



Ministero dello Sviluppo Economico
Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione
Unità di valutazione degli investimenti pubblici (UVAL)



DISUGUAGLIANZE SANITARIE E MEZZOGIORNO

Elena Granaglia e Viola Compagnoni



*Introduzione**

Se si considerano i dati correnti di spesa sanitaria pubblica, il Servizio sanitario nazionale appare ben posizionato in termini di equità orizzontale sul piano territoriale. Nel decennio 1991-2000, si è assistito ad un sensibile movimento nella direzione di una maggiore uniformità nella distribuzione della spesa sanitaria pubblica pro capite: la Calabria, ad esempio, ha registrato, nel periodo, un incremento della spesa corretta per la mobilità dell'80%, mentre per l'Emilia Romagna l'incremento è stato solo del 27% (Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, 1998). Conclusioni analoghe sono derivabili da un recente studio basato su dati più sofisticati di spesa sanitaria pro capite associata alle diverse situazioni di morbilità. Pur nel riconoscimento di molte cautele dovute a limiti nei dati e nelle metodologie, il grosso delle differenze nella spesa per soggetti appartenenti alla stessa macro-patologia (circa il 96%) sarebbe spiegato da differenze di trattamento all'interno della medesima regione, anziché da differenze fra regioni (Bordignon, Fontana, Peragine, 2006).

Assicurare eguale spesa sanitaria pubblica pro capite, a prescindere dal territorio di residenza, è, però, solo una delle specificazioni possibili di equità orizzontale in ambito territoriale. Equità orizzontale significa eguale trattamento degli eguali e, anche in ambito territoriale, la definizione sia degli eguali sia dell'eguale trattamento si presta ad una pluralità di specificazioni oltre a quelle basate sul metro monetario.

Concentrando l'attenzione sul piano delle finalità/impieghi del finanziamento pubblico (dunque, prescindendo da quest'ultimo)¹, il presente lavoro ha due obiettivi principali, che corrispondono ai due capitoli in cui è strutturato. Il primo è quello di mettere a fuoco la pluralità di configurazioni in cui, nel nostro SSN, può sostanziarsi l'equità orizzontale in ambito territoriale e, all'interno di tale pluralità, di difendere una concezione plurale basata sulla centralità del conseguimento di risultati in termini di salute e di soddisfazione di bisogni sanitari (anziché in meri termini monetari). Cruciale, al riguardo, è il contributo offerto dalla prospettiva dell'eguaglianza di capacità sviluppata da A. Sen².

Il secondo obiettivo è quello di verificare, sul piano empirico del confronto fra la situazione sanitaria nel Mezzogiorno e quella nel resto del paese, la superiorità della concezione plurale in termini di risultati. Detto in altri termini, l'obiettivo è quello di verificare se e in che misura la presa in considerazione di variabili aggiuntive rispetto alla spesa pubblica pro capite metta in risalto la presenza di possibili iniquità sanitarie fra il Mezzogiorno e il resto del paese altrimenti sottovalutate. Data l'eterogeneità esistente all'interno dello stesso Mezzogiorno, il capitolo cercherà di mettere in evidenza anche la posizione delle singole regioni del Mezzogiorno rispetto al complesso delle altre regioni (in termini di numerosità delle regioni eventualmente svantaggiate e di intensità dello svantaggio).

*Il primo capitolo è a cura di Elena Granaglia, mentre il secondo è a cura di Elena Granaglia e Viola Compagnoni. L'intero documento è stato oggetto di un costante confronto con l'Unità di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero dello Sviluppo Economico.

¹ Un unico accenno viene fatto al finanziamento privato in quanto possibile segnale di non soddisfazione dell'eguaglianza di trattamento rispetto alle finalità del finanziamento pubblico.

² Fra i numerosi lavori sul tema, cfr, Sen, 1985 e Sen, 1992. Per un approfondimento sul pensiero di Sen, mi permetto di rimandare a Granaglia, 2001 e alla bibliografia ivi citata.

Alcune brevi, preliminari, avvertenze alla lettura appaiono necessarie. Primo, il contributo è normativo nel senso di ritenere i risultati un elemento cruciale ai fini della rilevazione delle disuguaglianze interregionali (come di altre disuguaglianze). Non è, però, normativo nel senso forte di quantificare i risultati da conseguire (ad esempio, il paniere dei bisogni da soddisfare). Tale compito non può che spettare alle scelte collettive, alla luce del vincolo delle risorse e dei possibili conflitti fra equità orizzontale in ambito territoriale e altre dimensioni dell'equità, anche in ambiti extra-territoriali e extra-sanitari. L'assunto è che la conoscenza delle disuguaglianze in termini di conseguimento di risultati sia, comunque, una condizione indispensabile alle scelte.

Una conseguenza è l'impossibilità di sviluppare misure normative della disuguaglianza. Non a caso, nel corso del lavoro, il riferimento è alla rilevazione (anziché alla misurazione) delle disuguaglianze. Ad esempio, si ipotizzi (come peraltro è vero) che al Sud vi sia la regione con il peggior esito in termini di mortalità, ma che al Nord vi sia il maggiore il numero di regioni con tassi di mortalità superiori alle restanti regioni del Sud. Ebbene, l'esercizio non ci dice dove si localizzi l'eventuale disuguaglianza territoriale. Similmente (come peraltro è di nuovo vero), si ipotizzi che al Sud l'attesa di vita senza disabilità a 65 anni sia inferiore rispetto a quella del Nord. Ebbene, questa disuguaglianza potrebbe non essere ritenuta iniqua se l'obiettivo fosse quello di assicurare a tutti un determinato ammontare di anni dalla nascita all'età matura³.

Secondo, la verifica effettuata nel Capitolo 2, lungi dall'offrire un quadro completo delle possibili iniquità a danno del Mezzogiorno, ha valore essenzialmente esemplificativo. L'esercizio, infatti, non solo si basa su dati disponibili, ma neppure mira essere esaustivo rispetto ad essi. Semplicemente, vuole verificare il guadagno informativo derivante dall'utilizzazione di una concezione di equità orizzontale attenta ai risultati.

Terzo, l'equità territoriale è solo una componente dell'equità orizzontale. Ad esempio, una situazione in cui i poveri del Sud fossero svantaggiati in ambito sanitario esattamente come i poveri del Nord potrebbe essere perfettamente equa sul piano territoriale. Sarebbe, però, iniqua qualora l'iniquità orizzontale, anziché rispetto alla variabile territoriale, sia valutata rispetto a quella socio-economica. Ancora, l'equità orizzontale è solo una parte della più complessiva equità, la quale si estende a casi in cui non vi è alcuna differenza di trattamento, ma ciò nondimeno il trattamento effettuato è ritenuto iniquo. Ad esempio, nel nostro paese non esiste alcuna iniquità orizzontale, a origine territoriale o socio-economica, con riferimento al divieto all'eutanasia. Ciò nondimeno, si potrebbe affermare che tale trattamento sia iniquo.

Quarto, ed ultimo, anche in presenza di disuguaglianze territoriali considerate inique, la conclusione non è quella di un'attribuzione automatica di responsabilità ai livelli di governo. Vale a dire, rilevare disuguaglianze sanitarie fra territori non implica la richiesta automatica di maggiore redistribuzione da parte dello stato: le responsabilità potrebbero essere locali. Inoltre, cruciali, al fine del contrasto delle disuguaglianze sanitarie, sono anche interventi in ambiti extra-sanitari, *in primis*, di riduzione dello svantaggio socio-economico.

³ Su questo obiettivo, cfr. più sotto nella discussione sulla salute.

Capitolo 1

Equità orizzontale e disuguaglianze territoriali in sanità

1.1 La pluralità di accezioni di equità orizzontale in ambito territoriale. Alcune note introduttive

L'assunto implicito che muove gran parte delle ricerche sulla disuguaglianze tra territori (come sulla più complessiva disuguaglianza) è che le disuguaglianze siano inique. Non tutte le disuguaglianze potrebbero, tuttavia, essere inique, dipendendo da differenze nei bisogni, nelle preferenze, nell'assunzione di responsabilità che potrebbero essere repute eque⁴. Il criterio cardine, tipicamente utilizzato in ambito territoriale, per distinguere fra disuguaglianze inique e disuguaglianze compatibili con l'equità, è quello dell'equità orizzontale: i soggetti definiti come eguali con riferimento alla variabile territoriale devono avere lo stesso trattamento.

Anche qualora limitato all'ambito territoriale, il criterio dell'equità orizzontale può, però, essere specificato in modi diversi, sulla base dei diversi principi sostantivi di giustizia⁵. Utilizzando le qualificazioni di Walzer (1994), potremmo affermare che l'equità orizzontale è un criterio sottile, la cui specificazione richiede il rimando a principi spessi.

Iniziando dalla definizione degli eguali⁶, la variabile territoriale potrebbe essere costituita dall'appartenenza allo stato-nazione, a prescindere dalla regione di residenza. In tal caso, sarebbero inique le disuguaglianze che riflettono l'influenza della variabile sub-nazionale. Ad esempio, sarebbe iniquo che un cittadino di una regione godesse di tutele superiori a quelle di un altro per il mero fatto di appartenere ad una regione piuttosto che un'altra.

Gli eguali, lungi dall'essere i cittadini dello stato nazione, potrebbero, altresì, essere gli individui in quanto tali, a prescindere da qualsiasi appartenenza territoriale particolare, inclusa quella allo stato-nazione, come nelle prospettive cosmopolite. All'opposto, gli eguali potrebbero essere coloro che, oltre a essere membri di un medesimo stato-nazione, sono anche membri di un medesimo territorio sub-nazionale, come nelle prospettive comunitarie. In tal caso, paradossalmente, sarebbe perfettamente compatibile con l'equità orizzontale non preoccuparsi di alcuna disuguaglianza fra territori sub-nazionali o, comunque, preoccuparsene assai poco, esattamente, come oggi non preoccupano o preoccupano assai poco le disuguaglianze fra nazioni. Sarebbe, invece, discriminatoria un'eventuale imposizione statale di redistribuzione da un territorio sub-nazionale ad un altro, la quale implicherebbe discriminazione a danno di un gruppo di eguali (gli abitanti del territorio sub-nazionale cui è imposta la redistribuzione).

