

# **La spesa pubblica per la sanità**

**di**

**Angelo Cremonese**

**Quaderno n. 151**

**Maggio 2008**

## **INDICE**

### **1. I contributi della teoria**

- 1.1 Il quadro economico di riferimento
- 1.2 I “fallimenti” del mercato dei servizi per la salute
- 1.3 Gli obiettivi dell’equità
  - 1.3.1 Equità e distribuzione del reddito
  - 1.3.2 Distribuzione del reddito e offerta delle prestazioni sanitarie
  - 1.3.3 Le definizioni dell’equità non utilitaristiche
  - 1.3.4 Il “razionamento” delle prestazioni sanitarie
  - 1.3.5 I criteri del razionamento

### **2. Il modello fondato sul mercato assicurativo**

- 2.1 L’esperienza degli Stati Uniti
- 2.2 Proposte di riforma del sistema sanitario degli Stati Uniti

### **3. Le assicurazioni sociali obbligatorie**

- 3.1. L’esperienza della Repubblica Federale Tedesca
- 3.2. Le proposte di riforma del sistema sanitario tedesco

### **4. Il modello sanitario pubblico: l’esperienza inglese in particolare.**

- 4.1 Gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale
- 4.2. Il “razionamento” nel Servizio Sanitario Nazionale

## **1. I contributi della teoria**

### **Il quadro economico di riferimento**

Negli studi della scienza delle finanze è consueto riferire le decisioni del bilancio pubblico (spese e prelievi), e della regolamentazione, ad obiettivi dell'efficienza allocativa e, separatamente, ad obiettivi dell'equità distributiva.

Tale impostazione è fondata sulla teoria economica che ha dimostrato l'esistenza di un insieme di soluzioni di equilibrio dei mercati perfettamente concorrenziali (assumendo alcune ipotesi)<sup>(1)</sup>, tale da soddisfare ai criteri paretiani dell'efficienza allocativa (primo teorema fondamentale dell'economia del benessere). Le soluzioni rappresentano le posizioni di equilibrio degli scambi in tutti i mercati perfettamente concorrenziali, inclusi quelli dei fattori della produzione; la distribuzione del prodotto ai fattori (i prezzi relativi dei fattori) è pertanto determinata, nelle soluzioni di equilibrio, dalle loro produttività marginali. Poiché i valori delle soluzioni di equilibrio dipendono anche dalla distribuzione iniziale delle risorse tra gli agenti economici (i loro vincoli di bilancio), si possono configurare n insiemi di soluzioni efficienti in corrispondenza degli n stati iniziali della distribuzione delle risorse. Pertanto, lo Stato può – se lo ritiene preferibile – modificare la distribuzione tra gli agenti economici, però con imposte e trasferimenti lump-sum, per non interferire con le convenienze economiche (i “segnali”) offerte dai mercati agli agenti; lasciando quindi che i mercati concorrenziali allochino le risorse in modo pareto - efficiente (secondo teorema fondamentale dell'economia del benessere). “L'implicazione importante del secondo teorema dell'economia del benessere è che, almeno in teoria, gli aspetti relativi all'equità si possono tenere separati da quelli relativi all'efficienza”<sup>(2)</sup>

Non tutta la teoria economica accetta il modello economico che sottende ai teoremi fondamentali dell'economia del benessere. Nel pensiero degli economisti “classici”, che posero le fondamenta della teoria moderna, la distribuzione non era determinata dalle produttività marginali dei fattori bensì da variabili esogene al modello dell'equilibrio generale competitivo.<sup>(3)</sup> Sviluppando il loro pensiero, autori successivi hanno elaborato teorie della distribuzione estranee agli schemi marginalisti, ed hanno affermato l'inscindibilità logica dell'allocazione delle risorse e della distribuzione. In particolare, essi hanno opposto

---

<sup>(1)</sup> Le principali ipotesi sono: mercati completi perfettamente concorrenziali; omogeneità del prodotto e informazioni perfette in ciascun mercato; assenza di esternalità e di “beni pubblici”; continuità delle funzioni “well-behaved”; massimizzazione delle funzioni di utilità da parte di ogni agente. Le soluzioni di equilibrio simultaneo sono statiche e possono quindi consentire, a rigore, soltanto analisi di statica comparata.

<sup>(2)</sup> ROSEN (2003) p.33

<sup>(3)</sup> Ricardo, in particolare, assumeva la nozione del “salario di sussistenza”

al modello “neo-classico” il vizio logico della pretesa misurabilità della produttività marginale del capitale, che presuppone, e non può quindi determinare, il tasso del profitto. <sup>(4)</sup> Poiché i prezzi si scompongono sostanzialmente in salari e profitti, non avrebbe fondamento logico la pretesa di costruire un sistema di prezzi “efficienti” (i prezzi del modello degli equilibri generali) - che assumono il tasso del profitto e del salario determinati dalle produttività marginali dei medesimi fattori.

La teoria della distribuzione di ispirazione “classica” <sup>(5)</sup> contesta, dunque, la costruzione teorica “neo-classica” che costituisce, invece, il quadro economico di riferimento per l’applicazione dei criteri offerti dall’economia del benessere per valutare la preferibilità sociale tra allocazioni alternative delle risorse. Ma anche i criteri di valutazione assunti dall’economia del benessere sono stati sottoposti a qualificazioni e critiche. Tali criteri si fondano, infatti, sull’assunzione che gli agenti economici siano interessati unicamente alla massimizzazione della loro funzione di utilità, e che il benessere sociale sia funzione delle utilità individuali. L’assunzione non pare sufficiente ad includere tutte le possibili motivazioni delle scelte degli agenti economici, in tutte le possibili definizioni di “benessere sociale”. La questione diviene particolarmente rilevante nella specificazione degli obiettivi dell’“equità” distributiva (discussi nei successivi paragrafi): perché, se essi sono valutati con criteri non utilitaristici – quali sono proposti da molti studi della giustizia sociale e sono frequentemente utilizzati nelle politiche sociali – tali obiettivi dell’equità divengono estranei ai teoremi dell’economia del benessere e non sono quindi logicamente confrontabili con gli obiettivi dell’“efficienza paretiana”. Non sarebbe perciò, possibile una definizione rigorosa del “trade off” tra obiettivi di “efficienza” e di “equità”, pur frequentemente utilizzata in dibattiti sulle politiche dell’intervento pubblico <sup>(6)</sup>

Vi sono, dunque, questioni di fondo che la teoria economica lascia aperte al dibattito. Credo perciò che si debba avere molta cautela nel trarre direttamente indicazioni, per le politiche da attuare negli ordinamenti reali, da un dato modello economico di riferimento – che per le analisi dell’intervento pubblico rimane, in prevalenza, quello degli equilibri economici generali dei mercati concorrenziali, che ha la proprietà dell’allocazione delle risorse ottimale secondo il criterio di valutazione paretiano, e che nel suo ambito logico

---

<sup>(4)</sup> Il dibattito tra la “scuola neo classica” di Samuelson, Solow e altri economisti nord-americani e quella “neo keynesiana” e “neo-ricardiana” (ricordiamo J. Robinson, Kahn, Kaldor, Goodwin, Sraffa, Garegnani, Pasinetti) è stato particolarmente vivace e ricco di contributi negli anni ’50 e ’60.

<sup>(5)</sup> Gli studiosi che hanno sviluppato il pensiero degli economisti “classici” ritengono che nell’economia di mercato e capitalistica la distribuzione sia determinata prevalentemente dai fattori politico-istituzionali che storicamente impongono un dato tasso del profitto (Keynes accennò al legame tra il tasso del profitto e il tasso di interesse fissato dalla politica monetaria). Alcuni economisti di tale corrente di pensiero hanno cercato di rendere il tasso del profitto endogeno al loro modello di sviluppo economico, in quanto determinato, nella soluzione dell’equilibrio dinamico, dal tasso di accumulazione del capitale deciso dalle imprese (Kalecki, J. Robinson, Kaldor).

<sup>(6)</sup> Cfr Le considerazioni critiche di ARACHI (1993), che richiama in particolare gli studi di SEN (1970, 1975, 1985) sulla rilevanza dei criteri “non benesseristi” nelle valutazioni degli interventi pubblici e sulla loro incompatibilità logica con le analisi “benesseriste” fondate sul principio dell’utilitarismo individuale.

consente la separata valutazione degli obiettivi dell'equità da quelli dell'efficienza. Spesso si trova in letteratura la preferenza per un intervento pubblico “neutrale” rispetto alle scelte che gli operatori economici avrebbero compiuto in sua assenza, e si raccomanda quindi di evitare interventi “distorsivi” di tali scelte: l'assunzione implicita è che in assenza dell'intervento pubblico gli operatori, massimizzando il proprio reddito (utilità) sulla base dei “segnali” (i prezzi) offerti dal mercato avrebbero realizzato soluzioni “efficienti”. Lo stato del dibattito teorico dovrebbe raccomandare cautela nel trarre tale tipo di indicazioni per le concrete politiche dell'intervento pubblico.

Tuttavia, è ben vero che la dialettica tra le principali posizioni teoriche ha contribuito a chiarire la sostanza delle questioni che le politiche dell'intervento pubblico debbono affrontare, e a scegliere gli strumenti delle analisi di tali questioni. L'impostazione degli economisti neo-classici – quale che sia il giudizio che si accoglie sulla validità del loro modello – ha avuto certamente il merito di portare l'attenzione agli effetti degli interventi pubblici redistributivi sugli incentivi al lavoro, al risparmio, all'investimento anche rischioso. I trasferimenti redistributivi possono affievolire gli incentivi presso i beneficiari, le imposte prelevate per finanziarli possono affievolirli presso i contribuenti. In questo specifico significato – che non è direttamente tratto dal criterio dell'efficienza paretiana e dal secondo teorema dell'economia del benessere – la nozione di “trade off” tra obiettivi di produzione e di sviluppo economico ed obiettivi redistributivi acquista rilievo anche nei dibattiti concreti sulla politica dell'intervento pubblico.

### **I “fallimenti” del mercato dei servizi per la salute**

Il modello dell'equilibrio generale dei mercati perfettamente concorrenziali, che soddisfa ai criteri dell'ottimalità paretiana, poggia su una molteplicità di assunzioni che assai spesso non trovano riscontro nei sistemi reali osservabili. Come è noto, gli studi dell'economia del benessere hanno messo in luce numerose situazioni di “fallimento” del mercato a realizzare le soluzioni di equilibrio ottimali, e perciò hanno giustificato l'intervento pubblico per conseguire o approssimare le condizioni dell'efficienza allocativa.

Gli studi del mercato dei servizi per la salute <sup>(7)</sup> hanno individuato molteplici casi di “fallimento”. L'esistenza evidente di significative “esternalità” della salute dovrebbe indurre lo Stato a colmare i divari tra prezzi e costi calcolati sulle contabilità private e invece benefici e costi sociali, con appositi interventi di

---

<sup>(7)</sup> Osserva BOSI (2006, p. 404) che la “sanità è un bene di difficile identificazione..... i confini tra la spesa per la salute ed altre categorie di spesa possono però diventare molto labili quando si pensa al ruolo che gli stili di vita, sia privati sia pubblici ..... hanno nel condizionarla”. L'OECD (2004, a) ricorda che l'enfasi degli studi e delle politiche sanitarie è sulla fase curativa delle malattie, piuttosto che sulla fase preventiva, dimenticando che l'insorgere e la gravità della malattia hanno spesso origine nella insufficiente prevenzione e tempestività di accertamento. STIGLITZ (2003, pp. 320-1) ricorda la tesi che “la relazione tra cure e durata della vita sia molto debole”; la tesi è ribadita in un recente studio che conclude: “le spese per la salute mentre sono tra i più importanti fattori nell'abbassare la mortalità infantile, danno un contributo solo marginale al miglioramento delle speranze di vita di uomini e donne”: NIXON, ULMANN (2006)

imposte e sussidi e/o di regolamentazione. Inoltre, il “fallimento” del mercato può essere causato dalle condizioni, imperfette, dell’informazione. Esse toccano, anzitutto, le conoscenze degli individui sul loro stato di salute, le possibili terapie, e il valore ad esse attribuibile; i difetti di informazione in tale settore eccedono quelli normalmente riscontrabili negli altri mercati, e le conseguenze per il soggetto possono essere particolarmente gravi. Le risposte pubbliche ai difetti informativi sono simili nella maggior parte dei Paesi: sono regolamenti gli accessi alla e lo svolgimento della professione medica; sono regolate e controllate le strutture e le attività ospedaliere, le produzioni di farmaci e di strumenti per la salute, e le relative informazioni dovute agli utenti.

L’attenzione degli studiosi si è concentrata sulla diseguale distribuzione della informazione tra gli agenti nel mercato dei servizi per la salute (asimmetrie informative). Poiché l’evento della malattia, che richiede le terapie e le relative spese, è saltuario e rischioso, la risposta più appropriata del mercato dovrebbe essere offerta dall’assicurazione. Gli studi in materia hanno posto in evidenza significativi limiti all’azione “efficiente” dei mercati assicurativi. Tali limiti dipendono dalla esistenza, frequente e importante nelle realtà osservabili, di situazioni caratterizzate da: probabilità dell’evento non indipendenti; probabilità dell’evento vicine all’unità; non omogeneità della popolazione, divisa in classi (ad es. di età) aventi differenti probabilità di malattia; l’esistenza di rischi importanti per il costo della cura, che richiederebbero la fissazione di premi assicurativi incompatibili con i vincoli del bilancio di gran parte dei consumatori; asimmetrie informative classificabili nelle tipologie dell’”adverse selection” e del “moral hazard”.<sup>(8)</sup> In tali situazioni, può non esserci convenienza economica, né per l’impresa assicurativa né per l’individuo, ad assicurare il rischio di malattia <sup>(8bis)</sup>

La letteratura è sostanzialmente concorde nell’affermare che i limiti all’offerta di tutela dei rischi della salute dalle imprese assicurative private configurano “fallimenti” del mercato, sotto il profilo dell’efficienza; ma le risposte a tali “fallimenti” possono essere molteplici, e le scelte tra di esse sono controverse.

In uno studio sulle esperienze e le prospettive dei sistemi sanitari dei Paesi membri l’OECD <sup>(9)</sup> ha posto in rilievo che è obiettivo comune delle politiche sanitarie l’accesso di tutta la popolazione ai servizi per la salute. Ma l’obiettivo può essere realizzato attraverso differenti modelli di intervento. Chi intende seguire con rigore la logica della superiorità, sul piano dell’efficienza, dell’economia di mercato rispetto ai sistemi fondati sulle decisioni pubbliche prese attraverso le procedure politico-istituzionali e attuate dagli organismi

---

<sup>(8)</sup> Cfr per i limiti delle assicurazioni private per la sanità STIGLITZ (2003); ARTONI (1999, cap.11)

<sup>(8bis)</sup> Sotto il profilo territoriale l’insediamento di centri di offerta sanitaria in zone a bassa densità di popolazione può risultare non economico e non commercialmente assicurabile.

<sup>(9)</sup> OECD (2004 a, Cap. 2)

burocratici preposti, chiede che si lasci il mercato funzionare fin dove esso produce e scambia i servizi, e che si attui l'intervento pubblico per realizzare l'offerta alle fasce della popolazione che sarebbero escluse dal mercato delle prestazioni sanitarie. E' questo, nella sostanza, il modello sanitario a tutt'oggi (2007) vigente negli Stati Uniti, dove le fasce della popolazione ritenute non assicurabili privatamente hanno accesso ai programmi pubblici riservati ai poveri (Medicaid), agli anziani (Medicare), e ai bambini (SCHIP) non assicurati e non coperti dal "Medicaid"; mentre l'assicurazione sanitaria privata rimane la forma dominante di copertura <sup>(10)</sup>

Chi ritiene necessario che lo Stato garantisca la copertura delle prestazioni sanitarie in favore di tutta la popolazione, superando quindi il volontarismo insito nei mercati privati assicurativi, propone il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria riferita al rapporto di lavoro ("modello Bismark), integrato da programmi pubblici in favore di chi non ha rapporto di lavoro assicurato; o propone direttamente il servizio sanitario pubblico universale e comprensivo di tutte le prestazioni ritenute necessarie alla tutela della salute ("modello Beveridge").

Sul piano dell'analisi, vi sono difficoltà a fare rientrare questi due modelli sanitari alternativi al mercato nella logica "benesserista"; ovvero, essi non rientrano nel modello "neo-classico" della sovranità del consumatore <sup>(11)</sup>, le cui preferenze guidano alla allocazione ottimale delle risorse. Per rimanere nell'ambito della finanza pubblica neo-classica, l'obbligo di legge dell'assicurazione sanitaria e, ancor più, l'offerta diretta universale dei servizi della salute da parte del settore pubblico, appartengono, nella terminologia introdotta da Musgrave, alla categoria dei "merit wants" <sup>(12)</sup>, che, riconosce l'autore, rappresentano una deviazione dal principio basilare della sovranità del consumatore. Invece, la maggior parte degli autori che propongono tali modelli fanno riferimento non (o non tanto) agli obiettivi dell'efficienza paretiana bensì (o quanto) a principi dell'equità distributiva estranei all'utilitarismo (considerati nei paragrafi successivi). Il citato studio dell'OECD implicitamente avverte la distinzione concettuale tra le forme di accesso universale alle prestazioni sanitarie che rispondono, però, a logiche e modelli di riferimento alternativi: pertanto, dedica un capitolo ai problemi e alle prospettive dell'assicurazione sanitaria privata <sup>(13)</sup>, e segnala le

---

<sup>(10)</sup> Cfr. L'analisi del confronto internazionale dei sistemi sanitari, sotto il profilo dell'universalità dell'accesso alle prestazioni sanitarie, in OECD (2004 a, cap. 2). Recenti provvedimenti (dal 2001) dell'Amministrazione degli Stati Uniti. hanno introdotto crediti di imposta per sussidiare l'acquisto di polizze assicurative private da parte di persone che hanno subito licenziamenti e fallimenti commerciali o le cui indennità contrattuali di fine rapporto sono state rese (anche in parte) inesigibili dal fallimento del datore di lavoro. Ma in U.S. il dibattito sul sistema sanitario privatistico resta aperto (cfr il successivo par. 2.2).

<sup>(11)</sup> Cfr in particolare MUSGRAVE (1959) pp 19-20, che ha posto esplicitamente il sistema economico governato dalla sovranità del consumatore alla base della sua teoria normativa della finanza pubblica

<sup>(12)</sup> Già SIDGWICK (1887), ricordato da STEVE (1976, p.203), aveva affermato che non sempre il consumatore è, per difetto di informazioni o miopia, il miglior giudice dei propri interessi, e che pertanto si giustificano interventi dello Stato che si sostituiscono alla scelta del privato per realizzare meglio tali interessi.

<sup>(13)</sup> OECD (2004 a, Cap. 6)

iniziative prese (o allo studio) per consentire l'accesso ad essa, attraverso sussidi e benefici fiscali e particolari regolamentazioni, alla più ampia quota possibile della popolazione <sup>(14)</sup>.

Peraltro, rimane la sfida alla logica del mercato, nelle prestazioni per la salute, che viene dalle istanze fondate sui principi dell'equità distributiva.

### **1.3 Gli obiettivi dell'equità**

#### **1.3.1. Equità e distribuzione del reddito**

Benché la letteratura abbia dedicato attenzione, nel solco dell' "economia del benessere", alle politiche sanitarie verso i "fallimenti" del mercato, specialmente di quello assicurativo, tuttavia molti autori ritengono che le motivazioni più importanti all'intervento pubblico nel settore della salute scaturiscono da principi dell' "equità". Ad alcuni di tali principi hanno fatto riferimento esplicito le decisioni prese da alcuni Stati europei di costituire un servizio sanitario pubblico nazionale, a carattere universale, ("comprehensive") di tutte le prestazioni necessarie ai bisogni, offerte a tutti in modo uguale, e gratuitamente al punto di utilizzo (finanziamento attraverso la fiscalità generale). Ma, sul piano dell'analisi, sia la specificazione della nozione di "equità", sia la traduzione dei principi equitativi "ideali" nelle costruzioni e gestioni dei sistemi sanitari "reali", lasciano molti temi aperti alla discussione.

Nella teoria della finanza pubblica, e in quella della politica economica, la nozione di equità è impiegata generalmente in riferimento alle disuguaglianze delle posizioni economiche dei soggetti (la distribuzione del reddito e delle ricchezze); tale nozione è comunemente impiegata, ad esempio, negli studi del prelievo fiscale. Alcuni autori, però, particolarmente in studi della spesa pubblica sociale, hanno mutuato da altre scienze sociali nozioni di "equità" alquanto diverse.

Musgrave <sup>(15)</sup> avverte che "il pensiero democratico, basato sul postulato del valore individuale dell'uomo, sembra stabilire una presunzione in favore dell'uguaglianza, sia politica che economica. Ma l'uguaglianza applicata ai fatti economici può essere interpretata in modi differenti, e la scelta tra le differenti interpretazioni è questione di giudizi di valore". L'autore sottolinea la rilevanza del criterio dell'uguaglianza delle opportunità, che in effetti può apparire meglio di altri rispondente allo spirito dell'economia di mercato e all'affermazione della sua superiorità rispetto a sistemi sociali alternativi; infatti il criterio implica la mobilitazione produttiva di tutte le risorse disponibili di capitale umano, nella competizione che tenderebbe a realizzare lo sviluppo economico potenziale.

---

<sup>(14)</sup> OECD (2004 a, pp 40 ss)

<sup>(15)</sup> MUSGRAVE (1959) pp.19-20



Altri autori hanno tratto il criterio delle “pari opportunità” dalla considerazione che la valutazione dell’equità non dovrebbe essere riferita (o non soltanto) ai risultati del mercato e dell’intervento pubblico in termini di distribuzione del prodotto (“equità consequenziale”), bensì alle regole che disciplinano e informano i processi economici e la vita sociale (“equità procedurale”). L’equità sarebbe realizzata offrendo a tutti le opportunità (istruzione, salute, possibilità di lavoro e mobilità sociale) per realizzare risultati di vita conformi alle proprie capacità ed impegno. Il criterio equitativo dell’uguaglianza delle opportunità si candida, pertanto, a trovare accoglienza anche presso gli economisti più favorevoli all’economia di mercato. Però Musgrave riconosce che “se il criterio dell’uguaglianza delle opportunità è accettato, ci si deve ancora confrontare con un numero di differenti interpretazioni”<sup>(16)</sup>

Nella letteratura più recente hanno trovato rilievo i richiami a teorie della “giustizia sociale” che riferiscono l’uguaglianza non solo (o non tanto) alla distribuzione del reddito, bensì alla disponibilità garantita a tutti di usufruire di alcuni beni e servizi considerati primari, tra i quali si fanno rientrare i servizi alla salute (egualitarismo specifico)<sup>(17)</sup>. E’ spesso citato il filosofo sociale Rawls<sup>(18)</sup>, che ha teorizzato il principio della libertà, che giustifica la garanzia dell’offerta a ogni membro della società di un insieme di diritti primari (anche ai beni e servizi necessari alla vita); e il principio di differenza, da cui si deduce che il miglioramento del benessere sociale si ottiene migliorando la condizione di chi occupa la posizione economica peggiore.

Uno sviluppo di tali impostazioni, che ha raccolto interesse e consensi tra gli studiosi, è quello della garanzia pubblica offerta a tutti (diritti di cittadinanza) di potere realizzare il proprio progetto di vita, partecipando attivamente nell’organizzazione sociale: l’equità assume, in questa visione (“lo sviluppo umano”) caratteri anche qualitativi<sup>(19)</sup>.

Prima di considerare le implicazioni, per le scelte nella sanità, di tali principi equitativi – che trascendono, in tutto o in larga parte, la logica “welfarista” fondata sull’utilitarismo individuale – è opportuno sintetizzare le implicazioni dell’equità riferita alla distribuzione del reddito, che resta la nozione più diffusamente utilizzata nella teoria economica, nel contesto di un sistema economico basato sui diritti di proprietà anche dei mezzi della produzione (il capitale reale), cui sono connessi i diritti a decidere sull’accumulazione del capitale (dei livelli e della struttura).<sup>(20)</sup> E’ evidente che le disuguaglianze distributive determinano disuguale

---

<sup>(16)</sup> MUSGRAVE (1959) pp 19-20; cfr BOSI (2006) pp. 44-45

<sup>(17)</sup> Tale criterio equitativo risale, in epoca contemporanea, al noto studio di TOBIN (1970)

<sup>(18)</sup> RAWLS (1971); e cfr il commento in BOSI (2006), pp 35-37

<sup>(19)</sup> Principalmente negli studi di SEN (1982; 1996; 2000)

<sup>(20)</sup> A tali diritti di proprietà del capitale estesi al plusvalore del lavoro è fondamentalmente rivolta, come è noto, la critica marxiana, che perciò anch’essa contiene una propria nozione di “equità” sociale.

capacità di spesa degli individui anche verso le prestazioni sanitarie, quando esse sono offerte attraverso i meccanismi del mercato.

Nella logica “benesserista”, la valutazione della desiderabilità degli interventi redistributivi deve scaturire dai criteri dell’utilitarismo individuale. Sono note le difficoltà concettuali, prima ancora che applicative, a costruire una “funzione del benessere sociale”. Tuttavia, merita riflessione la considerazione di Musgrave<sup>(21)</sup>, che pone la premessa che “gli individui possono valutare i desideri sociali, cioè che questi desideri formano parte delle scale di preferenza dell’individuo insieme ai desideri privati. Senza di ciò, nessuna determinazione può essere fatta delle preferenze pubbliche che soddisfi ai requisiti di una società democratica, come noi la comprendiamo.... la nostra proposizione di base è che i social wants sono parte integrale della struttura delle preferenze dell’individuo” (riprenderò la questione più avanti).

Volendo tradurre i principi “benesseristi” nelle scelte concrete dell’intervento pubblico, sorgono le ricordate difficoltà a disegnare azioni redistributive che non interferiscano con l’azione spontanea dei mercati tendente, in quel modello, alle soluzioni dell’equilibrio ottimale (secondo i criteri paretiani)<sup>(22)</sup>. La ricaduta sulle politiche pubbliche delle preoccupazioni per le interferenze dell’azione redistributiva nei processi allocativi efficienti è tema ricorrente del dibattito politico. Ad esemplificare la dialettica, si può citare chi, in critica alle impostazioni “benesseriste”, ritiene che “l’idea secondo cui non è possibile ottenere il massimo di efficienza e di equità allo stesso tempo tende a sottolineare l’esistenza di un vincolo al livello di redistribuzione desiderabile”<sup>(23)</sup>; e chi invece ricorda che “se qualcuno desiderasse aiutare una persona povera, il modo migliore per farlo, nel lungo periodo, non è di preoccuparsi di come deve essere divisa la torta, ma piuttosto di aumentarne la dimensione, di farla crescere il più rapidamente possibile, così che ci siano più beni per tutti”<sup>(24)</sup>.

Le critiche, riportate al precedente paragrafo, all’impostazione “welfarist” e alla costruzione del modello neo-classico, rimangono. Però, tale impostazione ha il merito di mettere in evidenza la questione della scelta tra redistribuzione in moneta oppure in natura (“in kind”), che è cruciale per le politiche sanitarie: la scelta rimane, invece, oscurata (come si vedrà meglio più avanti) nelle tesi che sostengono l’offerta pubblica diretta delle prestazioni sanitarie sulla base di principi “non welfaristi”. Invero, se la nozione di “equità” è commisurata alle disuguaglianze economiche distributive, la redistribuzione dei redditi appare essere, in prima approssimazione, la soluzione più coerente con l’obiettivo, e certamente con il riferimento

---

<sup>(21)</sup> Cfr. MUSGRAVE (1959) p.11

<sup>(22)</sup> L’interferenza dell’azione della “Branca Redistributiva” con quella della “Branca Allocativa” costituisce una difficoltà nella teoria normativa (neo-classica) della finanza pubblica, riconosciuta, da MUSGRAVE (1959, pp 17 ss)

<sup>(23)</sup> ARACHI (1993) p.591

<sup>(24)</sup> STIGLITZ (2003) p. 78

all'economia di mercato <sup>(25)</sup>. Spetterebbe, quindi, all'azione redistributiva dei redditi, con gli usuali strumenti delle imposte e dei trasferimenti alle famiglie, il compito di offrire a tutti i consumatori vincoli di bilancio tali da permettere ad essi la spesa sanitaria privata, principalmente con gli strumenti assicurativi (pagando i premi). A fronte dei ricordati limiti (“fallimento”) del mercato assicurativo, si utilizzerebbero gli interventi pubblici, (paragrafo precedente), per assicurare l'universalità degli accessi alle prestazioni sanitarie <sup>(26)</sup>. Invece, la redistribuzione in natura sarebbe concettualmente estranea al modello normativo che prevede che l'allocatione delle risorse sia decisa dalle preferenze sovrane dei consumatori.

