

ASSOCIAZIONE ITALIANA ECONOMIA SANITARIA/ La ricetta dell'Aies per affrontare i

«Come lo sviluppo può essere

L'ambiente interviene sulla diffusione delle patologie - Assicurazioni,

ECONOMISTI AIES

L'Aies (Associazione italiana di economia sanitaria) ha concentrato quest'anno la sua attenzione nel Convegno annuale che si è svolto presso l'Università Cà Foscari di Venezia su «Sviluppo e sostenibilità dei sistemi sanitari: dinamiche demografiche e ambientali».

Il Convegno ha ricevuto il sostegno finanziario determinante della Fondazione di Venezia e il supporto organizzativo del Dipartimento di Scienze economiche dell'Università Cà Foscari di Venezia.

La riunione scientifica ha visto la partecipazione di molti studiosi e ricercatori, nonché di politici e amministratori di aziende sanitarie. Nei due giorni del Convegno sono state affrontate numerose tematiche di notevole rilevanza per quanto riguarda lo sviluppo e la sostenibilità futura dei sistemi sanitari, tra cui:

- gli effetti dell'invecchiamento della popolazione;
- l'importanza della promozione della salute per l'investimento in capitale umano e la crescita socio-economica;

- gli effetti dell'ambiente sulla salute della popolazione; la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici e lo sviluppo di collaborazioni tra pubblico e privato;
- il possibile ruolo delle assicurazioni sanitarie private;
- la promozione equilibrata dell'efficienza e dell'equità;
- il governo della domanda e dell'offerta di servizi sanitari; l'impatto dei fenomeni migratori sui sistemi sanitari di alcune Regioni italiane.

Una sessione speciale del Convegno è stata dedicata alle politiche poste in atto dall'Organizzazione mondiale

della Sanità (Oms) per promuovere la salute e lo sviluppo economico sostenibile in ambito europeo; in questa sessione sono stati illustrati i principali risultati del recente Rapporto dell'Oms sul legame positivo tra promozione della salute e crescita economica nei Paesi nuovi membri dell'Unione europea (una sintesi di questa ricerca è stata già pubblicata su Il Sole-24 Ore Sanità n. 44/2006).

Nel corso del Convegno sono state presentate quattro relazioni invitate da parte di studiosi di Economia sanitaria di elevato profilo in-

ternazionale che hanno fatto il punto della situazione per quanto riguarda il probabile impatto dei fattori ambientali e demografici sull'evoluzione futura dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali (una sintesi delle quattro relazioni è contenuta negli articoli qui riportati).

Anil Markandya, professore ordinario di Economia all'Università di Bath e collaboratore della Fondazione Enrico Mattei, ha affrontato il tema dell'impatto dei determinanti ambientali sulla salute delle popolazioni e sui sistemi sanitari. Axel Boersch-Su-

IL CONSUMO DI SERVIZI SI CONCENTRA NELL'ULTIMO ANNO DI VITA

Spesa: il vero driver non è l'età, ma la

Durante il Convegno Aies 2006, William W. Busse, dell'Università Politecnica di Berlino e dello European Observatory on Health Care Systems, ha presentato una relazione sull'impatto dei cambiamenti demografici sui sistemi sanitari (<http://mig.tu-berlin.de>). La relazione di Busse, incentrata sugli effetti dei cambiamenti demografici nei sistemi sanitari europei, suggerisce alcune riflessioni specifiche sulla situazione italiana.

I cambiamenti demografici possono essere sintetizzati con l'espressione "double-ageing". Complessivamente, la popolazione invecchia perché la vita attesa aumenta (circa 2,4 anni per decennio negli ultimi venti anni) e la fertilità diminuisce. In altre parole, la popolazione invecchia perché si vive di più e si fanno meno figli. Inoltre, a questo effetto strutturale va aggiunto un effetto di coorte, ossia l'invecchiamento della generazione del baby boom.

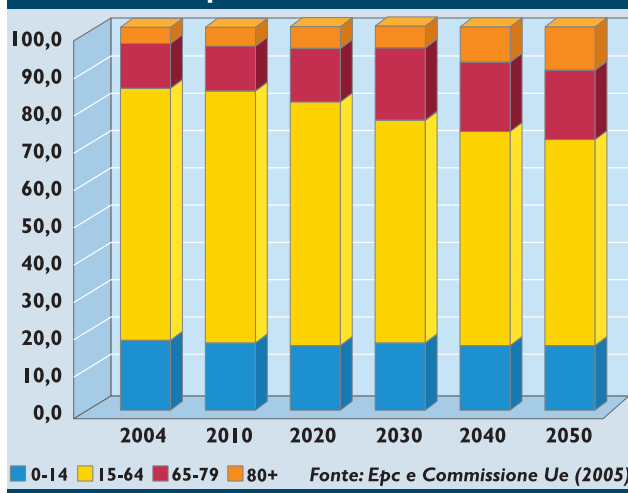
Il picco nella fertilità all'inizio degli anni '60 si sta traducendo in un picco nella popolazione che ora ha 40/50 anni e che tra venti anni entrerà nella parte finale della vita.

L'aumento della vita attesa, la caduta dei tassi di fertilità e l'invecchiamento della generazione del baby boom sono elementi che riguardano, con accenti diversi, tutti i Paesi europei.

In Italia, però, i bassi tassi di fertilità sono ormai un problema molto grave: insieme agli spagnoli, gli italiani sono tra le popolazioni meno prolifiche del mondo, con un rapporto tra figli e donne attorno a 1,3, largamente insufficiente per mantenere la popolazione in equilibrio di lungo periodo.

