

taria pubblica, come percentuale del PIL, risulterà aumentata di 1 punto percentuale, finanziata attraverso tasse federali e contributi statali. Le famiglie sono chiamate a dare un contributo che viene calcolato in base al loro reddito, al netto delle spese per il cibo, con un limite massimo del 5%. Le famiglie più povere sono esentate, ma il loro arruolamento è condizionato alla partecipazione a iniziative di prevenzione e promozione della salute.⁴⁸

Per l'erogazione dei servizi *Seguro Popular* adotta il sistema di contrattazione «committente-produttori» scegliendo generalmente – ma non esclusivamente – produttori pubblici. L'assicurazione copre un numero definito di prestazioni, esplicitato *in una lista di 249 interventi essenziali di base e 17 altamente specialistici*. La scelta delle prestazioni da includere nel pacchetto assicurativo pubblico è avvenuta attraverso un processo esplicito di definizione delle priorità. Si è tenuto conto del profilo epidemiologico (caratterizzato da un doppio carico di malattie, quelle della povertà – malattie infettive, mortalità infantile – e quelle dell'affluenza – cardiovascolari, diabete, obesità), dell'analisi costo-efficacia degli interventi; sono state individuate alcune fondamentali priorità, come quella del trattamento con farmaci antiretrovirali a tutti i pazienti affetti da HIV/AIDS; sono stati adottati programmi di supporto a queste iniziative: la costruzione di infrastrutture e il potenziamento delle risorse umane; l'emanazione di linee-guida e protocolli; la definizione di procedure per accreditamento e revisione di qualità.⁴⁹

Un'operazione molto meno ambiziosa si sta muovendo in *Marocco*, dove fino al 2005 l'assicurazione sanitaria volontaria – unica forma di pre-pagamento – copriva solo il 16% della popolazione. Nel 2005 è stata approvata una legge che istituisce l'assicurazione sanitaria obbligatoria per tutti i lavoratori con un impiego formale, con l'obiettivo di coprire il 30% della popolazione. Un'altra legge prevede l'istituzione di un fondo per l'assistenza sanitaria agli indigenti (famiglie con meno di 34US\$ mensili pro-capite di reddito).⁵⁰

PAESI DELL'EX-MODELLO SEMASHKO

Viene definita «transizione» la fase di passaggio dal comunismo al post-comunismo dell'Unione Sovietica e dei paesi dell'Europa cen-

trale e orientale. Una transizione che ha provocato il completo disfacimento del precedente sistema politico, economico e sociale e l'acquisizione dell'indipendenza per le repubbliche che componevano l'Unione Sovietica.

Anche i sistemi sanitari sono stati oggetto della transizione: dal modello Semashko (capitolo 4) a un modello confezionato ad hoc dalle istituzioni internazionali (in primo luogo Banca Mondiale e Fondo Monetario Internazionale), nel ruolo di «advisor», di suggeritori.⁵¹

I cambiamenti imposti dalla «transizione» hanno riguardato tutti i componenti del sistema sanitario: dall'architettura istituzionale al finanziamento, dall'organizzazione dei servizi al ruolo dei professionisti.⁵²

- *Architettura istituzionale.* Lo Stato perde la funzione di attore «unico» del sistema: nella pianificazione, nel finanziamento, e nella gestione. Le funzioni di finanziamento vengono assegnate alle assicurazioni sociali e le funzioni gestionali pubbliche trasferite alle autorità periferiche: regionali, provinciali e comunali. Allo Stato rimangono le funzioni di regolazione e di controllo.
- *Finanziamento.* Il modello indicato è quello delle assicurazioni sociali obbligatorie, in un contesto competitivo, di mercato, con gli assistiti liberi di scegliere la propria assicurazione.
- *Organizzazione delle cure primarie.* Vengono aboliti i policlinici (strutture polispecialistiche ambulatoriali di base) su cui si basava il modello Semashko e introdotta la medicina di famiglia, praticata da medici generalisti, liberi professionisti, con funzioni di *gate-keeping* (di filtro nei confronti delle cure secondarie) e pagati prevalentemente a quota capitaria.
- *Organizzazione dell'assistenza ospedaliera.* Riduzione della rete ospedaliera e dei posti letto; promozione del settore privato con apertura agli investimenti esteri.

Questa ricetta ha avuto impatti e applicazioni diverse nelle differenti realtà:

- a. Per diversi paesi dell'Europa centrale e orientale (dalla Repubblica Ceca alla Polonia, dall'Ungheria alle Repubbliche Baltiche), a cui era stato imposto il modello Semashko dopo la seconda guerra mondiale, al momento dell'annessione al blocco

comunista, vi è stato un mezzo ritorno alle origini, al modello di assicurazione sociale bismarckiano in vigore in quei paesi fino alla metà degli anni Quaranta. Ma la variante di mercato del modello Bismarck suggerita dalla Banca Mondiale, tranne il caso della Slovacchia, o non è stata applicata o si è rivelata fallimentare e quindi abolita. In alcuni paesi come Polonia, Ungheria e Slovenia il sistema si basa su un'unica assicurazione sociale nazionale.

