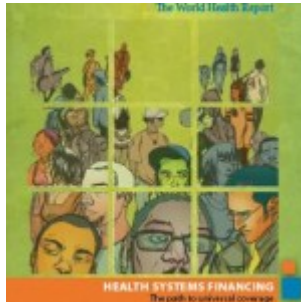


Gavino Maciocco



Solo il 20% dell'umanità vive in contesti dove sono in funzione reti di protezione sociale, tra cui la copertura sanitaria universale. In Africa e in Asia meridionale tale percentuale si abbassa al 5-10%.

---

La tempistica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità è terribilmente simbolica.

Il 2008 appare come un anno di grazia, l'anno del riscatto: viene pubblicato il coraggioso rapporto di denuncia delle diseguaglianze nella salute nel mondo a cura della [Commissione sui determinanti sociali di salute](#) e viene dedicato il Rapporto Annuale all'anniversario dei 30 anni dalla Dichiarazione di Alma Ata, con il significativo titolo: [Primary Health Care. Now more than ever.](#)

Poi arriva il 2009 con l'opaca, severamente criticata, [gestione dell'epidemia influenzale H1N1](#). La situazione è talmente confusa e imbarazzante che l'Organizzazione trascura perfino di pubblicare il Rapporto Annuale.

Alla fine del 2010 uno scatto di orgoglio: due anni senza rapporto annuale sarebbe stato troppo. E' un Rapporto, quello pubblicato in questi giorni, che guarda ancora al passato - ai valori, alle promesse del passato: "Salute per tutti".

Il Direttore Generale dell'OMS, Dr Margaret Chan, nel messaggio introduttivo racconta in maniera scolastica alcune verità che oggi per molti possono apparire scontate e banali, ma che per molti altri non lo sono affatto e vanno pertanto solennemente ribadite, come si legge in questo passo: "Nella via verso la copertura universale, il rapporto identifica nel ricorso al pagamento diretto delle prestazioni sanitarie (*user fees*) il più grande ostacolo nel raggiungimento di questo obiettivo. Esistono abbondanti prove che dimostrano che la costituzione di fondi alimentati dal versamento di contributi prepagati è la base più equa ed efficiente per aumentare la copertura della popolazione. In effetti questo meccanismo significa che il ricco sovvenziona il povero, e il sano sovvenziona il malato. L'esperienza

dimostra che tale approccio funziona meglio quando il prepagamento coinvolge una larga quantità di popolazione, con la costituzione di un *pool* di risorse in grado di coprire i costi sanitari di tutti”.

**William Beveridge questi concetti li aveva esaurientemente spiegati nel 1942. Ma erano chiarissimi anche a Otto Bismarck quando nel 1883 dette vita alle prime assicurazioni sociali obbligatorie in Germania e perfino agli operai e agli artigiani di Pinerolo che nel 1843 costituirono le prime società di mutuo soccorso in Italia.**

Il Rapporto 2010[1] si apre con un interrogativo: *Why universal coverage?*

La tempistica contenuta nella risposta ci racconta con i suoi vuoti la storia degli ultimi decenni.

- **1978.** Dichiarazione di Alma Ata e obiettivo **“Health for all by the year 2000”**.
- **2005.** Risoluzione n. 58.33 dell’Assemblea dell’OMS, dove si afferma che tutti devono essere in grado di accedere ai servizi sanitari e nessuno deve andare incontro a una catastrofe finanziaria a causa di ciò.
- **2010.** Il Rapporto OMS 2010 prende atto che **“The world is still a long way from universal coverage”**.

Il Rapporto OMS 2010 contiene fatti inoppugnabili e principi consolidati, confezionati in modo chiaro e razionale.

## **I fatti**

Solo il 20% dell’umanità vive in contesti dove sono in funzione reti di protezione sociale, tra cui la copertura sanitaria universale. In Africa e in Asia meridionale tale percentuale si abbassa al 5-10%.