Le dinamiche strutturali delle popolazioni sono influenzate dai flussi migratori, che hanno un andamento meno prevedibile nel lungo periodo ma che, almeno in parte, sono controllabili da appropriate politiche pubbliche sui flussi migra-

Distribuzione per fasce di età nei 25 Paesi Ue



Medici laureati nell'Africa sub-sahariana al

Paese di origine	Totale medici nel Paese di origine	Medici che lavorano	
		Numero medici	
Angola	881	168	
Camerun	3.124	109	
Etiopia	1.936	335	
Ghana	3.240	926	
Mozambico	514	22	
Nigeria	34.923	4.261	
Sud Africa	32.973	12.136	
Uganda	1.918	316	
Tanzania	822	46	
Zimbabwe	2.086	237	
Totale	82.417	18.556	

(*) I Paesi dell'Ocse considerati sono otto: Australia, Canada, Germania, Portogallo, Regno Unito, Stati Uniti d'America.
Fonte: Oms, World health report 2006

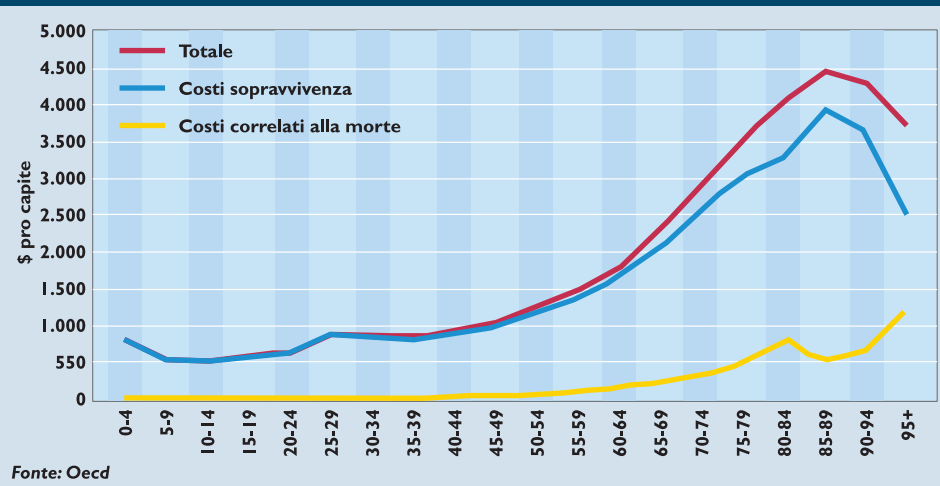
tori. Fino a ora l'immigrazione, o meglio il saldo migratorio, non è stato in grado di compensare le dinamiche demografiche naturali: la popolazione dei Paesi dell'Europa 25 invecchia, malgrado gli immigrati abbiano un'età media più bassa degli europei.

L'impatto di questi cambiamenti va visto in termini quantitativi e qualitativi. Sul primo fronte il dibattito è molto vivace, ma alcune riflessioni condivise iniziano a emergere. Per sé stesso l'invecchiamento non dovrebbe avere un impatto catastrofico sulla domanda di servizi sanitari.

È semplicemente sbagliato estrapolare il consumo della spesa per fasce di età nel lungo periodo. Questo semplicemente perché un sessantenne di oggi è molto diverso da un sessantenne di 40 anni fa.

Si potrebbe affermare che il miglioramento della vita attesa è associato a uno sdoppiamento tra età anagrafica ed età sanitaria: non solo si vive di più, ma anche meglio e quindi con meno bisogno di servizi sanitari (almeno di alcune categorie di servizi per la gestione degli eventi acuti).

Spesa pro capite per gruppi d'età



Il vero driver della domanda di assistenza e quindi della spesa sanitaria non è l'età ma la morte. Il consumo di servizi sanitari tende a concentrarsi nell'ultima fase della vita delle persone.

È tipicamente nell'ultimo anno di vita che si concentra una buona parte della spesa sanitaria "life-time". Bisogna quindi guardare alla mortalità più che all'età per fare previsioni sulla spesa sanitaria.

Tuttavia, occorre cautela per non estremizzare queste posizioni. Non tutta la spesa si concentra nella fase finale della vita delle persone (a esempio nelle donne c'è l'impatto della maternità), anche perché al crescere della vita attesa cresce anche la probabilità che le persone contraggano malattie croniche non fatali.

Si vive più a lungo, probabilmente anche meglio, ma con un'alta probabilità di essere af-

fetti da diverse condizioni, spesso da trattare con terapie di contenimento o di prevenzione secondaria.

Inoltre, occorre tenere presente l'effetto coorte (l'invecchiamento della generazione del baby-boom): nei prossimi anni la domanda di assistenza crescerà significativamente proprio perché diventeranno vecchie (e quindi avranno un'elevata probabilità di morire) le ampie coorti nate agli inizi de-

temi caldi demografici e ambientali

sostenibile»

efficienza e qualità da riscoprire

pan - Direttore del Mannheim Institute for the Economics of Aging e coordinatore del Progetto europeo Share - e Reinhard Busse - direttore del Dipartimento di gestione dei servizi sanitari presso la Technische Universität di Berlino e Direttore ricerche presso l'European Observatory on Health Systems and Policies della London School of Economics - hanno trattato la tematica degli effetti dell'invecchiamento della popolazione nei sistemi sanitari europei.

Infine, Lindeboom del-

l'Università di Amsterdam ha illustrato l'importanza rilevante che lo stato di salute in età infantile può avere sulla situazione socio-economica in età adulta e, quindi, sull'economia nel suo complesso. Le relazioni presentate al Convegno (4 relazioni invitate e 57 comunicazioni articolate in 13 sessioni tematiche) si possono trovare sul sito dell'Aies www.aiesweb.it

Vincenzo Rebba
 Dip. di Scienze economiche
 Università di Padova
 e Segretario generale Aies

morte

lavoro nell'Ocse

in Paesi dell'Ocse (*)

% sul totale dei medici nel Paese di origine

19%
3%
17%
29%
4%
12%
37%
16%
6%
11%

23% (media)

Finlandia, Francia,

gli anni '60. Ancora meno chiari sono gli scenari sulle implicazioni dell'invecchiamento in termini qualitativi. Cosa cambierà (o dovrà cambiare) per effetto di una popolazione sempre più anziana? La sessione plenaria del Convegno Aies 2006 non ha dedicato molto spazio a questo tema, anche se è stato sottolineato il problema della gestione dei pazienti non autosufficienti, della sostenibilità di soluzioni di comunità per la gestione delle persone anziane e del ruolo delle Information and communication technologies. Nella seconda parte dell'intervento il professor Busse ha affrontato il tema dell'impatto dell'invecchiamento sull'offerta dei servizi, e in particolare dei professionisti sanitari. L'invecchiamento non riguarda soltanto i pazienti, ma anche medici e infermieri.

L'età media di medici e infermieri sta velocemente crescendo, ponendo un problema di sostenibilità dei sistemi sanitari nel lungo periodo sul lato dell'offerta. Senza interventi adeguati, nei prossimi due decenni potrebbe registrarsi una crisi ancora più acuta di quella odierna, già abbastanza grave

data la mancanza generalizzata di infermieri nei Paesi europei più ricchi e la drammatica mancanza di medici in Regno Unito.

In diversi Paesi, ma in misura minore in Italia, l'invecchiamento dei professionisti sanitari e le tensioni sull'offerta nel mercato del lavoro sono stati affrontati importando medici e infermieri da altri Paesi, principalmente dalle ex colonie del Regno Unito.