- b. Nei paesi dell'ex-Unione Sovietica l'impatto è stato particolarmente traumatico perché la perdita del tradizionale ruolo dello Stato nell'assistenza sanitaria (magari inefficiente, ma ovunque presente) si è accompagnata ad altri gravissimi shock: crisi economiche a ripetizione, instabilità politica, conflitti etnici. Alcune repubbliche dell'Asia centrale e del Caucaso (ad esempio: Armenia, Azerbaijan, Georgia, Kirgizstan, Moldova) hanno subito crolli del PIL anche del 50%, con conseguente povertà diffusa, disoccupazione, emarginazione sociale di interi settori della società. In questi paesi, Russia compresa, la ricetta della Banca Mondiale ha voluto dire: a) perdita della rete di protezione nei confronti delle malattie, anche dal punto di vista previdenziale, garantita dallo Stato e b) dilagante privatizzazione dei servizi. Peraltro non si sono create – tranne che, parzialmente, in Russia – reti di protezione alternative, come le assicurazioni sociali obbligatorie, per la debolezza delle istituzioni pubbliche, per la diffusa corruzione, per la condizione di instabilità economica, e – soprattutto – per l'assoluta scarsità di risorse disponibili: la spesa sanitaria pubblica pro-capite dei paesi sopracitati è infatti di 17 dollari pro-capite (Armenia), 9 dollari pro-capite (Azerbaijan), 16 dollari pro-capite (Georgia), 10 dollari pro-capite (Kirgizstan) e 26 dollari pro-capite (Moldova).

Di seguito approfondiremo i due punti precedenti, trattando specificamente i casi della Repubblica Ceca e dell'Armenia. Tratteremo infine la situazione della Russia e degli effetti della «transizione» sullo stato di salute della sua popolazione.

Repubblica Ceca e Slovacchia.^{53 54} I due paesi condividono una lunga e travagliata storia di fusioni e separazioni. Dopo il 1918, a seguito del crollo dell'Impero Austro-Ungarico, i due territori si riunirono per formare lo Stato della Cecoslovacchia che continuò ad

esistere fino al 1938, quando con il Trattato di Monaco se ne stabilì lo smembramento (con Boemia e Moravia annesse alla Germania). Nel 1948 si ricostituì la Cecoslovacchia, politicamente inserita nell'orbita sovietica. Dopo il crollo del muro di Berlino, nel 1992 i due paesi si separano e il 1° gennaio 1993 Repubblica Ceca e Slovacchia si costituiscono come nazioni indipendenti.

Repubblica Ceca e Slovacchia condividono anche la storia sanitaria: la Cecoslovacchia, sotto l'influenza dalla tradizione dell'Impero Austro-Ungarico, nel 1924 adottò il modello bismarckiano di assicurazione sociale obbligatoria, che rimase in vigore fino al 1948 quando fu sostituito da un sistema sanitario completamente statalizzato. Nel 1968 – dopo la fallita primavera di Praga – il paese si trasformò in Federazione delle Repubbliche Ceca e Slovacca, ciascuna delle quali dotata di un proprio Ministero della Sanità.

Dagli inizi degli anni Novanta, di pari passo con i processi di democratizzazione e di separazione tra le due Repubbliche, si registra una profonda trasformazione dei sistemi sanitari, con caratteristiche abbastanza simili nei due paesi. Le principali caratteristiche del sistema sanitario della Repubblica Ceca sono:

- a. *assicurazione sanitaria obbligatoria con copertura universale*, finanziata attraverso i contributi degli individui, delle imprese e dello Stato;
- b. *pluralità dei produttori* – quasi esclusivamente private le cure ambulatoriali e domiciliari, prevalentemente pubblici gli ospedali – che stabiliscono accordi contrattuali con i fondi assicurativi;
- c. *negoiazione congiunta tra gli attori chiave* (Stato, fondi assicurativi, produttori) sui livelli di assistenza, sulle tariffe e sulle modalità di rimborso.

Il sistema assicurativo. L'idea iniziale fu quella di costruire un sistema con una molteplicità di attori in competizione tra loro. In breve tempo si costituirono ben 27 istituti assicurativi, molti dei quali con altrettanta rapidità fallirono lasciando a carico dello Stato un cumulo di debiti. Una legge del 1997 ha abolito di fatto la competizione tra assicurazioni. Attualmente sono nove gli istituti assicurativi, di cui il principale – Fondo Generale per l'Assicurazione Sanitaria, istituto paragonativo la cui solvibilità è garantita dallo Stato – copre il 68% della popolazione, inclusi tutti coloro che non

