apparentemente indiretto.

sce dal concetto di sistema sanitario nazionale in quanto quest'ultimo è una modalità specifica di risposta al bisogno di salute da parte di uno specifico paese.

La presenza di caratteristiche intrinseche del bisogno di salute come l'imprevedibilità, l'alta variabilità tra individui, il non essere prorogabile, l'elevato consumo di risorse in relazione alla gravità, ha spinto i sistemi sanitari ad adottare meccanismi di *pooling* dei rischi³⁸, contemplando la presenza di un terzo soggetto e cioè le istituzioni, pubbliche o private, con il compito di garantire l'individuo e la collettività dal rischio finanziario connesso all'insorgenza di una malattia.

Le funzioni del sistema sanitario sono quindi due: funzione assicurativa-finanziaria, ovvero l'adoperarsi per reperire le risorse e coprire finanziariamente i costi associati alla malattia e una funzione di produzione che ha come scopo l'erogazione delle prestazioni sanitarie. Questo genera un meccanismo simile a quello evidenziato nella figura 1³⁹.

Figura 1 – Le principali funzioni di un sistema sanitario



Fonte: rielaborazione da Reinhardt U.E., Economic relationships in health care, in OECD, *Health Care Systems in transition: the search of efficiency*, OECD, Parigi, 1990.

³⁸ Si tratta nella pratica di assicurarsi contro l'impatto economico dell'evento aleatorio malattia.

³⁹ Reinhardt U.E., Economic relationships in health care, in OECD, *Health Care Systems in transition: the search of efficiency*, OECD, Parigi, 1990.

L'assetto istituzionale del sistema sanitario che prende forma in ogni nazione è la sintesi dei valori e della visione politica e storico-culturale di ogni paese.

In ogni caso, date le funzioni di un sistema sanitario possiamo individuare i principali modelli presenti a livello mondiale guardando a tre caratteristiche: il finanziamento, l'erogazione delle prestazioni e la *governance*. A sua volta i sistemi di finanziamento e di erogazione possono essere distinti in relazione al grado di intervento pubblico (tabella 2), mentre la *governance* può essere distinta in relazione al grado di accentramento o decentramento del sistema.

All'interno del *continuum* rappresentato nella tabella dalla diagonale colorata (dal basso verso l'alto) si collocano i 3 archetipi più comuni di sistema sanitario:

1. il sistema basato sulle assicurazioni e mutue private;
2. il sistema basato sulle assicurazioni sociali e mutue obbligatorie;
3. il sistema basato sul servizio sanitario pubblico.

Tabella 2 – Classificazione dei sistemi sanitari in relazione al grado di controllo pubblico del finanziamento e dell'erogazione

	<i>Controllo pubblico dell'erogazione</i>			
		<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Basso</i>
<i>Controllo pubblico del finanziamento</i>	<i>Alto</i>	Regno Unito Svezia Italia		Giappone Olanda
	<i>Medio</i>	Australia Nuova Zelanda	Germania Francia	
	<i>Basso</i>	Singapore		USA

Fonte: Blank R.H., Burau V.⁴⁰

⁴⁰ Blank R.H., Burau V., Comparing health policy: an assessment of typologies of health systems, in Comparing Health Policy, 2010, pp. 1000-1017.

È possibile classificare i modelli da due lati estremi ovvero libero mercato e monopolio pubblico. Nella realtà i sistemi sono molto più complessi e spesso vedono la convivenza di diverse tipologie. Ad esempio gli Stati Uniti, il modello che più si avvicina al libero mercato, mostra una convivenza di intervento pubblico e autonomia privata in quanto sono presenti programmi finanziati interamente con la fiscalità generale che ammontano a circa il 40% della spesa complessiva⁴¹.

Il sistema basato sulle *assicurazioni e mutue private* si fonda sulla responsabilità individuale del cittadino di assicurarsi contro il rischio di malattia. Nel modello di base esiste una separazione netta tra erogatore, terzo pagante e cittadino. Il cittadino ha un'ampia libertà nello scegliere il soggetto erogatore, ovvero totale autonomia nella scelta del medico o della struttura a cui rivolgersi. L'assicurazione si occuperà di rimborsare il cittadino (normalmente *ex post*) e la struttura erogatrice per le prestazioni rese⁴². Questo tipo di sistema può anche assumere la forma integrata verticalmente, ovvero l'impresa assicuratrice e il soggetto erogatore si fondono per offrire in modo più efficiente ed efficace i propri servizi. Questa forma riduce la libertà di scelta dell'individuo, che potrà selezionare l'erogatore solo all'interno delle strutture affiliate all'assicurazione, ma dall'altra parte riduce la necessità di controllo da parte del terzo pagante e quindi i costi e, di conseguenza, anche i premi assicurativi che i cittadini dovrebbero pagare⁴³.

