

Ivan Illich

Adriano Cattaneo

Nel presentare i loro risultati, gli autori dello studio sembrano dare per scontato che il finanziamento della salute debba crescere e lamentano il fatto che esso non cresca abbastanza nei paesi a reddito più basso, con il conseguente aumento del gap rispetto ai paesi a reddito maggiore. Ma crescere per cosa? E fino a quando? La crescita della spesa sanitaria nei paesi ricchi è strettamente associata al crescere del mercato della salute, con tutte le distorsioni e le conseguenze negative che ciò si porta dietro.

“Gli obiettivi dello sviluppo sono sempre e dovunque determinati sul metro del valore di consumo dei prodotti il cui standard è quello dell’area dell’Atlantico del Nord; per questo, sempre e dovunque, lo sviluppo significa un maggior numero di privilegi per una minoranza.” Ivan Illich, 1970[1]

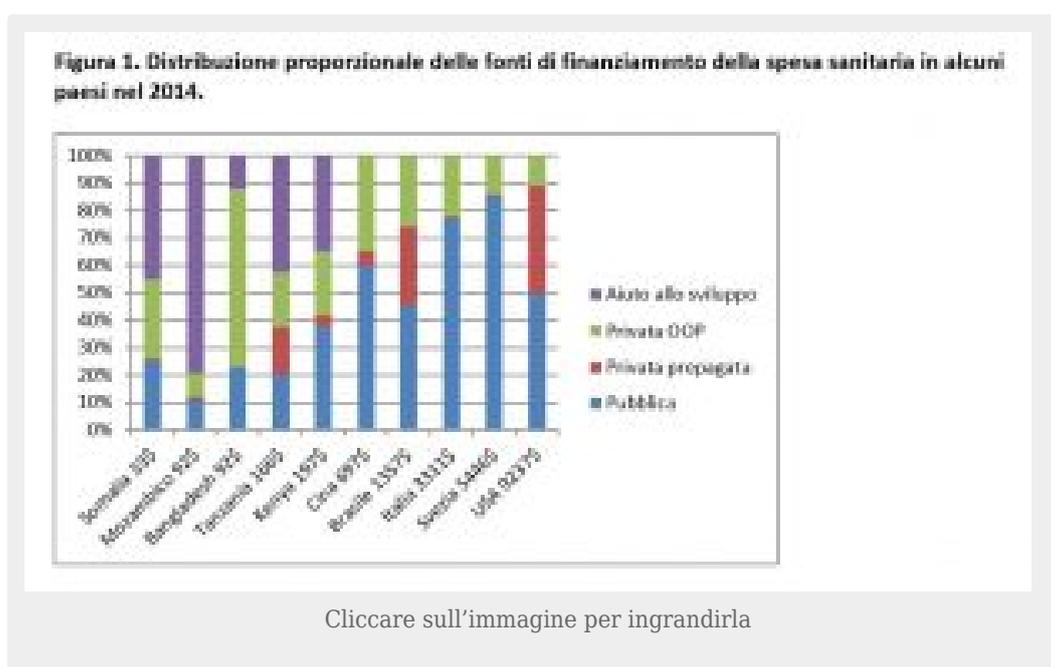
L’Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) dell’University of Washington, Seattle, USA, è molto noto a chi si occupa di salute globale per la serie di pubblicazioni sul [Global Burden of Disease](#). Per molte delle sue attività, l’IHME è finanziato dalla Bill and Melinda Gates Foundation (BMGF). Questo è il caso anche di un imponente studio sul finanziamento della salute globale, con il quale gli autori hanno analizzato la spesa pubblica e privata per la salute in 184 paesi, il finanziamento della stessa mediante aiuti allo sviluppo, e le implicazioni per gli obiettivi futuri riguardanti la copertura sanitaria universale (Universal Health Coverage, UHC).[2] Dal documento principale, gli autori hanno ricavato anche due articoli per il *Lancet*: il primo sull’evoluzione tra il 1995 e il 2014,[3] il secondo sulle tendenze previste tra il 2015 e il 2040.[4] La mole di informazioni fornite dal documento principale e dai due articoli del *Lancet* è enorme; in questo articolo mi limito a riportarne e a commentarne alcune, a mia scelta. Il lettore interessato potrà accedere ai testi completi, liberamente scaricabili da internet.