hanno reddito, la gran parte dei bambini e dei pensionati. I contributi assicurativi sono definiti per legge: il 13,5% del salario (di cui il 9% a carico del datore di lavoro e il 4,5% a carico del lavoratore). I lavoratori autonomi devono versare la stessa percentuale, ma solo sul 35% dei loro profitti. È stato fissato un contributo minimo di 905 corone (circa 23 euro) al mese per persona. Poiché l'80% dei lavoratori autonomi dichiara di non avere profitti, paga solo il contributo minimo. I disoccupati, gli invalidi, i pensionati, bambini e giovani fino a 26 anni, donne in gravidanza, militari e detenuti (complessivamente il 56% della popolazione) sono assicurati a spese dello Stato. Nessun istituto assicurativo può rifiutare l'iscrizione di una persona per evitare la selezione dei pazienti; contemporaneamente il 60% dei contributi viene assemblato in un unico pool e ridistribuito tra i vari istituti assicurativi in relazione ai livelli di rischio degli assistiti; attualmente l'unico aggiustamento viene fatto sulla quota degli over 60, anche se è in vista una riforma per estendere l'aggiustamento anche alla percentuale di portatori di malattie croniche.

Le prestazioni erogate dal sistema sono molto ampie includendo le cure dentarie per i bambini, cure dentarie standard per gli adulti, psicoterapia e cure termali. La spesa sanitaria privata è la più bassa nel mondo, rappresentando solo l'8,6% della spesa sanitaria totale (dati del 2003). Ma una legge del 2004 ha aumentato notevolmente il livello di compartecipazione alla spesa da parte dei pazienti, per evitare una sovrautilizzazione dei servizi.

L'organizzazione sanitaria. Il sistema delle *cure primarie* è affidato a quattro tipologie di medici di base: a) i medici generalisti per adulti (1 x 1650 persone); b) pediatri (1 x 1050 soggetti di età 0-19 anni); c) ginecologi (1 x 4400 donne); d) odontoiatri (1 x 1700 persone). Si tratta di liberi professionisti remunerati dalle mutue con un sistema misto, quota capitaria e a prestazione (ad esempio, sono pagate a prestazione le attività preventive e le visite domiciliari). I medici di base operano per lo più singolarmente, ma vi sono esperienze di attività di gruppo presso centri sanitari pubblici.

L'assistenza ospedaliera è erogata da 201 presidi (11 universitari, 168 ospedali per acuti, 22 strutture di cure intermedie) per un totale di 66.668 posti letto. Gli ospedali privati rappresentano il 32% dei presidi, ma solo il 10% dei posti letto. Nel 1990 c'erano 8,2 posti letto per acuti per 1000 abitanti, che sono passati nel 2002 a 6,3 per 1000. La durata media della degenza è passata da 14,2 giorni a 8,5

giorni. Un complesso sistema di remunerazione, basato ancora in parte sulla spesa storica e sulle giornate di degenza non facilita la riduzione della rete ospedaliera, considerata pletorica.

Un breve riferimento anche al *sistema sanitario slovacco*. Anche qui si partì con molte assicurazioni, che poi si sono ridotte a cinque, di cui una paragonata che copre il 65% della popolazione. Cure primarie e assistenza ospedaliera hanno strutture, organizzazione e figure professionali molto simili a quelle della Repubblica Ceca (anche se la densità dei professionisti è decisamente minore, e il deficit accumulato dalle mutue molto maggiore). Negli ultimi anni, tuttavia, le prospettive delle politiche sanitarie dei due paesi stanno nettamente divergendo. Nel 2004 infatti il parlamento slovacco – anche a seguito delle forti pressioni della Banca Mondiale – ha approvato una legge di riforma che trasforma le assicurazioni sociali in imprese for-profit; secondo la stessa legge accanto all'assicurazione obbligatoria, che coprirà solo un pacchetto di prestazioni di base (definito «pacchetto di solidarietà») e gli interventi di emergenza, dovrà svilupparsi il mercato delle assicurazioni volontarie complementari per la copertura individuale dei rischi non coperti dal «pacchetto di solidarietà».

Impiantare un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie è un'operazione particolarmente complessa che richiede competenze, organizzazione, adeguati strumenti di analisi e contabilità. I paesi dell'Europa centrale e orientale hanno dovuto compiere questa operazione a tappe forzate. Ciò ha comportato varie conseguenze e problemi, i più rilevanti dei quali sono *l'evasione contributiva e l'accumularsi dei debiti delle casse mutue* nei confronti dei fornitori, soprattutto gli ospedali. Alla fine è il governo, centrale o locale, che deve intervenire per ripianare i debiti, ma questa situazione di precarietà finanziaria influenza negativamente non solo la qualità, ma anche l'accessibilità alle strutture sanitarie; un esempio è il comportamento del personale sanitario, mal pagato, che pretende sistematicamente pagamenti sottobanco.