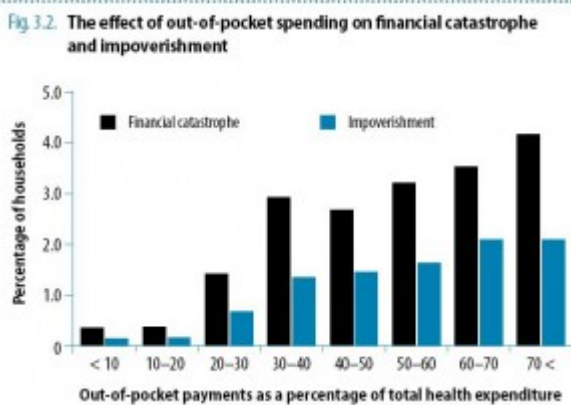
Le diseguaglianze tra ricchi e poveri nell’accesso ai servizi sanitari sono terribili anche per prestazioni molto elementari come l’assistenza qualificata al parto o l’assistenza alle comuni patologie dell’infanzia. **Se tali diseguaglianze fossero colmate con adeguati interventi di copertura sanitaria si eviterebbero da oggi al 2015 700 mila casi di mortalità materna e 16 milioni di decessi di bambini al di sotto dei 5 anni.**

La mancata copertura sanitaria determina anche l’impoverimento di enormi masse di popolazione: il rapporto stima che ogni anno 150 milioni di persone nel mondo vadano incontro a spese catastrofiche a causa di una malattia e che per questo motivo 100 milioni di

abitanti del pianeta siano annualmente trascinati al di sotto della soglia della povertà.

Nella **Figura 1** si nota come nei paesi in cui il pagamento diretto (out of pocket) rappresenta oltre la metà della spesa sanitaria totale aumenta in proporzione la percentuale di popolazione che va incontro a spese catastrofiche e che si impoverisce.

**Figura 1. Gli effetti del pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nella catastrofe finanziaria e nell'impovertimento delle famiglie.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Le disegualianze nell'assistenza sanitaria tra Nord e Sud sono altrettanto profonde: **i paesi industrializzati dell'OCSE che rappresentano il 18% della popolazione mondiale consumano l'86% delle risorse sanitarie del mondo.**

**I principi**

Nel Rapporto viene ribadito e approfondito il concetto contenuto nel messaggio della Dr

Chan: bisogna sostituire il diffuso sistema di pagamento diretto delle prestazioni con sistemi di prepagamento, attraverso varie forme di assicurazione. Anche paesi a medio-basso livello di sviluppo ce la possono fare, come è avvenuto recentemente in paesi come la Thailandia, Rwanda e Ghana.

Le raccomandazioni sono note, perché già presenti in altri documenti dell'OMS. Vedi:

1. I paesi si devono impegnare a destinare il 15% della spesa pubblica alla sanità e alla spesa sanitaria totale il 5-6% del PIL.
2. Solo quando la spesa sanitaria privata è contenuta al di sotto del 20% della spesa sanitaria totale si evita che le famiglie vadano incontro a spese catastrofiche a causa della cura delle malattie (mentre in gran parte dei paesi poveri questa percentuale supera il 50%).
3. I sistemi di prepagamento - su cui si basano le diverse forme assicurative - - devono essere obbligatori perché se sono volontari le persone sane e ricche non contribuiscono e il finanziamento è insufficiente.
4. I sistemi fiscali devono essere resi più efficienti, combattendo l'evasione fiscale e limitando il lavoro informale.
5. I sistemi sanitari devono aumentare l'efficienza e ridurre gli sprechi. In particolare devono essere superate le forme di pagamento a prestazione che incentivano l'*over-servicing*, sostituendole con le remunerazione a quota capitaria (*capitation*) o a quota forfetaria (*fixed sum per case*). Il Rapporto elenca in una tabella le dieci principali cause di inefficienza tra cui il basso uso di farmaci generici, l'inappropriatezza prescrittiva, l'uso di interventi ad alto costo e a basso impatto quando non sono finanziati gli interventi a basso costo e a alto impatto (**vedi Tabella 1**).
6. Laddove c'è una separazione tra committenti e produttori deve essere praticata la "committenza strategica", ovvero il committente deve premiare il produttore che eroga servizi effettivamente necessari alla popolazione, appropriati e di qualità.