Cominciamo con le diseguaglianze. Com'è ben noto a chi si occupa dell'argomento, la spesa sanitaria pro capite è inferiore a 100 dollari l'anno in molti paesi, soprattutto nell'Africa sub-Sahariana, mentre supera, a volte abbondantemente, i 5000 dollari l'anno in alcuni paesi ricchi. Tra il 1995 e il 2014, i paesi che hanno avuto i maggiori tassi di aumento annuo della spesa sanitaria pro capite sono stati quelli a reddito medio alto e medio basso: rispettivamente più 5,9% e più 5,0% l'anno, in media. La spesa media pro capite nei paesi a reddito medio alto è quasi triplicata in 20 anni: da 309 a 914 dollari l'anno. Nei paesi a basso reddito la crescita è stata del 4,6% l'anno, mentre i paesi ad alto reddito hanno avuto la crescita minore, 3,0% l'anno. Ma in termini assoluti, questo 3,0% corrisponde a 2.244 dollari di aumento della spesa pro capite in 20 anni, ben superiore all'aumento di 605 dollari dei paesi a reddito medio alto e ai 162 dollari dei paesi a reddito medio basso. Per non parlare dell'aumento di 69 dollari pro capite dei paesi a basso reddito. Il gap nella spesa sanitaria pro capite, cioè, è aumentato di molto, invece di diminuire.

Oltre ad analizzare il livello di spesa sanitaria pro capite, è importante capire come questa sia finanziata. Ho inserito nella **Figura 1** il paese con la spesa sanitaria annua pro capite più bassa nel 2014, la Somalia con 33 dollari, e quello con la spesa più alta, gli USA con 9237 dollari. Tra questi due estremi ho inserito alcuni paesi, tra cui l'Italia, a titolo di esempio. Si tratta di dollari PPP (*Purchase Power Parity*), cioè aggiustati per potere d'acquisto, e, nei casi di tendenze negli anni, come nel paragrafo precedente e in altre questioni che vedremo dopo, per tasso d'inflazione, in modo da rendere i dati paragonabili tra paesi e nel tempo. **Come si può notare, ed è una tendenza che si ricava dalla lettura del documento e degli articoli, la percentuale di spesa sanitaria pro capite fornita dal settore pubblico tende ad aumentare con l'aumento della spesa stessa.** Com'è noto, questa percentuale è più alta nei paesi scandinavi, come mostra il caso della Svezia, ed è più bassa nei paesi che si affidano di più al mercato, come gli USA e il Brasile. In Mozambico siamo appena sopra il 10%, perché quasi tutta la spesa è coperta dall'aiuto allo sviluppo. La percentuale di spesa privata prepagata mediante vari tipi di assicurazione è notoriamente alta negli USA, circa il 39%, ma la si comincia a vedere anche in paesi a basso reddito, come la Tanzania in questo esempio. Ma quella che preoccupa di più è la spesa *out of pocket* (OOP), che in Somalia è al 29% e in Bangladesh addirittura al 66%. **La spesa OOP tende a crescere con il diminuire della spesa sanitaria pro capite ed è quindi relativamente più elevata nei paesi più poveri;** in quelli a basso reddito siamo al 29%, in quelli a reddito medio basso al 58%. Essendo ben noto che essa rappresenta un

ostacolo all'uso dei servizi sanitari e sapendo, dalla lettura del documento e degli articoli, che non è diminuita e probabilmente non diminuirà significativamente nemmeno nei prossimi 20 anni, è evidentemente in pericolo il raggiungimento dell'UHC globale, previsto dal terzo degli obiettivi di sviluppo sostenibile per il 2030.[5]

Figura 1. Distribuzione proporzionale delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria in alcuni paesi nel 2014.