*La Repubblica dell'Armenia.*⁵⁵ È un paese di poco più di 3 milioni di abitanti, situato nel Caucaso meridionale, confinante con Georgia, Azerbaïjan, Turchia e Iran. Ottenuta l'indipendenza nel 1991 a segui-

to dell'implosione dell'Unione Sovietica, ha subito, oltre allo *shock economico e sociale* del crollo del regime comunista, anche le *tensioni militari* dovute alla contesa territoriale con l'Azerbaijan sull'area del Nogorni Karabach (1992). Oltre 400 mila persone si sono spostate in quel periodo dall'Azerbaijan all'Armenia, ma un numero molto maggiore di Armeni negli anni Novanta ha lasciato il paese, andando a ingrossare la diaspora nel mondo.

Prima dell'indipendenza la sanità del paese era regolata dal modello Semashko: cure gratuite in un contesto pletorico di strutture sanitarie (183 ospedali, 5 ogni 100.000 abitanti) e di medici (3,9 medici per 1000 abitanti). La nuova Costituzione del 1995 afferma che la salute è un diritto di tutti gli individui, protetto dallo Stato, e la legge di riforma sanitaria approvata nel 1996 sancisce che «tutti hanno il diritto di ricevere l'assistenza medica gratuitamente». Diritti sulla carta e di carta. Uno studio condotto dall'OMS Europa sulle diseguaglianze socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari nei paesi dell'Europa centrale e orientale e nelle repubbliche dell'ex-Unione Sovietica ha messo in evidenza che *l'Armenia è in assoluto il paese con le maggiori barriere economiche all'accesso ai servizi sanitari*. Un'indagine di popolazione ha rilevato che il 78% delle persone se ammalate non si rivolgono ai servizi sanitari a causa dell'impossibilità di pagare (per lo più pagamenti informali, sottobanco), una percentuale che arriva al 92,5% nel gruppo di popolazione più povero, e che si mantiene elevata (36,6%) nel gruppo più ricco.⁵⁶

L'Armenia si è rapidamente allineata alle direttive della Banca Mondiale, facendo della *devoluzione* e della *privatizzazione* gli elementi di fondo della politica sanitaria.

La gestione delle strutture e dei servizi sanitari viene trasferita alle amministrazioni periferiche: gli ospedali alle province, i servizi di cure primarie alle municipalità. Alle strutture pubbliche viene concessa ampia autonomia gestionale, anche di introdurre servizi a pagamento e di ottenere profitti.

La privatizzazione ha due diversi profili:

1. la vendita ai privati delle strutture sanitarie pubbliche (l'acquisto ha spesso scopi speculativi in quanto il vincolo di destinazione a uso sanitario degli immobili ha il periodo breve di cinque anni);
2. l'introduzione massiva della richiesta di pagamenti – formali e/o sottobanco – sia nelle strutture private che pubbliche.

Il mix di devoluzione e privatizzazione ha avuto l'effetto di favorire la fuga degli operatori sanitari dalle aree rurali alle città, dove maggiori sono le opportunità di guadagno.

Il governo ha cercato di porre un qualche rimedio a questa situazione emanando nel 1997 una legge che stabilisce che un pacchetto di servizi essenziali debba essere erogato gratuitamente alla popolazione in generale, o ad alcuni specifici gruppi di popolazione. Una legge disattesa, anche perché neanche portata a conoscenza degli interessati.

La figura 4.3 mostra chiaramente come viene finanziato il sistema sanitario (tenendo presente che la spesa sanitaria totale pro-capite è di 63US\$ e quella pubblica di 17US\$). Il *budget dello Stato rappresenta solo il 22% del finanziamento complessivo del sistema*; spicca il 61% rappresentato dai pagamenti informali (2003). In tema di privatizzazione della sanità pochi altri paesi al mondo fanno «meglio» dell'Armenia: l'India in primo luogo e poi Afghanistan, Burundi, Costa d'Avorio, Birmania, Pakistan e Tajikistan.

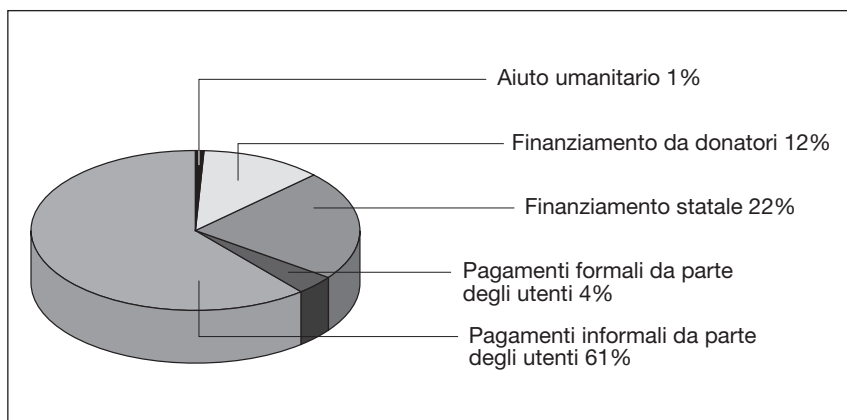


Figura 4.3 • Armenia. Finanziamento del sistema sanitario.⁵⁴

Paradossalmente, in una situazione di tale scarsità di risorse, il sistema continua ad essere pletrico: il numero degli ospedali è diminuito, ma non di troppo: ne rimangono ben 140 per 3 milioni di abitanti, che risultano essere semi-vuoti (40-20% di tasso di occupazio-

ne dei posti letto), anche a causa delle già note barriere economiche all'accesso.