Alcuni autori, tuttavia, hanno mostrato – nell'ambito di modelli necessariamente basati su molteplici assunzioni semplificative della realtà – che in presenza di asimmetrie informative sfavorevoli allo Stato (che non conosce le reali condizioni di salute dei singoli), la redistribuzione monetaria finalizzata a consentire ai poveri di usufruire di un dato pacchetto di prestazioni sanitarie può risultare meno efficiente, secondo i criteri paretiani, dell'offerta diretta pubblica di tali prestazioni (redistribuzione in natura).<sup>(27)</sup> Una ragione di fondo è che, nell'asimmetria informativa sfavorevole allo Stato, i potenziali beneficiari dei trasferimenti in moneta potrebbero fingersi “malati” allo scopo di ottenerli; il comportamento sleale risulta più difficile, o impossibile, nell'ipotesi del trasferimento in natura (servizio alla salute della persona). Gli autori di tali studi hanno riconosciuto che la validità dei loro risultati dipende, oltre che dalle strutture delle preferenze dei consumatori, dalle ipotesi semplificative assunte <sup>(28)</sup>; in effetti, tali risultati appaiono inattesi rispetto alle convinzioni che generalmente guidano le politiche sociali redistributive <sup>(29)</sup>.

Mi sembra, peraltro, che l'utilità interpretativa e propositiva di tali modelli sia limitata, principalmente, dall'incoerenza dello schema del confronto tra ipotesi di redistribuzione monetaria e di redistribuzione in natura. I citati modelli valutano la differente efficienza – intesa secondo i criteri paretiani – dei due tipi di intervento redistributivo, imponendo alla redistribuzione l'obiettivo che i soggetti “malati” consumino un dato insieme di prestazioni sanitarie. Ma, tale obiettivo redistributivo è fondato su di una motivazione sostanzialmente “meritoria” (è un merit want), che contraddice alla impostazione “benesserista” di tali

---

<sup>(25)</sup> Ricorda STIGLITZ (1989) pp. 320-1: “Non tutti gli economisti concordano sul fatto che i servizi sanitari debbano essere trattati in modo differente dagli altri beni di consumo.... I sostenitori di questo punto di vista sottolineano come la relazione tra cure mediche e durata della vita sia molto debole”.

<sup>(26)</sup> Per esemplificare, le Autorità degli Stati Uniti dovrebbero – seguendo tale linea di pensiero – rafforzare ed estendere i programmi pubblici in favore di chi non può assicurarsi, e d'altra parte promuovere, con misure di sostegno fiscale e di regolamentazione, la copertura assicurativa più prossima al totale della parte residua della popolazione. Cfr OECD (2004)

<sup>(27)</sup> MUNRO (1992) e gli autori ivi citati

<sup>(28)</sup> MUNRO (cit.), in particolare, riconosce che l'assunzione dei mercati perfettamente concorrenziali è lontana dalla realtà; BOSI (2006, p. 332), richiama l'attenzione sulle significative esternalità del consumo sanitario che potrebbero giustificare, anche nella logica “benesserista”, i trasferimenti in natura; e osserva inoltre che gli effetti distorsivi delle imposte, per finanziare le due forme alternative di redistribuzione, potrebbero essere differenti.

<sup>(29)</sup> Il modello di MUNRO (1992) raggiunge la conclusione che non necessariamente la spesa pubblica sanitaria dovrebbe beneficiare i cittadini con bassi redditi per realizzare gli obiettivi dell'ottimalità paretiana.

modelli: l'obiettivo redistributivo, in quanto "benesserista", dovrebbe essere limitato a ridistribuire i redditi monetari tra i consumatori "sovrani", anziché definire il pacchetto di prestazioni sanitarie che lo Stato vuole che i privati effettivamente consumino, a tale scopo spostando i loro vincoli di bilancio attraverso gli strumenti della redistribuzione monetaria, oppure offrendo loro tale pacchetto in natura.

### **1.3.2 Distribuzione del reddito e offerta delle prestazioni sanitarie**

Nel procedere dagli schemi teorici di riferimento alla valutazione delle scelte concrete delle politiche sanitarie, credo che la difficoltà maggiore di utilizzare la redistribuzione monetaria riguardi la tutela della salute dai rischi di malattia che richiedono, al loro verificarsi, prestazioni sanitarie assai costose, intrinsecamente o perché si tratta di patologie relativamente infrequenti cosicché la singola prestazione sanitaria è gravata da costi fissi assai elevati. A tali patologie e relative prestazioni sanitarie non sono, per molti redditi, applicabili le sopraccitate argomentazioni dei sostenitori della superiorità del mercato anche in campo sanitario: tali servizi sanitari non potrebbero essere trattati allo stesso modo degli altri beni e servizi di consumo corrente (cfr. la precedente nota 25). Per i cosiddetti "grandi rischi" (prestazioni sanitarie assai costose) la redistribuzione monetaria può essere risposta insufficiente – perché la spesa per tali prestazioni (o per i relativi premi assicurativi) eccederebbe i vincoli di bilancio dei tanti consumatori delle fasce medie di reddito (anche dopo che la redistribuzione monetaria avesse sollevato i redditi delle fasce basse).<sup>(30)</sup> Per i "grandi rischi", la scelta diverrebbe, in concreto, tra il sussidio pubblico (anche con "tax expenditures") all'acquisto di polizze assicurative private, o l'offerta pubblica diretta di tali prestazioni sanitarie; ed è presumibile – a fronte delle imperfezioni del mercato assicurativo – che l'offerta pubblica diretta possa risultare più efficiente, nel significato del rapporto costo / prodotto sanitario offerto. Nella parte successiva di questo lavoro, dedicata ai modelli sanitari applicati nei maggiori Paesi, le prospettive di tale soluzione, per i "grandi rischi", sono esaminate quale tema del dibattito in corso.

Vi sono due profili sotto i quali la redistribuzione monetaria deve essere, peraltro, considerata in uno schema razionale di politica sanitaria coerente con gli obiettivi equitativi.

Molti studi empirici hanno mostrato che nella realtà permangono, anche in modelli sanitari differenti (incluso tra essi quello del servizio pubblico universale), limitazioni al principio dell'accesso universale dipendenti dalle condizioni economiche dei redditi delle fasce inferiori <sup>(31)</sup>. Il condizionamento che lo status economico esercita sulla domanda delle prestazioni sanitarie si evidenzia particolarmente nelle fasi della prevenzione delle malattie (della visita medica, delle analisi e quindi della diagnosi tempestiva), in quanto le situazioni di povertà abbassano la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e del

---

<sup>(30)</sup> E' questo un tema molto discusso nel dibattito sull'attuale politica sanitaria negli Stati Uniti, come avrò modo di ricordare.

<sup>(31)</sup> CFR OECD (2004 a cap.2)

controllo, mentre possono prospettare costi, significativi per le famiglie povere, connessi all'utilizzo del tempo necessario ai controlli sanitari. Per superare tali limitazioni al principio della copertura sanitaria universale sono state avanzate specifiche proposte dal lato dell'offerta (che si esaminano nei successivi paragrafi). Tuttavia, il fatto stesso che Paesi che da decenni adottano il modello del servizio pubblico universale e gratuito al punto di utilizzo (in particolare il Regno Unito, patria del "modello Beveridge") ancora soffrano di tali limitazioni agli accessi legate al reddito <sup>(32)</sup>, legittima la deduzione che la redistribuzione monetaria, con i tradizionali strumenti del bilancio, ha ancora un ruolo importante da svolgere in relazione all'obiettivo dell'universalità dell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Il secondo profilo sotto il quale ha rilievo la distribuzione dei redditi, rispetto alla tutela della salute, è l'influenza dello status socio-economico sull'evoluzione delle condizioni di salute, quindi sulle malattie.

La dipendenza delle condizioni sanitarie da quelle economiche è di immediata evidenza nei Paesi sottosviluppati, causa la malnutrizione, le carenze dei servizi abitativi e delle infrastrutture igieniche, l'inquinamento ed altre deficienze ambientali, le condizioni di lavoro, spesso pericolose per la salute, la scarsità dei controlli sulla qualità dei beni di consumo correnti, la bassa informazione sulle conseguenze di taluni "stili di vita" e sull'esigenza della prevenzione. Però, un numero ormai copioso di studi ha raggiunto la conclusione che anche nelle società industrializzate vi sono correlazioni significative tra le classi di reddito pro-capite e le probabilità di malattie.

Una spiegazione plausibile è che nelle classi più povere di reddito sono relativamente più diffusi "stili di vita" nocivi alla salute (alcolismo, consumi di droghe, fumo, diete squilibrate, comportamenti pericolosi per l'età, insufficiente attenzione alla cura della persona e ai sintomi di indebolimento della salute, alle esigenze particolari dei piccoli e della loro crescita) <sup>(33)</sup>. Alcuni autori, inoltre, hanno ipotizzato che non solo i livelli assoluti di reddito pro-capite, e il connesso status sociale, ma anche (o ancor più) le disuguaglianze della distribuzione del reddito in ogni data società (i redditi relativi) influiscono sugli indicatori di salute. Le spiegazioni sono attribuite allo "stress psicosociale" che colpirebbe, frequentemente, coloro che si trovano nelle classi più basse (classi di povertà relativa), specialmente in Paesi con bassa mobilità sociale; ed anche al fatto che in tali società caratterizzate da scarsa coesione sociale risulterebbero relativamente scarse le risorse pubbliche destinate alle politiche sociali, non solo al settore sanitario ma anche all'assistenza, alle "malattie sociali" (emarginazione, degrado ecc.), all'educazione e all'informazione <sup>(34)</sup>.

---

<sup>(32)</sup> Cfr VAN DOORSLAER, MASSERIA e altri (2004) DIXON, LE GRAND et altri (2004); VAN DOORSLAER, KOOLMAN (2004)

<sup>(33)</sup> Cfr. BRENNNA (2004), e l'ampia bibliografia ivi citata

<sup>(34)</sup> Cfr. EVANS (2002), DAVEY SMITH e altri (2002); BRENNNA (2004)

Quale che sia la variabile economica esplicativa preferita, nella relazione con lo stato di salute della popolazione (il livello assoluto o quello relativo del reddito), il messaggio che si trae da questi studi è che le politiche redistributive dei redditi monetari, integrate da interventi ad hoc per l'informazione e la prevenzione delle malattie e dalla fornitura di servizi pubblici estranei alla sanità (alloggi popolari, istruzione obbligatoria elevata, infrastrutture nei quartieri emarginati) hanno un ruolo importante da svolgere per l'obiettivo di innalzare le condizioni medie di salute della popolazione; innalzando in particolare quelle delle fasce economicamente più deboli in quanto esse sarebbero più esposte ai rischi di malattia.

In molti studi di economia della salute la redistribuzione in moneta è lasciata in ombra perché il focus è sulla medicina curativa. Ma non si dovrebbe dimenticare che – come sottolinea anche l'OECD <sup>(35)</sup> – i sani di oggi possono essere i malati di domani, ed inoltre che la capacità di risposta positiva alle cure dipende anche dal quadro fisico (e psichico) generale del soggetto, quindi anche dalla qualità della sua vita precedente alla patologia conclamata.

La questione è rilevante per le scelte della politica sanitaria. Nelle condizioni del "razionamento" delle risorse disponibili nel bilancio pubblico rispetto alle potenziali domande, la destinazione delle risorse alla medicina curativa entra in competizione con le risorse destinabili ai trasferimenti monetari, con le risorse destinabili alle infrastrutture e ai servizi sociali non sanitari ma importanti per la tutela della salute, e in generale con le risorse necessarie allo sviluppo economico, che risulta correlato al livello complessivo di salute della popolazione. L'affermazione, che spesso si ricava dai principi equitativi non-welfaristi, che i servizi diretti alla salute (medicina curativa) debbono essere commisurati ai "bisogni" e prioritari in quanto espressione di esigenza "moralmente superiore", diviene discutibile ed incerta nei contenuti. Si apre la questione della tenuta dei modelli ideali ispirati a tale principi equitativi in un mondo "reale" dominato dal razionamento delle risorse disponibili rispetto ai potenziali "bisogni" (anche perché le politiche per promuovere e sostenere lo sviluppo delle risorse future richiedono l'impiego di risorse presenti) <sup>(36)</sup>

---

<sup>(35)</sup> OECD (2004)

<sup>(36)</sup> I sostenitori della priorità assoluta, in quanto "principio etico", della destinazione delle risorse alla sanità curativa in relazione ai "bisogni", affermano, nei dibattiti correnti sulle politiche sanitarie, sia l'opportunità di ridurre altre spese pubbliche considerate a più bassa priorità, così da soddisfare al vincolo del bilancio pubblico, sia di innalzare la pressione fiscale riducendo i redditi monetari disponibili delle classi medio - alte di redditi. Sul piano concettuale si tratta di "giudizi di valore" sulle priorità di allocazione delle risorse (decise politicamente e non dal mercato) non confrontabili oggettivamente con altri "giudizi di priorità". Sul piano della politica "reale", tali proposte si scontrano con gli interessi dei beneficiari delle altre pubbliche spese (ricordando che la gran parte della spesa pubblica è costituita da retribuzioni, pensioni e interessi sul debito pubblico) e con gli interessi dei contribuenti cui sarebbe imposto di rinunciare a ulteriori quote del loro reddito. Tali argomenti sono approfonditi nel paragrafo successivo dedicato al "razionamento" della spesa pubblica sanitaria. Ricordo che STEVE (1976) avvertiva il pericolo che le teorizzazioni delle scelte del bilancio pubblico si risolvessero in razionalizzazioni ex-post degli esiti dei conflitti di interesse che animano la storia e ne determinano l'evoluzione.

### 1.3.3 Le definizioni dell'equità non utilitaristiche

Molti autori sostengono che le motivazioni dell'intervento pubblico nella sanità devono essere riferite, esclusivamente e/o prioritariamente, a principi equitativi non fondati sull'utilitarismo individuale. Di certo, è ideologicamente legittimo nell'analisi normativa affermare che vi sono motivazioni non-utilitaristiche delle scelte, ed affermare che nel settore dei servizi alla salute tali motivazioni debbano prevalere. Però, non si può dimenticare che l'affermazione della "superiorità", etica o politica, dei (o di uno dei) principi equitativi non utilitaristici rispetto a quelli "benesseristi", può essere accolta soltanto come un "giudizio di valore", che gli strumenti dell'analisi economica non permettono di confrontare con "giudizi di valore" alternativi. Tale premessa è necessaria alla correttezza dell'analisi; ma non impedisce di riconoscere che le motivazioni equitative non utilitaristiche sono parte importante della dialettica nelle politiche sanitarie e sociali, e che alcuni Paesi (tra essi l'Italia) hanno introdotto e mantengono un servizio sanitario pubblico avente obiettivi che almeno nelle enunciazioni programmatiche- realizzano tali principi.

Si suole affermare che le ricordate specificazioni non utilitaristiche dell'equità - quali l'utilitarismo specifico in Tobin, il principio della libertà in Rawls, i "diritti di cittadinanza" in Marshall, le capacità dello "sviluppo umano" in Sen <sup>(37)</sup> - convergono a richiedere l'attuazione del modello sanitario pubblico, universale, globale nelle prestazioni, commisurato ai bisogni, finanziato dalla fiscalità generale, e che quindi assicura a tutti prestazioni uguali per uguali bisogni. L'affermazione è corretta in quanto enunciazione dei principi che dovrebbero - in base a tali nozioni di equità - informare, idealmente, la costruzione del sistema sanitario e la sua gestione. Però, il passaggio dalla enunciazione dei principi "ideali" alle indicazioni operative incontra incertezze interpretative (comuni a tutti i principi ed alle implicazioni specifiche di ciascun principio), e soprattutto incontra difficoltà della loro applicazione nelle società "reali".

Credo che un buon punto di partenza dell'analisi delle implicazioni di tali principi per le reali politiche sanitarie sia l'affermazione che le prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico devono essere commisurate ai "bisogni". <sup>(38)</sup> Ma, l'interpretazione della nozione di "bisogni" appare essere multi-dimensionale: astrattamente (a rigore), essa implica che al malato siano offerte le diagnosi, le terapie e le cure riabilitative dell'ultimo "vintage" prodotto dalla scienza medica, e che inoltre tutti gli operatori sanitari,

---

<sup>(37)</sup> TOBIN (1970); RAWLS (1971); MARSHALL (1973); SEN (1970, 1975, 1985, 2000)

<sup>(38)</sup> Il manifesto elettorale del Partito Laburista inglese nel 1997 riaffermava con enfasi il principio che l'accesso al servizio sanitario doveva essere basato "on need and need alone" POWELL, EXWORTHY (2003) pp. 51-64; e cfr OLIVER (2005) p. 576. Nel trarre dai principi non utilitaristici dell'equità, elaborati dagli autori citati nel testo (e nota 37), le implicazioni per le politiche sanitarie, STORNAIUOLO (2005 p. 59) scrive: "pertanto, il criterio fondamentale per stabilire quante risorse si devono dedicare agli individui è il bisogno".

dei tanti centri sanitari di offerta, abbiano le relative professionalità per prestarle efficacemente <sup>(39)</sup>. Inoltre, la scienza medica è consapevole che le condizioni ambientali in cui si svolgono le cure – qualità delle strutture ambulatoriali e ospedaliere, disponibilità di tempo e atteggiamento personale dei medici e loro collaboratori, attenzione agli stati psichici del malato, grado di integrazione tra specialità mediche differenti (tra “reparti” e tra singoli “specialisti”) – hanno influenza significativa sull’efficacia delle cure per ristabilire lo stato di salute. Segue che la definizione dei “bisogni” assume nel ragionamento un connotato di ottimalità che generalmente, nella realtà, non trova corrispondenza con le risorse umane, materiali, tecnologiche, organizzative che sono messe a disposizione dei servizi alla salute (d’altra parte, la teoria economica moderna è sorta nello studio dell’impiego di risorse limitate rispetto alle potenziali domande).

Nei dibattiti sulle scelte delle politiche sanitarie il riferimento al principio della corrispondenza delle prestazioni sanitarie ai “bisogni” è frequentemente interpretato come affermazione politica dell’elevata priorità da assegnare, nell’allocazione delle risorse, ai servizi per la salute (principalmente quelli della fase curativa). Intesa come proposta per la determinazione del bilancio pubblico, essa trova fondamento politico nel principio della “solidarietà”, della parte della popolazione sana in favore di quella malata, e delle classi medio - alte di reddito, che potrebbero pagarsi privatamente le prestazioni sanitarie, verso quelle più basse; con l’avvertenza che l’effetto distributivo complessivo del sistema della sanità pubblica dipende anche dalla struttura del prelievo (fiscale o contributivo) necessario a finanziarla.

Motivazioni solidaristiche, ovvero redistributive, sono riscontrabili nelle scelte di bilancio pubblico di tutte le collettività contemporanee. Sul terreno dei principi, tali motivazioni sono riconducibili non solo ai principi equitativi non utilitaristici, sopra richiamati, ma anche ad impostazioni sostanzialmente utilitaristiche, se si accoglie l’ipotesi dell’interdipendenza delle utilità (l’utilità del singolo dipende non solo dal suo reddito, ma anche dal reddito di cui dispongono gli altri cittadini). Thurow <sup>(40)</sup> ha sostenuto che la distribuzione del reddito può essere considerata un bene pubblico perché la disuguaglianza dei redditi all’interno di una società influisce sull’utilità di tutti. E’ stato osservato <sup>(41)</sup> che tale ipotesi di interdipendenza delle utilità può essere analizzata anche sotto il profilo dell’esternalità del consumo che, si è sopra detto, è certamente una motivazione dell’intervento pubblico, per ragioni di efficienza, volto ad assicurare l’universalità dell’accesso ai servizi per la salute. Rosen <sup>(42)</sup> correttamente colloca

---

<sup>(39)</sup> Invero, è noto che i cittadini, anche dei Paesi con servizio sanitario pubblico universale e “comprehensive”, i quali hanno sufficiente capacità di spesa, nel caso di “bisogno” ricorrono ai centri medici di eccellenza nazionali o di altri Paesi, pagando privatamente (se necessario) il ricorso alle cure più avanzate, meglio applicate e tempestivamente offerte da tali centri. L’esemplificazione mostra che, nella realtà, ai cittadini che non hanno tale capacità di spesa – i prezzi privati “razionano” le domande – sono negate prestazioni realmente commisurate ai “bisogni”.

<sup>(40)</sup> THUROW (1971)

<sup>(41)</sup> Cfr ROSEN (2003) pp 98-99

<sup>(42)</sup> ROSEN (2003) p.-99



nell'impostazione utilitarista anche la tesi che "programmi di redistribuzione del reddito contribuiscano ad assicurare la stabilità sociale". La tesi, infatti, non è collegata a particolari principi etici, bensì riflette bene la consapevolezza, presente presso le classi alte e medie dei redditeri (e presso gli elettorati mediani) che la loro posizione economica, da cui ritraggono la loro utilità, è legata al sistema sociale che tutela la proprietà privata, anche dei mezzi di produzione, e che ammette le disuguaglianze distributive prodotte dal mercato. E' perciò collocabile nella prospettiva utilitaristica la tesi che occorre evitare che condizioni di eccessiva povertà (bassa utilità) di una fascia relativamente estesa della popolazione metta a rischio il sistema sociale medesimo <sup>(43)</sup>.

Se, dunque, i processi politici che conducono alla formazione dei bilanci pubblici rivelano, in tutti i Paesi avanzati, l'operare della solidarietà redistributiva, in moneta e in natura, essi rivelano contestualmente che esistono limiti a tale solidarietà. Nel caso delle risorse da destinare al servizio sanitario pubblico, i limiti sono determinati dalla volontà delle maggioranze politiche che rappresentano le maggioranze elettorali di accettare aumenti della pressione fiscale e/o di accettare riduzioni di altre spese pubbliche per liberare risorse aggiuntive da destinare alla sanità in relazione ai "bisogni". Chi ritiene che destinare alla sanità pubblica, universale e "comprehensive", tutte le risorse necessarie ai "bisogni" sia obiettivo assolutamente prioritario rispetto agli altri obiettivi del bilancio pubblico, può avanzare tale proposta "politica", motivandola con principi di giustizia sociale oppure con riferimenti anche utilitaristici alla "coesione sociale" <sup>(44)</sup>, alle interdipendenze delle utilità, alle esternalità positive dei consumi sanitari.

Almeno fino ad oggi, però, (e le prospettive appaiono le medesime), l'osservazione delle esperienze delle politiche sanitarie "reali" mostra che i vincoli alle destinazioni dei bilanci pubblici in favore della sanità sono presenti anche nei Paesi che hanno adottato il modello "Beveridge" e che si richiamano, nelle enunciazioni programmatiche, a principi equitativi riconducibili all'"egualitarismo specifico" e ai "diritti primari e di cittadinanza". Si apre, pertanto, la questione dei criteri del "razionamento" delle prestazioni sanitarie rispetto ai "bisogni" nell'ambito del servizio sanitario pubblico. Ovvero, vi sono deroghe ad uno

---

<sup>(43)</sup> Portando avanti il ragionamento di tale tesi, si può raggiungere un contatto con l'ugualitarismo specifico di TOBIN, poiché l'analisi politica potrebbe rivelare che l'offerta diretta di alcuni servizi fondamentali alla vita della persona, quali la sanità e l'alloggio, incidono in misura assai efficace sulla disponibilità dei poveri ad accettare il sistema di mercato e le sue intrinseche disuguaglianze distributive. Nell'ambito di tale tesi si raggiunge perciò conclusione analoga all'ugualitarismo specifico: la conclusione, però, non sarebbe raggiunta partendo da principi "etici" e di "giustizia sociale", bensì da valutazioni dei comportamenti politici delle classi sociali, compatibili con l'assunto che presso la maggior parte degli individui i comportamenti sono mossi dall'utilità, legata alla disponibilità di beni e servizi (acquistati nel mercato o ottenuti dallo Stato). Modelli di comportamenti fondati su valori assai diversi, l'utilità individuale o invece l'adesione a principi di "giustizia sociale", possono pertanto condurre a scelte pubbliche aventi contenuti analoghi. Gli operatori della politica sono ben consapevoli di tali opportunità di coagulare il consenso sociale sui programmi concreti di governo; storicamente, la frattura tra correnti politiche "riformiste" e correnti "massimaliste" si è determinata anche su queste scelte di fondo.

<sup>(44)</sup> L'obiettivo della "coesione sociale" è espressamente assunto dalle istituzioni della U.E. tra gli obiettivi delle politiche raccomandate agli Stati membri

od alcuni di tali principi equitativi imposte dai vincoli del razionamento che la collettività ha deciso nella formulazione del bilancio pubblico, evidentemente riferendo le proprie scelte a scale di priorità differenti. Alla questione del “razionamento” è dedicato il paragrafo successivo.

Peraltro, essa non esaurisce le difficoltà di specificazione e di applicazione del principio della commisurazione delle prestazioni sanitarie ai “bisogni”. La quantificazione delle risorse necessarie a soddisfare i “bisogni” della salute non è determinabile in base a criteri rigorosi e pacifici. Nella realtà, l’aspetto principale di tale problematica<sup>(45)</sup> è costituito dal fatto che, essendo il servizio sanitario tipicamente “labor-intensive” ed impiegando personale di elevata e media specializzazione (conseguibile dopo anni di studio e tirocinio), parte importante della spesa sanitaria complessiva é per le retribuzioni del personale.<sup>(46)</sup> Anche nell’industria farmaceutica e degli strumenti sanitari parte importante del valore aggiunto è attribuito al personale addetto (tra esso i ricercatori scientifici sono ai livelli alti delle qualificazioni e hanno un mercato internazionale).

Pertanto, quantificare i “bisogni” in termini di risorse (spesa pubblica) da destinare ai servizi per la salute significa, in realtà, riferirsi principalmente al costo del personale addetto (costo monetario rapportato alla produttività). Livelli e dinamica della spesa pubblica per soddisfare i “bisogni” della salute, vengono perciò a dipendere in maniera determinante da variabili esterne alle condizioni della “salute” della popolazione e dei singoli<sup>(47)</sup>: la contrattazione nelle politiche retributive e del lavoro nel settore, nel quadro della contrattazione per il pubblico impiego e in quello più generale della distribuzione del reddito (che concerne anche i medici non legati da rapporto di lavoro dipendente con il servizio pubblico). Per esemplificare, un rinnovo contrattuale per il personale addetto al servizio sanitario può innalzare la quantificazione dei “bisogni” anche a parità delle altre condizioni delle prestazioni – assai più che l’introduzione nel servizio di un’innovazione scientifica, che invece migliora talune pratiche diagnostiche e/o terapeutiche con incidenza diretta sulla cura della salute.

Le prestazioni per la salute sono, inoltre, difficilmente valutabili (con criteri definiti e pacificamente accolti) sotto il profilo della produttività. Alcuni studiosi hanno osservato che al settore dei servizi sanitari è tipicamente applicabile “il morbo di Baumol”<sup>(48)</sup>: a causa della più bassa produttività nei settori dei servizi rispetto a quelli industriali, la quota del reddito nazionale spesa nei settori dei servizi tende a crescere nel

---

<sup>(45)</sup> Oltre a quella indicata nel testo, vi sono altre difficoltà ed incertezze a specificare, operativamente, la nozione di “bisogni”. Cfr. anche tra gli autori favorevoli ad accogliere tale nozione come principio-guida delle politiche sanitarie, STORNAIUOLO (2005)

<sup>(46)</sup> in Italia la spesa per le retribuzioni del personale è circa il 36% della spesa sanitaria pubblica complessiva (anno 2006): MINISTERO DELL’ECONOMIA (2007), pp.85 ss, tavola 13.