Passando all'eguaglianza di trattamento, si pone, innanzitutto, la questione del "cosa". Vale a dire, eguale trattamento rispetto a dotazioni di risorse, oppure, al conseguimento di risultati, o, a opzioni

⁴ Implicita, in questa affermazione, è una concezione di egualitarismo non estrema, intendendosi per estrema una concezione secondo cui la disuguaglianza sarebbe indesiderabile in sé, a prescindere dagli spazi in cui si verifica e dalle ragioni che l'hanno generata. Per una difesa della concezione estrema, cfr. Temkin, 2003 e per una critica secondo cui la concezione estrema sarebbe del tutto minoritaria, Hausmann, 2002. Sul tema, cfr. anche la nota 45. D'ora in avanti, a meno di ulteriori qualificazioni, le disuguaglianze cui si fa riferimento sono disuguaglianze potenzialmente inique (nel senso di essere contrarie a qualche specificazione di equità orizzontale).

⁵ In questo senso, le diverse teorie della giustizia avrebbero il ruolo di sostanziare l'equità.

⁶ Sulla "grammatica" dell'eguaglianza, in termini di chi, cosa, come e altre variabili, mi permetto di rimandare a Granaglia, *cit.*

intermedie, quali la spesa effettiva per la soddisfazione dei diversi bisogni e l'opportunità di soddisfare i bisogni?

Le dotazioni di risorse, dal canto loro, possono includere risorse monetarie e, in tal caso, generico potere d'acquisto o potere d'acquisto differenziato sulla base dei bisogni. Possono, altresì, includere risorse fisiche: fattori produttivi e/o strutture produttive. I risultati possono essere definiti nello spazio della soddisfazione di bisogni oppure in quello del conseguimento della salute⁷. Bisogni e salute, a loro volta, possono essere diversamente definiti. Ancora, le opportunità di soddisfare i bisogni possono essere concepite in termini più o meno stringenti, a seconda del tipo di barriere e di costi all'accesso considerati.

Inoltre, si pone la questione del "come", la quale concerne la qualità, a sua volta distinta in una dimensione tecnica (relativa agli effetti sulla salute) e in una non tecnica (relativa al comfort alberghiero delle strutture, alla relazione fra pazienti e personale del servizio sanitario, agli orari di erogazione delle prestazioni e alla localizzazione delle strutture, a prescindere dagli effetti sulla qualità tecnica)⁸ e degli eventuali costi all'accesso. Alcune risposte al "cosa" includono, già esse stesse, informazioni sul "come". Ad esempio, come vedremo, l'identificazione dei bisogni richiede la contestuale identificazione di processi di cura appropriati e l'appropriatezza ha a che fare con la qualità in senso tecnico. Similmente, informazioni su orari di erogazione delle prestazioni e sulla localizzazione delle strutture sono elementi del "cosa" nella prospettiva dell'eguaglianza delle opportunità di soddisfare i bisogni, ma sono anche elementi di qualità (tecnica e non) con riferimento alla prospettiva dell'eguale soddisfazione dei bisogni.

Dipendendo dalle risposte al "cosa", tali informazioni, potrebbero, però, essere o non essere offerte. Ad esempio, il riferimento ai bisogni non tiene conto delle dimensioni di qualità non tecnica e dei costi di accesso. Similmente, l'eguaglianza di trattamento in termini di dotazioni di risorse fisiche potrebbe non tenere conto della qualità delle stesse, sia nella componente tecnica sia in quella non tecnica. Il che giustifica l'introduzione, distinta, della questione del "come".

Si pone, infine, la questione del "quanto", ossia, del livello al quale fissare la "quantità/qualità" di eguaglianza distributiva che si vuole raggiungere fra i diversi territori. Vale a dire, l'ammontare di tutela concerne una soglia, a partire dalla quale ampio spazio è lasciato alle preferenze dei cittadini dei diversi territori, oppure l'equità richiede un trattamento sostanzialmente egualitario? Inoltre, indipendentemente da tale scelta, in presenza di più dimensioni del "cosa", quali sono i pesi da attribuire a ciascuna di esse? Ancora, il "quanto" di eguaglianza cui si ha diritto è condizionato al perseguimento di comportamenti responsabili oppure prescinde da esso, ossia, fa o no leva sulla distinzione fra *brute luck* e *option luck* (ossia, fra sorte bruta e sorte dovuta all'assunzione esplicita di rischi)? Ciò significa, in altri termini, definire se subordinare o no l'eguaglianza al perseguimento, da parte degli abitanti delle diverse regioni, di stili di vita considerati responsabili nonché allo sforzo fiscale e allo sforzo nel controllo delle eventuali inefficienze nell'amministrazione pubblica.

Di fronte a questa pluralità di scelte, come procedere?

⁷ Sulla differenza fra le due variabili, cfr. la discussione più avanti.

⁸ La distinzione fondamentale fra dimensione tecnica e non tecnica consiste negli effetti sulla salute. Anche gli orari di erogazione delle prestazioni e la localizzazione potrebbero essere un segnale di qualità tecnica, come nel caso dell'indisponibilità, temporale o spaziale, di servizi di emergenza. Il che non ignora, come vedremo, più sotto, che possa esservi complementarità fra le due dimensioni di qualità, nel senso che laddove si registra una minore qualità non tecnica potrebbe esservi anche una minore qualità tecnica. Dal punto di vista analitico, si tratta, però, di piani distinti.

1.2 Il piano del capitolo

La via intrapresa è la seguente. Da un lato, per specificare le dimensioni dell'equità orizzontale, ci si rivolge al quadro normativo esistente nel nostro paese in materia sanitaria, costituito dagli art. 32 e 117 della Costituzione, dalla legge 833, di istituzione nel 1978 del SSN, dalla legge di riforma 229 del 1999 e dal DCPM 29 novembre 2001 di specificazione dei LEA: i livelli essenziali di assistenza. Tale DCPM precisa le caratteristiche dei LEA in termini di una lista negativa, che esclude alcune prestazioni, senza formulare in positivo una lista da soddisfare, e vieta, in quanto discriminatori, criteri espliciti di selezione fra pazienti⁹. Dall'altro lato, dato il *focus* del lavoro, si adotta una prospettiva nazionale, ritenendo eguali coloro che abitano (hanno la residenza o sono domiciliati) nei confini del nostro paese e prescindendo dalle questioni di giustizia globale.

Il che non significa che il quadro normativo esistente nel nostro paese sia limitato a tale prospettiva. Al contrario, si considerino i dettami degli articoli 32 e 117 della Costituzione, i quali contemplano rispettivamente il diritto di tutti gli individui alla tutela della salute, e la garanzia, su tutto il territorio nazionale, dei medesimi livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Ebbene, il riferimento, nell'art. 32, alla salute come ad un diritto degli individui, anziché solo dei cittadini, potrebbe implicare obblighi nei confronti di chi abita in paesi più poveri, dove tale diritto non è soddisfatto. Similmente, il riferimento agli individui nell'art. 32 e l'obbligo di garantire i LEA su tutto il territorio nazionale potrebbero porre obblighi nei confronti degli immigrati irregolari nel nostro paese. Di queste questioni, però, non ci si occupa¹⁰.

Riferirsi al quadro normativo esistente, implicando il rimando al diritto positivo, rischia di incorrere nel classico problema di Hume: il dovere essere non può essere automaticamente derivato dall'essere, che potrebbe essere iniquo. L'assunto è che il quadro considerato sia condivisibile¹¹. Alcune specificazioni, come discuteremo, possano essere indesiderabili, ma il quadro, nel complesso, appare compatibile con altre che appaiono desiderabili.

Attingendo alle riflessioni dell'etica pubblica in materia di concezioni alternative dell'eguaglianza distributiva, il capitolo si concentra sul "cosa", ossia, sugli spazi rispetto ai quali si potrebbe sostanziare l'eguale trattamento. L'assunto, al riguardo, è che tutte le concezioni sopra menzionate siano compatibili con il quadro normativo esistente nel nostro paese¹². La risposta che appare da privilegiare è, però, quella che fa leva sul conseguimento di risultati.

Rispetto al "quanto" ci si limita ad una riflessione su come pensare i livelli essenziali, in un contesto federale, con riferimento a ciò che attiene alla responsabilità nazionale e ciò che può essere lasciato alla libertà delle regioni. Non si entra, invece, nel merito delle altre questioni.

⁹ La selezione fra i pazienti appare preclusa anche dall'articolo 21 della Carta dei diritti dell'Unione Europea. L'unica eccezione, per il nostro paese, riguarda prestazioni caratterizzate da vincoli naturali nell'offerta, come i trapianti, che contemplano criteri espliciti di selezione. Pure da tale caso si prescinde in questo lavoro, a causa del livello di dettaglio che sarebbe richiesto. Il che non significa che criteri impliciti di selezione non siano attuati sul piano micro, delle scelte da parte dei singoli erogatori di prestazione. Al contrario, il vincolo delle risorse li rende, spesso, inevitabili. In questa sede, però, l'attenzione è rivolta al piano macro dell'equità orizzontale fra aggregati di individui. Sulla distinzione, in sanità, fra il piano macro e quello micro (relativo a questioni di giustizia locale), cfr., fra gli altri, Culyer, 2001.

¹⁰ Le considerazioni presentate sono perfettamente applicabili agli immigrati irregolari, qualora si decidesse di includerli nel gruppo degli eguali.

¹¹ Si condivide, così, la prospettiva di lavori quali quello di Bordignon, Fontana, Peragine, *cit.* di considerare il quadro normativo vigente, ma, si sottolinea la necessità di una condivisione sulla base di principi equitativi (il dato positivo, del mero rimando alla costituzione apparendo insufficiente) e si porta l'attenzione sulla pluralità di possibili specificazioni.

¹² L'unica eccezione riguarda un'accezione di eguaglianza di opportunità in termini meramente formali di non divieto all'accesso, irrealizzabile in un Servizio sanitario nazionale. Il riferimento è, dunque, unicamente ad una concezione in termini effettivi. Come vedremo, quest'ultima può, però, sostanzinarsi in termini più o meno stringenti.