## **Tabella 1.**

Tab. 4.1. The leading causes of inefficiency

Source of inefficiency	Common reasons for inefficiency	Ways to address inefficiency
1. Medicines: underuse of generics and higher than necessary prices for medicines	Inadequate controls on quality, safety, efficacy, and dispensing; limited perceived efficacy/safety of generic medicines; historical prescribing patterns and inefficient procurement/distribution systems; taxes and duties on medicines; excessive mark-ups.	Improve prescribing guidance, information, training and practices. Regulate, permit or offer incentives for generic substitution. Develop active purchasing based on assessment of costs and benefits of alternatives. Ensure transparency in purchasing and tender. Remove taxes and duties. Control excessive mark-ups. Monitor and publicize medicine prices.
2. Medicines: use of substandard and counterfeit medicines	Inadequate pharmaceutical regulatory structures/techniques; weak procurement systems.	Strengthen enforcement of quality standards in the manufacture of medicines; carry out product testing; reform procurement systems with pre-qualification of suppliers.
3. Medicines: inappropriate and ineffective use	Inappropriate prescriber incentives and unethical promotion practices; consumer demand expectations; limited knowledge about therapeutic efficacy; inadequate regulatory framework.	Separate prescribing and dispensing functions; regulate promotional activities; improve prescribing guidance, information, training and practice; disseminate public information.
4. Health-care products and services: uneven or supply of equipment, investigations and procedures	Supplier-induced demand; fee-for-service payment mechanisms; fear of litigation (defensive medicine).	Reform incentives and payment structure (e.g. capitation or diagnosis-related groups); develop and implement clinical guidelines.
5. Health workers: inappropriate or costly staff mix, unmotivated workers	Conformity with pre-determined human resource policies and procedures, resistance by medical profession; fixed/inflexible contracts; inadequate salaries; recruitment based on favoritism.	Undertake needs-based assessment and training; revise remuneration policies; introduce flexible contracts and/or performance-related pay; implement job-shifting and other ways of matching skills to needs.
6. Health-care services: inappropriate hospital admissions and length of stay	Lack of alternative care arrangements; insufficient incentives to discharge; limited knowledge of best practice.	Provide alternative care (e.g. day care); alter incentives to hospital providers; raise knowledge about efficient admission practice.
7. Health-care services: inappropriate hospital size (low use of infrastructure)	Inappropriate level of managerial resources for coordination and control; too many hospitals and inequity links in some areas, not enough in others. Often this reflects a lack of planning for health service infrastructure development.	Incorporate inputs and output estimations into hospital planning; match managerial capacity to size; reduce excess capacity to raise occupancy rate to 80–90% while controlling length of stay.
8. Health-care services: medical errors and suboptimal quality of care	Insufficient knowledge or application of clinical care standards and protocols; lack of guidelines; inadequate supervision.	Improve hygiene standards in hospitals; provide more continuity of care; undertake more clinical audits; monitor hospital performance.
9. Health system: leakages: waste, corruption and fraud	Unclear resource allocation guidance; lack of transparency; poor accountability and governance mechanisms; low salaries.	Improve regulatory/governance, including strong sanction mechanisms; assess transparency of individuality to companies; undertake public spending tracking surveys; promote codes of conduct.
10. Health interventions: inefficient mix/ inappropriate level of strategies	Funding high-cost, low-effect interventions when low-cost, high-impact options are unfunded. Inappropriate balance between levels of care, and/or between prevention, promotion and treatment.	Regular evaluation and incorporation into policy of evidence on the costs and impact of interventions, technologies, medicines, and policy options.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

## Quanto costa la copertura universale?

Nel 2001 la Commissione Macroeconomics and Health<sup>[2]</sup> aveva stimato in 34 dollari pro-capite la spesa sanitaria pubblica per garantire l'accesso universale ai servizi di base nei paesi a più basso reddito. Tale cifra però non comprendeva il costo pieno dei farmaci antiretrovirali e il trattamento delle malattie croniche. **Una stima più recente fornita da una Commissione OMS<sup>[3]</sup> indica in 44 dollari pro-capite il fabbisogno attuale per i**

## **49 paesi più poveri del pianeta e in 60 dollari pro-capite la proiezione al 2015.**

Naturalmente tali cifre sono lontanissime dall'attuale disponibilità dei paesi più poveri, la cui spesa sanitaria pubblica raramente supera i 10 dollari pro-capite l'anno.

I 49 paesi più poveri dovrebbero aumentare i propri investimenti in salute, dato che solo tre di essi (Liberia, Rwanda e Tanzania) hanno rispettato l'impegno (Abuja Declaration, 2001) di allocare almeno il 15% del bilancio pubblico nel miglioramento della salute della popolazione.

Ma dove anche l'impegno fosse mantenuto, ciò non sarebbe sufficiente a coprire i costi della copertura universale. Evidentemente è necessario un robusto contributo della cooperazione internazionale per coprire il gap tra la disponibilità dei paesi più poveri e il fabbisogno per garantire la copertura universale.