<sup>(47)</sup> OLIVER (2005), nella sua vigorosa difesa dei principi equitativi posta alla base del Servizio Sanitario Nazionale inglese, afferma che “nella sanità curativa la prioritarizzazione solo sulla base di fattori che sono endogeni alla salute può essere una prescrizione di politica sanitaria più etica” di altre alternative (p.593).

<sup>(48)</sup> cfr. BAUMOL(1967)

tempo rispetto alla quota destinata ai settori a più alta produttività. Per il settore sanitario si segnala, inoltre, che attualmente la bassa (relativamente) produttività dipende anche dai rendimenti decrescenti della spesa per la salute; non essendovi state innovazioni scientifiche cruciali dagli anni '80 (per i Paesi sviluppati) paragonabili alle precedenti scoperte dei nuovi vaccini e della penicillina <sup>(49)</sup>.

Quali che siano le valutazioni sugli andamenti storici della produttività nel settore sanitario, la definizione operativa dei “bisogni”, come misura delle risorse da destinare al servizio sanitario pubblico, universale e “comprehensive”, è crucialmente legata alla funzione della produzione, tipicamente “labor-intensive”, dei servizi per la salute.

#### **1.3.4. Il “razionamento” delle prestazioni sanitarie**

Le esperienze storiche mostrano che le scelte del bilancio pubblico, votato dalle maggioranze politiche, determinano vincoli alle risorse destinate al servizio sanitario pubblico e quindi il “razionamento” delle prestazioni sanitarie rispetto ai “bisogni”.

L'analisi deve concentrarsi, pertanto, sui criteri seguiti per selezionare quali prestazioni e in che misura “razionare”, così da rendere la spesa sanitaria pubblica compatibile con il vincolo del bilancio. Un aspetto rilevante di tali criteri di selezione è la forma che il razionamento può assumere. Le forme più consuete sono: il restringimento dell'insieme delle prestazioni offerte a carico del bilancio pubblico, escludendo da esse alcune; l'abbassamento dei livelli qualitativi intrinseci delle prestazioni; il rinvio nel tempo delle prestazioni, anche quando la loro richiesta è stata accolta nella sostanza (le “liste d'attesa”).

La delimitazione del campo delle prestazioni offerte a carico del bilancio pubblico ha trovato espressione in alcuni aggettivi adottati per qualificare le prestazioni scelte: “essenziali”, “necessarie”, “minime”, le diversità degli aggettivi facendo intendere diverse gradazioni del “razionamento” <sup>(50)</sup>. Poiché tali aggettivazioni assai poco dicono circa l'insieme delle prestazioni effettivamente offerte e quelle invece escluse dalla garanzia pubblica, l'analisi deve riferirsi alle scelte concrete di ciascun ordinamento: la questione, pertanto, è affrontata nei paragrafi successivi dedicati ai sistemi sanitari di alcuni Paesi, considerati rappresentativi dei differenti modelli. Possono essere opportune due osservazioni preliminari. La prima è che, quando si esamina l'applicabilità dei principi equitativi generali, occorre riconoscere che quale che sia il merito dei criteri di selezione delle prestazioni offerte, nell'ipotesi si reintroduce la variabile reddito disponibile tra le determinanti del consumo dei servizi sanitari, poiché le prestazioni escluse dalla

---

<sup>(49)</sup> Cfr. NIXON, ULMANN (2006) che non escludono che nei prossimi decenni nuovamente si producano sostanziali avanzamenti tecnologici, in particolare nelle terapie della genetica ed associate.

<sup>(50)</sup> Sulle differenze implicite in tali differenti aggettivazioni cfr TARONI (2002), pp. 87-88

copertura pubblica divengano oggetto di domanda privata (in funzione dei singoli vincoli di bilancio). L'osservazione rileva, in particolare, per i casi di co - partecipazione degli utenti al costo delle prestazioni, di cui molti Paesi hanno fatto impiego negli anni recenti quale forma di razionamento, perché per tali casi il reddito diviene variabile determinante anche di prestazioni incluse tra quelle offerte dal servizio sanitario pubblico <sup>(51)</sup>.

La seconda osservazione è che le esperienze mostrano (cfr. ai paragrafi successivi) che le scelte legislative (politiche) dell'insieme delle prestazioni da offrire a carico del bilancio pubblico tendono a privilegiare il mantenimento dello "status quo", perché le reazioni sociali al restringimento del campo delle prestazioni offerte – che è un fatto esplicito – sono immediate; mentre l'abbassamento dei livelli qualitativi e l'allungamento dei tempi di attesa delle prestazioni sono "razionamenti impliciti", percepiti gradualmente e con graduale diffusione tra i malati (e talora può apparire agli utenti difficile l'attribuzione delle responsabilità, se alla politica sanitaria pubblica oppure al personale medico, o ad eventi sfortunati).

E', però, significativo che molti Paesi abbiano, in questi anni, introdotto forme di co- partecipazioni ai costi delle prestazioni, particolarmente per le visite mediche, le analisi, i farmaci; e che le prescrizioni farmaceutiche siano state il settore più colpito dai provvedimenti di esclusione ("delisting") dalle prestazioni coperte dal servizio pubblico. Questi fatti danno significatività alla proposta (che approfondirò in riferimento alle esperienze di singoli Paesi) che il modello del servizio sanitario pubblico sia pienamente gratuito al punto di utilizzo limitatamente all'offerta delle prestazioni configuranti "grandi rischi" (per dimensione dei costi); mentre le prestazioni, anche efficaci e di consumo diffuso, ma di costo accessibile ai vincoli di bilancio della gran parte delle famiglie (con apposite tutele per quelle in povertà) si candidano all'esclusione dalla copertura pubblica.

L'abbassamento dei livelli qualitativi delle prestazioni è la forma del razionamento più frequentemente impiegata, anche perché, si è sopra detto, incontra – almeno nel breve periodo – resistenze minori da parte degli utenti e delle loro rappresentanze politiche. L'abbassamento dei livelli qualitativi può manifestarsi in molteplici modalità: l'insufficiente – rispetto ai "bisogni", ovvero rispetto alle richieste dei medici che ne sono interpreti – disponibilità di personale (medico e/o paramedico) in rapporto a standard ottimali della funzione produttiva dei loro servizi e per singole specialità; l'insufficiente disponibilità di taluni farmaci, di strumentazioni, di articoli sanitari; le carenze dei servizi alle infrastrutture (manutenzione, pulizia) e della loro capacità rispetto ai fabbisogni di ampliamento e ammodernamento; il rinvio nel tempo dell'adozione di nuove tecnologie (diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ecc.); le insufficienze organizzative; le cause di demotivazione del personale (contrattuali, di carriera, di rapporti nel lavoro). Le politiche pubbliche della

---

<sup>(51)</sup> Questo non esclude che i "tickets" siano impiegati anche per finalità differenti quali la disincentivazione dell'abuso di talune prestazioni. Sul ruolo che i "tickets" possono, invece, svolgere in una differente prospettiva, si torna più avanti.

formazione professionale, della specializzazione e dell'aggiornamento del personale incidono anch'esse sull'evoluzione nel tempo della qualità offerta.

Le esperienze di molti Paesi mostrano, inoltre, la rilevanza del "razionamento" attraverso i tempi lunghi di attesa, tra il momento in cui il malato richiede un controllo o avverte sintomi della patologia, il momento della visita, delle successive prescritte analisi e dei successivi interventi. Le cause sono quelle sopra indicate: le insufficienti, rispetto alle domande, disponibilità di personale, di attrezzature, di strutture e talora anche le insufficienze organizzative. E' ben noto che i tempi (puntuali o tardivi) dell'intervento sanitario dalla fase della prevenzione alla visita specialistica fino a quella curativa, sono di grande importanza nel determinare sia la gravità della malattia nella fase terapeutica, sia gli esiti finali del procedimento sanitario sulla salute del malato e sulla sua capacità di ritorno pieno alle sue precedenti attività.

L'abbassamento dei livelli qualitativi dell'offerta e i tempi lunghi di attesa delle prestazioni incidono negativamente nell'attuazione dei principi dell'universalità e uguaglianza delle prestazioni sanitarie; anzitutto perché inducono i cittadini con redditi maggiori a ricorrere privatamente a prestazioni di migliore qualità e più tempestive.

Ma, anche soffermandoci a considerare la fascia degli utenti che, principalmente per ragioni di reddito, continua a ricorrere al servizio sanitario pubblico, anche in regime di razionamento, appare che la molteplicità delle forme del razionamento (su indicate) che nella prassi si intrecciano, e le differenti probabilità che ciascuna di tali forme divenga significativa in relazione sia al tipo di malattia, sia alle caratteristiche dei singoli centri sanitari territoriali, inevitabilmente determinano disuguaglianze dell'offerta sanitaria e quindi discriminazioni di trattamento tra i malati. Per esemplificare, nella realtà le restrizioni – rispetto alle richieste fondate sui "bisogni" - all'assunzione del personale hanno effetti differenti sia per tipi di specializzazioni mediche sia per distribuzione territoriale tra i centri di offerta; e così pure hanno effetti differenziati, per tipi di patologie e sul territorio, le restrizioni agli acquisti di beni sanitari, agli investimenti infrastrutturali, all'introduzione di nuove tecnologie e nuovi farmaci, ecc. Ogni decisione di bilancio che raziona le spese rispetto alle domande, si cala in una situazione determinatasi storicamente. Nella realtà la dinamica delle condizioni operative (personale e attrezzature), delle conoscenze tecniche, dell'usura di strutture e di impianti, delle domande di prestazione, si svolge in modo differenziato presso i singoli servizi sanitari e sul territorio, così da determinare in ogni tempo disuguaglianze di soddisfazione dei "bisogni". Tali disuguaglianze conseguenti al razionamento rappresentano, forse, l'aspetto più critico dell'applicazione del modello del servizio sanitario pubblico fondato sui principi "equitativi" dell'universalità, globalità, uguaglianza di trattamento per uguali bisogni. I sostenitori di tale modello devono rispondere indicando criteri coerenti ed operativi, atti ad operare le scelte del "razionamento" nel rispetto di tali principi.

### 1.3.5. I criteri del razionamento

Gli autori che sostengono la superiorità, per le suesposte motivazioni equitative, del modello pubblico sanitario universale e “comprehensive”, affermano che il criterio-guida delle scelte del razionamento deve rimanere quello del “bisogno”<sup>(52)</sup>. La scala delle priorità dei bisogni deve determinare la scala delle priorità delle prestazioni da effettuare, la loro qualità intrinseca, i tempi dell’intervento. Il riferimento al “bisogno” come criterio – guida implica alcune scelte in negativo, ovvero il rifiuto di assumere, quali criteri prioritari del razionamento, il reddito, l’età, il sesso, il costo delle cure, la capacità del paziente di trarre beneficio dalle cure, il suo luogo di residenza.

Il principio che il razionamento delle prestazioni deve essere determinato soltanto in base al criterio del “bisogno”, cioè stabilendo le priorità in relazione alla gravità della malattia, è intellettualmente suadente; e tuttavia incontra anch’esso difficoltà interpretative ed applicative considerevoli. Non a caso in letteratura vengono presentati esempi di tale ovvietà da sollevare il dubbio che con essi si vogliano nascondere le incertezze relative ai casi di scelta delle priorità realmente rilevanti<sup>(53)</sup>.

Un primo motivo di incertezza attiene alla specificità delle situazioni in cui le scelte di “priorità” devono essere compiute. Il riferimento più semplice è alle “priorità” temporali degli interventi ambulatoriali e ospedalieri, perché è evidente che i medici danno la precedenza assoluta ai malati in pericolo di vita, e quindi applicano i criteri scientifici dell’urgenza decrescente degli interventi. Ma, persino il riferimento al “pericolo di vita” apre incertezze interpretative quando si considera invece la fase precedente a quella curativa, perché nell’attesa della definitiva diagnostica (visita specialistica, analisi) non ancora si è accertato il pericolo di vita o altro indicatore di urgenza, e quindi i tempi di attesa non possono essere determinati in base a tale criterio. Al contrario, i tempi dell’”attesa” nelle fasi della prevenzione e della diagnostica producono effetti profondamente disuguali in relazione ai differenti gradi di gravità, non ancora conosciuti, dello stato di salute dei singoli.

Peraltro, le problematiche del criterio del razionamento emergono esplicitamente nelle procedure decisionali della ripartizione dei fondi pubblici – razionati rispetto alle domande – tra le molteplici unità di offerta dei servizi sanitari, sia sotto il profilo delle singole specializzazioni mediche, sia sotto il profilo della ripartizione in unità territoriali; ed anche sotto il profilo delle tradizionali ripartizioni tra spese destinate al personale (nuove assunzioni, passaggi di livelli, straordinari etc.), spese destinate agli acquisti di beni o servizi (tra essi i medicinali, ma anche gli appalti alle imprese di pulizia e simili) e risorse per nuove

---

<sup>(52)</sup> Cfr le precedenti note 37. e 38

<sup>(53)</sup> OLIVER (2005 p. 576), tra altri, confronta il caso del comune raffreddamento con quello del cancro, le cui diverse priorità risultano evidenti nel senso “lapalissiano”.

attrezzature o per investimenti nelle infrastrutture. Pensare che tali scelte delle priorità siano determinabili, in modo rigoroso e coerente sulla base di scale di riferimento ai “bisogni”, mi pare un’astrazione vuota di contenuto operativo. Nella realtà, il riferimento prevalente è alle “spese storiche”, anche perché tale criterio permette a ciascuna unità di offerta dei servizi sanitari di non sentirsi penalizzata dal “razionamento” (che non cambia le dotazioni relative delle unità di offerta, nella dimensione specialistica, in quella territoriale, tra categorie funzionali di spesa; e tende anche a preservare le posizioni delle imprese fornitrici del sistema sanitario).

Ma, il criterio del riferimento alle “spese storiche”, nella ripartizione dei fondi pubblici razionati, solo casualmente rispetta i principi equitativi che si attribuiscono al modello sanitario pubblico. Più probabilmente il criterio riproduce le inefficienze, le distorsioni, le disuguaglianze di trattamento, sedimentate nelle spese storiche di riferimento. E spesso tale criterio costituisce significativo ostacolo all’innovazione tecnologica ed organizzativa che abitualmente presenta differenti opportunità a settori e ad agenti sanitari diversi, e che quindi richiederebbe di modificare le ripartizioni “storiche” della spesa.

Mi sembra, pertanto, che il merito riconoscibile al principio della “gravità del bisogno”, per determinare le priorità nelle scelte del razioneamento, è -leggendo in negativo – quello di porre in guardia dall’affidarsi, consapevolmente, ai criteri del reddito, dell’età, del sesso, del luogo di residenza del malato, del costo della singola prestazione, perché essi tendono a introdurre discriminazioni inaccettabili tra cittadini non solo nel servizio sanitario ma – salvo motivate eccezioni – in ogni servizio pubblico (finanziato dalla collettività). Non mi sembra, invece, che tale principio possa offrire, generalmente, indicazioni positive alle definizioni delle scelte operative che attuano il “razoneamento”. Incertezze interpretative riguardo al principio del “bisogno”, che dovrebbe guidare le scelte delle priorità nel razioneamento, emergono anche dalle argomentazioni di autorevoli studiosi che, con vigore, si richiamano a tale principio. Il citato Oliver, definendo i principi equitativi del servizio sanitario pubblico, in polemica con gli studiosi “extra-welfaristi”, afferma: <sup>(54)</sup> “nella medicina curativa, assegnare le priorità solo sulla base di fattori che sono endogeni alla salute – cioè lo stato di salute e la capacità di beneficiare della cura – può essere una presunzione politica più etica. Se è così, l’uguale accesso alla cura della salute per uguale bisogno..... piuttosto che la restrizione diretta dei risultati sulla salute (“health outcomes”), è un principio di equità più appropriato da perseguire”. Ma, il suo riferimento alla “capacità di beneficiare delle cure” <sup>(55)</sup> conduce, sul piano logico, anche alla tesi

---

<sup>(54)</sup> OLIVER (2005), p. 592.

<sup>(55)</sup> Si può osservare che, nella letteratura italiana, STORNAIUOLO (2005), invece, esclude la capacità di beneficiare delle cure dai criteri che si dovrebbero ricavare dai principi equitativi dell’uguaglianza specifico e dei diritti primari e di cittadinanza (p.61)

degli “extra welfaristi”, che sostengono che gli “health outcomes” devono essere il criterio-guida nel valutare le politiche della salute.

Invero, il riferimento prioritario agli “health outcomes” non pare, in linea di principio, incompatibile neppure con le tesi sopra citate della giustizia sociale, quale l’uguaglianza delle capacità fondamentali di ciascuno di partecipare alla vita sociale <sup>(56)</sup>. Infatti, se tale si vuole sia l’obiettivo “equitativo”, quel che conta è il risultato sullo stato di salute ottenuto dalle prestazioni sanitarie eseguite, perché un risultato negativo, o comunque di non adeguato recupero delle “capacità” del malato di tornare ad una vita sociale partecipe, non raggiungerebbe l’obiettivo. <sup>(57)</sup>

Fuori dal confronto sui “principi morali”, necessariamente permeato di giudizi di valore, molti autori hanno cercato di identificare, nei sistemi sanitari in essere, (gli studi finora compiuti hanno coperto un periodo che va dal 1960 al 1995), la relazione esistente tra le spese per la salute, considerando anche separatamente quelle pubbliche da quelle private, e la variabile dipendente stato della salute (“outcomes”).

Le impostazioni di tali modelli si caratterizzano anzitutto nella scelta delle variabili indipendenti. Quelle riferite ai servizi per la salute sono identificate nella spesa sanitaria totale e/o pro-capite, distinta nella componente pubblica e/o privata, talora riferita al tipo di organizzazione del sistema sanitario, e al grado di copertura della popolazione dal rischio di malattia, ed in alcuni modelli specificando la componente spesa farmaceutica. Alcuni modelli cercano anche di identificare le condizioni di offerta dei servizi sanitari, espresse dal numero dei medici, delle visite, dei posti letto per abitante. Un secondo gruppo di variabili indipendenti cerca di catturare le caratteristiche demografiche e degli “stili di vita”: popolazione per sesso ed età, tassi di fertilità, reddito pro-capite, spese alimentari e diete nutrizionali, obesità, consumi di alcolici e tabacco; educazione, informazione, struttura occupazionale, povertà, incidenti stradali.

Gli studi econometrici compiuti hanno trovato particolari difficoltà, concettuali ed empiriche, a specificare le variabili dipendenti, per rappresentare le condizioni di salute. Gli indicatori prescelti sono, prioritariamente, quelli della speranza residua di vita, per gli uomini e per le donne, i tassi di natalità, quelli della mortalità infantile, o specificata per classi di età (la speranza di vita può essere stimata alla nascita, o a specifiche età)<sup>(58)</sup>.

---

<sup>(56)</sup> E’ la tesi elaborata soprattutto da SEN (cit.)

<sup>(57)</sup> L’esclusione del riferimento agli “health outcomes”, come criterio per definire le priorità dell’intervento pubblico per la salute, mi pare possa essere giustificata solo con riferimento a principi, religiosi o etici, che riconoscano il “valore” prioritario nell’atto del prestare aiuto alla persona malata, o altrimenti in difficoltà (povertà ecc), indipendentemente dalla valutazione degli effetti possibili di tale atto di solidarietà. D’altra parte, se le possibilità di ciascuno, singolarmente e collettivamente, di prestare atti di solidarietà sono limitate dalle risorse disponibili, si riapre la questione delle “priorità” nel compiere tali atti. Un corollario importante, nella pratica, è la difesa terapeutica ad oltranza della vita del malato, anche a costo di sottoporlo a condizioni di vita dolorose e/o a terapie fortemente invasive, anche quando sono molto basse le probabilità di guarigione e di recupero alla vita sociale, e la migliore prospettiva pare essere, scientificamente, quello dell’allungamento della vita in costanza di malattia.

<sup>(58)</sup> Cfr, da ultima, la rassegna critica dei più importanti lavori empirici in NIXON, ULMANN (2006)



E' stato, però, osservato che per molti malati il risultato delle cure è da valutarsi non in termini di variazioni della speranza di vita, bensì di variazioni delle condizioni di salute (“lo star bene”) anche se non vi è pericolo per la vita (ma possono essere diminuite o impediti le realizzazioni dei propri programmi di vita nell’organizzazione sociale). Per tale ragione, principalmente, alcuni studiosi hanno tentato di introdurre nel modello indicatori qualitativi delle condizioni di salute: QALI, HYE, HUI, DALE, MOSY, SIP <sup>(59)</sup>; che tuttavia non sono stati ancora impiegati in modo sistematico negli studi empirici ed econometrici, a causa delle incertezze di misurazione e delle difficoltà di raccolta di dati utilizzabili per analisi “cross-country” e per serie temporali significative <sup>(60)</sup>.

Come frequentemente avviene negli studi empirici, si è dovuto di necessità fare virtù, e quindi si è dovuto impiegare, come variabili dipendenti rappresentative dei risultati delle cure indicatori indiretti riferiti alla durata della vita e ai tassi specifici di malattia (per età e per sesso). Tale scelta è stata, peraltro, giustificata anche sul terreno concettuale, sostenendosi che “la speranza di vita e la malattia infantile... sono le convalide ultime dei risultati ottenuti dalla società rispetto alla salute”, e che perciò “le misure degli “health outcomes” basate sui dati della popolazione hanno un ruolo cruciale nella valutazione dei servizi sanitari” <sup>(61)</sup>.

Altri studiosi, invece, ribadiscono la loro convinzione che la valutazione dei risultati delle politiche sanitarie rispetto alle condizioni di salute della popolazione non devono sostituire o affievolire le priorità degli obiettivi di fondo del sistema sanitario pubblico: offrire prestazioni universali per accesso, ugualitarie rispetto ai bisogni, e (almeno nei limiti delle risorse disponibili) “comprehensive” e commisurate ai bisogni. Si riconosce che il riferimento agli “health outcomes” ha rilevanza nelle fasi antecedenti a quelle della medicina curativa; ed inoltre che tale riferimento può essere opportuno nelle scelte degli interventi riguardanti un singolo malato o un gruppo omogeneo di malati, non però tra gruppi differenti di malati. La ragione è che, se si elevano a prioritarie le valutazioni riferite agli “health outcomes”, in luogo dei principi dell’universalità dell’accesso a prestazioni uguali per uguali bisogni, si introducono, presumibilmente, discriminazioni di trattamento tra malati che sono (sul terreno dei principi) incompatibili con la morale equitativa che giustifica il modello sanitario pubblico, universale, comprehensive, ugualitario, finanziato dalla fiscalità generale <sup>(62)</sup>.

Dinanzi a una contrapposizione tra diversi riferimenti a principi “etici”, tra interpretazioni ideologiche (e politiche) differenti della nozione di “equità”, l’analisi economica è costretta ad arrestarsi, non essendovi

---

<sup>(59)</sup> Cfr., tra altri, LE GALES e altri (2002; MEHREZ, GAFNI (1989); MILLER, FRECH (2002); e la rassegna critica in STORNAIUOLO (2004)

<sup>(60)</sup> Cfr. NIXON, ULMANN (2006)

<sup>(61)</sup> NIXON, ULMANN (2006) p.16; e cfr GOLDACRE (1996)

<sup>(62)</sup> Cfr. in particolare OLIVER (2005) p. 593-94

una misura obiettiva utilizzabile per il confronto tra “giudizi di valore”. Si deve, però osservare che, quando ci si riferisce a “principi etici”, la loro affermazione dovrebbe essere universale, ovvero trascendere la situazione specifica e contingente del sistema sanitario di un singolo Paese e dato momento storico. L’osservazione non è moralisticamente astratta, bensì ha implicazioni concrete: nelle scelte delle priorità delle destinazioni delle risorse del bilancio pubblico di un singolo Paese economicamente avanzato, si dovrebbe – in base a tali principi – valutare la “priorità” di assegnare risorse aggiuntive alla sanità, già avanzata, di tale Paese rispetto alle “priorità” di assegnare risorse aggiuntive ai Paesi sottosviluppati (e/o a iniziative volontaristiche che operano in essi) per migliorare i loro sistemi sanitari che operano a distanze abissali dalle nozioni dei “bisogni” e dalle loro realizzazioni nei Paesi avanzati <sup>(63)</sup>.

Riguardo al confronto tra modelli alternativi, l’analisi economica offre un’avvertenza assai importante. Non è corretto il confronto tra un modello “ideale” e uno, invece, “reale” (osservato nella realtà), fondato su principi ideali alternativi. E’ corretta l’analisi dell’applicabilità e degli effetti, in un sistema “reale”, di modelli ideali alternativi, perché così si evidenziano le eventuali incompatibilità (anche parziali) di alcuni postulati del modello ideale con le preferenze e gli obiettivi espressi, nel momento storico, dalla collettività (soprattutto quando essi sono frutto di accordi di mediazione, compromesso, trade-off tra obiettivi), e con altri vincoli economici e tecnologici. Ho, sopra, sottolineato che i principi del modello pubblico universale, con prestazioni ugualitarie commisurate ai bisogni, incontrano, nei sistemi reali, evidenti difficoltà a confrontarsi con le scelte del bilancio pubblico (anch’esse collettive) che impongono “razionamenti” alle prestazioni sanitarie pubbliche, rispetto ai “bisogni”. La tesi, condivisibile nella sua enunciazione astratta, che almeno nell’ambito del servizio sanitario pubblico (al cui “razionamento” i cittadini con redditi maggiori possono sfuggire) sia rispettato il principio dei trattamenti uguali per uguali bisogni, è frequentemente disattesa nelle realtà osservabili perché il razionamento, nelle sue molteplici forme, produce effetti differenti tra singole branche e specializzazioni del servizio sanitario, tra ambiti territoriali e tra singoli centri di offerta delle prestazioni sanitarie; le disuguaglianze si ampliano quando si considerino anche gli effetti differenziali sui tempi di introduzione delle innovazioni scientifiche e tecnologiche.

Un altro insieme di difficoltà si incontra a mantenere l’assunzione, nel sistema reale, che i decisori pubblici scelgono sempre soluzioni conformi ai principi ed obiettivi del modello pubblico che, formalmente, essi enunciano; infatti le analisi rivelano molteplici “fallimenti” dei processi decisionali politico-burocratici, non solo per la presenza di “interessi privati” presso i decisori pubblici (l’argomento sollevato dagli studi di

---

<sup>(63)</sup> Ha rilevato l’OECD (2007) che i Paesi dell’UE nel 2002 a Barcellona (15 Paesi allora) avevano preso solenne impegno ad accrescere gli aiuti ai Paesi sottosviluppati alla misura del 0.39% del PIL (l’obiettivo minimo di ciascun Paese per il 2006 era stato fissato al 0.33%). Grecia, Portogallo e Italia sono i 3 Paesi che non hanno mantenuto l’impegno: l’Italia ha destinato a tali aiuti lo 0.29% nel 2005 e lo 0.20% nel 2006.

“public choice”) ma anche perché la collegialità decisionale tende – pur nell’ipotesi della “buona fede” di tutti – a produrre risultati compromissori (né si può dimenticare che gli elettori votano su programmi politici complessivi di cui la sanità è componente significativa ma non esclusiva).

Le difficoltà a calare i principi del modello “ideale” nei processi decisionali “reali” tendono ad ampliarsi quando la collettività sceglie di suddividere le competenze dell’operatore pubblico tra differenti livelli di governo (centrale, territoriali e anche di più livelli). Presso molte collettività l’autonomia di governo territoriale è considerata un valore, che può essere persino condizione perché le (o alcune) componenti territoriali della popolazione accettino il “patto sociale” costitutivo dello Stato e la relativa “cittadinanza”. L’applicabilità di un modello “ideale”, pensato per tutto il territorio nazionale deve, allora, passare la verifica delle compatibilità con le suddivisioni delle competenze pubbliche tra diversi livelli di governo.