Si prescinde, pure, da una discussione circa ulteriori qualificazioni degli eguali, all'interno del gruppo degli abitanti del nostro paese, e circa il "come". Rispetto alla definizione degli eguali, il quadro normativo esistente è assolutamente definito: le appartenenze regionali non devono influenzare il godimento del diritto alla salute e delle prestazioni essenziali, per tutti gli abitanti del nostro paese, a prescindere dal territorio sub-nazionale in cui si abita. Su questo piano, il capitolo ha nulla da aggiungere, dando per scontata tale scelta. L'unica scelta aperta resta quella se introdurre o meno la variabile aggiuntiva costituita dall'appartenenza o meno a sotto-gruppi selezionati sulla base dell'eguale bisogno. In tal caso, l'eguaglianza, anziché fra gli abitanti, in generale, delle regioni italiane, dovrebbe avvenire fra i sotto-gruppi di abitanti che condividono il medesimo bisogno. Tale scelta, come vedremo, deriva essenzialmente dalla risposta fornita al "cosa". Per questa ragione, viene presa in considerazione nella discussione sul "cosa".

Rispetto al "come", il quadro normativo appare, invece, anch'esso incompleto: dunque, compatibile con una pluralità di risposte. La l. 229 del 1999, ad esempio, sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, senza peraltro indicare come verificarla e resta silente circa le dimensioni non tecniche. Il lavoro non discute direttamente tale tema, nell'assunto che il grosso del contendere, in materia di "come", riguarda il livello (qualitativo) da assicurare a tutti gli abitanti del nostro paese, ossia, questioni incluse nella dimensione del "quanto". Tutte le possibili specificazioni del "come" precedentemente indicate appaiono, infatti, desiderabili e non problematiche da un punto di vista normativo.

1.3 Concezioni alternative di eguale trattamento in termini di "cosa"

1.3.1 La pluralità di specificazioni del "cosa"

Le dotazioni (ex ante) di risorse. Il "cosa" può, innanzitutto, specificarsi in termini di dotazioni di risorse destinate alla sanità, a loro volta, distinte in dotazioni di spesa sanitaria pubblica pro capite; di fattori produttivi (personale, macchinari) e di strutture destinati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Le dotazioni di risorse, nel complesso, potrebbero inoltre essere considerate in termini indifferenziati, come nella prospettiva della quota capitaria secca, oppure, differenziati, come nella prospettiva della quota capitaria ponderata. Ancora, nell'ipotesi della differenziazione, diverse potrebbero essere le variabili rispetto alle quali differenziare. La risposta tipicamente offerta è quella in termini di bisogni sanitari (d'ora in avanti, bisogni *tout court*): vale a dire, la quota capitaria dovrebbe essere differenziata sulla base dei bisogni che si registrano nelle diverse regioni.

Si noti: in entrambe le prospettive (della non differenziazione e della differenziazione), gli eguali sarebbero gli abitanti del nostro paese, a prescindere da qualsiasi altra qualificazione, i quali avrebbe diritto a una medesima quota di risorse, secca o ponderata. Inoltre, anche nella prospettiva della non differenziazione, i bisogni non sono, del tutto, sottovalutati. È evidente, ad esempio, che la quota capitaria secca è effettivamente goduta solo da coloro che hanno bisogno di cure sanitarie. I bisogni, però, non contano nell'influenzare le dotazioni di risorse e esulano, quindi, dalla dimensione rilevante ai fini di definire le iniquità orizzontali fra regioni. Nell'ipotesi della differenziazione, invece, l'assunto è che, ovunque si abiti nel territorio nazionale, non si possa essere penalizzati per il fatto di vivere in una regione caratterizzata da maggiori bisogni. Al contrario, le risorse dovrebbero essere rese equivalenti dando di più a chi ha più bisogni¹³.

¹³ Dare di più a chi ha più bisogni viene tipicamente considerata una questione di equità verticale. A me sembra, invece, che in questo caso, si tratti di una questione di equità orizzontale. Il problema mi sembra, infatti, esattamente quello delle scale di equivalenza in presenza di carichi di famiglia diversi. Come in quel caso si vogliono rendere equivalenti redditi, in modo da lasciare più risorse a chi ha più figli, così in ambito sanitario si lascerebbero più risorse a chi ha più bisogni. In altri termini, anche in ambito sanitario, il trattamento diversificato è necessario solo per rendere eguali

La questione più spinosa, nell'ipotesi della differenziazione, concerne la definizione dei bisogni. Al riguardo, esistono certamente risposte consolidate. Ad esempio, appare largamente condivisa una definizione in termini di domande urgenti, l'urgenza derivando dalla finalità di prevenire seri danni e la salute rappresentando la condizione essenziale per il perseguimento dei diversi piani di vita¹⁴. Come ben sintetizza Sen (2002a), "ben poco possiamo fare se siamo costantemente disturbati da malattia e niente se siamo morti". Il che non implica assumere la presenza di accordo su ciò che rappresenti urgenza. Al contrario, il disaccordo appare inevitabile (ancorché più contenuto di quanto spesso affermato). La categoria di urgenza mantiene, però, la propria validità indipendentemente dal disaccordo sul relativo contenuto.

Similmente, per la sanità come per le complessive politiche sociali, appare largamente condiviso il requisito della disponibilità di interventi con produttività marginale positiva¹⁵. Per aversi bisogno, non è sufficiente l'urgenza: è necessaria la disponibilità di antidoti che, in sanità, si sostanziano in cure appropriate¹⁶. Più in particolare, si definiscono appropriate cure sia efficaci in sé sia erogate a pazienti in condizioni di beneficiarne¹⁷. Ad esempio, un antibiotico è efficace, ma potrebbe avere una produttività marginale negativa se erogato a chi non ha alcun batterio da contrastare. Cure con produttività marginale negativa generano non solo sprechi di risorse (inefficienza), ma anche i rischi per la salute, essendo la più parte delle terapie mediche associata a rischi per la salute stessa.

Certamente, sostanziare l'appropriatezza non è facile. Pure in presenza delle più solide evidenze scientifiche, le indicazioni di appropriatezza non possono applicarsi in modo univoco, dovendosi adattare alle specifiche circostanze dei singoli pazienti. Ad esempio, nell'ambito della lungodegenza, è diffuso reputare appropriato il potenziamento dell'assistenza domiciliare. In determinate istanze, però, potrebbe essere preferibile l'ospedalizzazione, come nel caso di anziani soli, con fragilità mentali e necessitanti di terapia orali complesse (certo, gli ospedali in questione non dovrebbero essere quelli ad alta specializzazione)¹⁸. In questo senso, linee guida per l'appropriatezza non possono essere imposte per legge. Ciò nonostante, l'entità di quello che ancora non si sa, non giustifica non applicare quello che si sa¹⁹.

dotazioni che, data la diversità dei bisogni non lo sarebbero. L'obiettivo finale è un trattamento egualitario che, solo in ragione della diversità di condizioni, richiede trattamenti differenziati. Diverso è, invece, il caso del finanziamento, dove si vuole che chi ha di più paghi di più.

¹⁴ Si prescinde, così, da una definizione meramente strumentale di bisogno, la quale si applicherebbe anche a domande per più reddito, a prescindere dalle finalità che il reddito dovrebbe soddisfare. Sulla nozione di urgenza, cfr. Scanlon, 1975. Sulla complessità del termine bisogno, cfr., fra gli altri, Miller, 1999.

¹⁵ Sul rapporto fra bisogni e disponibilità di interventi con produttività marginale positiva, cfr. Williams, 1974. Diverso sarebbe il caso in campi, quali quello della ricerca, dove i bisogni riguardano anche domande urgenti per la cui soddisfazione non esistono interventi con produttività marginale positiva. Al contrario, è proprio lo scopo della ricerca quello di individuarli.

¹⁶ La richiesta non ignora il rischio, sottolineato da Taroni, 2000, che l'enfasi sull'appropriatezza favorisca lo sviluppo delle prestazioni divisibili, cui le valutazioni di appropriatezza meglio si prestano, a danno delle prestazioni indivisibili, quali sono molti interventi socio-sanitari e di prevenzione. Il punto è che le prestazioni divisibili vanno, comunque, valutate e, come argomentano Whitehead *et al.*, 2000, esistono indicazioni per una valutazione anche delle prestazioni indivisibili.

¹⁷ Un'accezione più ristretta di appropriatezza si limiterebbe al piano dell'erogazione di prestazioni efficaci ai pazienti in grado di beneficiarne. Una più allargata includerebbe anche l'appropriatezza economica, ossia, l'efficienza. Anche l'inappropriatezza genera, ovviamente, inefficienza. Si tratta, però, di piani diversi. Inefficienza, inoltre, potrebbe verificarsi anche in presenza di appropriatezza: ad esempio, qualora, a parità di appropriatezza, si scelga la prestazione più costosa.

¹⁸ Cfr. ad esempio, Falcitelli, Trabucchi, Vanara (a cura di), 2004.

¹⁹ Una via potrebbe essere quella di concentrare la verifica della disuguaglianza nelle aree dove le informazioni sono più solide (cfr., il capitolo 2). Un'altra è quella di neutralizzare l'effetto di creazione di domanda che potrebbe verificarsi in presenza di eccesso di offerta. In ogni caso, anche in assenza di prove di evidenza, informazioni indirette sull'appropriatezza potrebbero derivare da una valutazione della variabilità, l'inappropriatezza, quanto meno *prima facie*, risultando identificata con riferimento ai valori estremi.

Molte domande espresse in ambito sanitario non hanno il requisito dell'urgenza. Non sarebbero, allora, bisogno e, non essendolo, sarebbero escluse dalla rilevazione delle possibili iniquità territoriali? Sarebbero escluse quelle che, oltre che cure inappropriate, coinvolgessero cure quali trattamenti estetici che esulano da qualsiasi valutazione di urgenza. Esiste, però, una parte di domanda espressa che non ha la natura dell'urgenza e, ciò nondimeno, appare da considerare al fine della rilevazione delle disuguaglianze. Ad esempio, molte delle domande rivolte alla medicina generale e specialistica non sono urgenti, mirando a prevenire una urgenza o, addirittura, a curare condizioni patentemente non urgenti, quali un raffreddore o un mal di testa momentaneo.