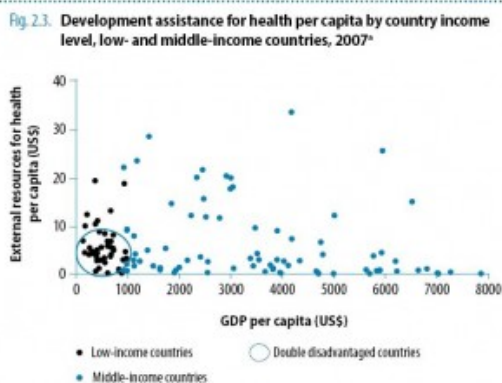
Il Rapporto dedica ampio spazio a questo tema, evidenziando come negli ultimi dieci anni l'impegno finanziario dei paesi industrializzati è notevolmente cresciuto passando dai 4 miliardi di dollari del 1995 ai 20 miliardi di dollari nel 2008. Un aumento che tuttavia non ha migliorato in maniera significativa né i livelli di copertura sanitaria, né lo stato di salute della popolazione come dimostra la distanza tra la situazione osservata e quella attesa degli Obiettivi del Millennio (vedi post [I millennium development goals e la salute: quanto buon vino nella botte](#)).

Il Rapporto si sofferma su questo punto segnalando i motivi del limitato impatto dell'aumento dell'impegni finanziario dei paesi dell'OCSE.

1. I fondi impegnati non sono comunque sufficienti per garantire il raggiungimento della soglia necessaria per garantire la copertura universale (44 dollari pro-capite).
2. I fondi impegnati non corrispondono a quelli effettivamente erogati.
3. Circa il 40% dell'aiuto pubblico allo sviluppo è erogato in forma di "assistenza tecnica", che serve a pagare i propri consulenti e quindi non è direttamente disponibile per il miglioramento dei servizi locali.
4. Circa la metà dei finanziamenti è stata destinata ai programmi verticali dell'Obiettivo del Millennio n. 6 (Aids, Tb, Malaria) e pochi fondi sono rimasti per l'assistenza materno- infantile, per la nutrizione, per il trattamento delle malattie croniche (in rapida crescita) e per il rafforzamento dei sistemi sanitari.
5. I contributi più sostanziosi sono arrivati ai paesi a medio livello di sviluppo e - paradossalmente - sono rimasti penalizzati i paesi più poveri (**Figura 2**). Es: Namibia ha ricevuto aiuti per 34 dollari per abitante, in confronto al Mozambico (10 \$),

Repubblica Democratica del Congo (4,40 \$) e Repubblica di Guinea (2,80 \$).

**Figura 2. Cooperazione sanitaria. Contributo economico pro-capite in \$ ai paesi a medio e basso livello di sviluppo. Anno 2007.**



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

6. Infine in diversi paesi questioni di molto discutibile “prudenza” macroeconomica hanno costretto i governi a stabilire comunque un tetto alla spesa sanitaria, anche in presenza di consistenti aiuti dei donatori.

Il Rapporto poi sottolinea un aspetto sconcertante e contraddittorio su quanto è avvenuto nella cooperazione sanitaria internazionale negli ultimi anni: mentre da una parte è aumentato il volume degli aiuti in campo sanitario ai paesi più poveri, dall'altra si è registrato un **preoccupante deficit nella ricerca e nella valutazione dei risultati**.

## Conclusioni

E' un momento importante per il finanziamento dei sistemi sanitari, conclude il Rapporto. **Due grandi sistemi sanitari - gli USA e la Cina -, il cui finanziamento era basato su meccanismi di mercato, sono stati riformati.** La Cina si sta muovendo verso la copertura universale, in parte finanziata attraverso la fiscalità generale. Negli USA è stata approvata una legge che estenderà la copertura sanitaria a 32 milioni di persone prive di assicurazione.

Anche altri paesi hanno recentemente scelto di rendere più equo e accessibile il proprio sistema sanitario, come Brasile, Cile, Mongolia e Ghana.

Il vento sembra stia cambiando e l'auspicio è che la strada che porta alla copertura universale sia seguita da tutti.

Gavino Maciocco, Dipartimento di Sanità Pubblica, Università di Firenze.

## **Bibliografia**

1. **The world health report - Health systems financing: the path to universal coverage.** Geneva: World Health Organization, 2010 [[PDF: 3 Mb](#)].
2. **Macroeconomics and Health: investing in health for economic development.** Geneva: World Health Organization, 2001.
3. **Constraints to scaling up the health Millennium Development Goals: costing and financial analysis.** Geneva. World Health Organization. 2010.