Quali siano le *conseguenze sulla salute* di questa situazione è difficile verificarlo perché le statistiche ufficiali sono inaffidabili e contraddette dalle stime di OMS e Unicef. Nel 2004 secondo le fonti ufficiali la speranza di vita alla nascita dei maschi era 70 anni, secondo le stime dell'OMS 65 anni; nel 2003 secondo le fonti ufficiali il tasso di mortalità infantile era di 11,8 per 1000 nati vivi, secondo le stime dell'Unicef quasi tre volte maggiore, 30 per 1000 nati vivi.

Devoluzione e privatizzazione sono una costante delle riforme attuate nelle repubbliche ex-sovietiche, e gli *effetti sull'accessibilità ai servizi* simili (anche se meno gravi) a quelli visti in Armenia, come dimostrano gli *studi condotti dall'Unicef* in Moldova e Kazakhstan.⁵⁷

Moldova. Lo studio è stato condotto nel 2000 su un campione di 10.370 famiglie. L'accessibilità geografica è risultata soddisfacente: il 97,1% della popolazione vive a meno di 5 km da una struttura sanitaria e il 93,5% impiega meno di un'ora per raggiungerla. Ben diversa la situazione dal punto di vista delle barriere economiche, perché – a causa di questo motivo – più della metà della popolazione (55,4%) denuncia gravi difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari, con il 15,3% della popolazione che non riesce proprio ad accedervi. La percentuale di coloro che non riescono ad accedere ai servizi sanitari a causa del loro costo è più alta nelle zone rurali (18,1%) rispetto alle aree urbane (11,9%).

La *survey* ha inoltre messo in evidenza che il 33,5% della popolazione è finanziariamente vulnerabile in caso di malattia: le famiglie più esposte sono quelle con quattro (56,6%) e con tre figli (42%), le famiglie con basso livello economico (47,9%), le persone con basso livello d'istruzione (42,9%), la popolazione delle aree rurali (41,3%) rispetto a quella delle città (24,1%).

Le spese a carico delle famiglie in caso di malattia sono molto elevate, tenendo conto che il salario medio di una famiglia è di 40-45US\$ (500-570 Lei) al mese: 67US\$ (846 Lei) per un ricovero ospedaliero, 16US\$ (212 Lei) per un trattamento specialistico, 13US\$ (170 Lei) per un intervento di base. Oltre il 50% dei costi è dovuto alla spesa farmaceutica.

Kazakhstan. Abbastanza simile la situazione in Kazakhstan, dove lo studio condotto dall'Unicef ha interessato 1925 famiglie in cinque regioni del paese. Anche qui il fattore economico rappresenta una barriera all'accesso ai servizi per una parte rilevante della popolazione: circa due terzi della popolazione hanno difficoltà nell'ottenere le prestazioni a causa della richiesta di pagamento (nel Sud del paese si arriva all'84% delle famiglie). Per il 21% delle famiglie i costi delle cure ne precludono totalmente l'accesso. Anche in Kazakhstan il differenziale campagna/città si fa sentire: nelle aree rurali per il 77% della popolazione il dover pagare le prestazioni sanitarie rappresenta un deterrente all'accesso, mentre nelle città questa percentuale si abbassa al 59%.

Per circa l'80% degli intervistati a livello di cure primarie il costo medio di un episodio di cura (trasporto, visita medica, esami diagnostici, terapia) è di circa 10 dollari (1567 KZT). Ciò vale sia nelle campagne che in città (ma il costo del trasporto è più alto per i residenti nelle aree rurali), sia tra i gruppi più poveri che tra quelli più ricchi. Ciò prova la natura regressiva dei pagamenti out-of-pocket.

Le barriere economiche agiscono maggiormente quando si tratta di assistenza specialistica e ospedaliera. Il 97% di coloro che si rivolgono all'ospedale è tenuto a pagare: il costo medio di un ricovero è di 59 dollari (8827 KZT). Ciò equivale al 120-140% del reddito mensile di una famiglia povera, e al 60-65% del reddito mensile di una famiglia benestante. I ricoverati in ospedale pagano per ogni singola prestazione: farmaci, visite, esami, pasti, ecc. Molte persone hanno difficoltà a ottenere l'erogazione dei farmaci, per i quali viene richiesto il prezzo pieno; circa il 20% dei ricoverati non li può acquistare per mancanza di soldi.

Il pagamento diretto delle prestazioni interessa dal 75 al 90% della popolazione e ciò rappresenta un serio ostacolo all'accesso alle cure.