L'assunto è che le domande volte a prevenire possibili urgenze siano da includere nei bisogni. Le altre, invece, no, ma il loro peso è marginale. La conseguenza è la plausibilità del riferimento ai bisogni per qualificare le dotazioni di risorse.

Anche condividendo una definizione dei bisogni in termini di domande urgenti per la soddisfazione delle quali sono disponibili interventi con produttività marginale positiva, molte restano, in ambito sanitario, le specificazioni ulteriori su cui il consenso appare meno ampio. Seguendo Culyer (*cit.*), i bisogni equivarrebbero alla quantità di spesa necessaria a portare ciascun individuo sulla propria frontiera di salute. In altri termini, i bisogni sarebbero da omogeneizzarsi sulla base del metro monetario. In alternativa, i bisogni potrebbero sostanzarsi secondo una scala di gravità (rispetto agli impedimenti che potrebbero produrre). Ancora, potrebbero riferirsi a condizioni di morbilità, le quali, pur incorporando un riferimento alla gravità, avrebbero come elemento fondante la presenza, appunto, di determinate patologie. In tal caso, i bisogni equivarrebbero alla domanda urgente di cura, in presenza di determinate condizioni di morbilità²⁰.

I bisogni, inoltre, a prescindere dalle scelte finora indicate, possono specificarsi sulla base di valutazioni oggettive, di natura scientifica, oppure, soggettive, relative alle sensazioni di benessere-male essere personale, siano esse espresse da chi è malato, oppure, chiedendo a chi è sano di valutare i bisogni, immaginando di essere nelle condizioni di malattia²¹. Fra le valutazioni oggettive si può, ad esempio, ricorrere a *proxy* quali gli indicatori di mortalità (standardizzata per sesso ed età) per le diverse condizioni di morbilità e le condizioni socio-economiche. Queste ultime possono fungere anche da *proxy* della mera gravità qualora il riferimento sia direttamente alle condizioni di morbilità. L'assunto è che le condizioni socio-economiche influenzino sia l'insorgenza dei bisogni sia la relativa gravità²².

Infine, come sottolinea Culyer (*cit.*), la ragione ultima per preoccuparsi della distribuzione dell'assistenza sanitaria dipende dalla centralità della salute, intesa come attesa complessiva/flusso di vita, ossia, come anni di salute acquisiti prima dell'insorgenza delle condizioni di morbilità e la salute raggiungibile dopo le cure²³. In questa prospettiva, l'obiettivo dovrebbe essere quello di differenziare con riferimento alla salute, nel senso che sarebbe cruciale l'entità di flusso di salute di cui godono i singoli individui. Tale obiettivo potrebbe essere sottovalutato da un generico riferimento ai bisogni.

Il rapporto fra salute e bisogni è, ovviamente, assai stretto. La salute stessa è un bisogno (essendo urgente e potendo essere prodotta da interventi appropriati) e, similmente, i bisogni hanno a che fare

²⁰ La cura è intesa in un senso lato che include la prevenzione (oltre alla cura vera e propria).

²¹ Cfr., ad esempio, Nord, 2001.

²² Sulla correlazione fra condizioni socio-economiche e condizioni di morbilità, cfr. Costa e Faggiano (a cura di), 1994, Costa, Spadea, Cardano (a cura di), 2004, ISTAT, 2004 nonché il Manifesto per l'Equità, 2005.

²³ Sulla salute in termini di flussi (*streams*) diversi composti dalla salute prima della malattia, della salute che si avrebbe/non avrebbe senza trattamento sanitario e della salute guadagnata, cfr. Dolan, Olsen, 2001.

con una domanda di salute. La distinzione concerne l'entità del beneficio in termini di flusso di salute.

Si consideri, ad esempio, la definizione di Culyer (*cit.*). Nonostante che, in quell'accezione, il riferimento sia esplicitamente alla frontiera di salute (ossia, si tenga conto del flusso di salute), il bisogno è definito sulla base della spesa necessaria a pervenire sulla frontiera. Se la spesa necessaria a portare un anziano alla propria frontiera (ossia, a garantire un guadagno di salute contenuto) fosse eguale a quella necessaria a portare ad una frontiera di lunga vita un neonato altrimenti destinato alla morte, ci troveremmo, di fronte al medesimo bisogno. L'enfasi sulla salute porterebbe, invece, a focalizzare l'attenzione sul flusso complessivo di anni di vita. Tale attenzione potrebbe, a sua volta, rivolgersi all'intera vita, come nella prospettiva dell'attesa di vita alla nascita, oppure, a periodi particolari, come gli anni dalla nascita all'età matura²⁴ oppure gli anni della vecchiaia. I bisogni, invece, portano l'attenzione sulle singole condizioni di morbilità e sugli interventi per contrastarle, a prescindere dagli effetti in termini di salute complessiva. In questo senso, l'eguaglianza di salute fungerebbe da criterio di discriminazione fra i bisogni da soddisfare. Assicurare l'eguaglianza rispetto alla salute, inoltre, potrebbe richiedere di contrastare direttamente la mortalità, a prescindere dalla presenza della morbilità che caratterizza i bisogni (ad esempio, riducendo la mortalità per incidenti oppure per omicidi).

Focalizzarsi sulla salute richiede di valutare la vita stessa. La domanda iniziale è se considerare unicamente gli anni di vita, oppure, tenere conto della qualità. Inoltre, qualora si decida di tenere conto della qualità, ritorna la scelta fra valutazioni oggettive e valutazioni soggettive. Ad esempio, ci si muove nella prospettiva dei QALYs o in quella dei DALYs o ancora in altre prospettive²⁵? I DALYs sono basati su una scala unica ed oggettiva di riduzione delle capacità di funzionare che va da 0, condizione di perfetta salute, a 1, condizione di morte, mentre i QALYs sono compatibili con specificazioni sia oggettive sia soggettive sia miste.

I bisogni e la salute sono il parametro centrale rispetto al quale effettuare un'eventuale differenziazione delle risorse. Non sono, però, l'unico. Si potrebbe, ad esempio, sostenere che, anche a parità di bisogno, gli abitanti delle regioni più povere necessitino più risorse. Una possibile ragione è che essi non godono del "dividendo"²⁶ di cui godono gli abitanti delle regioni più ricche, dove una quota maggiore della popolazione sceglie di ricorrere alla medicina privata, così permettendo risparmi per il servizio pubblico. Un'altra è che i pazienti poveri, avendo meno risorse private, necessitino di tassi più elevati di utilizzazione delle strutture di ricovero. Ancora, i più poveri potrebbero essere più costosi da curare in quanto refrattari/meno continuativi rispetto alla cura (cfr. la nota 50). Regioni con una maggiore concentrazione di pazienti poveri dovrebbero, allora, avere più risorse, per tenere conto dello svantaggio socio-economico *per se*, indipendentemente dagli effetti sui bisogni e più complessivamente sulla salute²⁷.

Il conseguimento di risultati. Salute e soddisfazione dei bisogni potrebbero essi stessi essere concepiti come risultati da conseguire. In questa prospettiva, alle scelte circa la definizione di salute e di bisogni, comuni con la prospettiva precedente, si aggiungono le scelte relative a come

²⁴ Per una strenua difesa di questa posizione, cfr. il principio del *fair innings* elaborato da Williams, 1997, secondo il tutti gli individui dovrebbero entrare nella vita con un'aspettativa di non morire prima di un determinato numero di anni.

²⁵ QALYs e DALYs sono solitamente utilizzati in procedure aggregative di massimizzazione della salute, a prescindere dalla distribuzione (quanto meno in prima approssimazione, giacché l'aggregazione potrebbe contemplare pesi distributivi). Possono, però, essere utilizzati anche in una prospettiva egualitaria.

²⁶ Su tale dividendo, cfr. Hoel and Sæther, 2003.

²⁷ Si noti il diverso uso dell'indicatore relativo alle condizioni socio-economiche. Sopra, l'assunto era che condizioni di svantaggio influenzano l'insorgenza dei bisogni e la gravità degli stessi. Qui si sostiene che lo svantaggio socio-economico, anche a parità di bisogni, richieda più risorse ai fini della cura.

verificare la soddisfazione dei bisogni. Nella prospettiva delle dotazioni di risorse, invece, sarebbe sufficiente considerare il bisogno (il lato della domanda).

Occupandoci di sanità, ci si concentra essenzialmente sull'ambito sanitario, a prescindere dal contributo offerto alla soddisfazione dei bisogni da politiche extra-sanitarie, da quelle di riduzione dello svantaggio socio-economico a quelle di contrasto all'inquinamento²⁸. In tale ambito, la soddisfazione può sostanzarsi in un'accezione più debole (strumentale), che fa riferimento all'appropriatezza nell'utilizzazione delle strutture/prestazioni e nei processi di erogazione di quest'ultime. Può, altresì, sostanzarsi in una più forte, che fa leva sugli esiti della cura ottenibili da tali interventi sanitari. Nell'accezione debole, ad esempio, il bisogno di un paziente affetto da infarto al miocardio sarebbe soddisfatto dall'accesso alle prestazioni necessarie per curare tale malattia. In quella forte, l'attenzione sarebbe agli esiti di tali prestazioni, quali la riduzione del tasso di mortalità, il recupero di funzionalità oppure le complicanze una volta avuto accesso alla cura.

Nella prospettiva dei risultati in termini di salute, gli eguali tornerebbero ad essere gli abitanti delle singole regioni. Non importa dove si viva, tutti dovremmo avere le medesime attese in termini di salute (in media o in termini di un livello a tutti assicurato). In quella in termini di soddisfazione dei bisogni sarebbero coloro che appartengono ai sottogruppi di abitanti associati dalla condivisione del medesimo bisogno.