Per l’analisi di questi temi dell’applicabilità dei modelli “ideali” credo, pertanto, divenga essenziale il riferimento alle esperienze osservabili nei Paesi (economicamente avanzati) che hanno costruito e mantengono i loro sistemi sanitari sulla base di principi e criteri valutativi tratti da modelli differenti. Nella parte seguente del lavoro, sono considerate, nei loro tratti caratterizzanti, l’esperienza del sistema statunitense che è fondato sulle assicurazioni sanitarie private, integrate da programmi pubblici; quella del modello tedesco fondato sulle assicurazioni sociali obbligatorie integrate sia da programmi pubblici e istituti solidaristici, sia dalla libertà di scelta (legata al reddito) per il consumo sanitario privato; quella del sistema inglese, fondato sul modello “Beveridge” del servizio sanitario pubblico, universale, “comprehensive” e ugualitario collegato ai bisogni; infine quella del sistema italiano del servizio sanitario pubblico, ma caratterizzato dall’attribuzione alle singole Regioni di ampie competenze in materia di politica sanitaria.

## **2. Il modello fondato sul mercato assicurativo**

### **2.1 L’esperienza degli Stati Uniti**

Gli economisti più convinti nel sostenere la superiorità del sistema ad economia di mercato, e più preoccupati delle distorsioni che l’intervento pubblico può apportare al funzionamento dell’economia (i “fallimenti dello Stato”), ritengono opportuno che la tutela dai rischi della salute, largamente connessa ad eventi aleatori e saltuari, sia affidata al meccanismo delle assicurazioni private. Dal loro punto di vista<sup>(64)</sup>, non vi è ragione convincente per affermare che la tutela della salute dovrebbe essere affidata all’intervento

---

<sup>(64)</sup> Ricorda STIGLITZ (1989, pp. 320-1): “Non tutti gli economisti concordano sul fatto che i servizi sanitari debbano essere trattati in modo differente dagli altri beni di consumo ..... I sostenitori di questo punto di vista sottolineano come la relazione tra cure mediche e durata della vita sia molto debole; altri fattori, come il fumo, il consumo di alcolici, l’alimentazione e in particolare il livello di istruzione sembrano giocare un ruolo altrettanto, se non più importante, nel determinare la durata di vita e gli altri indicatori di salute di un individuo”.

pubblico quando, nel medesimo sistema economico, sono affidati al mercato la produzione e lo scambio di beni e servizi altrettanto necessari alla vita quali gli alimenti essenziali, i capi di abbigliamento adatti alle condizioni climatiche, i servizi abitativi, igienici ed altri basilari. In effetti, le carenze di tali beni e servizi essenziali alla vita sono esse stesse cause di perdita della salute e infine della vita, come ampiamente documentato dalle ancora attuali situazioni dei Paesi arretrati, che pure comprendono parte ampia della popolazione del globo. Nei Paesi industrializzati, vi sono forme di intervento pubblico assistenziale che si affiancano alle iniziative caritatevoli e a quelle del volontariato per provvedere all'offerta gratuita di tali beni e servizi essenziali a chi ne è sprovvisto; tuttavia, esse hanno rilevanza marginale (ancorché fondamentale per i beneficiari) rispetto allo scambio complessivo di tali beni, che avviene quasi totalmente attraverso il mercato. Allo scopo di provvedere (o integrare) alle famiglie i redditi necessari ad acquistare i beni e servizi essenziali sul mercato, hanno maggiore rilevanza, nei Paesi sviluppati, i trasferimenti monetari a carico del bilancio pubblico (indennità di disoccupazione, per invalidità civile, sussidi familiari ecc.), talora anche in forma di compartecipazione pubblica alla spesa privata in consumi predeterminati (prezzi politici per l'uso di alloggi popolari, di mense ecc.).

Tale impostazione, rigidamente ancorata all'affermazione della superiorità del mercato rispetto a modelli alternativi di produzione e di scambio, è stata sottoposta alle note critiche che hanno rappresentato situazioni di "fallimento del mercato"; nel settore dei servizi per la salute tali "fallimenti" sarebbero particolarmente evidenti ed importanti<sup>(65)</sup>.

Ho ricordato che la critica più diffusa alla tesi che la produzione e lo scambio dei servizi per la salute, come degli altri beni e servizi essenziali alla vita, dovrebbe essere affidata in linea generale ai meccanismi del mercato, si concentra sui limiti dei mercati assicurativi privati nell'offrire adeguata tutela dai rischi della salute a tutta la popolazione. La conclusione che si trae dall'analisi di tali limiti del funzionamento dei mercati assicurativi privati è che l'affidamento ad essi della tutela dai rischi della salute lascerebbe segmenti significativi della popolazione privi della copertura assicurativa sanitaria, a causa della natura dei rischi della salute, e/o dell'insufficiente capacità (o volontà) di pagamento dei premi assicurativi da parte di numeri significativi di unità familiari.<sup>(66)</sup>

La conclusione è corretta; ma essa non rende logicamente necessaria la deduzione che il sistema delle prestazioni sanitarie dovrebbe escludere, o confinare in posizione marginale (ad es. supplementare) le assicurazioni su base privatistica, per realizzare invece un modello di assicurazioni sociali obbligatorie

---

<sup>(65)</sup> CFR Le osservazioni al paragrafo 1.2.

<sup>(66)</sup> Cfr. per tutti ARTONI (1999), Cap. 11, che conclude; "Lo studio delle modalità di funzionamento di un sistema assicurativo privato costituisce comunque l'opportuno riferimento per analizzare le caratteristiche di un sistema pubblico..... che può trovare una giustificazione di tipo negativo, che nasce dal confronto con i limiti e i problemi di un meccanismo assicurativo di tipo privato"

riferite al rapporto di lavoro (“modello Bismark”), o un modello sanitario pubblico, a copertura universale, finanziato dalle entrate del bilancio della Pubblica Amministrazione (“modello Beveridge”). Una deduzione alternativa, infatti, è che si lasci alle imprese del mercato assicurativo il compito di coprire dai rischi della salute la parte di popolazione che può assicurarsi presso di esse, e che si provveda – nella logica della sussidiarietà <sup>(67)</sup> - con l’intervento pubblico all’offerta delle prestazioni sanitarie a chi non abbia copertura assicurativa privata. Tale linea alternativa corrisponde meglio alla tesi della superiorità dell’economia di mercato, governata dalla sovranità del consumatore e dalle iniziative delle imprese, rispetto a sistemi economici pubblicistici <sup>(68)</sup>, e inoltre alle preoccupazioni verso i “fallimenti dello Stato”<sup>(69)</sup>.

E’ opportuno annotare che questa linea di pensiero, favorevole alla tutela della salute prioritariamente attraverso il mercato assicurativo, richiama l’annosa dibattuta questione, nella scienza delle finanze, dei meriti relativi della redistribuzione in moneta rispetto a quella in natura (“di genere”). E’ logico che per i sostenitori della superiorità del modello di mercato è preferibile, in linea di principio, che le scelte del bilancio pubblico si orientino verso forme di redistribuzione monetaria, così da offrire a nuove categorie di cittadini la capacità economica di assicurarsi privatamente nel mercato. Si limiterebbero, così, le spese pubbliche per l’offerta delle prestazioni sanitarie liberando risorse per i trasferimenti monetari, ed anche per politiche di domanda e di incentivazione alla produzione che elevano il reddito pro-capite e perciò ampliano la platea dei potenziali acquirenti di strumenti assicurativi privati.

Le precedenti contrapposte argomentazioni non sono confinate ad ipotesi elaborate nel dibattito teorico, bensì conducono a scelte di fondo della politica sanitaria che si impongono a tutti i Paesi e sulle quali anche il confronto politico, nelle esperienze storiche, è stato acceso ed è ancora aperto.

Tra i Paesi industrializzati, l’esperienza della politica sanitaria degli Stati Uniti costituisce il più importante riferimento concreto per chi sostiene la tesi che la copertura dai rischi della salute dovrebbe essere principalmente affidata al mercato, e l’intervento pubblico dovrebbe essere attuato in via sussidiaria in favore di chi non ha potuto assicurarsi<sup>(70)</sup>.

---

<sup>(67)</sup> Un preciso richiamo alla “sussidiarietà” si trova in MURARO (2003, p. 350): “Il principio di sussidiarietà, introdotto dagli accordi comunitari e ormai entrato nella comune cultura politica, implica esattamente che lo Stato sia sussidiario al mercato e che l’ente pubblico superiore sia sussidiario a quello inferiore”. Peraltro, lo studioso offre un’interessante interpretazione della espansione della spesa sociale, di cui è componente fondamentale la spesa sanitaria, nei Paesi industrializzati a partire dal secondo dopoguerra: sull’argomento si torna più avanti nel testo.

<sup>(68)</sup> La tesi è posta alla base, esplicitamente e con rigore, della teoria normativa della finanza pubblica di MUSGRAVE (1959, Cap. 1).

<sup>(69)</sup> Cfr. tra un’ampia bibliografia sui “fallimenti dello Stato” NISKANEN (1971), PELTZMAN (1989), BUCHANAN, TULLOCK (1962), STIGLITZ (2003).

<sup>(70)</sup> D’altra parte, l’essere gli Stati Uniti divenuti la prima potenza mondiale, uscendo di fatto vincitori dalla più che quarantennale competizione con l’Unione Sovietica, fondata invece su di un’organizzazione socio-economica alternativa (proprietà pubblica dei mezzi di produzione, pianificazione economica affidata all’Autorità statale), ha rafforzato in quel Paese, almeno presso l’elettorato “mediante”, decisivo nella competizione elettorale tra due schieramenti, la fiducia nella superiorità del sistema ad economia di mercato, in cui l’allocazione delle risorse per la produzione dei beni finali è largamente governata dalle scelte dei

L'assicurazione privata ha, infatti, dominato la storia della sanità americana; e significativamente alcune delle principali iniziative che hanno introdotto istituti di interesse pubblico in quel sistema sanitario sono state promosse dalle imprese, piuttosto che dal potere politico<sup>(71)</sup>.

Nei confronti della parte di popolazione non coperta dai rischi della salute attraverso il mercato assicurativo privato, l'intervento pubblico è divenuto sistematico negli anni '60, con l'istituzione del programma "Medicare" di assistenza sanitaria agli anziani (oltre i 65 anni)<sup>(72)</sup>, e di quello "Medicaid" di assistenza sanitaria ai poveri<sup>(73)</sup>, finanziati da stanziamenti di fondi pubblici e realizzati attraverso ospedali pubblici, strutture non-profit e scuole universitarie di medicina.

---

consumatori, mentre le tecnologie e i processi innovativi sono affidati all'iniziativa delle imprese private. Però negli ultimi anni anche negli U.S.A. il dibattito sui limiti del sistema sanitario privatistico è divenuto un tema politico centrale, come si ricorda nelle pagine seguenti.

<sup>(71)</sup> Tale è stata, durante la 2<sup>a</sup> guerra mondiale e negli anni '50, l'iniziativa delle imprese per ottenere dal Governo Federale la deducibilità fiscale dei contributi per le assicurazioni sanitarie versati in favore dei loro dipendenti, e la non inclusione dei benefici percepiti nei redditi tassabili degli assicurati; sicché le imprese, particolarmente le grandi, hanno trovato convenienza fiscale a concedere tale forma di "benefit" ai loro dipendenti, inducendo la diffusione delle assicurazioni sanitarie presso i lavoratori dipendenti.

Ancora le imprese hanno preso l'iniziativa alla metà degli anni '80: preoccupate dei costi crescenti delle assicurazioni presso le società commerciali specializzate, le imprese si sono rivolte massicciamente agli "HMOs", organizzazioni costituite, (allora) da circa un decennio, con lo scopo di offrire agli assicurati un pacchetto di prestazioni sanitarie, prestazioni mediche, ambulatoriali, ospedaliere, utilizzando medici e strutture convenzionate in cambio di quote fisse annualmente pre - pagate, inferiori a quelle richieste dalle agenzie assicurative. Sotto tale impulso della domanda delle imprese, per i loro dipendenti, le "HMOs" sono divenute organizzazioni "profit", quotate in borsa, con capitali ingenti da investire; molte di loro hanno acquistato strutture specialistiche e ospedali. Le "HMOs", che sono entrate in concorrenza tra loro, cercano di perseguire l'efficienza produttiva interna attraverso controlli e utilizzi sinergici delle prestazioni, con risultati da alcuni valutati positivamente, perché avrebbero indicato la via per ridurre i costi e, attraverso la maggiore efficienza, promuovere la qualità dei servizi; invece da altri valutati negativamente perché avrebbero piegato l'offerta delle prestazioni sanitarie agli obiettivi del profitto.

<sup>(72)</sup> Successivamente il programma è stato esteso ai disabili colpiti dalle infermità più gravi. Il programma Medicare, aperto alla popolazione di tutto il territorio federale, è suddiviso nella parte dell'assistenza ospedaliera e in quella della prestazione dei servizi medici. L'assistenza ospedaliera è soggetta ad un sistema articolato di copertura temporale limitata, per ciascun "benefit period", e di compartecipazione ai costi (in somma fissa giornaliera) per i ricoveri eccedenti i primi 60 e 90 giorni. L'assistenza medica è accessibile con il pagamento di un premio annuale fisso (non dipendente dal reddito e dal rischio) e richiede co - partecipazioni al costo delle prestazioni (ad es. le tariffe federali; gli ospedali sono rimborsati per ricovero in base al metodo DRG, i medici per specifiche prestazioni in base a una scala valori). La garanzia della tutela offerta da Medicare è, per la maggior parte dei beneficiari, associata ad altri strumenti assicurativi, privati o pubblici; sicché, considerate anche le limitazioni nell'offerta dei benefici, è stato scritto che il programma "si configura così come una assicurazione nazionale per specifiche categorie di cittadini (principalmente anziani e disabili) che riflette, e per molti aspetti rispetta, le caratteristiche del mercato assicurativo americano" (FATTORE, 2003, p.67)

<sup>(73)</sup> Nel 1997 il programma è stato integrato da uno di specifica assistenza sanitaria ai bambini non assicurati e non aventi i requisiti di povertà richiesti dal "Medicaid" (SCHIP). Il programma "Medicaid" realizza, rispetto al "Medicare", un più diretto intervento pubblico nella tutela della salute. Esso è rivolto ad offrire la tutela sanitaria alla parte povera della popolazione (i co - pagamenti sono assai limitati) ed è finanziato insieme dal Governo Federale e dagli Stati; questi ottengono finanziamenti federali (fino a circa l'80% delle spese sostenute) in funzione del reddito pro-capite dello Stato (in quanto espressione sia del numero dei cittadini sia della capacità fiscale teorica). "Medicaid" integra i benefici del programma "Medicare", finanziando per gli anziani e i disabili poveri i co - pagamenti cui sono tenuti, le spese farmaceutiche non ospedaliere ed altri servizi non coperti, e l'assistenza di lungo degenza residenziale e domiciliare. In linea generale si può dire che "Medicaid" assiste la parte della popolazione definita povera: la normativa federale stabilisce i criteri socio-economici di eleggibilità al programma. Sono privilegiati i nuclei familiari con figli poveri (cosicché frequentemente i singoli e le coppie senza figli non sono coperti), le persone disabili, non autosufficienti, con specifiche patologie (ad es. i malati di AIDS), e anziane. Benché la normativa federale stabilisca i criteri generali dell'eleggibilità e le grandi categorie dei servizi offerti, le specificazioni operative appartengono agli Stati, sicché vi è una significativa variabilità tra Stati della tipologia sia dei servizi offerti (in questo differenziandosi da "Medicare"). Proprio per

Si è così istituzionalizzato lo schema di struttura dell'offerta delle prestazioni sanitarie suddivisa in due parti: quella coperta dal mercato assicurativo privato e quella (residuale o sussidiaria) affidata all'intervento pubblico. In tale modello statunitense trova, pertanto, attuazione la tesi suesposta, che assegna al mercato la priorità nella produzione e nello scambio, ma che riconosce situazioni di "fallimento del mercato" e/o obiettivi redistributivi che richiedono l'intervento pubblico.

## 2.2 Proposte di riforma del sistema sanitario degli Stati Uniti

Il sistema sanitario statunitense, benché ancor oggi in vigore, è tuttavia fatto oggetto di critiche, e di proposte di riforma avanzate all'interno del Paese medesimo. Il tema centrale del dibattito è il permanere di una quota significativa di cittadini esclusa dalla copertura sanitaria, assicurativa o pubblica perché: da una parte, l'interesse all'assicurazione dei lavoratori dipendenti prevale presso le grandi imprese, non (sempre) così presso le piccole, ed inoltre perché al crescere, soprattutto dagli anni '80, dei costi dell'assicurazione, gran parte delle imprese tende a trasferire tali costi a carico delle retribuzioni; dall'altra parte, il programma pubblico "Medicaid", gestito dai singoli Stati, lascia ancora scoperta una quota significativa della fascia povera della popolazione<sup>(74)</sup>.

In epoca recente, le istanze politiche per estendere la copertura sanitaria della popolazione vennero raccolte dall'allora Presidente Clinton<sup>(75)</sup> che un anno dopo la sua elezione presentò al Congresso (1993) una proposta di riforma che mirava ad assicurare a tutti i cittadini americani l'accesso (universale) ad un insieme di servizi sanitari considerati essenziali. Nei suoi aspetti fondamentali, la proposta di riforma prevedeva l'obbligo di assicurazione per tutti i lavoratori dipendenti, con finanziamento a carico dei datori di lavoro integrato da un contributo pubblico (questo era previsto al 25% del finanziamento del sistema); inoltre il

---

le sue caratteristiche di programma pubblico, "Medicaid" soffre del "razionamento" (vincoli di bilancio pubblici), che si manifesta in forme esplicite ed implicite (ad es. le liste di attesa) analogamente a quanto avviene nei sistemi sanitari europei a modello pubblico (di cui ai paragrafi successivi). CFR: JENCKS S.F., HUFF E.D., CUERDON T. (2003); MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (2002), BECCUTI C., MOON M. (2003); CHEILET D. (2002); CHRISTENSEN, S., SMINUNGE (1997); MERLIS M. (1995), NEVITOUR, RICE T. (2003); HALEY, BUCKERMAN S. (2003) DALLEK G., BILES G., HERSCH L. (2003); DAVIS K., COOPER B. (2003); DOCTEUR E., SUPPANZ H. IVO J. (2003); KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2003), MARMOR T. MCKISSICK G.J. (2000): tali autori sono citati in OECD (2004 a e b)

<sup>(74)</sup> Secondo le stime dell'OECD, la quota della popolazione "non anziana" degli Stati Uniti priva di assicurazione sanitaria risultava del 16,5% nel 2001 (OECD, 2004 b, p. 25; e cfr. FRONSTIN, 2002). Rapportata al totale della popolazione, la stima OECD è che il 14% non abbia copertura dal rischio di malattia, mentre nei Paesi europei tale percentuale è, in media, inferiore al 2%. Si tenga presente che la popolazione effettivamente presente negli Stati Uniti si accresce ogni anno di un ampio flusso (centinaia di migliaia) di immigrati non legali che cercano successivamente di regolarizzare la loro posizione; e che è assai ampia e continua la migrazione tra stati all'interno dell'unione.

<sup>(75)</sup> La volontà di istituire un'assicurazione contro le malattie a copertura nazionale era già in Roosevelt, quando fece approvare la prima legge americana di protezione sociale verso la disoccupazione e la vecchiaia; ma egli non riuscì a far approvare la proposta per la copertura dal rischio di malattia.

premio assicurativo doveva essere fissato su base territoriale anziché sulla base del rischio individuale, in modo da superare i problemi della “selezione avversa” (l’iscrizione dei lavoratori presso una unità assicurativa territoriale avrebbe permesso forme di sussidio incrociato). Nelle vicende politiche americane della prima metà degli anni ’90, la proposta di riforma sanitaria di Clinton finì con l’essere accantonata. Tra i motivi del fallimento di questo tentativo di riforma (fieramente avversata dalle società di assicurazione) si è segnalato come decisivo “il rifiuto della classe media americana di pagare un prezzo – l’aumento delle tasse – per una riforma che avrebbe avvantaggiato la minoranza povera e meno fortunata del paese”<sup>(76)</sup>; il contributo a carico del bilancio pubblico era stato previsto per alleggerire l’onere della riforma sul costo del lavoro.

Ma, negli anni seguenti il dibattito sull’obiettivo di ampliare l’accesso alle prestazioni sanitarie, fino a renderlo universale, è rimasto aperto; anche perché la crescente diffusione delle piccole-medie imprese nel tessuto produttivo americano (alimentata anche dai continui flussi immigratori dai Paesi latino-americani), l’aumentata mobilità della forza lavoro, i controlli sempre più rigidi delle “HMOs” sulle spese per le prestazioni, a fronte della crescita dei loro costi unitari, sono fattori che hanno spinto, dagli anni ’90, verso la riduzione della effettiva copertura assicurativa dei lavoratori.<sup>(77)</sup> Sull’altro versante, quello del sistema pubblico, le difficoltà del bilancio federale hanno portato al contenimento dei trasferimenti pubblici, in particolare al programma “Medicaid”, e molti Stati hanno intrapreso atteggiamenti restrittivi nella concessione dei benefici del programma.

In prospettiva, il recente ritorno della maggioranza democratica in entrambe le camere del Congresso (come al tempo dell’istituzione dei programmi pubblici “Medicare” e “Medicaid”), se confermata nelle prossime elezioni presidenziali (2008) potrebbe aprire la porta ad una nuova riforma orientata (come nel progetto Clinton) ad estendere significativamente l’accesso della popolazione alle prestazioni sanitarie. Credo che la possibilità che si realizzi tale prospettiva dipenda non solo dall’esito delle prossime elezioni presidenziali, ma anche dal futuro andamento dell’economia, quindi del reddito pro-capite dell’elettore mediano, nella sua qualità di contribuente chiamato a sopportare un prelievo tributario aggiuntivo per il finanziamento della riforma. Occorre inoltre considerare che i maggiori oneri contributivi aumenterebbero il costo del lavoro e

---

<sup>(76)</sup> MACIOCCO (2000), p. 30. Utilizzando gli strumenti del dibattito teorico si potrebbe dedurre che le motivazioni riferite all’utilitarismo individuale (collegate al reddito disponibile) hanno prevalso, in quel periodo storico, sui riferimenti ai principi “equitativi” non utilitaristici.

<sup>(77)</sup> La pressione esercitata dalle “HMOs”, in competizione tra loro, sui medici perché contengano le richieste di prestazioni e i loro costi, ha infine spinto la potente Associazione dei medici a dichiararsi in favore dell’accesso universale alle prestazioni sanitarie: Cfr. MACIOCCO (2000), p. 30.



quindi che, se trasferiti in avanti nei prezzi, inciderebbero negativamente sul potere di acquisto dell'elettore mediano e/o sulle opportunità di occupazione e sulle dinamiche retributive<sup>(78)</sup>.

Se la riforma sanitaria, che nuovamente si ritrova nei programmi dei candidati democratici alle prossime elezioni presidenziali<sup>(79)</sup>, dovesse infine andare in porto, si può prevedere che nella sostanza – a quanto risulta oggi da tali programmi elettorali – essa ricalcherebbe le linee portanti del progetto presentato nel 1993 da Clinton. Con tale riforma il sistema sanitario degli Stati Uniti muoverebbe nella direzione del “modello Bismark”<sup>(80)</sup>: assicurazione sanitaria obbligatoria dei lavoratori dipendenti finanziata prioritariamente con il prelievo sulle retribuzioni lorde<sup>(81)</sup>, e con un contributo pubblico a titolo di riconoscimento di elementi “solidaristici” presenti in tali assicurazioni sociali (in favore dei lavoratori redditualmente più deboli), e avente anche la finalità economica di contenere il costo del lavoro. Il sistema sarebbe completato dai programmi pubblici già esistenti (“Medicare”, “Medicaid”, “SCHIP”) in favore dei non-occupati, o non altrimenti assicurati; tali programmi sarebbero presumibilmente rafforzati per estendere il campo della loro copertura effettiva (nei limiti delle disponibilità del Governo e Parlamento Federale, e dei singoli Stati per le loro competenze, a reperire nuove fonti di entrata, e/o a ridurre altre spese).

L'esperienza della politica sanitaria degli Stati Uniti costituisce un'importante occasione di verifica concreta del funzionamento e dei risultati del modello sanitario privatistico basato sul mercato delle assicurazioni.

Una prima riflessione che si può trarre è che la valutazione di ciascun modello non può essere limitata allo specifico settore, ma deve prendere a riferimento il sistema di valori e di priorità dell'organizzazione socio-economica di cui il settore sanitario è necessariamente parte. In una società che resta sostanzialmente ancorata alla convinzione che l'economia governata dalle scelte dei consumatori, e dalle decisioni di investimento delle imprese private, produce risultati complessivamente superiori a quelli di modelli socio-

---

<sup>(78)</sup> Vero è che il bilancio federale degli Stati Uniti è gravato da grandi spese per la difesa; ma, se si guarda alla storia dei suoi Governi e Parlamenti, almeno dal secondo-dopo-guerra ad oggi, appare che riduzioni significative della dinamica di tali spese per la difesa sono state deliberate in pochissime circostanze (in particolare durante la Presidenza Carter), in presenza di aspettative ampiamente condivise di un allentamento delle tensioni internazionali. Vi è anche da osservare che parte importante delle spese pubbliche per la difesa costituiscono uno strumento che il Governo americano utilizza per promuovere il progresso tecnologico e le sue applicazioni, che gradualmente nel tempo vengono trasferite dalla sfera militare a quella delle produzioni civili, e inoltre per sostenere settori-chiave dell'apparato produttivo.

<sup>(79)</sup> Anche il Governo repubblicano attuale, e i parlamentari di questo partito, hanno mostrato in questi anni sensibilità politica all'obiettivo di ampliare la copertura dai rischi della salute alla fascia non assicurata o garantita della popolazione. Oltre al varo, nel 1997, del citato programma pubblico “SCHIP”, una nuova legge federale (1996) ha fissato degli standard per migliorare la “portabilità” della copertura assicurativa (tra Stati, nel cambio di lavoro ecc.) e per accrescere la possibilità di soggetti assicurati privatamente di mantenere la copertura nel caso di perdita dell'occupazione. Nel 2002 sono stati deliberati crediti di imposta per sussidiare acquisti di assicurazioni sanitarie private da soggetti che hanno perso il lavoro (anche autonomo), o hanno perso trattamenti di fine rapporto a causa di fallimenti. Anche gli Stati hanno adottato provvedimenti mirati ad estendere la copertura assicurativa..

<sup>(80)</sup> In Germania, come si sottolinea nel successivo paragrafo, i cittadini con redditi superiori a un determinato ammontare possono rinunciare all'assicurazione sociale sanitaria sollevandosi quindi anche dai relativi costi.

<sup>(81)</sup> La distinzione formale tra quota delle contribuzioni a carico del lavoratore e quota a carico del datore di lavoro, mentre può avere significato “politico” nelle relazioni tra le parti sociali, non ha direttamente significato economico, che invece si esprime nell'incidenza (distinta dalla percussione) di tale forma di prelievo obbligatorio commisurato alle retribuzioni.

economici alternativi, anche la produzione e scambio delle prestazioni sanitarie tende ad essere affidata al mercato. D'altra parte, le analisi sui limiti e "fallimenti" dei mercati <sup>(82)</sup>, nel caso specifico di quelli assicurativi, e il riconoscimento che la redistribuzione è uno degli obiettivi della politica economica anche per forze politiche che accettano l'economia di mercato, trovano conferma sia nell'introduzione dei programmi di assistenza sanitaria pubblica, finanziati dai contribuenti in favore di chi non ha la possibilità di assicurarsi nel mercato, sia nelle proposte – che potrebbero in un prossimo futuro tradursi in effettiva "riforma" – di rendere obbligatoria l'assicurazione sanitaria per tutti i lavoratori dipendenti (si può ricordare che in Svizzera è stato introdotto l'obbligo per tutti i cittadini di assicurarsi con polizza sanitaria privata, con sussidi e agevolazioni allo scopo per i poveri).