La «divergenza» nella longevità: il caso Russia. Negli ultimi due secoli, tranne che in tempi di guerre e gravi carestie (come in Cina negli anni 1959-61), era capitata solo una volta la regressione nel declino della mortalità: durante la fase iniziale della rivoluzione industriale in Europa e USA negli anni Trenta/Cinquanta del secolo XIX. Negli anni Sessanta/Settanta del secolo XX, a seguito di un lungo, ininterrotto periodo di crescita della speranza di vita in tutti i paesi del mondo, i demografi prospettavano un ottimistico scenario

di *convergenza globale* nella longevità. Ma come abbiamo visto nel precedente paragrafo sull'influenza della globalizzazione sulla salute questa favorevole tendenza si è infranta prima nell'Africa sub-Sahariana e poi in Russia e in altre repubbliche ex-sovietiche (come Ucraina, Bielorussia, Kazakistan, Azerbajjan, Tajikistan e Kirgizstan) – e a un esame attento anche in altri paesi, come Haiti e Corea del Nord. E di fronte a queste nuove tendenze oggi si parla di *divergenza globale*, tra paesi che mostrano una robusta crescita nella speranza di vita alla nascita e altri che viceversa, dopo una brusca inversione di rotta, non danno segnali di recupero.⁵⁸

In Russia, cancellato il modello Semashko, inizia dal 1993 – anno dell'approvazione della nuova Costituzione – una lunga e lenta fase di costruzione di un nuovo sistema. Nuovo sistema che si basa su due diversi livelli di finanziamento:

- a. *l'assicurazione sociale obbligatoria* gestita su base regionale da compagnie assicurative private (i disoccupati dovrebbero ricevere la copertura dai comuni);
- b. il *finanziamento statale* per la gestione di alcuni programmi governativi: salute materno-infantile, tumori, psichiatria, tubercolosi, geriatria. Un'operazione molto lenta e difficoltosa perché *solo nel 2000* si è giunti a un ampio livello di copertura assicurativa. Non si hanno al riguardo dati completi su scala nazionale, dato il decentramento del sistema in 89 diverse unità amministrative, ma uno studio longitudinale ad hoc rileva che *la copertura interessa l'88% della popolazione russa*, ma gli stessi autori ammettono che questo dato potrebbe essere in eccesso.⁵⁹

La ricerca mette in evidenza una copertura molto disomogenea: alta nelle grandi città, molto minore alla periferia, più alta tra le fasce più ricche della popolazione e tra le persone impiegate; molto minore tra i lavoratori autonomi e i disoccupati, per non parlare dei 4 milioni di *homeless*, senza assicurazione oltre che senza casa. Un sistema «nuovo» che però mantiene molti difetti del «vecchio», anche accentuati: i *pagamenti sottobanco* agli operatori sanitari sono la regola: vari studi rilevano che questi rappresentano da 1/5 a 1/3 dell'intero budget sanitario⁶⁰ (dato confermato dal fatto che la spesa sanitaria privata tre quarti dei quali *out-of-pocket* – rappresenta circa il 40% della spesa sanitaria totale); il sistema è tuttora pletorico, poco

efficiente e scarsamente permeabile alle acquisizioni/innovazioni scientifiche e alle linee-guida internazionali.⁶¹ Emblematica è la situazione dei *servizi per la tutela della maternità*, dove a fronte di un'elevata quantità di strutture e di operatori e di un'alta medicalizzazione della gravidanza, i livelli di mortalità materna sono particolarmente elevati: 65 decessi per 100.000 nati vivi (rispetto ai 10 o meno decessi in Europa occidentale).^{62 63}

La scarsa accessibilità ai servizi sanitari (particolarmente nella prima metà degli anni Novanta) e la mediocre qualità di questi servizi hanno solo in piccola parte contribuito al *repentino crollo della speranza di vita della popolazione russa* a partire dalla seconda metà degli anni Ottanta, gli anni della crisi dell'Unione Sovietica (figura 4.4). Nell'arco di pochi anni, la speranza di vita passa da 65 a 57 anni; dopo un periodo di miglioramento iniziato nel 1995, dal 1999 – in concomitanza con la grave crisi economica del 1998 – si registra una nuova rapida discesa della speranza di vita.