Il risultato è che in questo Paese più del 50% dei medici che entrano nel sistema sanitario non sono nati in Regno Unito e provengono da Paesi con reddito molto più basso.

L'importazione di medici e infermieri può essere un modo efficace di risolvere alcune tensioni sul mercato del lavoro, con effetti già nel breve periodo.

Tuttavia, solleva un serio problema relativamente all'offerta di medici nei Paesi più poveri. Non solo in questi Paesi i professionisti sanitari sono in numero molto limitato per ragioni strutturali, ma i Paesi "ricchi" portano via i migliori professionisti lasciando un vuoto di risorse, anche umane, in Paesi che hanno un tremendo bisogno di migliorare il sistema sanitario.

Le dinamiche demografiche avranno conseguenze rilevanti sul lato della domanda dei servizi (principalmente per effetto dell'invecchiamento della popolazione), sul lato dell'offerta (ponendo seri problemi sul lato dell'offerta di lavoro) e sul lato del finanziamento (per effetto della tendenza a uno sfavorevole rapporto tra chi lavora e non lavora). Ma questi effetti non sono uno "tsunami"; sono prevedibili con largo anticipo; pertanto, si tratta semplicemente di fare politiche adeguate che preparino il sistema a questi cambiamenti.

Giovanni Fattore
 Cergas, Università Bocconi
 Vice-presidente Aies

L'IMPATTO ECONOMICO DELL'INQUINAMENTO ELETTRICO E DEI MEZZI DI TRASPORTO

L'energia costa cara alla salute: provoca danni da 36,3 miliardi l'anno

Un progresso che pesa 627 euro pro capite - E va peggio nei Paesi in via di sviluppo

Il rapporto tra energia e salute è complesso e di difficile valutazione, dato che implica l'intero arco degli effetti che si sviluppano dalle fonti primarie alla trasformazione in energia elettrica e agli usi finali. Due sono, tuttavia, i riferimenti fondamentali, che da soli catturano gran parte delle relazioni in esame: la produzione di elettricità e il trasporto. Anil Markandya, professore all'Università di Bath (UK) e alla Fondazione Eni Enrico Mattei, ha proposto nel Convegno annuale dell'Aies lo studio Energy and Health: Some new Perspectives, che appare il documento di sintesi più esteso e aggiornato in materia.

Come si può vedere nella tabella, la produzione di elettricità di gran lunga meno dannosa, alla luce delle statistiche riportate nello studio, è quella derivante dalle centrali nucleari, che presenta numeri molto bassi sia dei casi di morte che dei casi di malattia per patologie tumorali non mortali e per patologie a carattere ereditario. Ma si sa che il rischio di eventi catastrofici non può essere mai dichiarato "impossibile" e si sa che, al di là della nota crisi di rigetto psicologico che si osserva presso larghi strati della popolazione, è anche contestato da vari studiosi l'approccio del rischio atteso, da cui risulta la preferibilità dell'energia nucleare, quando si tratti di operare agli estremi della gamma degli eventi, moltiplicando una probabilità bassissima per un impatto gravissimo.

Le fonti tradizionali presentano impatti sulla salute non trascurabili, specialmente legati all'uso di carbone e lignite. Gli effetti dannosi sono dovuti in particolare alle microparticelle e alle particelle create da varie interazioni chimiche che coinvolgono SOx e NOx (ossidi di zolfo e di azoto). Segue a distanza il problema dell'ozono. Superfluo dire che i valori medi nascondono un'estesa variabilità (da un fattore 1 a un fattore 40, secondo una ricerca) in funzione dell'altezza dei camini e del contesto fisico e antropico in cui si collocano le emissioni. Ne consegue che i confronti e gli interventi macroeconomici devono essere integrati da normative e azioni a livello locale.

Nel caso dell'Italia, le stime per il 2001 indicano circa 2.550 decessi e 23.000 casi di malattie gravi all'anno. In termini monetari, a prezzi 2006, si arriva a circa 3,6

miliardi di euro, equivalenti a 64 euro pro capite.

Si tratta comunque di costi incomparabilmente inferiori a quelli che sarebbero comportati dalle fonti antiche di riscaldamento, come si può dedurre con pratica certezza considerando gran parte dei Paesi in via di sviluppo dove sono disponibili solo fonti energetiche povere (legna, carbone e altri combustibili organici) che usate in ambienti chiusi senza adeguata aerazione e protezione producono un elevato inquinamento domestico e gravi danni alla salute.

Circa il trasporto, gli effetti sulla salute sono molto più forti di quelli derivanti dalla produzione di elettricità. Considerando insieme l'impatto sulla salute provocato dall'inquinamento atmosferico dovuto alle emissioni veicolari, gli incidenti e i danni provocati dal rumore, si arriva per l'Italia a una valutazione monetaria di 16 miliardi di euro. È interessante ricordare lo studio di C. Nash del 2002 che ha cercato di calcolare tutti i costi diretti e indiretti associati al trasporto su strada, inclusi quelli di costruzione delle infrastrutture, e li ha paragonati con il gettito fiscale alimentato dal traffico veicolare in 15 Paesi dell'Ocse. Il risultato è che in 6 Paesi il gettito era inferiore al costo, ma in 9 risultava superiore. L'Italia è in questo secondo gruppo dato che il gettito eccede il costo del 20%. Questo risultato induce a pensare che l'onere fiscale sui carburanti sia un'adeguata imposta correttiva che "internalizza" il costo indiretto dovuto all'inquinamento, al rumore e alla sinistrosità del traffico.

Aggiungendo ai precedenti impatti quelli prodotti dagli altri usi dell'energia - nell'agricoltura, nell'industria, nel commercio, nelle attività residenziali e nei trasporti non su gomma - si arriva per l'Italia a una valutazione complessiva dei costi sociali derivanti dagli effetti negativi sulla salute dell'intera gamma delle forme di produzione e uso di energia di circa 36,3 miliardi di euro nel 2001, pari a circa il 3% del Pil e a 627 euro pro capite. Si tratta di una cifra indubbiamente rilevante che si avvicina al 35% della spesa sanitaria pubblica e priva-

ta. E non ci sarebbero da aggiungere anche i costi derivanti dall'effetto serra dovuto al riscaldamento terrestre addebitato all'accumulo di CO₂ nell'atmosfera e quindi addebitato essenzialmente all'uso dei combustibili fossili? Si sa che il fenomeno è considerato uno dei massimi problemi del pianeta. Ma per ora gli effetti sulla salute non sono chiaramente valutabili per i Paesi industrializzati dove i danni dell'eccessivo caldo estivo sembrerebbero compensati dai vantaggi del minor freddo invernale.