Una seconda riflessione che si può trarre è che anche nella politica sanitaria americana è presente l'obiettivo dell'accesso universale alle prestazioni sanitarie, pur nel dibattito se sia o no necessario, per meglio conseguirlo, rendere obbligatoria l'assicurazione per i lavoratori ed estendere i programmi dell'intervento pubblico. Invece altri obiettivi, in particolare quello di assicurare a tutti prestazioni correlate ai bisogni, è (ancora) lontano dal dibattito politico negli Stati Uniti, mentre esso ha raccolto consensi, almeno in linea di principio, in molti Paesi europei. Però, la stessa esperienza statunitense lascia intravedere, tipicamente nelle scelte riguardanti i finanziamenti dei programmi pubblici, che la sola enunciazione programmatica del principio dell'universalità di accesso a prestazioni corrispondenti ai bisogni non basta a garantire che esso sarà rispettato nelle concrete decisioni del bilancio pubblico. Su tali concrete decisioni, dei Governi e dei legislatori, pesano negli Stati Uniti – e vedremo anche in Europa – i rifiuti di categorie maggioritarie di contribuenti-elettori ad accettare che siano destinate alle prestazioni sanitarie tutte le risorse finanziarie necessarie a soddisfare i "bisogni" (come accertati dalla scienza medica); ovvero, i rifiuti ad accettare che le risorse disponibili per gli impieghi privati, e per quelli pubblici alternativi, siano determinate in via residuale rispetto a quelle destinate ai "bisogni" sanitari.<sup>(83)</sup>

Riportandoci alle impostazioni teoriche, la tesi dell'utilitarismo individuale, che spiega i comportamenti degli agenti economici in base alle loro utilità, poste sostanzialmente in funzione del reddito disponibile, pare conservare una forte capacità interpretativa, anche per il settore della sanità. Vero è che per questo, e per altri settori di produzione di servizi di interesse sociale, l'allocazione delle risorse avviene non solo

---

<sup>(82)</sup> Vi è da rilevare che, secondo alcuni osservatori statunitensi, ai tradizionali limiti dei mercati assicurativi andrebbe aggiunto quello della loro struttura oligopolistica che, negli ultimi decenni, si sarebbe orientata verso pratiche restrittive che avrebbero fatto elevare i costi e accentuato la ricerca dei "rischi migliori" ("cream-skimming"). I consumatori delle prestazioni sanitarie offerte attraverso i meccanismi del mercato avrebbero, perciò, sperimentato una sensibile riduzione dei benefici che, invece, sono generalmente associati ai liberi mercati privati, nei quali si suppone che la competizione eroda le rendite e ampli l'offerta a prezzi tendenzialmente più bassi per i consumatori. La questione è ripresa più avanti nell'esame delle proposte, e delle "riforme", finalizzate a introdurre meccanismi di concorrenza propri del mercato nei sistemi sanitari, anche in quelli ad organizzazione pubblica. ("quasi mercati")

<sup>(83)</sup> Cfr. le argomentazioni svolte ai precedenti paragrafi (sotto 1.3.)

attraverso i meccanismi del mercato ma anche (e in molti Paesi prevalentemente) attraverso il processo politico che determina il bilancio pubblico. Ma, in tali processi politici è rilevante l'atteggiamento (della maggioranza) dei contribuenti verso le alternative di ripartizione delle risorse tra impieghi privati (reddito netto disponibile) e impieghi pubblici, e il peso delle preferenze verso gli impieghi privati appare rilevante. Non pare, perciò, priva di fondamento l'affermazione, tra altri, di Musgrave <sup>(84)</sup>: “non vedo una ragione perché gli individui non possono valutare i benefici che derivano dalla soddisfazione dei desideri sociali, insieme alla valutazione dei benefici che discendono dalla soddisfazione dei desideri privati ..... la nostra proposizione basilare è che i desideri sociali sono parte integrante della struttura delle preferenze dell'individuo”.

Riconoscere capacità interpretativa al principio dell'utilitarismo individuale non significa accettare la pretesa che esso sia l'unico principio che spiega i comportamenti degli agenti economici<sup>(85)</sup>.

Anche negli Stati Uniti, la cui esperienza storica risulta essere caratterizzata dall'affidamento prioritario al libero mercato privato, sono stati introdotti programmi pubblici, suindicati, per rendere accessibili le prestazioni sanitarie ai cittadini che non sarebbero soddisfatti dal mercato. L'economista neo-classico che non intende distaccarsi dai principi tradizionali dell'utilitarismo può fare riferimento alle “utilità interdipendenti” o alle ricordate cause di “fallimento del mercato”<sup>(86)</sup>; oppure, ricerca ragioni per mostrare che la redistribuzione “in kind” può essere, in alcuni casi (e specialmente nella sanità) preferibile anche paretianamente alla re-distribuzione in moneta <sup>(87)</sup>. Gli economisti che rifiutano, almeno nel campo dei servizi sociali, l'approccio utilitaristico, si richiamano a principi ideologici o etici sulla giustizia distributiva o sul diritto “primario” di ogni cittadino alle prestazioni sanitarie<sup>(88)</sup>.

---

<sup>(84)</sup> MUSGRAVE (1959) p. 11, che inoltre afferma: “come questione concettuale le schede di domanda individuale per i servizi offerti nella soddisfazione dei desideri pubblici possono essere derivate dalla struttura d'indifferenza delle preferenze individuali, così come sono derivate le schede di domanda per i servizi offerti nella soddisfazione dei beni privati” (p. 133).

<sup>(85)</sup> MUSGRAVE (1959), pur fondando la sua teoria normativa della finanza pubblica sull'utilitarismo individuale e sul rispetto dell'allocazione delle risorse corrispondente alle preferenze dei consumatori, riconosce che vi sono scelte pubbliche che determinano allocazioni delle risorse che deviano da quelle espresse dalla sovranità del consumatore (pp. 9-13; pp. 133-135). Egli ha formulato, pertanto, la categoria dei “merit wants” e precisa che la loro soddisfazione “è frequentemente associata a considerazioni distributive” (p. 21). E' interessante osservare che lo studioso avverte che quelli che appaiono essere “merit wants” sono in molti casi “social wants” perché, citando gli esempi dei servizi dell'istruzione e della sanità forniti gratuitamente, “non solo il particolare allievo o paziente, ma ciascuno trae guadagno dal vivere in una comunità più istruita o più sana” (p. 89, p. 13), con evidente riferimento alle ipotesi delle utilità interdipendenti. Ho ricordato che ROSEN (2003, p. 99) riporta al caso delle utilità interdipendenti la tesi che “i programmi di redistribuzione del reddito contribuiscano ad assicurare la stabilità sociale”. Inoltre, l'autore osserva che, una ragione per “favorire una distribuzione più equa del reddito ... è che esiste sempre il rischio di cadere in povertà, a causa di eventi che sfuggono al nostro controllo. La politica di redistribuzione del reddito è assimilabile, in quest'ottica, a una polizza di assicurazione: quando si è benestanti si pagano “premi” sotto forma di imposte destinate a finanziare sussidi per coloro che attualmente sono poveri. In caso di avversità si ha il diritto a ricevere sussidi”.

<sup>(86)</sup> Cfr. ROSEN (2003) pp. 99 ss.

<sup>(87)</sup> Cfr. tra altri MUNRO (1992) e BLACKORBY, DONALDSON (1988) e la nota n. 27

<sup>(88)</sup> cfr. gli autori citati al par. 1.3.3

Osservando l'esperienza americana della politica sanitaria, mi sembra che non un solo principio, bensì il concorso di molteplici principi e motivazioni sia necessario a interpretare le preferenze espresse, sia dai consumatori nelle scelte individuali nei mercati, sia dai processi politici che muovono dalle scelte elettorali individuali e si sviluppano nella formazione delle scelte collettive fino alle definizioni delle dimensioni e composizioni dei bilanci pubblici.

### **3. Le assicurazioni sociali obbligatorie**

#### **3.1. L'esperienza della Repubblica Federale Tedesca**

Il modello delle assicurazioni sociali obbligatorie, fondate sul rapporto di lavoro dipendente, è stato storicamente istituito nel 1883 dal Cancelliere tedesco von Bismark, di cui ancora oggi conserva il nome<sup>(89)</sup>. Esso può essere considerato, dal punto di vista analitico, una risposta alle insufficienze del sistema assicurativo privato, perché garantisce la copertura dai rischi di malattia di tutti i lavoratori dipendenti, anche di quelli che non potrebbero, per incapacità economica, pagare i premi assicurativi corrispondenti al loro rischio individuale o non si assicurerebbero per imprevidenza. Inoltre esso offre risposta agli svantaggi conseguenti alle strutture non concorrenziali dei mercati assicurativi reali, nei quali il singolo lavoratore si troverebbe in posizione di debolezza contrattuale nei confronti delle società di assicurazione. Infine, quando l'assicurazione dal rischio di malattia si estende a coprire quota ampia della popolazione, il rischio di insolvenza di singole società di assicurazione private diviene più elevato; mentre la presenza della garanzia pubblica delle prestazioni, come naturale contropartita dell'obbligo giuridico di assicurarsi, diviene importante per la credibilità dell'assicurazione<sup>(90)</sup>.

Tali considerazioni hanno favorito la crescita e la diffusione, anche in altri Paesi europei, del modello delle assicurazioni sociali obbligatorie; tuttavia l'impulso storicamente più importante all'adozione dei modelli delle assicurazioni sociali obbligatorie è venuto dall'azione delle nascenti organizzazioni dei lavoratori che hanno individuato nella copertura collettiva dai grandi rischi sociali (invalidità, vecchiaia, superstiti, malattia, infortuni, disoccupazione involontaria) un obiettivo centrale per coagulare la solidarietà ed unità di intenti dei lavoratori nella azione sindacale, superando l'approccio individualistico della tutela del singolo nel mercato. Oggi il modello della assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori dipendenti, finanziato

---

<sup>(89)</sup> Per una rassegna storica del sistema sanitario tedesco si può vedere BUSSE, RIESBERG (2004).

<sup>(90)</sup> Cfr. già le osservazioni di STEVE (1976), Cap. XII.

dalle contribuzioni prelevate sulle retribuzioni, permane in Germania, in Olanda e in Francia (pur con delle modifiche al modello originario) e in Svizzera<sup>(91)</sup>.

I caratteri e il funzionamento del modello dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, nel contesto storico attuale e nel confronto con i modelli alternativi, emergono con buona evidenza dall'esame del sistema sanitario ancora vigente nella Germania federale, dove è oggetto di confronto politico tra chi intende, sostanzialmente, mantenerlo, e chi invece vorrebbe riformarlo nella direzione del servizio pubblico ("Modello Beveridge")<sup>(92)</sup>.

I caratteri essenziali del modello tedesco sono: la copertura dai rischi di malattia è obbligatoria per tutti i lavoratori dipendenti, fino a una data soglia di reddito (3.900 euro mensili nel 2005); l'assicurazione è estesa ai famigliari a carico (coniuge non occupato, figli fino a 18 anni o studenti) e per essi non si versano contributi; ai lavoratori dipendenti con reddito superiore a tale soglia (tecnici, funzionari, dirigenti) è offerta l'opzione tra l'assicurarsi presso il sistema sociale generale, oppure assicurarsi presso una società privata, o non assicurarsi. Nel 2003 il 9,7% della popolazione risulta assicurata privatamente, fuori dal sistema generale<sup>(93)</sup>, lo 0,2% non assicurata: la quota assicurata privatamente è composta sostanzialmente da chi ha rinunciato alla copertura sociale, da lavoratori indipendenti esclusi dall'assicurazione sociale, e da impiegati pubblici assicurati in regime particolare ammessi all'opzione<sup>(94)</sup>. Nel complesso, dunque, la copertura assicurativa, obbligatoria o volontaria, risulta vicina al 100%, come è in quasi tutti gli Stati europei, quale che sia il modello sanitario adottato, a testimoniare l'importanza attribuita in Europa all'"universalità" dell'accesso al sistema sanitario.

Se i suesposti caratteri essenziali del sistema sanitario realizzato in Germania sono distintivi del modello delle assicurazioni sociali obbligatorie ("Bismark"), fondato sulla copertura assicurativa obbligatoria riferita al rapporto di lavoro dipendente, tuttavia sono stati introdotti, nel tempo, in tale modello elementi solidaristici che trascendono l'originaria concezione mutualistica<sup>(95)</sup>. I principali elementi solidaristici nel sistema tedesco sono i seguenti: - i contributi sociali sono prelevati in proporzione al reddito di lavoro fino ad una data soglia di reddito (3.525 euro mensili nel 2005) oltre la quale restano costanti, e sono pagati (formalmente) per circa il 54% del totale dai lavoratori, per il 46% dai datori di lavoro, coprendo circa il 71% della spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata); il bilancio pubblico provvede alla copertura

---

<sup>(91)</sup> Il caso della Svizzera è considerato, dall'OECD, "di frontiera", perché in questo Paese dal 1999 è stato introdotto l'obbligo universale di assicurarsi presso una società privata, con agevolazioni e sussidi allo scopo per i poveri (OECD, 2004 b).

<sup>(92)</sup> Il dibattito politico su un'eventuale riforma orientata al servizio sanitario pubblico è sintetizzato più avanti nel testo.

<sup>(93)</sup> Si considerano qui soltanto gli assicurati presso società private in sostituzione dell'assicurazione sociale; vi sono anche assicurati del regime generale che acquistano una assicurazione privata complementare per avere prestazioni ulteriori rispetto a quelle offerte dal sistema sociale

<sup>(94)</sup> Cfr. WÖRZ, BUSSE (2005) p. S134 ss

<sup>(95)</sup> Sui principi assicurativi, mutualistici e di solidarietà sociale cfr. la ancora attuale analisi di PEACOCK (1952); e cfr. le osservazioni di STEVE (1976), Cap. XII.

finanziaria (attraverso la fiscalità generale) del 7,8% della spesa <sup>(96)</sup>; - le aliquote delle contribuzioni sociali non possono essere differenziate in base alla età, al sesso al luogo di residenza e al rischio di malattia (sono, quindi, superati alcuni problemi di “adverse selection” tipici dell’assicurazione privata)<sup>(97)</sup>; - è stabilito che l’offerta delle prestazioni sanitarie sia sufficiente in relazione ai bisogni, secondo gli standard della conoscenza medica; - la garanzia dell’offerta delle prestazioni sanitarie appartiene alla organizzazione federale e a quelle regionali dei medici per i trattamenti ambulatoriali, alla competenza dei singoli Stati della Federazione (Länder) per i trattamenti ospedalieri nel confronto con i Fondi Malattia che pagano per le prestazioni; - l’assicurazione sanitaria sociale è gratuita per i membri della famiglia del lavoratore assicurato che non sono occupati.<sup>(97bis)</sup>

L’elemento solidaristico, del modello tedesco attuale della assicurazione sanitaria obbligatoria, più vicino ai principi del servizio pubblico parrebbe essere il riferimento all’offerta delle prestazioni sulla base dei bisogni. Ma, tale affermazione di principio deve essere qualificata in relazione alla sua concreta applicazione. Infatti, tutti i Fondi malattia <sup>(98)</sup> sono tenuti a richiedere ai “providers” l’offerta di un catalogo identico di prestazioni sanitarie che è vincolante per tutti i Fondi, e per tutti i “providers”, su tutto il territorio Federale. Tale catalogo delle prestazioni, coperte dall’assicurazione obbligatoria, è definito da un Comitato, operante a livello federale, costituito in rappresentanza delle associazioni dei Fondi assicurativi di malattia e delle associazioni dei “providers”, ovvero sostanzialmente dei medici e delle organizzazioni degli ospedali (il Comitato è un ente di auto-governo).<sup>(98 bis)</sup>

---

<sup>(96)</sup> Cfr. WÖRZ, BUSSE (2005), e le fonti ivi citate. I dati sono riferiti all’anno 2003. Più del 20% della spesa sanitaria totale è finanziato da premi alle assicurazioni private, co - pagamenti e pagamenti “out of pocket”. Il sistema tedesco dell’assicurazione sanitaria obbligatoria funziona sulla base del metodo della ripartizione, mentre le assicurazioni private conservano il metodo della capitalizzazione. Nell’assicurazione privata i premi sono correlati al rischio (età, storia medica ecc.) e non c’è assicurazione gratuita per i familiari non-occupati. I costi degli investimenti negli ospedali sono pagati dagli Stati della Federazione. Le aliquote delle contribuzioni sociali sono stabilite dai Fondi, e variano dal 12% al 16%.

<sup>(97)</sup> Poiché alla metà degli anni ’90 è stata introdotta la libertà di scelta, per gli assicurati, tra i diversi Fondi di malattia esistenti, è stato introdotto (1994) un “pool della struttura dei rischi” per evitare l’“adverse selection” ed egualizzare la posizione concorrenziale dei Fondi. L’argomento è ripreso più avanti.

<sup>(97bis)</sup> Del quasi 90% della popolazione coperta dalla assicurazione sanitaria obbligatoria, circa 1/3 di essa è costituita da familiari a carico gratuitamente assistiti. Nella sostanza, nell’ambito di tale modello delle assicurazioni sociali obbligatorie, il principio della solidarietà, su cui insistono in Germania anche i documenti ufficiali, si concretizza in istituti e fattori redistributivi: ricordando che l’aliquota contributiva deve essere, per legge, sufficiente a coprire la spesa, “gli occupati contribuiscono a sostenere coloro che in via permanente o temporanea sono esclusi dal mercato del lavoro, coloro che sono in buone condizioni di salute pagano parte dell’assistenza necessaria ai meno sani e coloro che non hanno familiari a carico contribuiscono alla copertura dei costi sanitari sostenuti dai familiari a carico “ (FRANCE, 2001, p.105). Si deve ricordare, inoltre, che il programma di compensazione dei rischi tra Fondi Assicurativi è stato esteso ai Fondi operanti nella ex Germania dell’Est (DDR); tale costosa estensione è stata finanziata interamente dai Fondi assicurativi della Germania Federale occidentale (solidarietà territoriale), senza alcun intervento finanziario né del Governo centrale né dei “Länder” (gli Stati): cfr ad es. FRANCE (2003, pp. 106-7)

<sup>(98)</sup> Nel 2004 vi erano 292 fondi malattia tra i quali il cittadino può (dal 1996) scegliere quello presso cui assicurarsi ( esclusi alcuni fondi particolari, come quelli per i minatori e i naviganti),

<sup>(98 bis)</sup> Fino alla seconda metà degli anni ’90 il giudizio prevalente, tra gli osservatori, era che il sistema sanitario tedesco offrisse a tutta la popolazione un’ampia gamma di servizi sanitari e di qualità elevata (cfr, tra altri, FRANCE, 2000 p. 103), cosicché il principio della globalità delle prestazioni, riferito ai bisogni secondo le conoscenze mediche disponibili e offerte su tutto il

L'impatto delle decisioni se includere, o meno, specifiche prestazioni sanitarie nel catalogo obbligatorio può essere apprezzato nell'esame degli effetti della decisione, presa nel 1994, di estendere la lista in catalogo all'assistenza sanitaria di lungo periodo sia ambulatoriale sia ospedaliera. Precedentemente, infatti, la maggior parte delle prestazioni relative all'assistenza di lungo periodo erano escluse dal catalogo, e quindi erano pagate o privatamente dagli assistiti ("out of pocket") oppure dall'assistenza sociale, ovvero dai bilanci pubblici (i contribuenti) quando l'assistito dimostrava di non avere mezzi economici sufficienti.<sup>(99)</sup>

Tale estensione del catalogo delle prestazioni per includere quelle dell'assistenza di lungo periodo ha dato luogo a valutazioni contrastanti. Con tale decisione si ampliava, infatti, il campo di applicazione del regime generale di assicurazione sociale; ma contestualmente, si riduceva la quota del finanziamento del sistema sanitario complessivo a carico di tutti i contribuenti, poiché l'assistenza sociale (finanziata dal bilancio pubblico) veniva diminuita delle prestazioni di lungo periodo trasferite alle assicurazioni sociali finanziate a carico delle retribuzioni lorde. Tale trasferimento di competenze, e relativa sostituzione tra fonti di finanziamento, ha sollevato perciò un problema redistributivo dal lato del finanziamento delle prestazioni.<sup>(100)</sup>

In linea generale, Wörz, Busse ritengono che il sistema tedesco sia regressivo sostanzialmente a causa della opzione concessa ai redditi medio alti di uscire dal sistema<sup>(101)</sup>.

---

territorio, era sostanzialmente rispettato. Ma, tale giudizio prevalentemente favorevole si è significativamente modificato negli anni vicini. Sono assurti alla ribalta del dibattito, in Germania, sia il tema degli eccessivi (anche nel confronto internazionale) errori medici (WÖRZ, BUSSE, 2005 . p. S 143); sia la diffusa preoccupazione sul decadimento qualitativo dell'offerta delle prestazioni, convalidata da indagini comparate dell'OECD ed altre (Cfr. GRAF VON DER SCHULENBURG, 2005, p. 186; EVANS D.B. et altri (2001). A tale andamento giudicato negativo dalla qualità dell'offerta si sono contrapposti i costi crescenti del sistema sanitario. L'estendersi del ricorso alla assicurazione sanitaria privata supplementare a quella pubblica (circa 7,9 milioni di iscritti ai Fondi dell'assicurazione obbligatoria risultano avere anche una polizza privata) sarebbe spiegato anche dal peggioramento della qualità delle prestazioni del sistema obbligatorio (GRAF VON DER SCHULENBURG, 2005, p. 186; l'argomento è ripreso più sotto).

<sup>(99)</sup> Cfr. WÖRZ, BUSSE (2005), pp. S135-S137. Tuttavia, I costi delle prestazioni di assistenza di lungo periodo sono rimborsati fino ad un massimale fissato normativamente

<sup>(100)</sup> WÖRZ BUSSE (2005, p. S.137), prendendo a riferimento lo studio di WAGSTAFF e altri (1999) sulla regressività delle fonti di finanziamento della spesa sanitaria, osservano che il trasferimento dell'onere del finanziamento dell'assistenza a lungo termine dal bilancio pubblico all'assicurazione sociale obbligatoria, ha significato un aumento della quota della spesa sanitaria totale finanziata da una fonte regressiva (le contribuzioni sociali). Essi sottolineano che la regressività del sistema di sicurezza sociale tedesco sarebbe dovuta al fatto che "le persone con redditi superiori alla soglia stabilita possono esercitare l'opzione della rinuncia al sistema dell'assicurazione sociale obbligatoria, mentre l'assicurazione privata è progressiva perché è acquistata da chi guadagna redditi elevati e ha optato per escludersi dall'assicurazione sanitaria sociale" (2005, p.S.137).

<sup>(101)</sup> WÖRZ BUSSE (2005 p. S. 137), citati alla nota precedente. Sotto il profilo distributivo si obietta inoltre che il sistema tedesco non rende trasparente la distribuzione degli oneri della spesa sanitaria, perché all'interno della assicurazione obbligatoria vi sono ampi "sussidi incrociati" sia per l'operare dei massimali retributivi imponibili, sia per l'esistenza di categorie verso le quali operano, nei fatti, trasferimenti di solidarietà (familiari a carico, disoccupati, pensionati, altri in formazione professionale, malati cronici ed altri; per i pensionati e i disoccupati la quota della contribuzione a carico del datore di lavoro è versata dall'ente erogante la pensione o l'assegno), sia per la differenziazione delle aliquote contributive tra i fondi e le connesse compensazioni tra essi (cfr. la nota 97)

### 3.2. Le proposte di riforma del sistema sanitario tedesco

Anche nella Germania Federale il tema della riforma del sistema sanitario è sul tappeto del confronto politico; ma, mentre negli Stati Uniti il dibattito si svolge, sostanzialmente, nel confronto tra il modello basato sull'assicurazione privata volontaria oppure sull'assicurazione sociale obbligatoria, in Germania, come in altri Paesi d'Europa, il confronto avviene tra un modello di assicurazione obbligatoria riferita al rapporto di lavoro <sup>(102)</sup> (e in Germania anche al livello del reddito guadagnato, che determina la soglia dell'opzione per l'assicurazione privata), e invece il modello del servizio sanitario pubblico (il modello "Beveridge"). Si può osservare che tale confronto è importante anche nella prospettiva dell'integrazione politico-economica dell'Unione europea: il permanere, nell'U.E., di modelli di assistenza sanitaria concepiti su logiche differenti rappresenta uno degli ostacoli al cammino verso l'integrazione, perché le differenze di tali modelli (spese e prelievi) possono influenzare le condizioni di competitività delle imprese (costi, prezzi, scelte delle tecniche produttive) e i rendimenti netti del capitale, quindi anche le decisioni localizzative, la mobilità del fattore lavoro, e le politiche del bilancio pubblico.

Al modello sanitario mutualistico (tipo "Bismark") è stata tradizionalmente avanzata la critica che esso differenzia l'assistenza sanitaria in funzione della specifica posizione professionale, conservando quindi il difetto, sul piano equitativo (benché temperato dalla mutualità interna), del modello fondato sull'assicurazione privata <sup>(103)</sup>. Però nel modello vigente oggi in Germania, l'uguaglianza obbligatoria del catalogo delle prestazioni sanitarie offerte a tutti gli assicurati fa cadere tale critica per l'insieme dei lavoratori assicurati e dei loro familiari <sup>(104)</sup>. Più in generale, è stato affermato che <sup>(104 bis)</sup> in considerazione degli istituti ispirati alla "solidarietà" introdotti nel modello tedesco, esso può realizzare in misura soddisfacente i principi: della accessibilità (accesso di tutti alle prestazioni, indipendentemente dalla posizione socio-economica, dall'età, sesso, residenza, condizioni sanitarie); della portabilità (l'assicurare prestazioni omogenee su tutto il territorio nazionale è compito del Ministero federale); dell'amministrazione pubblica (il Governo e il legislatore nazionale fissano il quadro generale del sistema, e i poteri di intervento in base alla "sussidiarietà"; gli Stati sono responsabili dell'applicazione delle leggi federali); della globalità delle prestazioni (con le precisazioni di cui alla nota 98bis). Non parrebbe pertanto che il "modello Bismark", con le correzioni in senso solidaristico operate nel tempo dalla legislazione tedesca, sia

---

<sup>(102)</sup> Il regime dominante dell'assicurazione sociale obbligatoria è integrato da un lato dalle assicurazioni private e dall'altro lato dall'assistenza sociale ai poveri e non occupati (o occupati marginalmente).

<sup>(103)</sup> Tale critica è ricordata, tra altri, in ARTONI (1999, p. 353).

<sup>(104)</sup> Rimane l'esigenza di offrire adeguati fondi pubblici ai programmi sanitari in favore di chi è escluso dall'assicurazione fondata sul rapporto di lavoro

<sup>(104 bis)</sup> France (2000, cap. IV)



intrinsecamente inadatto a realizzare gli obiettivi che i Paesi industrializzati nell'attuale momento storico dichiarano di volere assegnare ai sistemi sanitari. Anzi, l'esperienza tedesca starebbe a mostrare che il modello è risultato, nell'applicazione, compatibile con lo Stato federale in cui è stato (dal secondo dopoguerra) inserito, fondamentalmente perché sarebbero rispettati i principi (accessibilità, portabilità, amministrazione pubblica, globalità) necessari a garantire l'applicazione di standard nazionali delle prestazioni in tutto il territorio federale<sup>(104 ter)</sup>. Rimane, nel modello tedesco attuale, la differenziazione dell'offerta sanitaria tra chi è obbligatoriamente assicurato al regime generale e chi, invece, in funzione del suo maggiore reddito, opta per l'assicurazione privata. Invero, la possibilità di assicurarsi privatamente è aperta in tutti i Paesi industrializzati, anche in quelli aventi il servizio sanitario pubblico universale. La differenza è che nel modello tedesco attuale chi opta fuori dall'assicurazione sociale non ne sopporta i costi (non avendone i benefici), mentre nel modello del servizio sanitario pubblico universale la scelta di acquistare un'assicurazione sanitaria privata (complementare o supplementare) non esime dall'obbligo di pagare le imposte che finanziano il servizio sanitario pubblico.