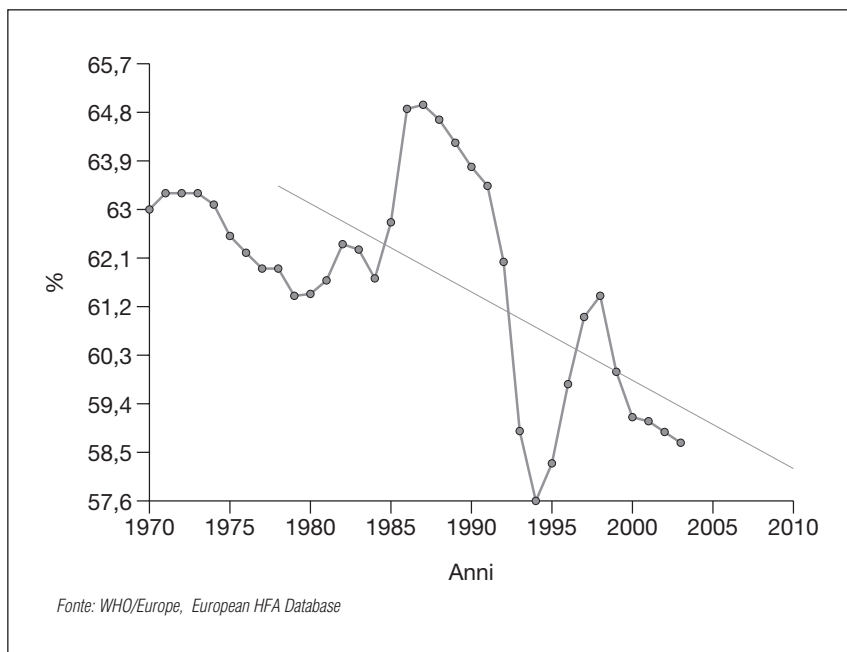


Figura 4.4 • Russia. Speranza di vita alla nascita, maschi. Anni 1970-2003.

L'entità del fenomeno è sconvolgente: nel periodo 1991-1994 l'aumento della mortalità è stato equivalente a un eccesso di più di 2 milioni di morti, nel successivo periodo 2000-2003 a un eccesso 3 milioni di morti.⁶⁴ Un eccesso di mortalità che si concentra negli uomini in età lavorativa e riguarda le malattie cardiovascolari e le cause violente (suicidi, omicidi, avvelenamenti da alcol, incidenti stradali). La fascia di età maggiormente colpita è quella di 50-54 anni. Il confronto con la situazione dei cinquantenni dell'Europa occidentale è impressionante: questi nell'età 50-54 anni hanno un'aspettativa di 4,6 anni di vita, con 0,4 anni persi a causa della mortalità; dei 4,6 anni, 4,3 anni sono spesi in buona salute. Gli uomini russi si attendono nello stesso periodo solo 3,6 anni di vita a causa della maggiore mortalità; inoltre dei 3,6 anni spenderanno 0,5 anni in cattiva salute, 0,2 anni in più rispetto agli uomini dell'Europa occidentale. Le donne russe sono meno colpite dalla morte prematura e quindi molte più degli uomini sopravvivono fino alla vecchiaia, ma poche lo fanno in buona salute.⁶⁵

Con 994 morti per 100.000 abitanti la Russia detiene il primato mondiale del più alto tasso di mortalità per malattie cardiovascolari, il 56% di tutti i decessi nel paese; con 20,6 decessi da incidenti stradali per 100.000 abitanti la Russia ha un tasso di mortalità per questa causa doppio rispetto alla media europea.⁶⁶ La crisi acuta che si è abbattuta sulle condizioni di salute della popolazione russa ha molteplici cause:

- a. lo stress (crollo psicologico e perdita di identità) determinato dalla transizione economica, cui è seguito un rapido peggioramento negli stili di vita della popolazione (con l'alcolismo il principale killer);
- b. l'aumento della disoccupazione;
- c. il collasso delle reti di protezione sociale.⁶⁷

La figura 4.5 descrive due curve: quella della speranza di vita alla nascita della popolazione russa dal 1998 al 2003, in netta discesa, e quella del Prodotto Nazionale Lordo, nello stesso periodo, in netta ascesa.⁶⁸ Un dato a conferma della riflessione di S. Okuonzi: «Sviluppo economico da morire» (vedi paragrafo sull'Influenza della globalizzazione sulla salute). Ma l'eccesso di mortalità ha colpito in maniera diseguale la popolazione russa: prevalentemente uomini e donne con basso livello di istruzione, mentre la mortalità

delle persone con educazione universitaria nello stesso periodo è migliorata, accentuando così le diseguaglianze nella salute tra differenti gruppi socio-economici (figura 4.6).⁶⁹