Il sistema basato sulle *assicurazioni sociali e mutue obbligatorie*, anche chiamati sistemi di tipo “*Bismarck*”⁴⁴ si basano sulla filosofia per cui è merite-

⁴¹ Esistono due programmi, già dagli anni '60 e con il tempo sono stati ampliati, sostenuti con fondi pubblici ovvero *Medicare* per l'assistenza alle persone oltre i 65 anni, *Medicaid* per l'assistenza agli indigenti.

⁴² Questo sistema incontra alcuni problemi di natura equitativa, infatti i soggetti con un maggior rischio di contrarre malattie rischieranno di pagare premi assicurativi più elevati rispetto agli altri soggetti (e anche le stesse assicurazioni sono incentivate a segmentare i pazienti per rischio di malattia, con l'effetto estremo per cui diventa conveniente assicurare determinati soggetti solo per premi veramente importanti), di rischio morale e infine di fallimento di mercato per le prestazioni a bassa disponibilità a pagare da parte dell'individuo (per cui la tentazione di escluderle dal premio potrebbero essere alte) come ad esempio tutte le prestazioni legate alla prevenzione. *Fonte*: Lega F., *Management e leadership dell'azienda sanitaria. Conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti*, Egea, Milano, 2016.

⁴³ Negli Stati Uniti questa forma è applicata dalle *health maintenance organizations* (HMO) nate, per l'appunto, con l'intento di contenere i costi del mercato assicurativo privato. Gli individui pagano un premio assicurativo ricevendo in cambio il diritto di essere curati presso una delle strutture che fanno parte della HMO.

⁴⁴ Questa denominazione nasce dal nome del cancelliere tedesco che nel 1883 introdusse in Germania l'obbligo per i lavoratori di essere affiliati a Fondi di assistenza, che fino a quel momento erano lasciati alla libertà individuale ed erano generalmente autorganizzati. Per approfondire si veda: Maciocco G., *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2009.

vole trasformare il rischio individuale in rischio collettivo tramite leggi *ad hoc*. Generalmente i premi assicurativi per le casse mutue sono prelevati direttamente dallo stipendio del lavoratore o pagati dal datore di lavoro. All'interno di questo sistema poi esistono tante configurazioni diverse a seconda del numero dei fondi-mutue (limitato in Francia, numeroso in Germania), le regole di appartenenza ai fondi (ad esempio in Francia avviene secondo l'attività lavorativa, mentre in Olanda dipende dalla residenza geografica e in Belgio è di natura religiosa), l'autonomia di scelta della mutua o assicurazione e, chiaramente, la quota di contributi versati dai datori di lavoro e direttamente dai lavoratori⁴⁵. Si è osservato come queste tipologie di assicurazioni create per legge rischino di avere una propensione al controllo della spesa e dei comportamenti degli erogatori inferiore alle assicurazioni tradizionali⁴⁶.

I sistemi basati sul *servizio sanitario pubblico*, anche chiamati di tipo *Beveridge*⁴⁷, si fondano sulla filosofia che la salute debba essere considerata un bene di interesse pubblico e debba essere prevalentemente garantita da un soggetto pubblico sia per il finanziamento sia per l'erogazione. Questi sistemi vengono finanziati tramite la tassazione generale e, nel modello puro, l'erogazione avviene esclusivamente tramite strutture appartenenti ad istituzioni pubbliche. L'obiettivo di questi sistemi è di garantire universalismo e diritto alla salute alla propria popolazione. Il primo sistema di questo tipo è stato (quello inglese nato nel 1948) il *National Health Services* (NHS) inglese nato nel 1948, seguito poi da altri, tra cui il sistema sanitario italiano nel 1978. Questa tipologia di sistemi sanitari sono considerati più equi ed in grado di risolvere una parte dei problemi creati dai fallimenti di mercato, ma è comunque soggetta a rischi di azzardo morale dovuti a comportamenti opportunistici degli erogatori e dei fruitori dei servizi sanitari. La forte promessa con cui questi si-

⁴⁵ Specularmente al primo sistema, anche se in modo meno accentuato, vi possono essere problemi di natura equitativa basate sull'appartenenza professionale, geografica, religiosa ma anche economica visto che le diverse casse possono avere coperture diverse con relativi costi diversi. *Fonte*: Mapelli V., *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna, 2012.

