

## DOMANDA E OFFERTA IN SANITÀ

In economia al termine “domanda” corrisponde la “quantità richiesta di un dato bene, a un certo prezzo, da parte di un singolo e dal mercato”; viceversa “l’offerta” è la “quantità di beni o servizi presenti sul mercato”.

Da un punto di vista economico a partire dall’equilibrio fra domanda e offerta viene a definirsi il prezzo del bene presente sul mercato: modifiche nella domanda o nell’offerta portano all’identificazione di nuove situazioni di equilibrio.

Storicamente e deontologicamente la classe medica ha affrontato il problema dell’equilibrio tra domanda e offerta limitatamente alla richiesta di prestazioni rispetto alla disponibilità del medico: si pensi ai valori che guidano l’intervento di un operatore sanitario in caso di incidente stradale con più feriti.

Solo recentemente si è acquisita la consapevolezza della scarsità delle risorse e quindi si è compreso come l’esistenza di uno squilibrio tra domanda ed offerta implichi la necessità di operare un razionamento (alcuni preferiscono, non a torto, il termine razionalizzazione) delle prestazioni.

Questo squilibrio si ritiene in parte dovuto ad un aumento della domanda complessiva, correlato a:

- l’aumento del reddito della popolazione che determina un aumento dei consumi;
- l’invecchiamento della popolazione con un corrispondente aumento dei bisogni;
- l’induzione della domanda dovuta all’aumento del numero dei medici e all’introduzione di meccanismi di finanziamento basati sui volumi di produzione;
- l’introduzione di nuove e spesso più costose tecnologie sanitarie (apparecchiature, farmaci, procedure assistenziali) con conseguente induzione della domanda delle prestazioni ad esse collegate.

Nella pratica quotidiana lo squilibrio tra domanda ed offerta si esplicita con alcuni metodi di razionamento, che la letteratura anglosassone descrive con quattro D:

- **Delay (Differimento):** la prestazione viene razionata spostandola nel tempo; per esempio, il paziente viene inserito in una lista di attesa, più o meno lunga.
- **Deterrence (Deterrenza):** l’accesso alla prestazione viene

ridotto; per esempio, attraverso una non equilibrata distribuzione territoriale delle strutture oppure con un servizio prenotazione non funzionante.

- **Deflection (Deviazione):** i pazienti vengono indirizzati verso altre strutture a funzione sociale che suppliscono l’intervento medico (per esempio, malati mentali).
- **Dilution (Diluizione):** quando un servizio ridistribuisce le risorse per coprire un incremento di domanda, si ha come conseguenza una diminuzione della qualità delle prestazioni.

Sono state identificate diverse strade per innescare un razionale processo di formazione della domanda di beni e servizi sanitari. Si è accennato a come la domanda di un determinato bene sia condizionata dal suo prezzo. Anche in Sanità la variazione del prezzo di beni e servizi sanitari per l’ottenimento dei quali è previsto un pagamento, per esempio quello del ticket, influenza la loro domanda: si parla in questo caso di elasticità della domanda rispetto al prezzo. Ma la richiesta del pagamento di una prestazione sanitaria (sia *in toto* che come frazione) nel momento dell’erogazione, come strumento per ridurre il suo consumo, può escludere la frazione della popolazione con il reddito più basso dalla possibilità di usufruire della stessa. L’utilizzo del prezzo come strumento per condizionare la domanda presenta anche altre difficoltà applicative e concettuali. Si pensi a questo proposito ad un intervento di vaccinazione volto all’eradicazione di una malattia infettiva: tutti trarranno beneficio dalla scomparsa di tale patologia, per cui nessuno può essere obbligato a pagarlo. Si consideri inoltre il caso della diagnosi precoce e della conseguente terapia di una tubercolosi in atto che, oltre a guarire l’individuo affetto, riduce anche il rischio di contagio per altri soggetti. Se il prezzo della diagnosi e della terapia fosse troppo alto per alcuni malati, verrebbero a crearsi possibilità di contagio: è quindi interesse della comunità che venga data a tutti gratuitamente la possibilità di curarsi.

Quando la prestazione non ha un prezzo per il paziente, poiché chi eroga il servizio ha un interesse diretto a che venga utilizzata, è conseguente una induzione della domanda e un allargamento delle indicazioni.