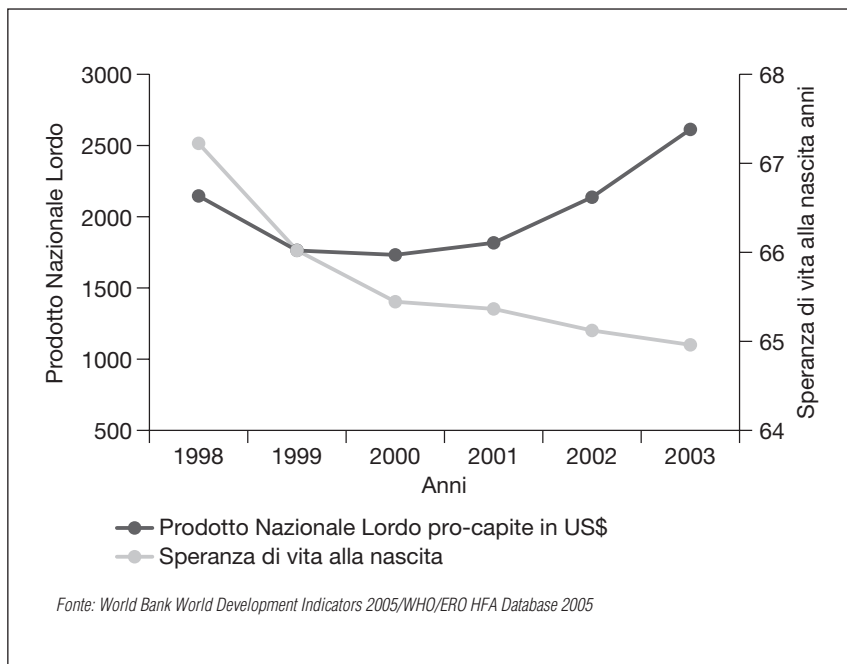


Figura 4.5 • Russia. Prodotto Nazionale Lordo e speranza di vita alla nascita. Anni 1998-2003.

L'alta morbilità e mortalità della popolazione russa – concentrata nelle fasce in età lavorativa – ha pesanti conseguenze demografiche ed economiche. Dal 1990 al 2003 la popolazione è calata di 6 milioni (con una riduzione annua del -0,3%). Le Nazioni Unite stimano che dal 2000 al 2025 la riduzione della popolazione russa, anche a causa dei bassi livelli di fertilità, sarà dell'ordine di 18 milioni di persone (figura 4.7).⁷⁰ Sul piano economico i costi derivati dall'eccesso di morbilità, in termini di assistenza medica, assenteismo dal lavoro e indennità di malattia, equivalgono all'1,37% del PIL pro-capite,⁷¹ e secondo le stime dell'OMS raggiungeranno oltre il 5% del PIL nel 2015 (figura 4.8).⁷²

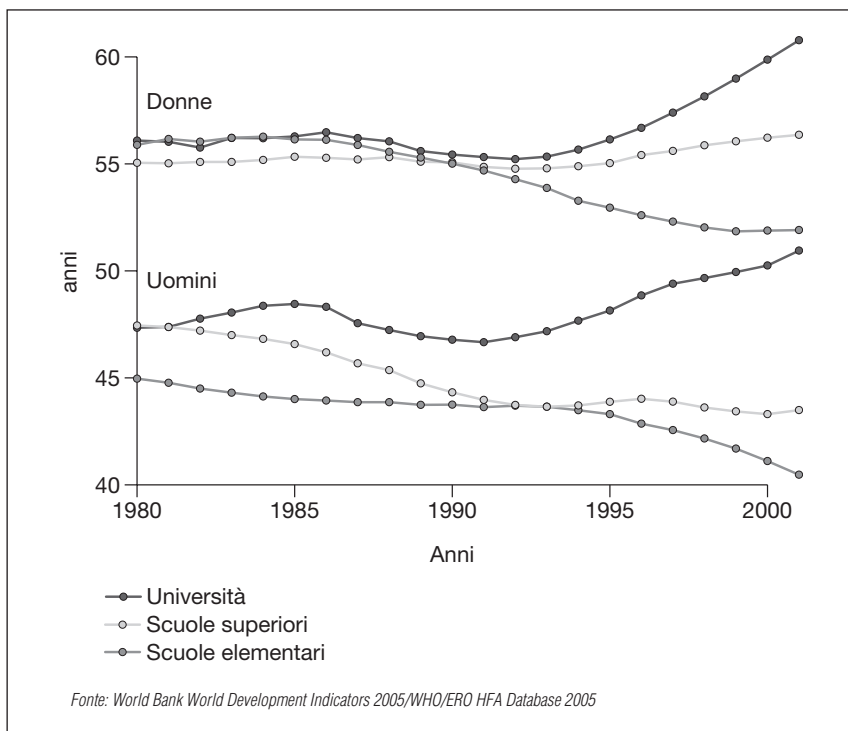


Figura 4.6 • Russia. Tendenze nella speranza di vita a 20 anni, per livello educativo tra uomini e donne.⁶⁹

USA⁷³⁻⁷⁵

Mercato e sanità: la managed care. Dagli anni Ottanta alla presidenza degli Stati Uniti si sono succeduti tre politici repubblicani (R. Reagan, 1980-88, G. Bush, 1988-1992, G.W. Bush, 2000-2008), con l'interruzione del democratico B. Clinton (1992-2000) il quale ha tentato di far passare una riforma della sanità basata sull'assicurazione sanitaria universale; un tentativo miseramente fallito sul nascere, dato che la proposta non arrivò nemmeno alla discussione parlamentare.

Dagli anni Ottanta ad oggi la sanità americana ha subito una forte deriva mercantile, e non poteva essere altrimenti visto il predominio repubblicano alla guida del paese e il contesto internazionale così favorevole all'irruzione del mercato in sanità.