Nettamente negativo, soprattutto in termini di mortalità, è invece il saldo per i Paesi poveri delle zone tropicali, dove il cambiamento climatico è il principale responsabile di autentici disastri ambientali con il loro seguito di morti immediate e di successive epidemie.

Tutti gli effetti negativi sulla salute derivanti dalla produzione e dall'uso di energia non devono far dimenticare i danni che derivano al contrario dall'insufficiente accesso all'energia. Si è già detto che il problema è drammatico per i Paesi più poveri.

Non mancano tuttavia alcuni problemi anche nei Paesi sviluppati per le fasce povere della popolazione che possono avere difficoltà nel proteggersi con l'uso di energia dall'eccessivo freddo e dall'eccessivo caldo. Da questo punto di vista, politiche di sostegno sembrano ben giustificate e, considerando i problemi gestionali, la soluzione migliore consiste nella redistribuzione interna tra utenti attraverso tariffe agevolate fino a un certo livello di consumo finanziate a spese dei consumi più elevati.

Per quanto riguarda le politiche energetiche, valutate sotto il profilo dell'impatto sulla salute, i benefici maggiori sono attesi dall'adozione di tecnologie più pulite nell'uso dei combustibili fossili, mentre meno chiari appaiono i benefici derivanti dal maggiore ricorso a fonti rinnovabili di energia.

Da ultimo, farebbe bene alla salute in ambiente urbano, e quindi chiamando in causa le politiche dei governi locali, usare meno i veicoli a motore e muoversi di più a piedi o in bicicletta.

Gilberto Muraro

Dipartimento di Scienze economiche
 Università di Padova e Aies

Effetti sulla salute della produzione di elettricità in Europa per fonte primaria di energia

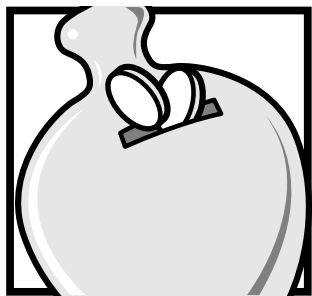
Stime del numero di morti e dei casi di malattia per TeraWatt/h (stime calcolate con metodologia ExternE) (1 TeraWatt/h = 1 miliardo di KWh) (tra parentesi gli intervalli di confidenza al 95%)

	Morti per incidenti		Effetti direttamente legati all'inquinamento atmosferico		
	Nella popolazione	Nelle attività lavorative	Morti (1)	Malattie gravi (2)	Malattie minori (3)
Lignite	0,02 (0,005-0,08)	0,10 (0,025-0,4)	32,6 (8,2-130)	298 (74,6-1.193)	17.676 (4.419-70.704)
Carbone	0,02 (0,005-0,08)	0,10 (0,025-0,4)	24,5 (6,1-98,0)	225 (56,2-899)	13.288 (3.322-53.150)
Gas	0,02 (0,005-0,08)	0,001 (0,0003-0,004)	2,8 (0,70-11,2)	30 (7,48-120)	703 (176-2.813)
Petrolio	0,03 (0,008-0,12)	n.d.	18,4 (4,6-73,6)	161 (40,4-645,6)	9.551 (2.388-38.204)
Biomassa	n.d.	n.d.	4,63 (1,16-18,5)	43 (10,8-172,6)	2.276 (569-9.104)
Nucleare	0,003	0,019	0,052	0,22	

Note

- (1) Le morti da inquinamento atmosferico includono gli effetti sia acuti che cronici. Gli effetti di patologie croniche rappresentano tra l'88% e il 99% del totale. Nel caso dell'energia nucleare, essi includono tutte le morti legate a neoplasie.
- (2) Nelle malattie gravi sono compresi i ricoveri ospedalieri per patologie respiratorie e cerebro-vascolari, attacchi cardiaci e bronchiti croniche. Nel caso dell'energia nucleare, includono tutte le forme tumorali non mortali e le malattie ereditarie.
- (3) Le patologie minori includono la riduzione delle giornate di attività, i casi di malattia che richiedono farmaci broncodilatatori, i giorni di tosse e di ridotta capacità respiratoria nell'asma e i casi di tosse cronica.

Fonti: lignite: <http://lexterne.jrc.es/ger.pdf>, carbone, petrolio, gas e biomassa: <http://lexterne.jrc.es/uk.pdf> e Dreicer M., V. Tort - ExternE - Externalities of Energy - Nuclear. EC Report, EUR 16524 EN, 1995, Vol. 5; 1995



ASSOCIAZIONE ITALIANA ECONOMIA SANITARIA/ Primo data set Ue con il progetto «Survey