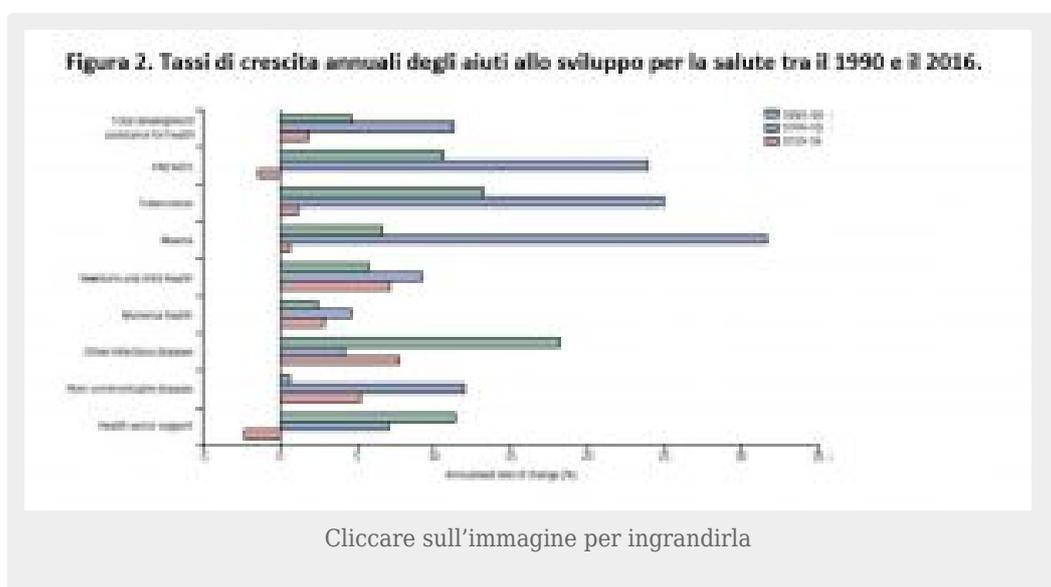


La Figura 1 mostra anche la proporzione di spesa sanitaria derivante dagli aiuti allo sviluppo, che a livello globale corrisponde ad un misero 0,6%. È ovviamente nulla nei paesi a reddito alto e medio alto e massima in quelli a basso reddito. In Mozambico, per esempio, copre l'80% della spesa sanitaria totale, e sono una quindicina i paesi dove supera il 40%. Nei paesi a basso reddito, la media è sul 36% ed ha contribuito per il 51% dell'aumento della spesa sanitaria pro capite registrato tra il 1995 e il 2014. **Nel 2016, l'aiuto allo sviluppo destinato alla salute equivaleva a 37.6 miliardi di dollari.** Negli anni '90 del secolo scorso si aggirava tra i 6 e i 10 miliardi di dollari. **L'aumento verso i 30 miliardi di dollari l'anno si è verificato tra il 2000 e il 2009, in corrispondenza dello sforzo legato agli Obiettivi del Millennio.** La crisi finanziaria globale ha ridotto i tassi di crescita dal 2008 in poi; gli aiuti bilaterali ristagnano, quelli multilaterali attraverso le agenzie dell'ONU e la Banca Mondiale pure, mentre aumentano leggermente gli aiuti forniti

da privati (ONG e fondazioni varie). Quanto appena scritto è evidente osservando la **Figura 2**, che mostra come **i tassi annuali di crescita dell'aiuto allo sviluppo per la salute si siano elevati tra il 2000 e il 2009, per poi regredire dopo il 2000 ai valori degli anni '90 o meno, o per assumere addirittura valori negativi (HIV/AIDS e sostegno al settore salute)**. Notare come gli aumenti maggiori abbiano interessato soprattutto i programmi verticali di controllo delle malattie e non le attività che rafforzano i sistemi sanitari.

Dei 423 miliardi di dollari sborsati in aiuti allo sviluppo per la salute tra il 1995 e il 2014, 113,6 sono andati all'Africa sub-Sahariana, 33,4 all'America Latina e Caraibi, 31,4 all'Asia meridionale, 27,9 all'Asia orientale e Oceania, 12,3 a Medio Oriente e nord Africa, 10,6 all'Europa orientale e Asia centrale; 59,3 miliardi di dollari hanno finanziato iniziative globali, mentre 133,6 non sono stati assegnati. Quasi un quarto di questi fondi sono stati spesi per HIV e AIDS. Gli USA sono il maggiore donatore, con circa il 34% del totale nel 2016.

Figura 2. Tassi di crescita annuali degli aiuti allo sviluppo per la salute tra il 1990 e il 2016.