Peraltro, è significativo il fatto che il tema centrale del dibattito, anche politico, in Germania sul futuro del sistema sanitario verte su tale opzione concessa ai cittadini con reddito superiore a un dato livello di esimersi da costi e prestazioni dell'assicurazione sanitaria sociale, e provvedere invece privatamente verso il rischio di malattia. Prima delle elezioni politiche del settembre 2005 i Partiti della coalizione di sinistra allora al governo (in particolare i "socialdemocratici" e i "verdi") misero nel programma una proposta di sostanziale modifica del sistema in vigore: il passaggio a un sistema di "assicurazione del cittadino" (Bürgerversicherung), obbligatoria per tutti, quindi eliminando la precedente opzione per l'assicurazione privata (che sarebbe rimasta possibile solo in via complementare o supplementare a quella obbligatoria).<sup>(105)</sup> Il finanziamento del nuovo sistema sanitario sarebbe avvenuto con una tassazione proporzionale su tutto il reddito, non solo da lavoro ma anche da capitale (possibilmente con un massimale impositivo) secondo il principio della capacità contributiva. La parte di prelievo commisurato alla retribuzione del lavoratore

---

<sup>(104 ter)</sup> Cfr. l'analisi puntuale di FRANCE (2000, cap. IV). Le ragioni di fondo della compatibilità del modello tedesco con l'organizzazione federale starebbero nella "governance" fondata sulla sussidiarietà. Il governo federale non è responsabile – né lo sono quelli statali – del finanziamento delle prestazioni sanitarie, a differenza di quanto avviene nel modello "Beveridge"; inoltre, le Autorità stabiliscono il quadro di riferimento per le prestazioni ma non intervengono nelle negoziazioni tra le organizzazioni di auto-governo dei "providers" (medici, strutture ospedaliere) e i Fondi malattia per specificare operativamente livelli e qualità delle prestazioni. L'applicazione del principio di sussidiarietà permette, quindi, alle Autorità federali e statali (queste direttamente responsabili anche finanziariamente per gli investimenti nelle strutture ospedaliere) di esercitare un ruolo effettivo di controllo e garanzia dell'omogeneità delle prestazioni nel territorio nazionale. Le preoccupazioni per più recenti sviluppi della politica sanitaria tedesca sono espone più avanti.

<sup>(105)</sup> La proposta sostenuta dall'"SPD" e dai "Verdi" originava dal Rapporto della Commissione di esperti "Rürup", presentata nel 2003 (Report of the Commission "Achieving Financial Sustainability for the Social Security Systems", 2003).

dipendente sarebbe stata ancora sopportata congiuntamente dai lavoratori e dai datori di lavoro.<sup>(106)</sup> Tale proposta, dunque, avrebbe significativamente avvicinato il sistema tedesco al modello del servizio sanitario pubblico, in forza dell'eliminazione dell'opzione per l'assicurazione privata, e dell'adesione al principio della capacità contributiva, e conseguente sistematica re-distribuzione del reddito.

Ma tale proposta ha incontrato la netta opposizione dei Partiti della democrazia cristiana (CDU e CSU); mentre il partito liberale (anch'esso allora all'opposizione) mise in programma la privatizzazione dell'intero sistema sanitario, trasferendo i Fondi della assicurazione sociale obbligatoria all'assicurazione sanitaria privata<sup>(107)</sup>.

La proposta, alternativa a quella socialdemocratica, avanzata dai due partiti democristiani era di introdurre un sistema di finanziamento dell'assicurazione sociale sanitaria di tipo capitario ("Kopfpauschale"), ogni persona adulta (inclusi i membri della famiglia) pagando un premio costante indipendente dal reddito, dalla salute e da altri fattori. L'assicurazione sanitaria dei minori sarebbe stata pagata dal bilancio pubblico e anche le persone a basso reddito avrebbero ricevuto un sussidio finanziato dalla fiscalità generale. Poiché il premio doveva essere pagato dall'assicurato, il datore di lavoro non sarebbe stato più tenuto a pagare la metà della contribuzione sociale<sup>(108)</sup>. Pertanto, si può osservare che le proposte di entrambi gli schieramenti politici rivelavano la finalità di contenere il costo del lavoro, sgravando da esso almeno una parte degli oneri sociali previsti per l'assicurazione sanitaria.

Il tema di tali proposte alternative di riforma sanitaria è stato uno dei più dibattuti nella campagna elettorale dell'autunno 2005; ma, poiché l'esito della consultazione non ha espresso in favore di uno schieramento una maggioranza politica sufficiente a governare, i partiti maggiori (socialdemocratici e democristiani) si sono accordati per un governo di "grande coalizione", e il confronto sulle proposte di riforma sanitaria fino ad oggi (2007) non è stato portato avanti.

Si può annotare che, (anche osservando come la questione dell'opzione per l'assicurazione privata è stata affrontata da entrambi gli schieramenti), la preoccupazione maggiore presso i policy-makers risulta essere il controllo dei costi dell'assistenza sanitaria, crescenti da alcuni anni con effetti diretti sul costo del lavoro che include le contribuzioni sociali (nei Paesi a modello "Beveridge", esaminato nei paragrafi successivi, la corrispondente preoccupazione è per gli oneri crescenti sul bilancio pubblico). Anche in Germania, come in

---

<sup>(106)</sup> Invero, tale previsione non era chiara nel programma elettorale; alcuni osservatori deducevano che "poiché il pagamento del premio costante era a carico dell'assicurato, il datore di lavoro non avrebbe più pagato la metà del contributo": GRAF VON DER SCHULENBURG (2005, p. 183).

<sup>(107)</sup> Cfr. WÖRZ, BUSSE (2005) e la loro citazione, p. S146. La proposta del Partito liberale tedesco andava, dunque, nella direzione del modello fondato sull'assicurazione privata, discusso ai precedenti paragrafi 2.1, 2.2. con riferimento all'esperienza degli Stati Uniti

<sup>(108)</sup> I datori di lavoro avrebbero continuato a versare i contributi commisurati al reddito del lavoro dipendente, ma questo sarebbe stato considerato reddito tassabile del lavoratore.

molti altri Paesi dell'OECD, è stata tentata la strada della ricerca della maggiore efficienza attraverso il "quasi mercato" (o "mercato interno") e la revisione degli incentivi (pagamenti) ai "providers" (medici di base, specialisti, ospedali). Questo tentativo, che non ha prodotto i risultati attesi, è esaminato ai paragrafi successivi, essendo esso stato attuato anche nei Paesi con modello "Beveridge".

Dagli anni '80, in Germania il problema dei costi crescenti dell'assistenza sanitaria è stato affrontato, esplicitamente, con il metodo del co-pagamento di talune prestazioni da parte dei beneficiari <sup>(109)</sup>. Come già ho rilevato, il co-pagamento ha il vantaggio di evitare gli eccessi di consumi sanitari che possono prodursi in un contesto di informazioni imperfette e asimmetriche; ma presenta il pericolo di introdurre discriminazioni tra utenti legati al loro reddito, violando il principio dell'universalità dell'accesso (che è uno dei costituenti la "solidarietà" cui si richiamano i documenti ufficiali della sanità tedesca). Tuttavia tale pericolo non ha scoraggiato, negli anni passati, neppure il governo della sinistra ("rosso-verde"), che nel 2005 ha significativamente esteso ed aumentato i co-pagamenti per i farmaci prescritti e per le visite ambulatoriali <sup>(110)</sup>, e inoltre – il che è stato giudicato da alcuni osservatori sorprendente in quanto deciso da un governo della sinistra – ha posto in essere "la prima riforma che ha sostanzialmente e simultaneamente aumentato i tickets e ha ridotto le esenzioni" <sup>(111)</sup>.

La letteratura ha posto in evidenza che gli effetti allocativi dei co-pagamenti dipendono sostanzialmente dalla elasticità dei consumi sanitari al prezzo: se essa è bassa, il ticket anziché favorire una più efficiente allocazione (disincentivando i consumi non necessari) ostacola l'accesso sanitario ai redditi delle fasce inferiori, o ritarda per essi l'intervento sanitario, che infine può divenire più costoso e meno efficace. Altrimenti, il co-pagamento può essere strumento utile suscitando incentivi opposti a quelli che inducono a comportamenti opportunistici, legati all'asimmetria informativa.

L'altra, e più recente, preoccupazione che emerge nel dibattito tedesco sulla politica sanitaria è il decadimento qualitativo dell'offerta delle prestazioni; essa appare collegata alla preoccupazione dominante del contenimento dei costi. E' evidente che, se i provvedimenti adottati per aumentare l'efficienza, la produttività e la capacità innovativa del sistema non raggiungono risultati consistenti, la pressione dei costi crescenti entra in conflitto con l'obiettivo economico di contenere l'aumento del costo del lavoro (su cui incidono le aliquote contributive); e suscita perciò l'adozione di forme di razione implicito (oltre a quella del co-pagamento) che si manifestano in un abbassamento della qualità delle prestazioni e in una minore soddisfazione degli utenti. Tale dilemma della politica sanitaria tedesca rischia, inoltre, di mettere in

---

<sup>(109)</sup> Cfr. WÖRZ, BUSSE (2005, p. S. 144)

<sup>(110)</sup> Chi, precedentemente alla riforma del 2003, era esente (per basso reddito) dai co-pagamenti, è stato ad essi assoggettato entro il limite del 2% del suo reddito lordo (l'1% per alcuni malati cronici). Attualmente i co-pagamenti e altre spese non rimborsate dai Fondi malattia rappresentano più del 12% del finanziamento della spesa sanitaria complessiva.

<sup>(111)</sup> Wörz, Busse (2005, p. s. 144)

discussione uno dei risultati fino a qui acquisiti dal sistema, la sostanziale omogeneità dell'offerta delle prestazioni su tutto il territorio della Repubblica Federale. Potrebbero, infatti, essere messi in discussione l'estraneità del bilancio pubblico al finanziamento del sistema, e la delega sostanzialmente data alle Associazioni di autogoverno di specificare operativamente le prestazioni offerte: queste sono, si è detto, due condizioni della politica che fino ad oggi ha saputo garantire standard nazionali accettabilmente uniformi in tutto il territorio. Infine, il principio stesso della "solidarietà", che nel sistema tedesco è tradizionalmente considerato "sacrosanto" <sup>(112)</sup>, potrebbe subire delle attenuazioni nel consenso popolare, almeno sotto il profilo territoriale (ad es. già oggi la CSU bavarese obietta ai trasferimenti, anche a destinazione sanitaria, imposti ai "Länder" occidentali in favore di quelli dell'Est).

L'obiettivo di contenere la dinamica dei costi delle prestazioni sanitarie sta diventando cruciale per l'evoluzione della politica sanitaria in Germania; peraltro, nei prossimi paragrafi si evidenzierà che tale obiettivo è altrettanto cruciale per il mantenimento dei principi fondamentali su cui si sono costituiti i sistemi sanitari ispirati al modello "Beveridge".

#### **4. Il modello sanitario pubblico: l'esperienza inglese in particolare.**

##### **4.1 Gli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale**

Ho rilevato, al precedente paragrafo 1.3. e successivi, che l'adesione ai principi "equitativi", di natura etica od ideologica cui fa riferimento ampia parte della letteratura, quali l'"egualitarismo specifico" o i "diritti" primari (e di cittadinanza) alla cura della salute comporta, nell'interpretazione prevalente, l'adesione al modello del servizio sanitario pubblico, finanziato dalle imposte e organizzato in modo da offrire a tutti i cittadini (e domiciliati nello Stato) le prestazioni necessarie a soddisfare i "bisogni" di salute, quindi con il criterio di uguali prestazioni per uguali bisogni, in favore di tutti. Ma ho anche rilevato l'intrinseca genericità della nozione di "bisogni": le medesime collettività che, attraverso i rappresentanti politici, accolgono il riferimento ai "bisogni di salute", tuttavia in sede di approvazione dei bilanci pubblici "razionano" le risorse da destinare alle prestazioni sanitarie così da permettere altri impieghi, pubblici o privati (questi con la parte di reddito non prelevata dalle imposte). D'altra parte, anche i proponenti dei ricordati principi "equitativi" non si sono limitati a riferire la nozione di "bisogni" alla mera conservazione della vita fisica, ma hanno specificato il diritto alla salute in quanto presupposto necessario alla partecipazione attiva alla organizzazione sociale e alla realizzazione dei propri programmi di vita: si aprono,

---

<sup>(112)</sup> Cfr. ad es. GRAF VON DER SCHULENBURG (2005, p. 187)

così, nuovi spazi di interpretazione della nozione di “bisogni”, quando la si deve calare nella realtà operativa.

Peraltro, la teoria stessa dell’economia del benessere, che ha individuato i casi di “fallimento del mercato”, ha riconosciuto tra essi le distorsioni indotte dall’asimmetria informativa, che può anche alimentare comportamenti opportunistici (selezione avversa e azzardo morale). Nel sistema sanitario, l’asimmetria informativa è osservabile sia nel rapporto medico - paziente sia in quello medico-terzo pagatore (ente pubblico o assicurativo). Se vi sono distorsioni rilevanti degli incentivi per i medici a comportamenti efficienti, che possono estendersi negativamente all’intero percorso terapeutico del paziente <sup>(113)</sup>, cade la presunzione, che è propria del modello pubblico “equitativo”, che l’accertamento dei “bisogni” (da parte dei medici) corrisponda a quello effettivo, e non sia invece distorto dagli incentivi all’opportunismo. Già ho avvertito che tali pericoli della distorsione degli incentivi all’accertamento corretto dai “bisogni della salute” aumentano nelle situazioni di razionamento e in funzione del grado di restrizione alle risorse concesse rispetto alle potenziali domande.

Inoltre, vi è un evidente “bias”, nella letteratura, in favore delle prestazioni sanitarie riferite alla fase curativa della salute, forse anche perché gli operatori medici, che nella realtà riconoscono i “bisogni” e decidono le prestazioni sanitarie richieste per soddisfare a tali bisogni, svolgono prevalentemente o esclusivamente la loro attività nella fase curativa. Si dimentica, perciò, che il “sano di oggi può essere il malato di domani”<sup>(114)</sup>; in un disegno razionale di tutela della salute, la scelta dell’allocazione delle risorse al sistema sanitario dovrebbe includere le fasi preventive – rivolte alla corretta e diffusa informazione, alla prevenzione di comportamenti pericolosi, alla correzione di stili di vita dannosi, alle misure verso le molteplici forme di inquinamento e di uso (ad es. alimentare) di sostanze dannose, ai controlli periodici dello stato di salute; è errato escludere la prevenzione dalla nozione di “bisogni” della salute.

Quanto all’applicazione nella fase curativa del principio delle “uguali prestazioni per uguali bisogni”, ho rappresentato numerosi dubbi che scaturiscono non solo dalla variabilità delle definizioni dei “bisogni”, ma anche dalla genericità della definizione di “uguali prestazioni” (par. 1.3.4 – 1.3.5). Questa definizione solleva – nella realtà – complesse questioni sia di natura tecnica (valutazioni cliniche, scelte delle soluzioni terapeutiche), sia afferenti alla professionalità, disponibilità e distribuzione del personale tra i centri di offerta, sia alla dotazione storica territoriale delle capacità e qualità delle infrastrutture, sia ai tempi degli interventi (liste di attesa, ecc.). Le differenziazioni delle prestazioni sanitarie, riferite a singole patologie,

---

<sup>(113)</sup> Cfr. NICITA (2003), pp. 71 ss.

<sup>(114)</sup> OECD (2004, a, p. 12): “Sistemi che si concentrano sulle cure delle malattie oggi possono perdere opportunità di prevenire malattia e disabilità domani”

risultano infatti essere ampie tra singoli centri di offerta, tra ambiti territoriali, tra Stati <sup>(115)</sup>; le differenziazioni si ampliano ancora quando si includono, come parrebbe corretto, le differenziazioni nella fase del controllo preventivo e della diagnosi precoce (a-fortiori se si dovessero includere tutte le fasi antecedenti relative all'insorgere delle cause di malattia). Invero, tanto l'affermazione del principio delle "prestazioni commisurate ai bisogni", quanto quella delle "uguali prestazioni per uguali bisogni" generalmente scaturiscono dalla volontà, per ragioni "equitative" (moralì o politico-ideologiche), di svincolare l'offerta delle prestazioni sanitarie dalle condizioni economiche del malato, dalla sua età, luogo di residenza e da altri fattori estranei alle condizioni contingenti di salute. L'approccio è astrattamente condivisibile – fatti salvi, cioè, le difficoltà e i dubbi applicativi suindicati – nell'ambito di un modello di servizio sanitario pubblico non solo universale (accessibile a tutti) ma anche esclusivo, tale da escludere la possibilità per il cittadino di rivolgersi a servizi privati sostitutivi. Poiché nelle realtà istituzionali che consideriamo (i Paesi U.E. e, ormai, quasi tutti i Paesi industrializzati) non è proponibile il divieto normativo all'offerta sanitaria privata <sup>(116)</sup>, non solo nello Stato ma anche presso centri sanitari esteri, un collegamento tra le prestazioni sanitarie complessive (pubbliche e private) e le condizioni economiche dell'utente comunque permane, e perciò ripropone il tema delle ragioni della redistribuzione monetaria, rispetto a quella "in natura" (con il servizio pubblico).

La strada maestra per affrontare tali dubbi sui contenuti operativi dei suesposti principi "di equità" è di verificare la loro attuazione nelle esperienze di realizzazione del modello del servizio sanitario pubblico universale. L'esperienza dell'Inghilterra, dove il servizio sanitario nazionale (NHS) è stato introdotto nel 1948 <sup>(117)</sup>, è un riferimento quasi obbligato per chi intende analizzare il passaggio dal modello teorico alla sua attuazione normativa e gestionale. Il "NHS" (National Health Service) è stato costituito per realizzare obiettivi espliciti, corrispondenti alle indicazioni ritraibili dai ricordati principi "equitativi": l'accessibilità di tutti coloro che hanno bisogno di assistenza sanitaria al servizio pubblico, e l'offerta da parte del "NHS" di tutte le prestazioni necessarie ("comprehensiveness") ai bisogni di salute; l'utilizzo gratuito delle prestazioni, finanziate a carico del bilancio pubblico.<sup>(118)</sup> L'adozione di tale modello è stata salutata, in Inghilterra e da molti osservatori esteri, come un importante progresso dell'organizzazione sociale. In effetti, il modello del servizio pubblico universale sembra adatto sia a superare i molteplici "fallimenti" dei

---

<sup>(115)</sup> Cfr. OECD (2004, a, Cap. 1, 2, 5); OECD (2004, b, Cap. 1). A tale riguardo appare rilevante anche la determinazione del tasso di introduzione delle nuove tecnologie presso i singoli centri di offerta delle prestazioni sanitarie. In un Paese a lunga e radicata tradizione di servizio sanitario pubblico, universale, ugualitario, riferito ai bisogni, finanziato dalle imposte, quale è l'Inghilterra è stato anche di recente rilevato il permanere di significative differenze tra le prestazioni offerte in relazione ai medesimi bisogni, come è esposto più avanti nel testo.

<sup>(116)</sup> Altra questione, su cui tornerò, è se essa debba essere fiscalmente agevolata, convenzionata con strutture pubbliche ecc.

<sup>(117)</sup> Dal Ministro Bevan, sulla base del Rapporto della Commissione, presieduta da Sir W. Beveridge, presentato nel dicembre 1942.

<sup>(118)</sup> Un corollario è che a tutti vengano offerte prestazioni uguali per uguali bisogni.

mercati assicurativi privati e le disuguaglianze distributive da essi generate, sia a superare quello che era considerato il limite principale delle assicurazioni sociali obbligatorie, costituito dalla conseguente frattura nel sistema sanitario tra l'offerta destinata agli assicurati in base al rapporto di lavoro (e alle retribuzioni imponibili), e le offerte rivolte alle altre categorie di cittadini.

Ma due decenni di applicazione del modello sono bastati a fare emergere, anche in un Paese economicamente avanzato, a consolidata tradizione industriale, e a forte capacità di attrazione di capitali dall'estero quale il Regno Unito, i problemi delle compatibilità delle richieste di fondi pubblici per il sistema sanitario in base ai "bisogni", con le richieste alternative per impieghi privati e pubblici delle risorse (il problema del razionamento).

Credo sia opportuno, nella prospettiva storica, richiamare lo schema interpretativo proposto, in Italia, da Muraro <sup>(119)</sup>, e riferito alla generalità dei Paesi industrializzati in particolare d'Europa. Annota Muraro che nel secondo dopo-guerra gli Stati avanzati poterono conciliare la distribuzione uniforme del potere politico tra i cittadini, indipendentemente dal loro reddito (democrazia elettorale) con le disuguaglianze nella distribuzione della ricchezza generate dal mercato attraverso "un implicito accordo costituzionale basato sullo stato sociale, in uno scenario di crescita economica .... Servizi uniformi di massa finanziati da un prelievo progressivo hanno attuato una profonda redistribuzione in natura". L'autore procede nella ricostruzione storico - economica: "Dopo un ventennio d'oro di crescita forte e regolare, l'economia capitalistica passa negli anni '70, con i problemi di governabilità interna e le crisi energetiche, ad una fase di evoluzione incerta e ciclica". In tale successiva fase il prelievo fiscale diviene più difficile, si diffondono le critiche alle imposte progressive per i temuti effetti sugli incentivi e sull'accumulazione. Cresce poi l'ostilità alla spesa sociale, sia verso le forme di assistenza pubblica a chi non è in stato di bisogno, sia verso le inefficienze degli apparati politico-burocratici, sia "l'ostilità a spese sanitarie legate agli stili di vita improvvidi dei pazienti più che alle disgrazie esterne" <sup>(120)</sup>. Osserva inoltre l'autore che "si aggiungono i dati strutturali che alterano i legami di solidarietà sociale: il fattore demografico, che fa intravedere un peso crescente sui giovani a favore degli anziani; e il fattore sociologico che vede l'ampliamento della quota dei lavoratori autonomi rispetto alla classe operaia tradizionalmente portatrice dei valori solidaristici". La risultante elettorale è stata, sul finire degli anni '70, l'ascesa al potere di governi esplicitamente avversi alla espansione della spesa sociale e della pressione fiscale, quali il governo Thatcher in Gran Bretagna nel 1979 e la Presidenza Reagan negli U.S. nel 1980; "In altri casi rimangono al potere le maggioranze precedenti ma con piattaforme programmatiche profondamente mutate" <sup>(121)</sup>.

---

<sup>(119)</sup> MURARO (2003).

<sup>(120)</sup> MURARO (2003, pp. 351-352).

<sup>(121)</sup> MURARO (2003), p. 352

Tale lucida ricostruzione delle cause dell'evoluzione storica delle politiche di spesa sociale, di cui è importante componente quella sanitaria, trova conferma in Gran Bretagna nel cambio degli obiettivi e delle loro priorità, tentato nella politica sanitaria dall'amministrazione Thatcher (1979-83, poi 1983-1987). È stato osservato che M. Thatcher aveva preso in seria considerazione l'ipotesi di procedere verso un modello privato anche nel campo della sanità (sull'esempio del modello degli Stati Uniti) ma che trovò così forti opposizioni politico-sociali da rinunciare a tale cambio radicale di strategia", sicché il sistema sanitario non è stato alterato radicalmente durante questo periodo".<sup>(122)</sup> Tuttavia, fattori di continua lievitazione della spesa sanitaria, quali il progressivo invecchiamento della popolazione, il progresso scientifico che dilata le possibilità curative, di sollievo dalle sofferenze e riabilitative, e giustifica le costose ricerche per ulteriori innovazioni, e infine l'aumento del reddito pro-capite che spinge ad aumentare più che proporzionalmente le spese per la salute, hanno posto sempre di più, in Inghilterra come negli altri Paesi europei<sup>(123)</sup>, il problema di come conciliare il contenimento della dinamica della spesa pubblica sanitaria con l'effettivo mantenimento in essere dei suindicati principi basilari del modello del servizio pubblico universale<sup>(124)</sup>.

Nell'impostazione "liberista", convinta della superiorità dei meccanismi del mercato rispetto a quelli politico-burocratici nell'allocare le risorse disponibili tra gli impieghi alternativi, i Governi inglesi conservatori del tempo, non avendo trovato la forza politica necessaria alla privatizzazione del sistema sanitario ripiegarono (come fosse una sorta di "second best") sulla strategia di inserire elementi concorrenziali nel servizio sanitario pubblico.

Poiché il tentativo di contenere la dinamica della spesa sanitaria (salvaguardando livelli e qualità delle prestazioni attraverso l'introduzione nel sistema di elementi di concorrenzialità – la via che anche l'OECD giudica più promettente, perché permetterebbe di conseguire i migliori rapporti costi/prodotto/qualità<sup>(125)</sup> –) è stata sperimentata non solo in Gran Bretagna e altri sistemi a servizio sanitario pubblico universale ma anche nel sistema tedesco dell'assicurazione sociale obbligatoria, dedico a tale tema il prossimo paragrafo 4.2 esaminando le esperienze in entrambi i modelli.

Procedo prima ad analizzare come il servizio sanitario pubblico inglese ha cercato di proteggere – a parte i tentativi concorrenziali – gli obiettivi di base del suo modello (l'accesso di tutti a prestazioni riferite ai bisogni) in regime di "razionamento" delle risorse pubbliche destinate alla sanità.

---

<sup>(122)</sup> Cfr. ad es. OLIVER (2005, p. S76), che cita anche una comunicazione di W. Holland.

<sup>(123)</sup> Cfr. OECD (2004, b, Cap.1).

<sup>(124)</sup> Ho sopra ricordato che, già il porre il problema di come conciliare l'obiettivo di contenere la spesa pubblica sanitaria ("razionamento") con quelli dell'universalità ed uguaglianza delle prestazioni in base ai "bisogni", significa riconoscere che la nozione di "bisogni" deve essere qualificata nella scelta di quali bisogni soddisfare, in quale misura, e con quali tempi di intervento. La qualificazione dei "bisogni essenziali" (come si osserverà in riferimento all'esperienza italiana) rappresenta una qualificazione di prima approssimazione, lasciando aperte le successive scelte necessarie a specificare i contenuti della definizione, ancora generica, dei "bisogni essenziali".

<sup>(125)</sup> Cfr. OECD (2004, a, Cap. 4).



## 4.2. Il “razionamento” nel Servizio Sanitario Nazionale

Ho sopra ricordato che i Governi conservatori, pur mossi dall’ideologia liberista (che li ha spinti ad estese privatizzazioni e liberalizzazioni in altri mercati), non hanno significativamente alterato il modello del servizio sanitario pubblico universale. I laburisti, nel programma per le elezioni del 1997 che hanno segnato il loro ritorno al Governo, avevano ribadito che l’accesso al NHS doveva essere universale, ugualitario e basato soltanto sui bisogni.

In regime di razionamento delle risorse pubbliche, rispetto alle potenziali domande espresse da tali “bisogni”, questo significava dovere introdurre delle priorità che, è stato scritto (da uno studioso che difende il modello inglese del servizio sanitario pubblico), “possono, almeno in teoria, essere rese operative dando a quelli che hanno maggiore bisogni di cure una maggiore opportunità di usare le prestazioni sanitarie del settore pubblico”, mantenendo il rispetto del principio di uguaglianza del trattamento per uguali bisogni<sup>(126)</sup>. Tuttavia, l’autore riconosce che “l’uguale accesso per uguali bisogni è solo uno dei molti principi dell’equità, e un accordo sulle definizioni esatte sia di “accesso” sia di “bisogni” è lontano dall’essere completo” e che pertanto “ulteriore lavoro deve essere compiuto per definire e rendere operativo il principio di uguale accesso per uguale bisogno”; ed inoltre ammette che “la priorità può essere data a quelli che sono più malati e/o possono beneficiare di più della prestazione sanitaria”; avverte infine che una distribuzione delle risorse tra i centri di spesa coerente con il principio dell’uguale accesso per uguali bisogni pone le premesse ma non è sufficiente perché l’effettiva prestazione dei servizi sanitari corrisponda a tale principio. Le difficoltà, le incertezze applicative e le cautele così rappresentate dal citato economista inglese, che pure si distingue dalla maggioranza degli economisti sanitari inglesi per il suo sostegno anche ideologico al modello del servizio sanitario pubblico<sup>(127)</sup>, sono espressione delle difficoltà a mantenere l’applicazione dei principi di tale modello quando lo Stato -finanziatore è impegnato a contenere la dinamica dei trasferimenti dal bilancio pubblico al servizio sanitario.