Due opzioni intermedie. Fra la prospettiva delle eguali dotazioni iniziali e quella del conseguimento dei risultati sono perseguibili due opzioni intermedie. Da un lato, il "cosa" potrebbe sostanzarsi nella spesa sanitaria effettivamente goduta dai soggetti che condividono il medesimo bisogno. Come nella prospettiva della soddisfazione dei bisogni, gli eguali resterebbero gli abitanti associati dalla condivisione del medesimo bisogno. In questa prospettiva, essi dovrebbero, però, ricevere una medesima quota capitaria calibrata sul bisogno che esprimono. Alla luce delle possibili differenze inter-regionali nella gravità dei bisogni, anche in questo caso, le dotazioni disponibili potrebbero essere ponderate. Ad esempio, eguale trattamento si avrebbe non quando tutti gli individui afflitti da una data patologia abbiano mediamente le stesse risorse, indipendentemente da dove abitano, ma abbiano le stesse risorse ponderate sulla base della gravità media dei bisogni nella regione di residenza.

Da un altro lato, il "cosa" potrebbe sostanzarsi nelle opportunità di accedere alla soddisfazione dei bisogni. In questa prospettiva, sarebbero inique le disuguaglianze nella soddisfazione dei bisogni dovute alla presenza di ostacoli all'accesso, mentre non lo sarebbero quelle dovute alle scelte individuali, una volta egualizzate le condizioni di accesso²⁹.

Anche su quest'ultimo piano, sono possibili distinzioni ulteriori. Innanzitutto, essendo le opportunità di accesso rivolte alla soddisfazione di bisogni, si ripropongono le scelte fra specificazioni alternative di bisogno. Inoltre, gli ostacoli all'accesso potrebbero essere intesi in termini meno stringenti, limitati alla presenza di vere e proprie barriere, oppure in termini più stringenti, inclusivi dei costi da sopportare al fine della soddisfazione dei bisogni. La versione più stringente, in quest'ultima accezione, è quella difesa da Le Grand (1991), secondo cui egualizzare le

²⁸ Queste politiche sono considerate coerenti con la soddisfazione di bisogni avendo adottato, in questo lavoro, una accezione generale di bisogni che include, nelle domande di cura, anche la prevenzione.

²⁹ Vi sarebbe anche un'altra accezione di opportunità come eguali probabilità di ottenere o non ottenere un bene scarso, ma ciò si applicherebbe ad un contesto di razionamento esplicito, dal quale, come indicato nella nota 9, si prescinde in questa sede.

opportunità di soddisfare i bisogni richiede la completa egualizzazione degli insiemi di scelta, nel senso di un'egualizzazione completa dei vincoli (barriere e costi)³⁰.

Oltre all'eventuale assenza di personale sanitario, macchinari e strutture, possono rappresentare barriere all'accesso i tempi di attesa e le carenze informative associate alle condizioni di deprivazione/disuguaglianza sociale, ossia, carenze aggiuntive rispetto alle asimmetrie informative tipicamente presenti in ambito sanitario. Possono fungere sia da barriere sia da mero costo le compartecipazioni dirette al finanziamento delle prestazioni, la presenza di norme inadeguate in materia di orari e accessibilità del personale, pur in presenza di risorse fisiche adeguate, la presenza di vincoli causati dagli obblighi lavorativi (connessi sia al lavoro remunerato sia a quello non remunerato)³¹. La mobilità sanitaria e la spesa privata potrebbero sia fungere da *proxy* di barriere sia segnalare costi all'accesso (un esempio, a quest'ultimo riguardo, è fornito dalla spesa privata finalizzata al fine di ridurre i tempi di attesa per i ricoveri pubblici). Le barriere all'accesso nonché i costi economici e di tempo potrebbero, altresì, essere fonte di costi psicologici.

1.3.2. Possibili potenzialità e limiti delle diverse specificazioni

Le dotazioni di risorse. Nell'ipotesi della non differenziazione, la risposta al "cosa" appare assai facile e diretta. Una volta definito il quadro delle risorse disponibili per la sanità, sarebbe sufficiente stabilire una medesima quota capitaria, evitando i costi di transazione delle scelte collettive e le difficili scelte di valore richieste dalla differenziazione. Il prezzo da pagare è, però, quello di una definizione della disponibilità di risorse che, trattando egualmente soggetti che vivono in regioni caratterizzate da una diversa struttura dei bisogni (nonché da più povertà), rischia di non trattare gli abitanti del nostro paese come eguali³². In questo senso, lungi dall'evitare il ricorso ai valori, questa scelta semplicemente assume il giudizio di valore di ignorare le differenze nei bisogni e nella salute.

Il che non nega che eventuali differenze anche nel dato indifferenziato non possano generare informazioni utili al fine della verifica delle iniquità orizzontali. Si tratta, tuttavia, di informazioni incomplete e, comunque, limitate a casi di divergenze accentuate.

Se ci si muove nella prospettiva della differenziazione sulla base dei bisogni, occorre scegliere la nozione di bisogno utilizzare. La via suggerita da Culyer (*cit.*), basandosi sul metro monetario, facilita la verifica dell'eguale trattamento. Ma, come conoscere l'ammontare di spesa necessaria al raggiungimento delle frontiere individuali di salute? Inoltre, vi è il lato negativo dell'omogeneizzazione associata al metro monetario: l'offuscamento delle differenze, in termini di sofferenza e disabilità, fra le diverse patologie. La scala di gravità, dal canto suo, oltre a richiedere, anch'essa, informazioni in parte indisponibili e a prestarsi a molteplici e conflittuali specificazioni del metro sulla base del quale misurare la gravità, renderebbe di fatto impossibile la verifica dell'eguale trattamento, condizioni parimenti gravi potendo richiedere trattamenti assai diversi a seconda delle patologie. Ancora, entrambe le risposte implicano inevitabilmente il principio di *rescue*: i più bisognosi sarebbero rispettivamente quelli la cui cura è più costosa o che soffrono/rischiano maggiormente di morire, a prescindere dall'"entità" della capacità di beneficiare.

³⁰ A prescindere dai problemi informativi indicati più sotto, la piena egualizzazione appare incompatibile con il quadro normativo vigente, che permette alle regioni di istituire *ticket*, dunque, di creare costi di accesso diversi per i cittadini. Ciò non invalida, però, la distinzione fra versioni meno o più stringenti.

³¹ Certamente, la responsabilità potrebbe non essere tutta dei servizi sanitari. Ad esempio, non lo sarebbe qualora barriere e costi derivassero da tutele inadeguate nel mercato del lavoro e da carenze nei servizi sostitutivi delle cure familiari.

³² Sulla distinzione fra trattare in modo eguale e trattare come eguali, cfr. il celebre Dworkin, 1981.

Questi problemi spingono all'adozione della nozione di bisogno in termini di cura da condizioni di morbilità. Come sopra indicato, tali condizioni tengono conto della gravità, ma all'interno della presa in considerazione delle specifiche patologie. In altri termini, le patologie non possono essere omogeneizzate con riferimento al metro monetario o a quello della gravità.

Rispetto alla scelta fra valutazioni oggettive e valutazioni soggettive, il vincolo relativo alla presenza di interventi con produttività marginale positiva implica la centralità delle prime, alla luce delle asimmetrie informative a danno dei pazienti. Inoltre, le valutazioni soggettive potrebbero avere la natura di preferenze adattive, nel senso che, più si è abituati a stare male e più lo sono i gruppi di riferimento in cui si è collocati, meno si è esigenti circa le condizioni di bisogno e viceversa³³. Naturalmente, la conseguenza non è quella di attribuire agli esperti la scelta dei bisogni da soddisfare, compito questo del processo di scelta collettiva, e neppure di trascurare le valutazioni soggettive in merito all'urgenza. Al contrario, si sostiene soltanto che le evidenze scientifiche non possono essere ignorate pena il rischio di una soddisfazione di domande che, in assenza di trattamenti con profilo beneficio-rischio positivo, esulano dalla categoria dei bisogni.

Ciò riconosciuto, resta aperta la scelta degli indicatori di morbilità: alla luce dei costi di raccolta delle informazioni (su cui si tornerà più sotto), la ponderazione non può che poggiare su variabili che approssimano in misura carente le condizioni di bisogno. Come dimostra l'esperienza inglese³⁴, la variabile più utilizzata, i tassi di mortalità (standardizzata per sesso e per età) per le diverse condizioni di morbilità, è, però, una *proxy* carente di queste ultime (ignorando i danni della non salute una volta esclusa la morte).

Similmente, utilizzare i dati relativi alla condizione socio-economica come *proxy* di bisogni rischia di fornire indicazioni scorrette per la differenziazione in sanità. Da un lato, è ormai consolidato che le condizioni socio-economiche, influenzando i bisogni, debbano essere prese in considerazione. Dall'altro lato, però, è ancora largamente dibattuto sia se conti di più la deprivazione *tout court*, oppure il gradiente sociale, ossia, le disuguaglianze relative indipendentemente dal reddito medio³⁵, sia il peso da attribuire ai diversi svantaggi, da quelli associati al reddito disponibile a quelli associati all'istruzione, alla collocazione sul mercato del lavoro e al contesto in cui si vive.

Come sopra accennato, differenziazioni potrebbero essere giustificate sulla base di variabili socio-economiche anche a prescindere dagli effetti sui bisogni. Al riguardo, circa i possibili risparmi derivanti alle regioni più ricche a seguito di un maggior ricorso, in quei territori, alla spesa privata elettiva, mancano, però, dati. Al contrario, esistono segnali di un uso strategico della sanità privata e di quella pubblica, che privilegia il ricorso a quest'ultima per le prestazioni più costose. Appare, in ogni caso, dubbio collegare le dotazioni ad una variabile, come il ricorso alla spesa privata elettiva, il cui valore potrebbe fluttuare di anno. Per quanto concerne i rischi di più intenso uso delle strutture ospedaliere in presenza di povertà, la questione è se la conseguenza debba essere quella di destinare più risorse alla sanità oppure a servizi extra-sanitari. La povertà, inoltre, non è l'unica variabile rilevante. Al contrario, per quanto riguarda, ad esempio, gli anziani, cruciale è il ruolo del vivere da soli e, su questo piano, lo svantaggio rischia di essere a danno delle regioni del Nord.