Età e salute senza più segreti

Le condizioni dichiarate non sono quelle oggettive: l'Italia sta meglio della

ECONOMISTI AIES

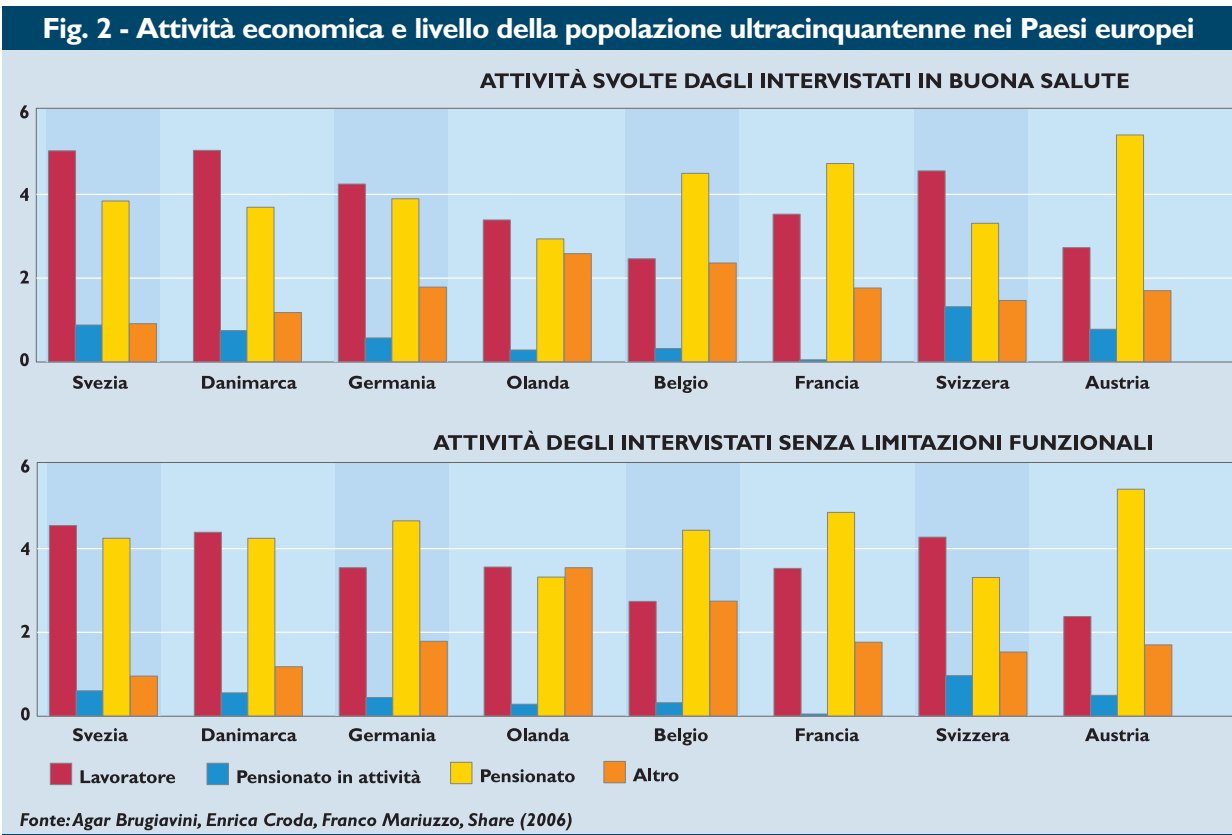
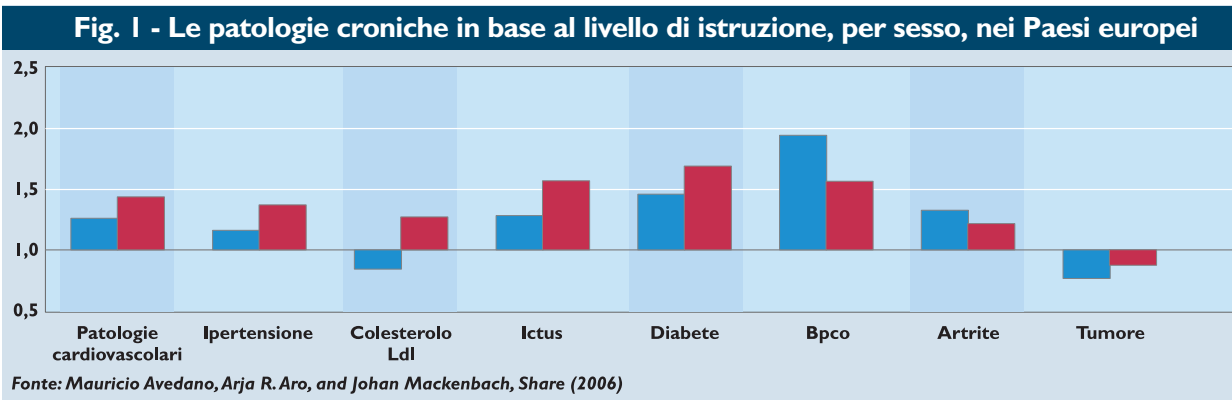
L'età media della popolazione nei Paesi sviluppati sta aumentando molto rapidamente; per l'Italia l'Ocse stima un aumento della percentuale di ultrasessantacinquenni dal 18,1% del 2000 al 33,7% del 2040. Nello stesso periodo la percentuale di persone al di sopra degli 80 anni dovrebbe passare dal 4 al 10 per cento. Tali cambiamenti avranno un impatto sulla spesa pubblica sanitaria, socioassistenziale e previdenziale. L'invecchiamento della popolazione, che caratterizza buona parte dei Paesi europei, rappresenta infatti un fattore indiretto (trascinato dal processo di innovazione tecnologica in campo medico) di crescita della spesa sanitaria, che può influenzare in misura rilevante la sostenibilità dei sistemi sanitari pubblici nel lungo periodo. Gli studi che sono stati condotti in Europa fino a oggi su questi aspetti non forniscono una visione complessiva, spesso a causa di una mancanza cronica di dati. In Italia, non esistono rilevazioni sistematiche di dati relativi al ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione suddivisa per classi di età e gli studi elaborati dal ministero della Salute si riferiscono a dati non sempre aggiornati: basti pensare che gli ultimi dati sui ricoveri degli anziani risalgono al 2000. Inoltre i dati raccolti ed elaborati si riferiscono in prevalenza alla spesa e non riescono a tenere conto del contesto sociale e della qualità della vita della popolazione anziana.

Il Convegno annuale 2006 dell'Aies (Associazione italiana di economia sanitaria) è stato l'occasione per la presentazione alla comunità scientifica di un importante progetto di ricerca multidisciplinare a livello europeo che cerca di superare alcuni dei limiti degli studi sugli effetti dell'invecchiamento finora realizzati in Europa: si tratta del progetto Share (Survey of health ageing and retirement in Europe) che è stato illustrato nel corso del Convegno di Venezia da parte del coordinatore del progetto stesso Axel Börsch-Supan, dell'Università di Mannheim.

L'indagine Share, «Gli ultracinquantenni in Europa», avviata nel 2004 e ancora in corso, ha portato alla costruzione del primo data set europeo relativo a un campione di oltre 22.000 persone di età pari o superiore a 50 anni in 11 Stati (Svezia, Danimarca, Germania, Olanda, Belgio, Francia, Svizzera, Austria, Italia, Spagna e Grecia). Tale data set raccoglie una serie di informazioni relative alla popolazione europea ultracinquantenne:

condizioni socio-economiche, status occupazionale, condizioni di salute, capacità funzionali e cognitive, ricorso ai servizi sanitari e socio-assistenziali, caratteristiche dei nuclei familiari. Un obiettivo di Share è quello di analizzare come l'invecchiamento della popolazione influenzi i comportamenti individuali per quanto riguarda le decisioni economico-finanziarie e il ricorso ai servizi sanitari nei diversi contesti europei.