Un’indicazione concreta di tali difficoltà che possono profilarsi in regime di razionamento delle risorse è la preoccupazione mostrata dai Governi laburisti, in carica dal 1997 ad oggi, verso le disuguaglianze nelle prestazioni sanitarie, alle quali essi hanno dedicato indagini e documenti ufficiali<sup>(128)</sup>, perché tali disuguaglianze violano il principio delle “uguali prestazioni per uguali bisogni”. In uno di questi documenti,

---

<sup>(126)</sup> OLIVER (2005), p. S76

<sup>(127)</sup> OLIVER (2005), p. S81; S94; l’autore polemizza con gli economisti della salute inglesi che sono in maggioranza “extra-welfaristi”.

<sup>(128)</sup> Cfr. in particolare U.K. Department of Health: (1998 a e b; 2002; 2003). OLIVER (2005, p. 581), evidenzia che l’obiettivo di ridurre le disuguaglianze nella tutela della salute venne enunciato come prioritario dal secondo “Governo Blair” (2001-5)

L'Amministrazione laburista ha esposto un insieme di disuguaglianze soprattutto di origine sociale o riferite alla localizzazione geografica, che intende risolvere entro il 2010<sup>(129)</sup>. Invero, alla fine degli anni '90 sono stati costituiti due istituti nazionali, "NICE" e "CHI"<sup>(130)</sup> aventi lo scopo, rispettivamente, NICE di valutare le prestazioni e inoltre decidere se un tipo di intervento debba essere offerto dal Servizio Nazionale (NHS), e quindi anche di eliminare i differenziali di prestazioni tra aree geografiche, CHI (recentemente trasformato in Health Care Commission) di operare come ispettorato per monitorare gli standards delle prestazioni effettivamente offerte. Nella sostanza, l'idea è che il principio delle uguali prestazioni per uguali bisogni, in favore di tutti, possa essere realizzato, anche in regime di razionamento, attraverso una programmazione centralizzata resa efficace dal costante monitoraggio; un'idea che, almeno nella concezione teorica, si sposa bene con il modello del servizio sanitario pubblico universale. Tuttavia, introdotta nel sistema inglese a fine anni '90 e nei primi 2000, è da chiedersi come potesse conciliarsi con il tentativo, tutt'ora in atto (perché recepito anche dai Governi laburisti) di fare operare nel sistema meccanismi propri della concorrenza; e come potesse conciliarsi con la contestuale politica sanitaria in favore delle autonomie locali<sup>(131)</sup>.

Oltre ai problemi sollevati dalla compatibilità tra tali differenti indirizzi presenti contemporaneamente nella politica sanitaria inglese più recente, vi è la questione di fondo, se lo schema della programmazione centralizzata (definizione di tipologie di prestazioni per tipologie di bisogni accertati e criteri di accertamento, standard qualitativi, tempi degli interventi, assistenza riabilitativa ecc, standard di costo) sia una risposta adeguata, quando dal "mondo ideale" si passa al "mondo reale". L'esperienza del fallimento del sistema socio-economico centralizzato nell'Est Europa è ancora fresca alla memoria; ancora vigente tale sistema numerosi economisti di quei Paesi avevano suggerito di ampliare gli spazi ai settori organizzati su decisioni decentralizzate; mentre tra gli utenti era diffuso l'interrogativo "chi controlla i controllori", una sorta di versione popolare dei risultati degli studi sui "fallimenti dello Stato" degli autori della "Public Choice".

L'esperienza inglese recente forse ha beneficiato del contemporaneo affidamento ai tre indirizzi, idealmente incompatibili: la programmazione centrale, l'utilizzo di schemi di concorrenza interna, integrati da più strette connessioni con il settore privato<sup>(132)</sup>, il decentramento territoriale delle competenze. Ancorché tali indirizzi siano idealmente incompatibili, è presumibile che nel mondo reale il simultaneo operare ed

---

<sup>(129)</sup> Department of Health (2002). Cfr. sulle disuguaglianze collegate al reddito VAN DOORSLAER, KOOLMAN (2004)

<sup>(130)</sup> National Institute for Clinical Excellence (NICE); Commission for Health Improvement (CHI), dopo il 2004 trasformato in Health Care Commission.

<sup>(131)</sup> Come si dice più avanti, nel 2004 sono stati resi operativi i Primary Care Trusts (PCTs), aventi base locale, nel ruolo quasi esclusivo di "purchasers" delle prestazioni sanitarie.

<sup>(132)</sup> Il tema è approfondito nel prossimo paragrafo

interagire delle tre forze abbia smussato gli effetti e i difetti più radicali di ciascun indirizzo, plasmando soluzioni di equilibrio (e compromesso) meglio accettabili a tutti; e certamente meglio accettabili alla categoria medica, necessario asse portante di tutto il sistema, che avrebbe reagito negativamente a violazioni ritenute significative della autonomia e responsabilità professionale degli operatori sanitari. Ma, pare intuitivo che anche il principio generale, dell'accesso universale a prestazioni correlate ai bisogni e uguali per uguali bisogni, esce nella realtà smussato ed aggiustato in molteplici aspetti.<sup>(133)</sup>

Un primo aspetto è la distribuzione finanziaria delle risorse, assegnate dal bilancio pubblico (attraverso il "Ministero della Salute") ai "purchasers" delle prestazioni sanitarie, i Primary Care Trusts (PCTs)<sup>(134)</sup>, con il criterio capitaro ponderato da un insieme di fattori. La spesa farmaceutica è inclusa nel finanziamento assegnato. Poiché i PCTs sono organizzati su base territoriale, ognuno rispondendo dei "bisogni sanitari" di circa 170.000 persone, e comprendono i medici di base e relativo personale localizzato nell'area, i fattori di ponderazione della quota capitaria sono stimati su base locale, e comprendono la struttura per età degli assistiti, i tassi di mortalità, i costi locali degli inputs, indicatori di morbilità, i tassi di disoccupazione, le quote degli anziani che vivono in casa, lo stato socioeconomico e le origini etniche.

E' stato osservato che questo approccio per definire le risorse necessarie ai "bisogni" incontra difficoltà tecniche, sia nel reperimento di dati locali affidabili, sia nello stimare l'impatto di ciascuno di questi fattori sul "bisogno di salute", perché il riferimento alle utilizzazioni storiche delle prestazioni sanitarie aiuta ad allocare le risorse sulla base della uguale utilizzazione storica – più che dell'uguale accesso – per uguale bisogno<sup>(135)</sup>. Inoltre, la ripartizione territoriale delle risorse (razionate) solleva inevitabilmente i ben noti problemi politici di chi "vince" e di chi "perde", secondo le opinioni anche dei corpi elettorali (che si riflettono sugli atteggiamenti degli operatori politici, che devono confrontarsi con gli umori dei rispettivi collegi territoriali; una tradizionale battaglia è intorno ai privilegi di cui godrebbero l'area di Londra ed altre in cui sono situati ospedali noti e di livello universitario)<sup>(136)</sup>.

---

<sup>(133)</sup> Cfr. GODDARD M., SMITH P.. (2001); OLIVER A., MOSSIALOS E. (2004)

<sup>(134)</sup> Si stima che la spesa sanitaria pubblica raggiunga, in Inghilterra, l'84% del totale della spesa sanitaria. La spesa per le assicurazioni sanitarie private è stimata intorno all'11%, quella individuale intorno al 4%. Cfr. OECD (2004; c). Come detto nel testo, i PCTs sono i quasi esclusivi "purchasers"; le "Strategic Health Authorities" (SHAs) hanno competenza di acquisto limitata ad alcune prestazioni di altissima specializzazione. I PCTs hanno il ruolo di committenti dei servizi alle aziende ospedaliere e territoriali; ad essi partecipano obbligatoriamente tutti i medici di base, il personale infermieristico e ausiliario nel settore dell'offerta sanitaria primaria del NHS. Hanno bilancio unico, il che consente la flessibilità delle scelte anche nell'indirizzo delle risorse ai servizi territoriali. Dall'accordo collettivo nazionale del 2003, i contratti di medicina generale vengono stipulati con uno studio medico, che può assumere medici anche con contratto di lavoro subordinato. I pazienti iscritti allo studio hanno libertà di scelta tra i medici in esso operanti.

<sup>(135)</sup> OLIVER (2005), p. S83.

<sup>(136)</sup> Cfr. BEVAN, ROBINSON (2005) pp. 53-78; e cfr. OLIVER (2005) p. S87. Tali problemi risultano accentuati in un contesto di "federalismo fiscale" e decentramento sanitario territoriale, come avrò modo di esporre nel paragrafo dedicato all'esperienza italiana

Un secondo aspetto riguarda la specificazione operativa del concetto di “accesso” alle prestazioni sanitarie. Si osserva che la definizione di accesso è un “moving target”<sup>(137)</sup>, perché nella realtà le innovazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative sono in continuo divenire a livello internazionale; e i malati, soprattutto delle patologie più gravi, vorrebbero i loro “bisogni” soddisfatti dalle ultime tecnologie ritrovate internazionalmente, e in tempi adeguati alla pericolosità della loro malattia. Si osservi che per tali situazioni, di nuovo la distribuzione dei redditi monetari concorre a determinare la effettiva distribuzione degli accessi tra la popolazione poiché chi può pagare personalmente (o si è assicurato privatamente) trova il modo di accedere, in tempi accettabili, alle prestazioni più avanzate, nel Paese o all'estero.

Sono stati compiuti degli studi empirici per cercare di determinare le eventuali disuguaglianze degli accessi, limitatamente alle prestazioni pubbliche offerte dal NHS, impiegando l'utilizzazione effettiva delle prestazioni come “proxy” dell'accesso a esse. Pur nelle incertezze relative ai dati utilizzati in tali studi, all'imperfezione concettuale della variabile “proxy”, ai limiti delle metodologie statistiche, sembrerebbe di poter trarre la conclusione che i redditi delle fasce medio- alte utilizzano in misura maggiore almeno alcuni dei servizi offerti dal sistema sanitario pubblico – soprattutto le visite specialistiche e i servizi della prevenzione – rispetto ai redditi più poveri<sup>(138)</sup>. La spiegazione può essere riferita a differenziali culturali e di atteggiamento verso le prestazioni sanitarie (finché i sintomi non divengono gravi e dolorosi); ma anche alla diversa valutazione dei costi del tempo sottratto al lavoro, professionale e domestico, e anche dei costi della mobilità territoriale.

Peraltro, significative differenziazioni negli accessi sono state riscontrate anche nelle analisi dell'OECD con riferimento a tutti i Paesi industrializzati, inclusi quelli aventi, come il Regno Unito, il modello del servizio sanitario pubblico universale<sup>(139)</sup>. Tali indicazioni suggeriscono che vi sono fattori socio-culturali ed economici estranei alla scelta del modello del servizio sanitario (fattori che la citata analisi OECD ha cercato di individuare) che differenziano gli effettivi accessi tra categorie della popolazione. Quindi, tali fattori di differenziazione degli accessi devono essere affrontati con interventi esterni alla scelta del modello del servizio sanitario: redistribuzione monetaria, istruzione e informazione, agevolazioni per la mobilità a scopo sanitario, provvedimenti per ambienti degradati ed emarginati. Tutti questi interventi hanno dei costi e perciò “competono” con le altre destinazioni delle risorse pubbliche razionate, comprese quelle alla “medicina curativa”.

---

<sup>(137)</sup> OLIVER (2005) p. S89.

<sup>(138)</sup> Cfr VAN DOORSLAER e altri (2000) VAN DOORSLAER, KOOLMAN (2004) pp. 629-648; DIXON, LE GRAND, HENDERSON, MURRAY, POTELIAKHOFF (2004).

<sup>(139)</sup> OECD (2004, a, Cap. 2).

L'uguaglianza delle prestazioni, a fronte di uguali bisogni, è criterio che necessita anch'esso di specificazioni operative. Gli studi empirici riferiti al sistema inglese hanno rilevato significative differenze tra prestazioni comparabili dei medici, generici e specialisti<sup>(140)</sup>, riguardo ai tempi delle visite, alle diagnosi e alle prescrizioni. La ricordata attività di monitoraggio affidata a NICE, istituto con (anche) lo specifico compito di eliminare le principali differenze territoriali nelle prestazioni, non sembrerebbe avere (ancora) prodotto effetti significativi<sup>(141)</sup>. D'altra parte, si sottolinea che una interferenza delle Autorità sanitarie pubbliche nell'attività dei medici, che essi potrebbero considerare eccessiva, potrebbe condurre ad un loro disimpegno verso il NHS, minandone così le fondamenta.

Una "spia" importante degli effetti del "razionamento" delle risorse messe a disposizione del servizio sanitario pubblico, rispetto alla sua capacità di applicare i suindicati principi basilari (uguale accesso a prestazioni uguali per uguali bisogni), è rappresentato dalle cosiddette "liste di attesa". Invero, le "liste di attesa" vanno tenute distinte dai "tempi di attesa". Le prime sono uno strumento, talora necessario, del razionamento, e la loro corretta gestione consiste nella definizione di priorità tecnicamente accettabili e coerenti, e soprattutto nella loro puntuale e trasparente applicazione (mentre le esperienze testimoniano, in molti Paesi, abusi, favori a singoli malati e tra medici, e simili). I "tempi di attesa" sono la effettiva espressione della incapacità dell'offerta di soddisfare alle domande, presentate dai medici di base ed altri (sulla base dei bisogni accertati), e quindi sono espressione sia di potenziali sofferenze e stati ansiosi dei malati in attesa, sia di potenziali aggravii delle loro condizioni di salute con conseguenti maggiori difficoltà degli interventi e più incerti esiti. Essi implicano anche maggiori costi a carico del sistema sanitario (ad es. successive più lunghe degenze e riabilitazioni); ed anche costi del sistema economico, se nel tempo di attesa il malato non può prestare il proprio lavoro, o non con la normale produttività.

In Inghilterra, già il Governo conservatore di Mr. Major aveva, agli inizi degli anni '90, posto obiettivi di sostanziale riduzione dei tempi di attesa; alle elezioni del 1997 i laburisti avevano messo nel programma elettorale tale obiettivo<sup>(142)</sup>, a significare l'importanza ad esso assegnato dalla pubblica opinione. Nella sua recente analisi, Oliver esprime la valutazione che entrambe le Amministrazioni, e particolarmente quella laburista, abbiano conseguito significativi risultati nel ridurre i tempi di attesa<sup>(143)</sup>. Peraltro, il citato Rapporto dell'OECD del 2004<sup>(144)</sup> ancora include il Regno Unito tra i 12 Paesi industrializzati che presentano tempi di attesa giudicati problematici per la soddisfazione dei bisogni dei pazienti. Si può

---

<sup>(140)</sup> Cfr. MAYNARD, BLOOR, SCOTT (2003), pp. 1-8, e (2002) p. 112 ss; STEVENS (2004). Analoghe valutazioni sono state espresse in studi riferiti alla Svezia: Cfr. ANELL (2005).

<sup>(141)</sup> WILLIAMS (2004).

<sup>(142)</sup> OLIVER (2005), p. S91

<sup>(143)</sup> OLIVER (2005), p. S91; però l'autore precisa che tali risultati hanno richiesto forti aumenti di spesa, e che inoltre vi è ancora molto lavoro da compiere per risolvere il problema dei tempi di attesa, come si dice più avanti nel testo.

<sup>(144)</sup> OECD (2004, a) p. 71.

annotare che – nell’ottica del confronto tra modelli alternativi – gli 8 Paesi che appaiono presentare tempi di attesa trascurabili includono, invece, la Germania, la Francia e la Svizzera, che ancora conservano il modello delle assicurazioni sociali obbligatorie (benché quello tedesco e soprattutto quello francese siano stati modificati da istanze solidaristiche) e includono gli Stati Uniti che mantengono il modello fondato sull’assicurazione privata.

L’evidenza di tempi lunghi di attesa, che si riscontrano soprattutto, ma non esclusivamente, nell’offerta delle prestazioni chirurgiche e in talune visite e analisi specialistiche (oltre alle situazioni che comportano l’utilizzo di macchinari assai costosi presenti in pochissimi centri sanitari di ciascun Paese), risulta collegata in tutti i Paesi a situazioni di razionamento delle risorse<sup>(145)</sup>. In effetti, le politiche seguite nella maggioranza dei Paesi per affrontare tale carenza dell’offerta consistono nell’accrescere la capacità ricettiva degli ospedali e il numero degli operatori sanitari delle specializzazioni incapaci a soddisfare tempestivamente la domanda, nell’acquistare nuovi macchinari “rari” e i loro addetti specializzati, ed inoltre nel tentare di aumentare la produttività di specialisti e personale relativo stabilendo forme di collegamento delle retribuzioni a indici della loro attività. Emergono, in talune circostanze, difficoltà di competizione del settore pubblico con il settore privato, perché i medici specialisti spesso prestano anche attività privata ottenendo remunerazioni che considerano essenziali a completare i redditi percepiti dalla struttura pubblica, e che essi giudicano insufficienti a compensare la loro professionalità (frutto di lunghi anni di studio, tirocinio, specializzazione). Sono comunque iniziative i cui effetti possono prodursi nel medio -lungo periodo, e che portano con sé costi addizionali che può risultare difficile al settore pubblico finanziare in periodi di razionamento della spesa.

L’esperienza inglese non si sottrae a queste problematiche riscontrate nella maggior parte dei Paesi. Il citato Oliver riconosce che, se qualche successo è stato conseguito dalle iniziative dei Governi inglesi negli ultimi anni per ridurre i “tempi di attesa”, “questo è probabilmente attribuibile alle ampie iniezioni di risorse nel sistema”<sup>(146)</sup>. Sul piano dell’analisi, così si rischia però di ragionare in circolo. I “tempi di attesa” sono un effetto delle politiche di razionamento della spesa sanitaria; se si accetta di allentare – in un dato periodo storico – i vincoli all’espansione della spesa, e si dirige la spesa addizionale verso le strozzature dell’offerta che determinano tempi lunghi di attesa, si può conseguire tale obiettivo ma in quanto si è rinunciato, in parte, a quello di contenere la spesa. Peraltro, neppure in Inghilterra i forti aumenti della spesa sanitaria avvenuti tra il 2000 e il 2004<sup>(147)</sup> (che hanno suscitato polemiche interne, causa i maggiori razionamenti per

---

<sup>(145)</sup> OECD (2004, a) pp. 70-72. Tempi lunghi di attesa caratterizzano anche l’esperienza e il dibattito nella Svezia: cfr. ANELL (2005)

<sup>(146)</sup> OLIVER (2005) S. 91.

<sup>(147)</sup> Cfr. UK Department of Health (2002); BEVAN, ROBINSON (2005); OLIVER (2005).

altri servizi pubblici) hanno eliminato il problema dei tempi di attesa, anche se lo hanno attenuato. Lo stesso Oliver giudica “irresponsabili” i traguardi di forti riduzioni dei tempi di attesa previsti dal Ministero della Sanità e dal Rapporto del Ministero del Tesoro per il biennio 2008-9 e per anni successivi<sup>(148)</sup>; nelle parole dello studioso, questi “targets” promessi di riduzione dei tempi di attesa, in quanto non compatibili con le risorse disponibili, “possono servire a sollevare attese tra il pubblico al punto che possono solo recare danno al sistema universale finanziato dalle risorse pubbliche, e possono divenire strumento nelle mani di chi vorrebbe smantellare il NHS”<sup>(149)</sup>.

D'altra parte, come ho già annotato, sulla distribuzione delle risorse pubbliche nel sistema sanitario in regime di razionamento pesa la priorità delle rivendicazioni retributive del personale. E' noto in Inghilterra che il forte aumento della spesa per il settore sanitario deliberato a ridosso delle elezioni politiche del 1997 andò quasi completamente a finanziare gli aumenti delle retribuzioni del personale sanitario<sup>(150)</sup>. I processi di allocazione delle risorse al e nel settore pubblico, quali si riscontrano nella realtà, non corrispondono a scale di priorità “ideali” decise in contesti astratti e avulsi dalle dialettiche sociali. La dialettica sulla distribuzione dei redditi monetari caratterizza il settore pubblico quanto quello privato, e nel settore pubblico coinvolge il personale (ricordando che il settore sanitario è intrinsecamente “labor-intensive”), i contribuenti e gli utenti dei singoli servizi pubblici. Per il futuro, le previsioni concordano che anche in Inghilterra, come nella generalità dei Paesi industrializzati, le pressioni sulle risorse da dedicare al sistema sanitario pubblico continueranno; ovvero continueranno il razionamento e i suoi effetti.<sup>(151)</sup>

Il crescente ricorso che negli ultimi anni i Paesi industrializzati, anche quelli aventi sistema sanitario pubblico universale, hanno fatto al metodo di finanziamento attraverso il co-pagamento degli utenti (tickets e simili)<sup>(152)</sup>, è un indicatore esplicito del razionamento delle prestazioni sanitarie pubbliche. Il metodo del co-pagamento per le prestazioni da parte dell'utente ha riguardato soprattutto le prescrizioni farmaceutiche; ed è stato anche accompagnato dall'utilizzo di un prezzo di riferimento ai medicinali aventi uguale composizione molecolare ma marca meno rinomata e perciò meno costosi, la gratuità della prestazione

---

<sup>(148)</sup> OLIVER (2005), p. S. 92; H.M. Treasury (2002).

<sup>(149)</sup> OLIVER (2005), p. S. 92.

<sup>(150)</sup> Cfr. LE GRAND, VIZARD (1998).

<sup>(151)</sup> Le rivendicazioni contrattuali del personale, quello dipendente e quello legato al NHS da contratto di lavoro autonomo, sono e saranno ancora determinanti per la quantificazione delle risorse da destinare al soddisfacimento dei “bisogni sanitari” la cui copertura è assegnata al servizio pubblico. Gli accordi contrattuali stabiliscono nei fatti una scelta di priorità (il costo del personale) nelle destinazioni delle risorse razionate (rispetto alle spese per acquisti di beni e servizi, per l'adozione di nuove tecnologie, per l'assunzione di nuovo personale, sia in aumento sia a compensazione del “turn over”, per gli ammortamenti). Una delle sfide più importanti riguarda la crescita della produttività del personale, trovando adeguate terapie al “morbo di Baumol”. Le esperienze delle strategie fondate soltanto sulla programmazione amministrativa e i controlli (“command and control”) hanno evidenziato forti limiti al riguardo. La questione è approfondita nei paragrafi seguenti.

<sup>(152)</sup> Cfr. OECD (2004, a) p. 54. Tra i Paesi che hanno fatto uso significativo del metodo del co-pagamento l'OECD segnala l'Austria, il Belgio, la Finlandia, la Francia, la Germania, l'Italia, il Portogallo, la Svezia, l'Australia e l'Inghilterra

essendo offerta fino alla concorrenza del prezzo di tali medicinali meno costosi. L'impiego di questi prezzi di riferimento non va esente da obiezioni, perché si sostiene, negli ambienti della ricerca e della produzione farmaceutica, che non sempre l'uguale composizione molecolare significa uguali effetti terapeutici, altri fattori nella preparazione del medicinale potendo essere rilevanti. Meno esteso è stato l'uso del co-pagamento per le prestazioni ospedaliere, visite ambulatoriali e analisi, presumibilmente perché l'elasticità al prezzo della domanda di tali servizi è stimata essere significativamente inferiore rispetto a quella dei prodotti farmaceutici. Invero, la "ratio" esplicita dei provvedimenti che hanno stabilito co-pagamenti è indicata nel disincentivo all'abuso e al sovraconsumo di talune prestazioni sanitarie, quindi una via di maggiore efficienza per contribuire al contenimento della spesa sanitaria. Sarebbe uno strumento anche per ristabilire, in un contesto di asimmetrie informative, corretti incentivi sia ai consumatori sia ai medici. Ma, se la domanda per talune prestazioni è piuttosto rigida, la finalità di scoraggiare il loro consumo si affievolisce, e si esaltano invece i problemi dell'equità distributiva, poiché si colpiscono le categorie di cittadini a minore reddito e/o con più elevati e frequenti bisogni di prestazioni sanitarie. Tali categorie di potenziali utenti, se esclusi dal consumo di talune prestazioni a causa del loro costo "privato" (generalmente non coperto, per tali cittadini, da assicurazione privata sostitutiva), possono subire danni alla salute non indifferenti (ad es. perché non hanno effettuato analisi tempestive e preventive, o non hanno preso medicinali loro prescritti). Tali preoccupazioni hanno indotto i Paesi che hanno introdotto i co-pagamenti a concentrarli su prestazioni considerate non strettamente necessarie alla salute<sup>(153)</sup>, e/o a stabilire esenzioni in funzione del reddito del paziente, e/o dell'età, e/o della cronicità della malattia. Nelle valutazioni dell'OECD (e di studi da essa richiamati), comunque i co-pagamenti hanno introdotto disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni soggette, mentre le misure per esentare da essi le fasce più vulnerabili di cittadini accrescono i costi amministrativi<sup>(154)</sup>.

In Inghilterra, è stato osservato che il modello del co-pagamento non ha applicazione estesa nel NHS, anche in confronto con altri Paesi, e che sono ampie le esenzioni concesse in favore dei poveri, dei minori non lavoratori, degli anziani, dei malati cronici (i co-pagamenti rappresentano circa il 3,5% del totale della spesa sanitaria inglese)<sup>(155)</sup>. Tuttavia, è stata osservata la tendenza, negli anni recenti, a limitare i periodi di degenza negli ospedali trasferendo il completamento (o prosecuzione) delle cure all'ambiente familiare in cui le prestazioni sanitarie (ad es. per gli anziani e i malati cronici, o per la riabilitazione) sono soggette a più significativi co-pagamenti<sup>(156)</sup>.

---

<sup>(153)</sup> La scelta solleva i problemi della definizione, nel concreto, delle "prestazioni essenziali", su cui tornerò più avanti.

<sup>(154)</sup> OECD (2004, a p. 54; b pp. 29-32).

<sup>(155)</sup> OECD (2004, d); e cfr. OLIVER (2005), p. S90. In Inghilterra i co-pagamenti sono richiesti particolarmente per prestazioni dentistiche, oculistiche, farmaceutiche.

<sup>(156)</sup> OECD (2004, a) p. 54.



Tirando le fila, sembra difficile negare che anche in Inghilterra, il cui sistema sanitario rappresenta il principale riferimento per l'adozione del modello del servizio pubblico universale, il razionamento delle risorse pubbliche destinate a soddisfare domande di prestazioni potenzialmente eccedenti, in quanto basate sui "bisogni", ha causato alcune "deformazioni" applicative dei principi basilari di tale modello. Vero è che nessun istituto dell'organizzazione umana può apparire perfetto, e la tensione a migliorarlo nelle sue applicazioni concrete muove l'evoluzione storica. Sotto questo profilo, può anche essere ritenuta accettabile, avendo carattere non assoluto ma relativo alle condizioni storiche contingenti, la valutazione conclusiva di quegli autori che, come il citato Oliver, affermano che nell'insieme il sistema sanitario inglese è riuscito, anche negli ultimi decenni, a preservare (pur con qualche difficoltà ed alcune cautele interpretative) i principi essenziali del modello (universalità di accesso a prestazioni uguali per uguali bisogni)<sup>(157)</sup>.

Mi sembra, tuttavia, che l'esperienza trascorsa non possa esaurire il tema della previsione, e quindi della politica da scegliere per gli anni futuri. Le "deformazioni" applicative dei principi fondamentali di tale modello sono state causate dalle politiche di contenimento della dinamica della spesa pubblica sanitaria. Tale dinamica è stata sospinta dall'invecchiamento della popolazione, dai costi crescenti delle innovazioni scientifiche e tecniche, dall'aumento del reddito pro-capite che induce a maggiore attenzione alle condizioni di salute e a maggiore ricorso alla medicina (dalla fase preventiva a quella riabilitativa), dalla diffusione tra la popolazione (anche tra i redditori delle fasce inferiori) dell'informazione sanitaria e della cultura del ricorso (tempestivo) alle prestazioni mediche; ed inoltre dalle rivendicazioni retributive del personale in un contesto di lenta crescita della sua produttività. La gran parte degli studiosi concordano che le spinte alla crescita della spesa sanitaria pubblica impresse dall'operare di tali fattori non siano destinate ad esaurirsi nei prossimi anni, bensì a sostenere una dinamica mediamente elevata di tali spese. A fronte, non appaiono brillanti le previsioni di medio - lungo termine sul tasso di crescita dell'economia dei Paesi dell'area U.E. (importatrice netta di materie energetiche e primarie da trasformare, che dovrà continuare a confrontarsi da un lato con le superiori condizioni di competitività dei Paesi di più recente industrializzazione e di quelli emergenti, dall'altro lato con il "gap" tecnologico nei confronti degli Stati Uniti e con la sua superiore flessibilità della organizzazione socio-economica<sup>(158)</sup>).