³³ Sul punto, cfr., ad esempio Sen, 2002b, con riferimento al confronto fra gli abitanti del Bihar e quelli del Kerala. I primi, pur avendo attese di vita decisamente inferiori a quelle dei secondi, riportano condizioni di morbilità decisamente migliori. A ciò, si aggiungono i ben noti problemi in termini di misurabilità e di confrontabilità del benessere. Sul tema in ambito sanitario, cfr. ad esempio, van Doorslaer and Jones, 2002.

³⁴ Sui limiti della ponderazione rispetto ai bisogni, cfr. la ricostruzione dell'esperienza del sistema sanitario inglese in Glennester *et al.* 2000.

³⁵ Sul ruolo del gradiente sociale, cfr. i diversi studi sui dipendenti statali inglesi, ossia, su individui, comunque non poveri, descritti in Marmot, 2002 e 2004 e in Marmot e Wilkinson (eds.), 1999. Nella stessa direzione, cfr. anche Acheson, 1998, Crepez e Crepez, 2004 e Sen, 1999. Per posizioni critiche, che sottolineano il peso della povertà, cfr. Deaton, 2003, Lynch *et al.*, 2004, Mechanic, 2002 e Smits *et al.*, 2004.

La differenziazione delle dotazioni sulla base dei bisogni pone, dunque, problemi complessi, rendendo elevato il rischio di dotazioni inadeguate. Considerazioni analoghe valgono per la salute, ma, per una discussione più approfondita sul tema si demanda al paragrafo seguente, sul conseguimento di risultati.

Anche qualora ipotizzassimo di essere in grado di realizzare una perfetta differenziazione sulla base delle differenze nei bisogni e nella salute, la prospettiva delle dotazioni di risorse resterebbe, però, problematica. Nulla, infatti, assicura la conversione delle risorse in risultati, la conversione dipendendo dallo stock quanti-qualitativo di dotazioni fisiche esistenti, dalle prestazioni erogate nonché dalle possibili barriere all'accesso a queste ultime.

Certamente, la risposta che fa leva sulle dotazioni di risorse può includere le dotazioni fisiche e le informazioni su queste ultime possono associarsi ad informazioni sul "come", ossia, sulla relativa qualità. Il punto è che, anche in presenza di standard qualitativi delle dotazioni fisiche ritenute adeguati, resterebbero ignorati gli altri fattori cruciali per la conversione. Inoltre, un assetto che premia chi ha più bisogni rischia di disincentivare la rimozione *ex ante* dei bisogni a natura endogena e, in quanto tali, rimovibili, associati allo svantaggio socio-economico e/o a carenze nell'offerta sanitaria. E, perché destinare risorse alla sanità, come ad altre finalità specifiche, se non per i risultati attesi?

Il conseguimento di risultati. Cruciale, nel contrastare la prospettiva della disponibilità di risorse, è stato, in questi ultimi anni, il contributo di Sen (cfr. nota 1). Sen attacca il cosiddetto *resourcism* dei beni primari di Rawls (1971), i beni primari includendo le disponibilità di reddito e di ricchezza. L'analisi può, tuttavia, essere estesa alla più complessiva disponibilità di risorse, incluse le risorse fisiche³⁶. La proposta di Sen è quella di allargare il bagaglio informativo, occupandosi direttamente dei funzionamenti, intesi come condizioni di essere e di fare, dunque, di risultati, che le risorse permettono di raggiungere.

Puntare al conseguimento di risultati potrebbe, peraltro, contrastare anche i disincentivi alla rimozione *ex ante* dei bisogni a natura endogena, dato che l'obiettivo sarebbe esattamente quello di ridurre le disuguaglianze su questo spazio.

All'eguaglianza rispetto al conseguimento di risultati è, spesso, paradossalmente, indirizzata la medesima obiezione che i difensori di tale eguaglianza muovono all'eguaglianza di dotazioni: trattare gli individui in modo eguale anziché come eguali. Mentre nella prospettiva dell'eguaglianza di dotazioni, la responsabilità sarebbe della sottovalutazione delle differenze nei bisogni e della pluralità di fattori che possono ostacolare la conversione delle dotazioni in risultati, in questa sarebbe della sottovalutazione delle differenze nelle preferenze.

Lo stesso Sen, pur criticando la prospettiva delle dotazioni di risorse e sottolineando il ruolo dei risultati, non difende la soddisfazione *tout court* di questi ultimi, bensì la possibilità di una loro soddisfazione. I risultati, in altri termini, andrebbero riconosciuti non come oggetto diretto di soddisfazione, bensì come oggetto di possibile soddisfazione. Utilizzando la terminologia di Sen, l'obiettivo dovrebbe essere quello delle capacità, intese come opportunità di perseguire i funzionamenti, non quello della soddisfazione dei funzionamenti. Avere una capacità potrebbe,

³⁶ I beni primari sono i beni a tutti necessari a prescindere dalle differenze nei piani di vita individuali. A onore del vero, occorre, però, rilevare il cambiamento da Rawls, 1971 a Rawls, 2001, dove Rawls stesso rielabora i principi di giustizia includendo il raggiungimento per tutti del migliore possibile stato di salute in quanto condizione fondamentale al fine dell'eguaglianza di opportunità. In precedenza, i soggetti considerati dalla giustizia erano implicitamente assunti come tutti sani.

infatti, implicare scegliere di non raggiungere un risultato, come nel noto esempio di Sen di chi, pur avendo il reddito per acquistare il cibo, decide di digiunare. Digiunare, però, è ben diverso dal morire di fame. In questo senso, la scelta andrebbe all'opzione dell'opportunità di accedere alla soddisfazione dei bisogni.

Tralasciando per il momento la prospettiva dell'eguaglianza di opportunità, di cui ci occuperemo più avanti, siamo sicuri che concentrarsi sul conseguimento dei risultati, quanto meno in sanità, violi la libertà di scelta? Di certo, rispetto alla prospettiva delle dotazioni di risorse, il conseguimento dei risultati viola in parte la libertà delle regioni, ma se il quadro normativo è quello di assicurare eguale trattamento a tutti gli abitanti del paese, la violazione, anziché problematica, sembrerebbe una conseguenza desiderabile.

Per quanto concerne gli individui, la risposta è, invece, più articolata. Come sopra riconosciuto, questi possono dissentire sia su ciò che costituisce bisogno. Seppur presente, la variabilità inter-individuale nella scelta dei bisogni, appare, però, contenuta, e riguardare i pesi da attribuire per risultati, nell'insieme, ritenuti desiderabili.

Inoltre, processi di scelta equi e attenti ai costi delle scelte potrebbero ulteriormente restringere la variabilità. Il riferimento, al riguardo, è a processi basati sull'adozione di condizioni di imparzialità, ossia, su una giustificazione delle scelte sulla base di principi generali che possono essere accettati da tutti anziché sulla mera difesa dei gusti che ci capita di avere e/o di potere soddisfare con le risorse privatamente detenute³⁷.

Infine, per un gran numero dei bisogni la cui soddisfazione fosse statuita da tali processi potrebbe non esservi alcun obbligo di soddisfazione effettiva: chi, maggiorenne, non vuole farsi curare potrebbe non essere obbligato a farlo³⁸ e, in presenza di più cure appropriate per la medesima condizione di morbilità, la libertà di scelta potrebbe essere assicurata³⁹. In ogni caso, la libertà di scelta non sembra essere fra i valori che più stanno a cuore a chi deve fruire dei servizi sanitari⁴⁰.

La stessa prospettiva basata sulle dotazioni di risorse, se nell'accezione della differenziazione sulla base dei bisogni, potrebbe violare la libertà di scelta. Al finanziamento dei bisogni dovrebbero, infatti, concorrere tutti, inclusi coloro che non condividessero i bisogni prescelti⁴¹.

Problemi aggiuntivi potrebbero porsi qualora l'oggetto dell'eguale trattamento sia la salute. In tale evenienza, da un lato, si potrebbe porre il rischio del cosiddetto effetto di *levelling down*. Ad esempio, l'eguaglianza rispetto alla salute potrebbe richiedere di non curare o, addirittura, fare ammalare le donne, avendo le donne un'attesa di vita superiore a quella degli uomini⁴², così violando la libertà delle donne. Oppure, sul piano territoriale, più eguaglianza rispetto alla salute

³⁷ In altri termini, non sarebbero accettate nel dialogo pubblico difese dei bisogni che riflettano meri gusti. Al contrario, la difesa delle diverse posizioni dovrebbe fare leva su ragioni di desiderabilità/indesiderabilità che valgano per tutti. Al riguardo, cfr. Daniels and Sabin, 1997.

³⁸ Un'eccezione potrebbe riguardare la presenza di effetti esterni negativi, come nel caso di malattie epidemiche. Obblighi, quale quello a farsi curare anche se in condizioni vegetative, non sono, ovviamente, imputabili al principio del bisogno.

³⁹ Certamente, più il disaccordo fosse esteso, più potrebbe risultare difficile la lettura delle eventuali disuguaglianze, dato il rischio di considerare come disuguaglianze esiti attribuibili alla libertà di scelta. Come sopra argomentato, però, la non soddisfazione a seguito della libertà di scelta appare un'eccezione. Inoltre, risulta, comunque, poco plausibile una segmentazione su base territoriale delle differenze nelle preferenze.

⁴⁰ Sul tema, cfr. Gori (a cura di), 2005 e Hanoch, Rice, 2006.

⁴¹ Regioni ed individui resterebbero, però, liberi utilizzare le risorse a proprio piacimento, la collettività nazionale non occupandosi dei risultati.

⁴² Le differenze dipendono, peraltro, anche dalla specificazione di salute utilizzata. Se si considera la qualità della vita, come nella prospettiva dei QALYs, le differenze fra uomini e donne tendono a diminuire.

potrebbe verificarsi a seguito di un incremento nella mortalità fra coloro, in precedenza, con migliori attese di vita⁴³. Dall'altro lato, l'eguaglianza rispetto alla salute potrebbe richiedere interventi di contrasto alla disuguaglianza socio-economica dal carattere di bene pubblico: tutti verrebbero a godere dei benefici in termini di salute, senza possibilità di sottrarsi⁴⁴. Violazione della libertà, più in particolare, potrebbe verificarsi nella cosiddetta prospettiva della libertà basata sulle preferenze la quale, nella misurazione di gradi di libertà, richiede di basarsi sulla valutazione delle opzioni disponibili. In questa prospettiva, alcuni potrebbero preferire uno stato del mondo in cui essere malati è un'opzione, anziché quello in cui tale opzione è indisponibile.