Le potenzialità del data base Share appaiono enormi proprio in virtù delle sue caratteristiche, anche perché i dati sono accessibili a tutta la comunità scientifica sul sito www.share-project.org, purché vengano utilizzati per ricerca e non a fini commerciali. La novità e l'importanza di questi dati risiede nel fatto che, attraverso un questionario strutturato, somministrato con il metodo Capi, è sta-



to raccolto per ciascun intervistato un numero rilevante di informazioni relative a quattro aspetti fondamentali per la ricerca economica e socio-sanitaria e cioè:

1. dati socio-demografici: dati di base (età, sesso, stato civile), tipo di abitazione, livello di istruzione, composizione della famiglia includendo anche figli e nipoti non conviventi;

2. stato di salute e ricorso ai servizi sanitari: si considera un'ampia gamma di variabili, tra cui diversi indicatori di salute percepita, indici oggettivi dello stato di salute fisica e mentale e del grado di autonomia e di funzionalità (Adls, Iadls, velocità nel camminare, forza fisica), stili di vita, consumo di prestazioni sanitarie, ricorso a forme di copertura assicurativa di tipo integrativo;

3. variabili economiche: tipologia e caratteristiche dell'attività lavorativa svolta (grado di flessibilità della forma contrattuale, numero di ore lavorate, opportunità di lavoro dopo la pensione), curriculum professionale, tipo di pensione a cui si ha o si avrà diritto, composizione del reddito, della ricchezza e del consumo della famiglia;

4. dati di natura psicologica: aspettative rispetto al futuro, preferenze, avversione al rischio;

5. caratteristiche del nucleo familiare

e grado di partecipazione a network sociali: struttura della famiglia, forme di supporto e assistenza familiare, supporto intergenerazionale, grado di prossimità con altri familiari e con centri urbani e commerciali; inserimento all'interno di network sociali.

Ma entriamo un po' più nel dettaglio delle potenzialità di Share, dando uno sguardo alla rilevanza dei problemi che potrebbero essere studiati con questo strumento e a quello che si è già fatto. Se è vero che la correlazione fra età e spesa sanitaria è positiva, va detto che tale correlazione potrebbe in parte essere spuria: con l'età aumentano le malattie croniche, spesso legate a non corretti stili di vita.

I dati sui costi sanitari legati all'invecchiamento della popolazione nascono quindi una serie di problematiche che un database come quello di Share potrebbe aiutarci ad analizzare complessivamente e a rimuovere o attenuare.

Il questionario su cui è basato Share prende infatti in considerazione una serie molto ampia di variabili individuali, familiari e comportamentali e consente quindi di avere un quadro più chiaro delle caratteristiche della popolazione ultracinquantenne dei diversi Paesi europei, mettendo in luce alcuni importanti aspetti.

A esempio, i primi studi che hanno utilizzato i dati Share hanno rilevato come la salute percepita a livello individuale sia piuttosto diversa da Paese a Paese e, in genere, nel Sud dell'Europa il livello di salute dichiarato sia più basso di

quello dei Paesi dell'Europa continentale e del Nord: alla domanda "come sta" rivolta agli intervistati, la Spagna e l'Italia si collocano rispettivamente all'ultimo e penultimo posto per quanto riguarda le persone che rispondono che il loro livello di salute è "molto buono o eccellente", mentre ai primi posti dei livelli di salute dichiarata troviamo Danimarca e Svezia. Le prime elaborazioni dei dati Share evidenziano però che spesso lo stato di salute dichiarato non corrisponde pienamente allo stato di salute rilevato con misure oggettive di salute, attraverso specifici indici di prevalenza di patologie croniche e indicatori di capacità funzionali (forza della mano, velocità di cammino) e cognitive. Così scopriamo, a esempio, che lo stato di salute oggettivo degli italiani è addirittura migliore di quello dei danesi che evidenziavano il più alto livello percepito di salute.

Inoltre, per i Paesi Share si osserva una significativa correlazione positiva tra aumento della spesa sanitaria e indice di salute oggettiva, mentre lo stesso non si avrebbe confrontando l'andamento della spesa sanitaria e l'indicatore di salute percepita. Tenendo conto di importanti variabili individuali (soprattutto la presenza o meno di patologie croniche) diventa così possibile offrire una fotografia molto più accurata dello stato di salute della popolazione.

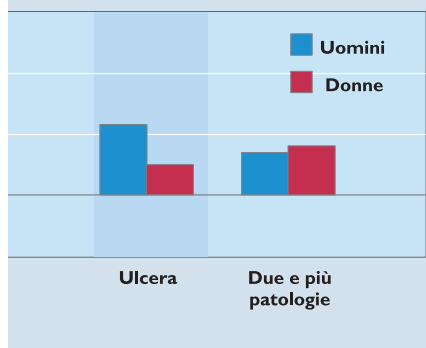
Inoltre, è possibile ottenere delle stime precise di come variano lo stato di salute oggettivo e la prevalenza delle patologie

of health ageing and retirement in Europe»

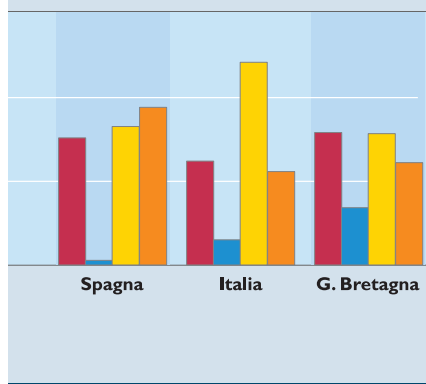
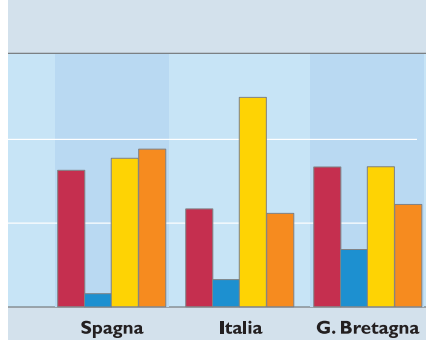
grazie a Share

Danimarca ma ha tanti pensionati sani

considerati da Share



considerati da Share



croniche non solo tra Paesi, ma anche con riferimento alle altre variabili rilevate da Share, quali livello di istruzione e reddito. Nella figura 1 vediamo, per esempio, una approssimazione del rischio di contrarre una delle malattie croniche più comuni a seconda del livello di istruzione (una variabile strettamente e positivamente correlata allo status socio-economico). Dopo aver ordinato la popolazione sulla base del livello di istruzione, per diversi tipi di patologie croniche viene calcolato l'odds ratio definito come rapporto tra la prevalenza della malattia (cioè la frequenza con cui si manifesta la malattia) nella popolazione ultracinquantenne con più basso livello di istruzione e la prevalenza della stessa patologia tra gli ultracinquantenni con più elevato livello di istruzione. Si osserva così che la prevalenza delle patologie respiratorie (Bpco) è quasi doppia per gli uomini oltre i 50 anni con un più basso livello di istruzione, mentre i pazienti di entrambi i sessi affetti da tumore sono leggermente più concentrati nelle fasce di popolazione con più elevato livello di istruzione.