Se tale scenario previsionale è corretto, le condizioni macro-economiche che inducono i Paesi europei a "razionare" le risorse pubbliche da destinare al sistema sanitario non sembrano, realisticamente, destinate ad

---

<sup>(157)</sup> OLIVER (2005) p. S94.

<sup>(158)</sup> L'U.E. ha espresso, esplicitamente, le sue preoccupazioni al riguardo, varando nel 2000 la "strategia di Lisbona" (rinnovata nel 2005) che impegna gli Stati membri a politiche per la liberalizzazione dei mercati, per la concorrenza, per gli investimenti nella innovazione e nella diffusione delle nuove tecnologie, allo scopo di innalzare la produttività (totale dei fattori) nell'area U.E., così da renderla più competitiva nei confronti delle altre macro-aree del globo. E cfr. le previsioni dell'OECD sul permanere delle esigenze di razionamento delle risorse dedicate alla sanità, a fronte di domande e di costi crescenti, nei prossimi anni (OECD, 2004, a cap. 4 e 5).

attenuarsi, nei prossimi anni e forse decenni. Si pone, pertanto, l'interrogativo se e in che misura il permanere, o peggio ancora l'aggravarsi del razionamento accentuerà le già osservate "deformazioni" dei principi caratterizzanti il modello del servizio pubblico universale, e/o ne creerà delle nuove. Il rischio è che, alla lunga, il continuo "razionamento" di domande tendenzialmente crescenti, che esprimono i "bisogni", snaturi la logica del modello medesimo. Per esemplificare, nelle ipotesi che il "razionamento" prolungato e severo produca significative decisioni di: "delisting" di prestazioni dal complesso offerto dal servizio pubblico; sostanziosi aumenti ed estensioni dei co-pagamenti; allungamenti dei tempi di attesa; scadimento qualitativo delle prestazioni (anche in relazione a particolari bisogni della maggiore popolazione anziana); demotivazione del personale sanitario insoddisfatto; insufficienti investimenti in tecnologie, strutture, ricerca e formazione; in tali ipotesi, se esse dovessero in futuro acquisire importante e ampio rilievo, sarebbe lecito presumere che cresca e si consolidi un sistema sanitario "parallelo", per un significativo insieme di prestazioni, accessibile in funzione del reddito individuale, in quanto organizzato su basi assicurative private, su riedizioni delle assicurazioni mutualistiche (anche su base aziendale), e infine sui pagamenti "di tasca propria". Il ricorso all'offerta sanitaria pubblica resterebbe obbligato per chi non ha redditi sufficienti per accedere all'offerta privata; l'effettivo accesso all'offerta pubblica sarebbe limitato dai co-pagamenti e dalle altre forme di razionamento. Inoltre, il razionamento stretto e continuo nel tempo renderebbe difficile mantenere, nei fatti, anche il principio dell'uguaglianza di trattamenti per uguali bisogni, per le ragioni già indicate e come dalle evidenze delle esperienze storiche (cfr. anche i prossimi paragrafi sull'esperienza italiana).

E' questo uno scenario di previsione che avrò modo di discutere, per le sue implicazioni, nella parte successiva di questo lavoro. Già si può annotare che esso ha alcuni aspetti comuni con quelli del vigente sistema tedesco, che da un lato mantiene le assicurazioni sociali obbligatorie su base professionale ma adattate agli obiettivi solidaristici (in particolare l'accesso ad un catalogo di prestazioni uniformi, quale che sia il Fondo assicurativo di iscrizione e impiega estesamente i "tickets"), dall'altro lato consente a chi ha un reddito eccedente una determinata soglia (e a qualche categoria specifica di lavoratori) di optare per l'assicurazione privata o di non assicurarsi.

## BIBLIOGRAFIA

- AGENZIA DEI SERVIZI SANITARI REGIONALI. "DRG ad alto rischio di inappropriata se in regime di ricovero ordinario" Monitor (2003)
- ANELL, A. (2005), "Swedish healthcare under pressure", *Health Economics*, vol. 14, pp. 237-254.
- ANDERSEN, R., SMEDBY, B., VAGERO, D. (2001) „Cost containment, solidarity and cautious experimentation: Swedish dilemmas. *Soc Sci Med* pp 1195-1204
- ARACHI, G. (1993), "Il concetto di efficienza nella valutazione delle politiche economiche", *Giornale degli Economisti e Annuali di Economia*, nn. 10-12.
- ARACHI, G. ZANARDI, A. (2000) "Il federalismo fiscale regionale: opportunità e limiti", in Bernardi, L. (a cura di), *La finanza pubblica italiana, Rapporto 2000*, Bologna, Il Mulino
- ARROW, K., (1963), "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *American Economic Review*, 53 pp. 941-973.
- ARTONI, R., (1999), *Lezioni di Scienza delle Finanze*, Bologna.
- ATKINSON, AB. - STIGLITZ, J. E. (1980), *Lectures on Public Economics*, London.
- AXELSSON, R., (2000) "The organizational pendulum – health-care management in Sweden" *Scand J Public Health* 28(I) pp. 47-53
- BARILETTI, A., e FRANCE, G., (1997), "Economia della sanità: alcuni sviluppi tematici e punti controversi", in A. Petretto (a cura di) *Economia della Sanità*, Il Mulino, Bologna
- BAUMOL, W. Y. (1967), "Macroeconomics of unbalanced growth: the anatomy of urban crisis", *American Economic Review*, n. 57, pp. 415-426.
- BEVAN, G. - ROBINSON, R. (2005), "The interplay between economic and political logics: path dependency in health care in England", *J. Health Politics Policy Law*, n. 30, pp.53 -78.
- BLACKORBY, C. - DONALDSON, D. (1988), "Cash versus Kind, Self selection and Efficient Transfers", *American Economic Review*, vol. 78.
- BLUMENTHAL, D. (1995), "Health Care Reform: Past and Future", *New England Journal of Medicine*, vol. 332.

- BOERMA, WGW et alii (2003) "Variation in workload and allocation of time under different payment systems in general practice." In *Profiles of General Practice in Europe. An International Study of Variation in the Tasks of General Practitioners*, Boerma WGW (ed) Utrecht
- BOSI, P. (2006), *Corso di Scienza delle Finanze*, a cura di, Bologna.
- BRENNAN, E. (2004), "Variabili socioeconomiche e salute: interpretazioni alternative e misure di politica sanitaria", *Economia Pubblica*, fascicolo 6.
- BUCHANAN, J.M., MUSGRAVE, R.A. (2001), "Public finance and public choice", Cesis, Cambridge Massachusetts, MIT Press
- BUCHANAN, J.M, TULLOCK, G., (1962), "The Calculus of Consent"
- BUSSE, R., RIESBERG, A., (2004) "Health Care Systems in Transition: Germany." *WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Care Systems and Policies*: Copenhagen,
- BUSSE, R., WÖRZ, M., (2004), The ambiguous experience with privatisation in German health care. In *Privatisation in European Health Care. A Comparative Analysis in Eight Countries*, Maarsen H (ed.) Elsevier *gezondheidszorg*: Maarsen, pp. 79-95
- CARAMELLI, V. - ELEMI, G. M. - VALIANI, R. (1976), "Una valutazione delle proposte di fiscalizzazione degli oneri sociali a carico dell'imposta sul valore aggiunto", *Bollettino degli interessi Sardi*, n. 1.
- CAROPPO, M.S. – TURATI, G., (2008) "I sistemi sanitari regionali in Italia", *ricerca presentata alla Banca d'Italia 18/3/2008*
- CNOSSEN, S., (2003), "How much Tax coordination in the European Union", in *International Tax and Public Finance*, vol. 10
- COMPAGNONI, V. (2005), "Modelli di concorrenza e riforme sanitarie", *Economia Pubblica*, fascicolo 5.
- CONTE, A. - DI CAGNO, D. (2005), *Capitale umano, produttività e competitività nelle piccole e medie imprese italiane*, Luiss Quaderni DPTEA, n. 139.
- CULYER, A.G. - WAGSTAFF, A (1993), "Equity and Equality in Health and Health Care", *Journal of Health Economics*, n. 12, pp. 431-457.
- CULYER, AG. (1971), "The Nature of the Commodity "Health Care" and its Efficient Allocation", *Oxford*

*Economic Papers*, n. 23, pp. 189-211.

CULYER, A.G. (1989), "The Normative Economics of Health Care Finance and Provision", *Oxford Review of Economic Policy*, n. 5, pp. 34-58.

CULYER, AG. (1993), "Health, Health Expenditures and Equity", in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., (eds.), *Equity in the Finances and Delivery of Health Care: An International Perspective*, New York.

DALLEK, G., BILES, B., HERSCH, L. (2003), „Lessons from Medicare + Choice for Medicare Reform“, The Commonwealth Fund, New York, NY, United States, accessed as of 17 February 2004, [www.cmwf.org](http://www.cmwf.org)

DAVEY SMITH, G., DOLING, D., MITCHELL, R., SHAW, M. (2002), “Health inequality in Britain: Continuing increases up to the End of the 20<sup>th</sup> Century” in *Journal Epidemiol, Community Health*, pp. 434-435

DAWSON, D. (2001), “The private finance initiative: a public finance illusion?” *Health Economics*, pp.479-486.

DAWSON, D., JACOBS, R., MARTIN, S., SMITH, P., (2004) “Is patient choice an effective mechanism to reduce waiting times?” *Appl. Health Econ. Health policy* pp.195-203

DAWSON, D. (2001), “The NHS plan: an economic perspective”, *Centre for Health Economics, University of York*

DIDERICHSEN, F., (1999) “Devolution in Swedish health care – local government isn’t powerful enough to control costs or stop privatization”. *Br Med J*, 318, pp 1156-1157

DIRINDIN, N. (2004), "Tutela della salute; il dibattito sulle politiche sanitarie in Europa", *Fondazione San Carlo*.

DIXON, A., LE GRAND, J., HENDERSON, J., MURRAY, R., POTELIAKHOFF, (2004) “Is the NHS Equitable? A review of the evidence” *LSE Health and Social Care Discussion Paper Number 11*, London School of Economics, London

DOCTEUR, E., SUPPANZ, H, WOO, J. (2003) “The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform”, OECD Economics Department Working Paper, No. 350, OECD, Paris.

DOMBERGER, S. - PIGGOT , 1. (1994), "Privatisation Policies and Public Enterprise: A Survey", in Bishop, M., Kay, 1., Mayer, C., (eds.), *Privatisation and Economic Performance*, Oxford.

- ENTHOVEN, A.C. (1985) “Reflections of the management of the National Health Service”, *Nuffield Provincial Hospitals Trust*, Londra
- EVANS, R. (2002), "Interpreting and Addressing Inequalities in Health", 7<sup>th</sup> annual lecture, *Office of Health Economics*, London.
- FALCITELLI, N. - TRABUCCHI, M. - VANARA, F. (2003), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna
- FATTORE, G. (2003) “Assetti federali in sanità: cosa possiamo imparare da Canada e Stati Uniti?” in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- FIorentINI, G. (2004), “I servizi sanitari in Italia” (a cura di), Bologna
- FIorentINI, G. (2002), “I servizi sanitari in Italia” (a cura di), Bologna
- FIorentINI, G. (2003), “Obiettivi dell’intervento pubblico e livello verticale delle decisioni collettive; il federalismo sanitario tra questioni allocative e distributive”, in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- FRANCE, G. - TARONI, F. - DONATINI, A. (2005), "The Italian Health-care system", *Health Economics*, n. 14, pp. 187-202.
- FRANCE, G. (2003), "Devoluzione politica e standard sanitari nazionali", in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F., (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna. .
- FRANCE, G. (2001), “Standard sanitari nazionali e conflitti intergovernativi in Canada”, in France G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro approcci*, Milano, Giuffré, pp. 125 – 167
- FRANCE, G. (2001), “Standard nazionali in Germania: un problema al di fuori del federalismo?”, in France, G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro approcci*, Milano, Giuffré, pp. 125 – 167
- FRANCE, G. (2000) “Compatibilità tra il federalismo e gli standard sanitari nazionali” in France, G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali*, Milano, Giuffré.
- FRANCE, G. (2001), “Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro approcci”, Milano, Giuffré
- FRANCE, G. (2002) “I livelli essenziali di assistenza: un caso di policy innovation”, in Fiorentini G. (a cura

di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

FRANCE, G., TARONI, F. (2005) "The evolution of health policy making in Italy. J. Health Politics Policy Law, pp.169-187

GIANNINI, S., (2000) "Mercato interno e fiscalità: aspetti economici" in *Coordinamento fiscale nell'Unione Europea*, Milano

GODDARD, M., e SMITH, P. (2001), "Equity of Access to Health Care Services: theory and evidence from the UK", *Social Science and Medicine*, Vol. 53, pp. 1149-1162

GOLDACRE, M., (1996), "Health outcomes from a medical perspective." In *Macbeth HM (ed) Health outcomes, biological, social and economic perspectives*, Oxford University Press: Oxford.

GRAF VON DER SCHULENBURG, J. M. (2005), "German health care system in transition", *Health Economics*, vol. 6 pp. 183-187.

GUERRA, M. C. - ZANARDI, A. (2003), *Rapporto sulla Finanza pubblica 2003*, Il Mulino, Bologna.

HALM, E.A., GELIJINS, A.C. (1991), " An Introduction to the Changing Economics of Technical Innovation in Medicine", in A.C. Gelijins and E.A. Halm (eds) , *The Changing Economics of Medical Technology*, National Academy Press, Washington DC

HIRSCHMANN, A. (1970), *Lealtà, defezione e protesta*, Milano.

I.S.A.E. (2004), "Rapporto annuale sullo stato di attuazione del federalismo", Roma

I.S.A.E. (2004), "Federalismo e interesse nazionale: standard sanitari e contenimento della spesa pubblica", in *Rapporto trimestrale*, Roma, aprile.

JENCKS, S.F., HUFF, E.D., CUERDON, T. (2003), "Change in the Quality of Care Delivered to Medicare Beneficiaries, 1998-1999 to 2000-2001", *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, pp. 305-312

JONES, C. (2002), "Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen so Much?", *National Bureau of Economic Research Working Papers*, n.9325.

JÖNSSON, B., REHNBERG, C., (1994) "Health care". In *Achieving Service Productivity. Lessons from the Best in the World*. Hörnell, E., Hjelm, P., (eds) Pitman Publishing: London,

KAISER FAMILY FOUNDATION H.J. (2003), *The Uninsured: A Primer, Key Facts about Americans*

*without Health Insurance*, Washington.

KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2001) "Medicaid and Managed Care", Fact Sheet, The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, D.C., accessed as of 17 February 2004, [www.kff.org](http://www.kff.org)

KAISER COMMISSION ON MEDICAID AND THE UNINSURED (2003) "The Uninsured: A Primer, Key Facts about Americans Without Health Insurance", The Henry J. Kaiser Family Foundation, Washington, D.C., accessed as of 17 February 2004, [www.kff.org](http://www.kff.org)

KIND, P. – WILLIAMS, A. (2004), "Measuring success in health care: the time has come to do it properly!" *Health Policy Matters*, vol. 9.

KIRKMAN-LIFF, B. (1998) "The United States" in Ham C, ed. *Health Care Reform, Learning from international experience*. Open University Press pp 21-45.

KLEIN, R. (1998), "Why Britain is reorganising its National Health Service - yet again", *Health Affairs*, n. 17, pp. 111-125.

LE GALES, C. – BURON, C. – COSTET, N. – ROSMAN, S. – SLAMA, G. (2002) "Development of a preference – weighted health status classification system in France: the Health Utilities Index", *Health Care Management Science*, n.5, pp.41-52

LE GRAND, J (1991) *Equity and Choice: An Essay in Economics and Applied Philosophy*, London.

LE GRAND, J. (2002), "Further tales from the British National Health Service", *Health Affairs*, n. 21, pp. 116 -128.

LE GRAND, J. (2003), "From Pawn to Queen: an Economics Perspective", in Adam, O., (ed.) *Equity in Health and Health Care*, London.

LE GRAND, J. (2003), *Motivation Agency and Public Policy: of Knights and Knoves, Pawns and Queens*, Oxford.

LE GRAND, J., VIZARD, P., (1998) "The National Health Service: crisis, change or continuity?" in *The State of Welfare: The Economics of Social Spending (2<sup>nd</sup> edn.)*, Glennerster H, Hills J (eds), Oxford University Press: Oxford

LEIBENSTEIN, H. (1966) "Allocative Efficiency vs. "X-Efficiency"", *The American Economic Review*, n. 3, pp.392-415.



- LIBERATI, P. (2001), “Sanità e Federalismo Fiscale in Italia” in *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali*, a cura di France, G.
- LOFGREN, R., (2002) “The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems and Opportunities.” *The Fraser Institute: Vancouver*,
- LORENZINI, S., (2002) “Risorse Fiscali e Federalismo Sanitario” in *Servizi Sanitari in Italia* a cura di Fiorentini, G.
- LYNCH, J.W., (2000), *Income Inequality and Mortality: Importance of Health of Individual Income Psychosocial Environment, or Material Condition – Education and Debate*, Bristol.
- LYNCH, J.W., (2001), Income Inequality, the Psychosocial Environment and Health Comparison of Wealthy Nation”, *The Lancet*, vol. 358, pp. 194-200.
- MACIOCCO, G (2000), "La riforma nei paesi industrializzati", *Salute e territorio*, nn.. 118-119, pp. 10-33.
- MACIOCCO, G. (2000), "Usa: più mercato, più costi, meno qualità", *Salute e territorio* ,nn. 118-119.
- MAINO, F. (2003), “La politica sanitaria nell’Unione Europea: verso un coordinamento “leggero”?”, in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F., (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- MARMOR, T. – MCKISSICK, G. J. (2000) “Medicare’s Future: Fact, Fiction and Folly”, *American Journal of Law and Medicine*, vol. 26, nn.2-3.
- MARSHALL, T.H. (1973), *Class, Citizenship and Social Development*, Chicago – London.
- MAYNARD, A., SCOTT, A., (2003) “Economic challenges in primary care” in *Advances in Health Economics*, Scott, A., Maynard, A., Elliot, R., (eds). Wiley: Chichester.
- MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (2002), *Report to the Congress: "Assessing Medicare Benefit"*, Washington DC.
- MEHREZ, A. - GAFNI, A. (1989), "Quality-Adjusted Life Years, Utility Theory and Healthy Years Equivalents", *Medical Decision Making*, n. 9, pp. 142-149.
- MILLER, B.D., FRECH, T. (2002) “The productivity of health care and pharmaceuticals: quality of life, cause.” *Department of Economics, UCSB departmental working papers, 12-02, 1, -42*. University of California, Santa Barbara
- MINISTERO DELLA SALUTE, (2006) *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.

- MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2003-2004*
- MORCALDO, G. (2007), Memoria dattiloscritta, "La sanità in Italia: problemi aperti".
- MOREA, D. (2006), "Trasferimenti pubblici in moneta versus trasferimenti in natura", *Economia, Società e Istituzioni*, n. 2, pp. 261-300, Luiss University Press
- MOSSIALOS, E. (1997) "Citizens' view on health care systems in the 15 member state of the European Union", *Health Economics*, 6, pp. 109-116.
- MUNRO, A. (1992), "Self - Selection and Optimal in Kind Transfers", *The Economic Journal*, n. 102.
- MURARO, G. (2003), "Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale", *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, n. 3, pp. 349 -384.
- MUSGRAVE, R. A. (1959), *The Theory of Public Finance*, New York.
- MUSGRAVE, R. A. (1968), "Essays in Fiscal Federalism", Washington
- NEUMAN, P., and RICE, T. (2003) "Medicare Cost Sharing: Implications for Beneficiaries", Statement prepared for Hearing on Medicare Cost-Sharing and Medicaid, committee on Ways and Means, Subcommittee on Health, The United States House of Representatives, 1 May 2003
- NICITA, A. (2003), "Quale concorrenza nei sistemi sanitari? Dieci anni di riforme incompiute", *Diritto di economia dello stato sociale*, nn. 7-8, pp. 69-90.
- NISKANEN, William Jr., (1971) "Bureaucracy and Representative Government", Chicago
- NIXON, J. - ULMANN, P. (2006), "The relationship between health care expenditure and health outcomes", *Health Economics*, vol. 7, pp. 7-18.
- OATES, W., (1999) "An Essay in Fiscal Federalism", *Journal of Economics Literature*, 37, pp 1120-49
- OECD (1995), *New Directions in Health Policy, Health Policy Studies*, n. 7, Paris.
- OECD (2004 a), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems*.
- OECD (2004 b), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems, Policy Studies*.
- OLIVER, A. (2005), "The English Health Service: 1979-2005", *Health Economics*, vol. 14, pp. 75-99.
- PELLEGRINI, L. (2003), "Lea, appropriatezza e garanzie per il cittadino" in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.

- PELTZMAN, S., (1989), "The Control and Performance of State-Owned Enterprises", in MacAvoy P. *et al.*, (a cura di), *Privatization and State-Owned Enterprises*.
- PETRETTO, A. (2000), *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ministero del Tesoro.
- PHILIP, R. (1954) "Intergovernmental Fiscal Relations", Copenhagen
- PIPERNO, A. (2002), "Avremo le risorse per curarci? Come si presentano le sfide prossime venture al welfare sanitario: dati e riflessioni sul rapporto tra sviluppo sociodemografico, spesa e policy", *Economia & Lavoro*, n. 1, pp. 119-146.
- PLANE, P. (1997), "Privatisation and Economic Growth", in Giersch, H., (a cura di), *Privatization at the End of Century*, Heidelberg.
- RAPPORTO 2003 "La finanza pubblica italiana" Guerra, M.C., Zanardi, A., (a cura di)
- RAPPORTO SANITA' (2003) Falcitelli, N., Trabucchi, M., e Vasara, F., (a cura di) "Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie"
- RAWLS (1971), "A Theory of Justice", Cambridge MA
- RICE, N., Smith, P.C., (2002) "Strategic resource allocation and funding decision" in *Funding Health Care: Options for Europe*, Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (eds). Open University Press: Buckingham,
- ROBINSON, J. (1956), *The Accumulation of Capital*, Cambridge.
- ROSEN, H. S. (2003), *Scienza delle Finanze*, ed. it, Milano.
- ROWTHORN, B. - HA JOON CHIANG (1993), "Public Ownership and the Theory of the State", in Clarke, T., Pitelis, c., (eds.), *The Political Economy of Privatization*, London.
- RUSHEFSKY, M. E. (1995), *Health Care Policy and Politics in America*.
- SEN, A. (1970), "The impossibility of a Paretian liberal", *Journal of Political Economy*, vol. 78.
- SEN, A. (1975), "The concept of efficiency", in Parkin, M., Nobay, A. R., (eds.), *Contemporary Issues in Economics*, Manchester University Press, Manchester.
- SEN, A. (1982), *Choice, Welfare and Measurement*, Oxford

- SEN, A. (1985), "Well being, agency and freedom: the Dewey lectures 1984", *Journal of Philosophy*, vol. 82.
- SEN, A. (1996), *Living as Equals*, Oxford.
- SEN, A. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Milano.
- SEN, A. (2002), "Why health equity?", *Health Economics*, vol. II, pp. 659-666.
- SHELDON, T.A., SMITH, P., Borowitz, M., Martin, S., Carr-Hill, R. (1994) "Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets" *Br. Med. J.* pp. 1059-1064
- SIDGWICK, H. (1891), *Principles of Political Economy*, London.
- SMITH, P. C. (2002), "Performance management in British Health Care: will it deliver?", *Health Affairs*, n. 21, pp. 103-115.
- SMITH, J. P. (1999), "Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation between Health and Economic Status", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 13, n. 2, pp. 145-166.
- SÖRENSEN, P.B., (1994), "From the global income tax to the dual income tax recent tax reforms in the Nordic countries", *International Tax and Public Finance 1*, pp. 57-79
- SÖRENSEN, P.B., (2006), "Can capital income taxes survive? And should they?" CESifo.
- SPANDONARO, F. - RAFANIELLO, A. (2002), Sistemi di finanziamento del servizio sanitario ed impatti redistributivi, *Convegno Nazionale AIES*, Bologna, 25/27 Settembre 2002.
- STEVE, S. (1976), *Lezioni di Scienza delle Finanze*, VII edizione, Padova.
- STEVENS, S. (2004) "Reforms strategies for the English NHS", *Health Affairs* pp.37-44.
- STIGLITZ, J. E. (1989), *Economia del Settore Pubblico*, ed. it., Milano e (2003) seconda ed..
- STORNAIUOLO, G. (2005), "L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute", *Economia Pubblica*, fascicolo 5.
- TARONI, F. (2002) "Federalismo sanitario: la produzione locale di un bene pubblico nazionale", in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia: 2002*, Bologna, Il Mulino
- THUROW, L. C. (1971), "The Income Distribution as a Pure Public Good", *Quarterly Journal of Economics*.

- TOBIN, J. (1970), "On limiting the Domain of Inequality", *Journal of Law and Economics*, n. 13.
- TORBICA, A. - FATTORE, G. (2005), "The "Essential Levels of Care" in Italy: when being explicit serves the devolution of powers", *Health Economics*, suppl. 1, vol. 6, pp. 46-52.
- TRENTO, S. - BENTIVOGLI, C. (2005), *Economia e politica della concorrenza*, Roma.
- TUOHY, C. (1999) "Dynamic of a changing health sphere: the United States, Britain and Canada", *Health Affairs*, pp.114-134
- TUOHY, C. (1999) "Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada" *Oxford University Press*: New York
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (1989), *Working for Patients*, London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2001), "The NHS Plan: Proposal for a New Approach to the Consultant Contract." *Department of Health*: London.
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Primary Care Trusts", *Department of Health Press Release*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Tackling Health Inequalities: the Results of a Consultation Exercise" *Department of Health*: London.
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Reforming NHS Financial Flows. Introducing Payments by Results." *Department of Health*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2003), "Tackling Health Inequalities: A Programme for Action." *Department of Health*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, (1976), "Sharing Resources for Health in England, Report of the Resource Allocation Working Party." *HMSO*: London
- VAN DOORSLAER, E. - MASSERIA, C. et al. (2004), "Income - related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", *Towards High - Performing Health Systems: Policy Studies*, *OECD*, Parigi.
- VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. VAND DER BURG, H. et al (2000) "Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*, pp. 555-583.
- VAN DOORSLAER, E., KOOLMAN X., (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries." *Health Econ*. pp.609-628

- VALIANI, R. (1969), "Le alternative di finanziamento della previdenza sociale", *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, fasc. II.
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E. (2000), "Equity in Health Care Finance and Delivery", in Culyer, A. J., Newhouse, J. P., (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam.
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E. (2004), "Overall Versus Socio-Economic Inequality in Health: a Measurement Framework and Two Empirical Applications. *Health Econ.* 2004
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E., VAN DER BURG, H. ET AL (1999), "Equity in the Finance of Health Care: some Further International Comparisons". *J Health Econ* pp.263-290
- WEBSTER, C. (2002), "The National Health Service. A Political History", *Oxford University Press*, Oxford.
- WHITE, J. (1994), "States Move Ahead Through Incremental Reforms", *Health Progress, Catholic Health Association of United States*, Washington.
- WILKINSON, R.G. (1996), "Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality", London, Routledge.
- WILLIAMS, A. (1993), "Equity in Health Care: The Role of Ideology", in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., (eds.), *Equity in the Finances and Delivery of Health Care: An International Perspective*, New York.
- WILLIAMS, A. (1997), "Intergenerational Equity: An Exploration of the Fair Innings Argument", *Journal of Health Economics*, n. 6, pp. 117-132.
- WILLIAMS, A. (2004), "What Could be Nicer than Nice?", *Office of Health Economics*, London.
- WÖRZ, M. - BUSSE, R. (2005), "Analysing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany", *Health Economics*, vol. 14, pp. 133-149.