Il rischio del *levelling down* appare possibile solo se ci si pone nelle prospettive di egualitarismo estremo che si è deciso di ignorare. Ponendosi, invece, in una posizione equitativa, appare difficile giustificare un'eguaglianza che danneggia gravemente alcuni, senza migliorare alcun altro⁴⁵. L'unica ragione potrebbe essere quella dell'invidia. Il ricorso all'invidia appare, però, assai criticabile sul piano equitativo. In ogni caso, anche qualora utilizzato nella letteratura sulla giustizia, le applicazioni si limitano alla distribuzione di risorse esterne, come il reddito, e non di risorse interne come la salute⁴⁶. Escluso il rischio di *levelling down*, la via dovrebbe essere quella di migliorare la situazione di chi ha minori attese di vita senza danneggiare chi sta meglio: vale a dire, senza livellare verso il basso, ma migliorando il livello medio di salute della popolazione⁴⁷. Ad esempio, già oggi nel nostro ordinamento, la quota capitaria è ponderata sulla base della mortalità perinatale e infantile, come richiesto dall'obiettivo di assicurare un determinato ammontare di anni dalla nascita all'età matura.

Rispetto, invece, alla realizzazione di beni pubblici dai benefici non escludibili, eventuali preferenze per essere malati appaiono poco plausibili o, comunque, altamente minoritarie. Inoltre, la prospettiva basata sulle preferenze non è l'unica disponibile. Esiste la prospettiva cardinale, che richiede di contare il numero di opzioni disponibili. In questa prospettiva, un mondo con minori malattie potrebbe permettere più libertà, l'eliminazione dell'opzione di essere malati rendendo possibili le opzioni associate ad una vita senza (o con minori) malattie⁴⁸.

Dunque, i rischi di conflitti con la libertà non paiono preoccupanti. Altri problemi potrebbero, però, porsi. Ad esempio, pur a prescindere dai rischi di *levelling down*, garantire l'eguaglianza rispetto alla salute potrebbe, comunque, danneggiare implicitamente alcuni soggetti, richiedendo *de facto* una selezione fra pazienti (a favore di chi è relativamente più giovane a danno dei più anziani, qualora si decida di privilegiare l'eguaglianza di salute rispetto agli anni dalla nascita all'età

⁴³ Ad esempio, come vedremo nel capitolo 2, in Italia, per i tumori, si sta registrando una diminuzione della mortalità nelle regioni del Nord (dove la mortalità era più elevata) e un aumento in quelle del Sud, dove la situazione era, invece, opposta.

⁴⁴ Questa è la ragione per cui, fra le opzioni intermedie, ci si è riferiti all'eguaglianza nelle opportunità di soddisfare i bisogni, anziché i risultati in generale. In altri termini, se ciò che conta è la salute, vi sono effetti benefici sulla salute, rispetto ai quali non si ha la libertà di essere esclusi.

⁴⁵ Per una critica al principio del *levelling down* cfr., oltre a Hausmann, *cit.*, il principio del bene personale elaborato da Broome, 1995, secondo cui non sarebbe mai desiderabile una situazione in cui qualcuno sta peggio senza che un altro stia meglio.

⁴⁶ Il che, fra l'altro, implica la legittimità, in sanità, del divieto di *rank reversal* a seguito dell'eguaglianza di trattamento. Il divieto di *rank reversal* è stato criticato in quanto assumerebbe come *de facto* non modificabile la distribuzione soggiacente. Se in ambito del reddito la critica potrebbe essere condivisibile – ad esempio, si potrebbe volere una redistribuzione che implica il passaggio da una classe di reddito all'altro –, diverso appare, però, il caso della sanità.

⁴⁷ Per un insieme composito di suggerimenti, cfr. ad esempio, Acheson, *cit.*

⁴⁸ L'affermazione non implica che l'assenza di malattie sia essa stessa libertà. Sul rapporto fra misurazione delle libertà e malattie (seppur con riferimento soltanto alla rimozione della malaria), cfr. Sen, 1992 e 1999, Cohen, 1994, Notizie di Politeia, 1996 e Olsaretti, 2005. Diversamente, la prospettiva cardinale conterebbe unicamente il numero delle opzioni. In tale prospettiva, appare plausibile che la rimozione dell'opzione renda possibile il perseguimento di più opzioni, dunque, che un mondo senza malattia contenga più libertà.

matura) che, nel nostro ordinamento, è, peraltro, vietata⁴⁹. Potrebbe, altresì, paradossalmente, comportare perdite aggregate di salute, qualora l'enfasi sulla garanzia di un minimo di anni di vita richiedesse di tentare ad ogni costo di allungare la vita a un neonato, non importa se ad alto rischio di morte, quando le risorse a tali fine utilizzate potrebbero essere impiegate per promuovere più salute.

Ancora, chi soffre di una minore attesa di vita potrebbe incrementare tale attesa, in presenza di un'accentuazione, anziché di una diminuzione, della disuguaglianza (di salute). Quest'ultimo rischio riguarda soprattutto programmi di prevenzione individuale, tesi a favorire il cambiamento negli stili di vita e il ricorso agli *screening* preventivi, i cui benefici tendono a concentrarsi fra chi è già più avvantaggiato anche sul piano socio-economico. Un esempio interessante è quello dei programmi di prevenzione della mortalità neonatale negli Usa (Mechanic, 2002). Nel 1950, tale mortalità era per i neri pari a 43,9 per 1000 bambini nati vivi, mentre per i bianchi era pari a 26,8. Nel 1998, le percentuali erano rispettivamente del 13,8 e del 6. La differenza, a danno dei neri, era, dunque, aumentata dal 64,7 al 130, nonostante il guadagno in termini assoluti. Programmi aggiuntivi specificamente indirizzati ai neri avrebbero potuto incrementare l'eguaglianza. Tali programmi, potrebbero, però, comportare costi elevati a fronte di bassi guadagni in termini di salute, così dimostrandosi, oltre che difficilmente sostenibili da un punto di vista politico essendo specificamente indirizzati a gruppi particolari di svantaggiati⁵⁰.

Infine, restano aperte le scelte relative al peso da attribuire, nella definizione di salute, alle dimensioni oggettive e quello da attribuire alle dimensioni soggettive.

Alcune soluzioni appaiono disponibili. Innanzitutto, alcuni *trade off* potrebbero essere attenuati dai risparmi ottenibili dal contrasto agli sprechi (siano essi in termini di mera inefficienza produttiva oppure di inappropriatezza). In presenza di *trade off* fra diminuzione della disuguaglianza e guadagni di salute per i gruppi più svantaggiati, si potrebbe dare priorità ai più svantaggiati, qualora le disuguaglianze vadano a favore di questi ultimi. In tal caso, come nell'utilizzazione rawlsiana del *maximin*, la tutela dei più svantaggiati si assocerebbe a guadagni aggregati per la collettività. Inoltre, si potrebbe ricorrere alla selezione delle prestazioni (anziché dei pazienti): ad esempio, disincentivando l'accanimento terapeutico. Non si sottovalutino poi le possibili complementarità fra finalità: in molte istanze, rimuovere *ex ante* la mortalità evitabile, come richiesto dall'eguaglianza di salute, permette di produrre più salute anche da un punto di vista aggregato. Basti pensare alla riduzione della mortalità per tumore al collo dell'utero nelle donne di mezza età. Ancora, per evitare il rischio che una maggiore eguaglianza sia dovuta ad un peggioramento delle regioni che prima stavano meglio sarebbe sufficiente esaminare la direzione, nel tempo, dei cambiamenti.

Rispetto alla scelta fra valutazioni oggettive ed soggettive, nel caso della salute, i problemi associati alle asimmetrie informative rilevate a proposito dei bisogni sono meno pressanti. Resterebbero, presenti quelli associati al metro soggettivo rilevati a proposito dei bisogni (ad esempio, i problemi

⁴⁹ Come argomenta Daniels 2001, trattare gli individui in modo diverso in diversi stadi della vita potrebbe non produrre iniquità orizzontali, qualora si consideri il profilo intertemporale nella distribuzione complessiva dei benefici e dei costi. In questa prospettiva, potrebbe essere legittimo discriminare sulla base dell'età (mentre, resterebbe, illegittimo discriminare sulla base del genere). Tale discriminazione è altresì difesa da Williams, 1997. Oltre che con il nostro ordinamento giuridico, la prospettiva di Daniels, *cit.* contrasta con le argomentazioni di Sen, 2002a secondo cui l'eguaglianza di trattamento dovrebbe sempre essere vincolata all'equità processuale: vale a dire, nessun soggetto/gruppo dovrebbe essere discriminato nell'accesso.

⁵⁰ Sulle difficoltà dei programmi di attivazione diretti ai gruppi più svantaggiati, cfr., ad esempio, Aizer, 2006

relativi alle preferenze adattive), ma potrebbero essere contrastati, anche in questo caso, dall'adozione di soluzioni miste⁵¹.

Certamente, alcuni problemi restano aperti. In breve, vi è un nucleo di *trade off* fra ricerca della salute, con riferimento anche a archi temporali diversi della vita, soddisfazione dei bisogni indipendentemente dall'entità della capacità di beneficiare e valutazioni aggregate che non appare facilmente eliminabile. Tali *trade off*, però, possono essere composti solo con riferimento a principi sostantivi forti, attinenti a quanta eguaglianza realizzare, che esulano dall'oggetto di questo lavoro. Comunque, non mettono in discussione il ruolo dell'eguaglianza di salute come risultato da conseguire. Semplicemente, sottolineano la necessità di tenere conto anche della soddisfazione dei bisogni (a prescindere dell'entità della capacità di beneficiare). Inoltre, il piano dei bisogni offre informazioni sulle politiche da adottare per ridurre eventuali disuguaglianze di salute che non sono desumibili dalla mera messa a fuoco di una variabile d'esito quali la salute. In termini più generali, la salute si presta a rischi di confondimento per quanto concerne l'identificazione degli interventi grazie a cui favorirla.