Alcune di queste patologie, come il diabete e le malattie respiratorie, sono molto correlate agli stili di vita e forniscono quindi delle indicazioni immediate di policy circa l'importanza della prevenzio-

ne primaria. I primi studi elaborati con la banca dati Share fanno inoltre vedere come esistano delle forti disparità fra Paesi in questi indicatori relativi di prevalenza. In Italia, le differenze socio-economiche appaiono meno importanti che in altre Nazioni europee, ma esiste una forte disparità fra uomini e donne. Sulle donne, infatti, l'effetto legato allo status socio-economico sembra essere molto più pronunciato.

Share, tuttavia, non considera solo il livello di salute e l'utilizzo di servizi sanitari. I dati a disposizione, infatti, considerano anche altre informazioni relative alle persone al di sopra dei 50 anni, quali a esempio le attività lavorative svolte dopo il raggiungimento dell'età pensionabile (sia a titolo di volontariato che come attività remunerata). Alla luce dell'accesso dibattuto che si è aperto in Italia riguardo alla Finanziaria e alla prossima ulteriore revisione del sistema pensionistico, alcune delle elaborazioni tratte da Share, quale quella riportata in figura 2, appaiono particolarmente utili e meritevoli di riflessione.

La figura 2 riporta per ogni Paese la quota percentuale delle persone ultracinquantenni che risultano: ancora attive; in pensione ma che svolgono un'attività lavorativa; in pensione e non più attive; altre tipologie (casalinghe, invalidi civili ecc.). Dalla figura 2, si può osservare, a esempio, che Austria, Belgio, Francia e Italia evidenziano le più elevate percentuali di persone ultracinquantenni in buona salute e senza nessuna limitazione funzionale che dichiarano di essere in pensione e di non svolgere alcuna attività lavorativa. Si tratta dei Paesi per i quali le pensioni di anzianità risultano relativamente meno penalizzate.

Gli esempi qui riportati dimostrano solo alcune delle enormi potenzialità di Share come strumento per analizzare gli effetti dell'invecchiamento sui sistemi di welfare dei Paesi europei. Un ultimo importante aspetto di Share che deve essere sottolineato riguarda il fatto che il campione di europei ultracinquantenni verrà ricontattato ogni due anni e continuerà quindi a essere tenuto sotto osservazione nel corso del tempo. Le analisi empiriche condotte in Europa e in Italia (in particolare quelle condotte a partire dai dati contenuti nelle banche dati amministrative delle Asl) hanno infatti evidenziato come la fotografia della popolazione si modifichi rapidamente nel tempo. Il fatto che Share si prolunghi nel tempo (si tratta infatti di studio longitudinale) appare determinante per poter valutare quali siano le caratteristiche sociali ed economiche che consentono a un grande numero di ultracinquantenni di invecchiare in buona salute e in assenza di disabilità. In questo modo sarà anche possibile monitorare in modo migliore l'evoluzione nel tempo degli effetti delle politiche pubbliche, analizzando in particolare gli effetti dei programmi socio-sanitari sulle scelte individuali, sulla prevenzione e su tutti gli aspetti della vita quotidiana che possono avere importanti ricadute sulla salute.

L'esame dei progetti politico-sanitari a lungo termine indirizza le scelte

determinante per poter valutare quali siano le caratteristiche sociali ed economiche che consentono a un grande numero di ultracinquantenni di invecchiare in buona salute e in assenza di disabilità. In questo modo sarà anche possibile monitorare in modo migliore l'evoluzione nel tempo degli effetti delle politiche pubbliche, analizzando in particolare gli effetti dei programmi socio-sanitari sulle scelte individuali, sulla prevenzione e su tutti gli aspetti della vita quotidiana che possono avere importanti ricadute sulla salute.

Rosella Levaggi
Dipartimento di Scienze economiche
Università di Brescia e Aies
Vincenzo Rebba
Dipartimento di Scienze economiche
Università di Padova
e Segretario generale Aies

È NECESSARIO AUMENTARE GLI INVESTIMENTI IN PREVENZIONE

L'invecchiamento si cura nei primi anni di vita

Campagne mirate consentirebbero la razionalizzazione di alcuni servizi

Il problema del contenimento della spesa sanitaria (sia pubblica che privata) è da tempo nelle agende di tutti i policy-makers dei Paesi più industrializzati. La sostenibilità della spesa è oramai il problema principale da affrontare. I dati provenienti dal sistema sanitario degli Usa sono a tal riguardo molto preoccupanti: alla General Motors il costo per l'acciaio usato è minore di quello per le assicurazioni sanitarie dei dipendenti e la maggior parte dei casi di "bancarotta" delle famiglie americane è dovuta alla crescita eccessiva del costo delle polizze assicurative sanitarie.

Sappiamo benissimo che la situazione in Europa, e in Italia in particolare, non è così allarmante, tuttavia l'attuale dinamica dei costi legati alla Sanità impone un'attenta analisi che ne definisca obiettivi e strategie di contenimento.

Storicamente sono due i fattori principali che possono essere considerati responsabili dell'aumento strutturale della spesa sanitaria: il tasso di crescita della popolazione anziana e l'introduzione di nuove tecnologie.

Sapere che la spesa dipende da queste due variabili non rappresenta, tuttavia, un grosso aiuto per chi deve gestire la politica sanitaria: una tale conoscenza può, al massimo, aiutare a individuare il corretto ammontare di risorse da mettere a disposizione per assicurare ai cittadini un servizio sanitario adeguato.

Ma questo non significa certo governare la Sanità. Significa solo assicurare le risorse necessarie, un'interpretazione molto riduttiva del problema più generale del governo della Sanità.

Un corretto e accurato governo della Sanità dovrebbe essere basato, a esempio, su una attenta valutazione di quelli che sono i fattori che determinano lo stato di salute negli ultimi anni di vita dei pazienti (quando la spesa è maggiore) e, conseguentemente, identificare se e in che modo tali fattori sono legati alle caratteristiche socio-demografiche prevalenti durante l'arco di vita dei pazienti.

Questo è uno dei campi su cui, negli ultimi anni, maggiormente si è indirizzata la ricerca degli economisti sanitari.