Più in generale, in Sanità, ciò che i servizi sanitari offrono a seguito della definizione da parte degli operatori dei bisogni e

delle disponibilità scientifiche e organizzative coincide solo in parte con quello che gli individui domandano nell'ambito della loro percezione di salute. Nel campo dei servizi sanitari il consumatore non può effettuare una scelta razionale, in quanto non in possesso delle conoscenze necessarie; il paziente pertanto si rivolge ad un esperto, il medico, che effettua la scelta a suo nome. In termini tecnici si viene a creare quindi quello che viene definito un rapporto di agenzia, attraverso il quale il medico conosce, e a volte determina, il bisogno del paziente meglio del cliente stesso, e nel quale il medico conserva anche il ruolo di produttore di servizi in risposta ai bisogni del paziente. All'interno di questo rapporto peculiare è stato dimostrato come a volte non sia la domanda (e quindi il bisogno) a determinare l'offerta, ma l'offerta a produrre la domanda corrispondente. Le indagini sulle percezioni dei pazienti sono pertanto utili a superare alcuni limiti insiti nella valutazione dei bisogni derivata dai dati sulle prestazioni erogate e dalle valutazioni degli operatori sanitari. Il dibattito sul rapporto tra domanda e offerta, e quindi sul razionamento, è stato spesso condizionato da affermazioni e analisi politiche piuttosto che da evidenze scientifiche. In

particolare, la sostenibilità e il finanziamento dei servizi sanitari nazionali come quello inglese ed italiano è stata messa in discussione, con una visione pessimistica e fatalista che richiede sicuramente un'analisi più approfondita ed un maggiore supporto documentale.

**Michele Loiudice**

1. Frankel S, Ebrahim S, Smith DJ  
*The limits to demand for health care*  
*BMJ* 2000; 321: 40-45
2. Green A  
*An introduction to health planning in developing countries*  
Oxford University Press 1992, New York
3. Harrison A, Dixon J, New B, Judge K  
*Funding the NHS: is the NHS sustainable?*  
*BMJ* 1997; 314: 296
4. Hopton JL, Dlugolecka M  
*Need and demand for primary health care: a comparative survey approach*  
*BMJ* 1995; 310: 1369-1373
5. Rossi F  
*Economia sanitaria*  
Utet 1994, Torino
6. Stefanini A  
*Il razionamento delle risorse sanitarie. Implicazioni per la professione medica*  
Medico e Bambino 1994; 6: 317-319

## Una seria politica di prevenzione vale sempre la spesa?

È quello che pensa Steven M Teusch, medico epidemiologo della Merck & Co, nonché membro dell'US Preventive Services Task Force in un interessante faccia a faccia pubblicato sul *Western Journal of Medicine* (2001; 174: 85). Secondo Teusch il problema non è tanto quello di stabilire la costo-efficacia degli interventi di prevenzione (in generale si considerano costo-efficienti i servizi che costano meno di 50.000 dollari/QALY), quanto quello di erogarli in modo appropriato. Come mai - si chiede infatti Teusch - vengono in realtà offerti agli utenti servizi preventivi più costosi e non ne vengono erogati altri più economici? Le campagne contro il fumo, le vaccinazioni nei bambini e quelle contro l'influenza negli anziani, lo screening per il cancro della cervice uterina e del colon-retto, per l'ipertensione e la valutazione dei livelli di colesterolo, quelli per la vista e la Chlamydia sono tutti esempi di interventi utili per migliorare la nostra salute. Alcuni di questi, come le vaccinazioni infantili e lo screening per la Chlamydia, consentono di ottenere effettivamente un no-

tevole risparmio di spesa. Molti hanno un buon rapporto di costo-efficacia.

Pochi risultano decisamente costo-inefficienti. Il

problema è sempre e soprattutto quello di erogarli in modo appropriato e di basare le scelte sanitarie considerando l'eventuale risparmio a lungo termine piuttosto che a breve.

Di parere diverso è invece Henry Shenkin, ex professore di neurochirurgia, secondo il quale pensare di risparmiare prevenendo è una logica fallace: anche se prevenire le malattie può comportare un risparmio, far vivere più a lungo le persone aumenterà comunque la spesa sanitaria poiché ci saranno più persone con patologie geriatriche croniche. L'ottica nella quale inquadrare la medicina preventiva non deve essere quindi tanto quella di 'far risparmiare' quanto quella di aumentare la durata e la qualità della nostra vita e quindi di 'aggiungere' salute.