Le previsioni per il futuro sono ovviamente incerte, un po' a causa dei diversi modelli che si possono usare per stimare la crescita del PIL e della spesa sanitaria, un po' perché è difficile, se non impossibile, predire l'andamento relativo delle

varie fonti di finanziamento dei sistemi sanitari, compreso l'aiuto allo sviluppo. Per dare un'idea dell'incertezza, basti pensare che partendo dalla spesa globale per la salute nel 2014, un po' più di 9 trilioni di dollari, gli autori dello studio arrivano ad una stima per il 2040 che varia tra 20 e 30 trilioni. In base a queste stime, la spesa sanitaria pro capite nei paesi a basso reddito passerebbe dalla media di 120 dollari l'anno attuali a 195 dollari nel 2040, mentre quella dei paesi ad alto reddito aumenterebbe da 5221 a 9215 dollari. **Se fosse vero, il gap tra ricchi e poveri sarebbe ancora più grande. Tanto per non fare nomi, la Somalia passerebbe da 33 a 42 (range 23-72) dollari l'anno di spesa pro capite, gli USA da 9237 a 15026 (range 13412-16776).** E se fossero vere anche le stime sulle fonti di finanziamento, nei paesi a basso reddito gran parte dell'aumento della spesa sanitaria sarebbe attribuito alla spesa governativa, seguita da quella privata prepagata e OOP, mentre sarebbe minimo il contributo dell'aiuto allo sviluppo: solo 3,2 (il 4%) dei 75 dollari di aumento previsti tra 2014 e 2040.

Un ultimo commento ai risultati di questo studio. Gli autori non hanno preso in considerazione due importanti variabili della spesa sanitaria all'interno dei paesi:

L'equità della sua distribuzione, quale proporzione vada cioè alle classi sociali più povere rispetto a quelle più ricche.

L'efficienza e l'efficacia del suo uso, quale proporzione cioè vada alle cure primarie rispetto a quelle terziarie, o alle cure con impatto sicuro su fette importanti della popolazione rispetto ad un impatto incerto per pochi.

Gli autori dello studio ammettono questo limite e ne riconoscono l'importanza. È probabile che il livello di iniquità globale, registrato per i 20 anni trascorsi e previsto per il 2040, risulterebbe ancora più insopportabile se anche queste variabili fossero state prese in considerazione.

Leggendo questi articoli e documenti, e scrivendo questa nota, non ho potuto fare a meno di pensare ad Ivan Illich e ad alcune sue considerazioni sul concetto di sviluppo (vedi citazione iniziale). Nel presentare i loro risultati, gli autori dello studio sembrano dare per scontato che il finanziamento della salute debba crescere e lamentano, immagino sinceramente, il fatto che esso non cresca abbastanza nei paesi a reddito più basso, con il conseguente aumento del gap rispetto ai paesi a reddito maggiore. Ma crescere per cosa? E fino a quando? La crescita della spesa sanitaria nei paesi ricchi è strettamente associata al crescere del mercato della salute, con tutte le distorsioni e le

conseguenze negative che ciò si porta dietro. Vogliamo che anche in Somalia si arrivi prima o poi all'eccesso di diagnosi e trattamento che registriamo nei paesi ricchi? Vogliamo che gli ospedali del Mozambico abbiano un giorno lo stesso livello di tecnologia medica che c'è negli USA? Ivan Illich mostra come l'eccesso di offerta di salute (ma anche di scuola e trasporti; perché tutto può essere trasformato in beni da vendere e consumare) porti non solo ad un aumento delle disuguaglianze, ma anche ad un aumento degli effetti negativi: iatrogenesi, ignoranza, diminuzione della velocità di spostamento (per non parlare dell'impronta ecologica). Riflettiamoci, prima che sia troppo tardi.

Adriano Cattaneo, epidemiologo, Trieste

Bibliografia

Illich I. Rivoluzionare le istituzioni. Celebrazione della consapevolezza. Milano: Mimesis, 2012.

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage. Seattle, WA: IHME, 2017.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Evolution and patterns of global health financing 1995–2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389: 1981–2004.

Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Future and potential spending on health 2015–40: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *Lancet* 2017; 389: 2005–30. Sustainable Development Agenda by 2030. [17 Goals to Transform Our World](#).

Facebook

Twitter

LinkedIn