⁴⁶ Busse R., Blümel M., Knieps F., Bärnighausen T., Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition, in *The Lancet*, 390(10097), 2017, pp. 882-897.

⁴⁷ Questa denominazione nasce dal nome del curatore del rapporto da cui scaturì la nascita del sistema sanitario nazionale britannico, "commissionato nel 1939 dal premier conservatore Winston Churchill, il primo dicembre 1942, viene presentato il testo di un rapporto dal titolo *Social Insurance and Allied Service* destinato a rivoluzionare il sistema di sicurezza sociale nel Regno Unito, [...] la commissione fu presieduta da Sir William Beveridge, [...] L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale *National Health Services* (NHS) avvenuta nel 1948 [...] non fu indolore e non senza contrasti perché 1143 ospedali volontari tra (privati non profit) e 1545 ospedale municipali, nonché tutte le attività dei medici di famiglia passarono sotto la gestione e il controllo dello Stato" Maciocco G., *Politica*, cit.

stemi sono realizzati, unita ai problemi generati dall'evoluzione tecnologica e all'aumento dei bisogni sanitari, comporta per gli stessi criticità in termini di sostenibilità economica che si stanno manifestando in diversi paesi che li adottano⁴⁸. Come si vedrà, da questa considerazione è nato negli ultimi anni un movimento di riforma che sta portando i sistemi pubblici a trasformarsi in sistemi misti con una crescente presenza di corresponsabilità del cittadino rispetto alle proprie scelte di consumo di prestazioni sanitarie (ad esempio con l'introduzione di co-pagamenti, il ticket sanitario o con la creazione di meccanismi di quasi-mercato) e con decisioni esplicite di inclusione ed esclusione di prestazioni sanitarie coperte dal sistema. In particolare si è assistito in Italia con la fissazione dei livelli essenziali di assistenza LEA, che razionano o escludono alcune prestazioni come ad esempio la chirurgia estetica, la riabilitazione, l'odontoiatria, etc.⁴⁹.

Salute e sviluppo economico

La relazione tra sviluppo economico e livello di salute è stata al centro di numerosi studi che hanno usato l'aspettativa di vita come macro indicatore di salute. Nel 1975, Preston⁵⁰ mostrò come l'aspettativa di vita alla nascita nei paesi di tutto il mondo fosse correlata al prodotto interno lordo pro capite. Il PIL⁵¹ viene spesso utilizzato come indicatore di ricchezza nazionale, di tenore di vita e di sviluppo economico. L'andamento della relazione viene descritto sinteticamente dalla Preston Curve (figura 2) che ha uno sviluppo simile ad una

⁴⁸ Ad esempio, Italia, Gran Bretagna, Canada, Nuova Zelanda e Svezia.

⁴⁹ Lega F., *Management e leadership dell'azienda sanitaria. Conoscere il settore e il sistema, organizzare i servizi, dirigere i professionisti*, Egea, Milano, 2016.

⁵⁰ Preston S.H., *The Changing Relation between Mortality and Level of Economic Development*, in *Population Studies*, 29(2), 1975, pp. 231-248. Doi: 10.2307/2173509. JSTOR 2173509. PMC 2572360.

⁵¹ Il PIL è il risultato finale dell'attività di produzione delle unità produttrici residenti nello Stato. Corrisponde al valore della produzione totale di beni e servizi dell'economia, diminuita dei consumi intermedi ed aumentata dell'IVA gravante e delle imposte indirette sulle importazioni. È un indice sintetico (e limitato) della ricchezza di un paese.

Il PIL misura il flusso monetario corrispondente allo scambio di beni e servizi tra gli individui e le imprese all'interno di un sistema economico. È una variabile flusso determinata come:

$$PIL = C + I + G + EX - IM$$

dove:

- Consumi (C);
- Investimenti (I);
- Spesa Pubblica (G);
- Esportazioni (EX);
- Importazioni (IM);
- $NX = EX - I$.