I risultati a cui fino a oggi si è pervenuti sono molto interessanti e, sicuramente, aprono delle prospettive nuove in tema di gestione della politica sanitaria. L'intervento del Maarten Lindeboom dell'Università di Amsterdam al Convegno annuale dell'Aies ha avuto il grosso merito di evidenziarne i principali:

1) molta della morbilità e mortalità che si determina nelle fasce di popolazione anziana dipende da quanto è accaduto nei primi anni dell'infanzia (sfortunatamente ancora poco si sa su come il meccanismo funzioni);

2) le condizioni di salute dei genitori sembrano avere un ruolo fondamentale nel determinare lo stato di salute dei figli nei primissimi anni di vita (al contrario, il loro livello di istruzione e di reddito sembrano avere una scarsa influenza);

3) un cattivo stato di salute negli anni dell'infanzia può determinare un successivo cattivo stato di salute e il conseguimento di un più basso livello di istruzione; a loro volta, questi due fattori determinano minori opportunità di lavoro e un più basso livello di reddito durante l'arco di vita lavorativo degli individui;

4) a partire dai 40 anni il meccanismo testé descritto si inverte, e sono quindi le condizioni socio-demografiche a determinare lo stato di salute.

Relativamente alla sola Europa, le prime analisi condotte sui dati raccolti dal progetto Share (Survey of health, ageing and retirement in Europe) ci informano inoltre che il livello di istruzione gioca un ruolo importante per migliorare il livello di salute e aiuta a prevenire i casi di Alzheimer.

Il messaggio principale che viene fuori da queste evidenze è che l'identificazione dei meccanismi causali è fondamentale per disegnare politiche sanitarie in grado di contenere i costi senza necessariamente introdurre effetti di razionamento.

Inoltre, approfondire la conoscenza delle relazioni tra livello di salute nei primi anni di vita e successivamente lungo l'intero ciclo di vita risulta cruciale anche per capire in che modo è possibile cambiare i livelli di ineguaglianza nello stato di salute e, quindi, nell'uso delle risorse sanitarie.

Le evidenze empiriche di cui si è parlato in precedenza sono state ottenute grazie a informazioni raccolte e rese disponibili da agenzie pubbliche e da governi di vari Paesi (nella quasi totalità dei casi queste istituzioni non sono

europee).

È grazie a queste evidenze che oggi si è cominciato a guardare con un'ottica di lungo periodo ai problemi della Sanità, cercando di ridisegnare alcune delle politiche esistenti. La disponibilità di informazioni rappresenta quindi un aspetto cruciale per poter operare al meglio in questo settore. Non avere una corretta conoscenza dei meccanismi causali potrebbe creare più problemi di quanti la stessa politica non voglia risolverne.

Si pensi a esempio alle politiche incentrate sul contenimento incondizionato della spesa con cui, in modo spesso miope, i policy maker enfatizzano il controllo dei costi presenti tralasciando gli effetti che una razionalizzazione ispirata solo da criteri contabili potrebbe sortire sulla dinamica dei costi futuri. La relazione tra contenimento dei costi e risultato sanitario è una delle più importanti dal punto di vista della politica sanitaria, ma è al tempo stesso una delle meno studiate. Da una sua corretta analisi i policy maker non dovrebbero perciò prescindere.

Da un punto di vista di benessere collettivo l'obiettivo dovrebbe essere, quindi, quello di disegnare politiche sanitarie che risultino essere "dinamicamente efficienti", che vuol dire creare oggi le migliori condizioni per operare meglio domani.

Se pensiamo alle malattie cardiovascolari a esempio, è largamente documentato come la prevenzione sia riuscita a salvare molte più vite di qualsiasi terapia farmacologica o chirurgica (elementi questi che rimangono comunque fondamentali una volta che la malattia si sia manifestata).

L'adozione oggi di misure atte a incrementare gli investimenti in prevenzione dovrebbe portare domani a una riduzione del numero di persone da curare. Mutuando un termine della politica fiscale, occorrerebbe oggi "erodere la base imponibile" (il numero di persone esposte) al fine di ridurre domani il "gettito" (il numero di persone da trattare). A fronte della crescita delle patologie associate all'età avanzata, un adeguato sviluppo dell'assistenza domiciliare per quelle categorie di pazienti non necessariamente trattabili in ospedale e una più accurata politica di prevenzione potrebbero consentire un significativo risparmio di risorse.

Le considerazioni qui sopra riportate trovano in parte conferma nell'evidenza statistica disponibile per i Paesi dell'area Ocs. Benché non univoca, questa sembrerebbe imputare l'innalzamento della longevità all'adozione di uno stile di vita più sano e maggiormente incline alla prevenzione (primaria e secondaria) delle patologie, piuttosto che al miglioramento dei trattamenti.

Un esempio in questa direzione è rappresentato da quanto accaduto negli Stati Uniti tra il 1960 e il 1990 dove è stato dimostrato che il declino della mortalità dovuta a malattie cardiovascolari è da imputarsi non solo al progresso tecnologico applicato ai servizi medici, ma anche alle efficaci campagne di prevenzione (primaria e secondaria) attuate spesso anche con diagnosi e trattamenti farmacologici precoci.

Ciò testimonierebbe, una volta di più, l'importanza di un approccio globale alla questione sanitaria, maggiormente rivolto, rispetto a quanto fatto finora, alla comunicazione e alla prevenzione.

Adottare un tale approccio significherebbe anche guardare alla spesa sanitaria (o a una larga parte di essa) più in termini di spesa per investimenti che di spesa di parte corrente. La razionalizzazione di alcuni servizi di assistenza potrebbe essere operata infatti in sostanziale assenza di costi aggiuntivi, mentre il costo delle nuove campagne di prevenzione e degli incentivi all'adozione di nuove tecnologie (sia in campo farmacologico che diagnostico) potrebbe essere più che compensato dai minori costi in termini di ospedalizzazione.

A oggi questa è, forse, l'unica soluzione percorribile per sperare in sistemi sanitari finanziariamente sostenibili, senza dover essere costretti, in un futuro prossimo, a effettuare indesiderate operazioni di razionamento - come già avvenuto in passato - che potrebbero limitare l'accesso alle cure sanitarie per la fascia meno abbiente della popolazione.

In ogni caso, è importante che non si trascuri mai il principio per cui migliorare la salute dei cittadini è un investimento e non una spesa.

Vincenzo Atella
Facoltà di Economia
Università di Roma Tor Vergata e Aies
Lorenzo Carbonari
Facoltà di Economia - Università di Roma Tor Vergata