Passando alla soddisfazione dei bisogni, se a contare sono i risultati, *prima facie*, la preferenza dovrebbe andare alla versione forte, centrata sugli esiti della cura. Gli indicatori di utilizzazione/processo, che caratterizzano la versione debole, su cui peraltro si basa il grosso degli studi empirici si limiterebbero, infatti, ad una variabile intermedia/ strumentale⁵². In questo senso, sarebbero ancora condizionati dalla prospettiva "*resourcist*" cui l'attenzione ai risultati dovrebbe ovviare.

Seppure con un peso minore, i rischi di confondimento affliggono, però, anche l'accezione forte della soddisfazione dei bisogni. Vale a dire, neppure la versione offre indicazioni sufficientemente attendibili circa gli interventi da effettuare. Si consideri, ad esempio, la mortalità evitabile. Tenendo conto dell'influenza sopra richiamata dello svantaggio socio-economico, una parte della mortalità potrebbe essere spiegata da quest'ultimo. Lo svantaggio sociale potrebbe, infatti, favorire l'insorgenza del bisogno stesso, ritardare l'accesso ai servizi, ad uno stadio più grave della malattia, e una volta iniziato il percorso di cura, ostacolare l'individuazione di servizi di qualità e di processi di cura appropriati. Salvo alcune eccezioni⁵³, i dati di esito potrebbe non permetterci di effettuare questa distinzione. La versione forte della soddisfazione dei bisogni richiederebbe anche costi elevati per la raccolta dei dati. Diventa, allora, opportuno il ricorso ad entrambe le versioni.

Cruciale, nella rilevazione della soddisfazione dei bisogni, è integrare i dati effettivi con indicatori di appropriatezza, il consumo effettivo potendo risultare inappropriato. Ad esempio, un eventuale eccesso di prestazioni in una regione, lungi dall'indicare una iniquità orizzontale a danno di chi ha consumi inferiori, potrebbe comportare un'iniquità esattamente a danno di chi ha tassi più elevati.

In conclusione, dunque, appare desiderabile il ricorso ad una batteria plurale di risultati, in termini di salute e di soddisfazione dei bisogni, sia in un'accezione forte, con riferimento agli esiti delle cure, sia in una debole, con riferimento all'utilizzazione delle strutture/prestazioni e ai processi di cura.

⁵¹ Ad esempio, sui limiti di un ricorso unicamente alla scala oggettiva utilizzata nei DALYs, cfr. Anand and Hanson, 2004. Per problemi aggiuntivi, relativi alle difficoltà di confrontare nel tempo distribuzioni diverse di salute, cfr. Broome, 2004.

⁵² In presenza di prestazioni erogate con processi appropriati, i dati di accesso fornirebbero, *de facto*, le medesime indicazioni di quelli in termini di esiti. Il punto è che è assai difficile avere informazioni su tutte le variabili di appropriatezza.

⁵³ Come vedremo nel prossimo capitolo, esistono indicatori di mortalità quali la mortalità di diabete a 50 anni oppure la mortalità da tumore al collo dell'utero che sono, invece, in grado di segnalare responsabilità essenzialmente sanitarie.

Le opzioni intermedie. Rispetto alla spesa sanitaria effettivamente goduta dai soggetti che condividono il medesimo bisogno, due sono i problemi principali (a parte i problemi tecnici connessi alla stima di tale spesa). Da un lato, la prospettiva continua ad essere *resourcist*: sebbene il riferimento sia alla spesa effettivamente sostenuta dai gruppi di soggetti che condividono il medesimo bisogno (anziché la spesa differenziata sulla base dei bisogni medi della regione), si continua a sottovalutare la pluralità dei fattori di conversione della spesa in risultati. Inoltre, il riferimento alla spesa per classe di bisogno potrebbe sottovalutare le esigenze stesse dei soggetti più gravi⁵⁴.

Dall'altro lato, il rischio è quello della sottovalutazione dei requisiti di appropriatezza. Ad esempio, il fatto che le regioni italiane non sembrino mostrare una differenza nella spesa imputabile alla struttura demografica⁵⁵, lungi dal mettere in discussione il peso della variabile età, potrebbe essere un segno di inappropriata nei comportamenti di spesa delle regioni con una popolazione più giovane.

Rispetto alla opportunità di accedere alla soddisfazione dei bisogni, il vantaggio principale sarebbe la centralità attribuita alla libertà di scelta, nel riconoscimento, a differenza di quanto avviene nella prospettiva delle dotazioni, del peso delle barriere e dei vincoli diversi dalla disponibilità di risorse che possono ostacolare o, comunque, rendere difficoltoso l'accesso. Non si sottovaluti, però, quanto sopra argomentato in merito alla possibilità di tenere conto del ruolo della libertà anche in prospettive apparentemente antitetiche, quali quelle centrate sul conseguimento di risultati (nonché al limitato valore che gli utenti dei servizi sanitari sembrano attribuire alla libertà di scelta). Inoltre, esattamente come nel caso delle dotazioni differenziate, le opportunità di accesso richiedono anch'esse il rimando ai bisogni che si desidera soddisfare⁵⁶. Si ripropongono, così, per questa risposta, tutte le scelte che assillano la scelta dei bisogni.

Infine, verificare le opportunità di accesso rischia di essere un compito impossibile, la verifica richiedendo di sapere se il soggetto che, in una data situazione, ha fatto y avrebbe potuto fare x. Tale conoscenza appare irraggiungibile, riferendosi ad un contro-fattuale (quello che si sarebbe fatto, ma non si è fatto) che non è osservabile⁵⁷. Ad esempio, si ipotizzi che, pur in presenza di campagne informative, un determinato soggetto non acceda a vaccinazioni o a *screening* preventivi. Come fare a sapere se avrebbe potuto accedervi e, dunque, barriere informative siano assenti, oppure sia ancora disinformato? Osservazioni simili valgono in presenza di *ticket* relativamente bassi. Per sapere se un eventuale non accesso sia o no frutto di libera scelta, dovremmo conoscere l'utilità marginale del reddito dei diversi soggetti. Tale conoscenza è, peraltro, necessaria per l'egualizzazione dei costi di accesso.

Certamente, alcune informazioni su barriere e/o costi possono essere reperite. Basti pensare alle informazioni sui tempi di attesa, sulla mobilità interregionale, sulla spesa privata. Si tratta, però, di informazioni parziali e, anche a questo riguardo, i dati vanno interpretati con cautela. Ad esempio, i tempi di attesa vanno associati ad informazioni sull'appropriatezza. Lo stesso vale per la spesa privata. A quest'ultimo proposito, occorrerebbe pure isolare (scorporare) la parte imputabile alle

⁵⁴ L'unico modo per evitare tale rischio è quello della proliferazione delle classi di bisogno. Una via siffatta, però, oltre ad essere assai costosa per quanto concerne la raccolta dei dati, rischia di ingenerare incentivi perversi nel senso di favorire l'inclusione nelle categorie più bisognose in modo da potere godere di maggiori risorse.

⁵⁵ Il dato è in Bordignon, Fontana, Peragine, *cit.*

⁵⁶ In questo senso, come argomentano Culyer, *cit.* e Culyer, van Doorsaler and Wagstaff, 1992, l'eguaglianza all'accesso, pur separando la domanda dall'offerta, resterebbe sempre un concetto di offerto seppure più sofisticato. Per una risposta contraria, cfr. invece, Mooney *et al.*, 1992.

⁵⁷ Sul tema, cfr. Fleurbaey, 2005, per il quale tale obiezione non metterebbe, però, in discussione il ruolo della libertà, riguardando solo le modalità di tenerne conto. Più in particolare, occorrerebbe tener conto delle libertà nella prospettiva della soddisfazione dei bisogni, come sopra indicato.

preferenze individuali, la quale non può essere considerata come *proxy* di barriera o come costo da egualizzare⁵⁸.

1.3.3 Conclusioni. Alla luce delle potenzialità e dei limiti delle diverse risposte, come comportarsi? Ovviamente, non vi è una risposta univoca. Le argomentazioni svolte tendono a sottolineare i limiti delle dotazioni di risorse e delle opzioni intermedie, indicando la superiorità dei risultati, sul piano plurale della salute e della soddisfazione dei bisogni. I bisogni, a loro volta, sono sempre associati ad un requisito di verifica dell'appropriatezza, pur nel riconoscimento delle ampie aree grigie e della necessità di declinazioni plurali, atte a riflettere l'adattabilità ai casi singoli. Delle due possibili accezioni di soddisfazione dei bisogni, in termini di cura dalle condizioni di morbilità e di utilizzazione/processi, idealmente, la predilezione andrebbe alla prima. Dati i rischi di confondimento e i costi associati al reperimento dei dati di esito, appare, però, opportuno anche il riferimento agli indicatori di utilizzazione/processo.

Ciò riconosciuto, le distinzioni fra le diverse risposte non vanno drammatizzate. Dal punto di vista della messa a fuoco delle disuguaglianze nella soddisfazione dei bisogni, esistono possibili complementarità fra le diverse dimensioni, nel senso che le informazioni relative alle altre dimensioni potrebbero fungere da segnale o da campanello di allarme per la disuguaglianza stessa rispetto al conseguimento di risultati. Ad esempio, eventuali disuguaglianze nelle dotazioni di risorse fisiche possono fornire indicazioni circa la non soddisfazione di bisogni. Ciò è tanto più vero quanto più le informazioni sulle dotazioni includano un riferimento a variabili qualitative in grado di fungere da *proxy* di appropriatezza/inappropriatezza. Lo stesso vale per le barriere all'accesso che, *a fortiori*, si traducono nella non soddisfazione dei bisogni. I processi di cura, pure, possono incorporare riferimenti ai tempi di attesa, una variabile cruciale per l'eguaglianza di opportunità. In presenza di divergenze accentuate, addirittura le dotazioni monetarie ed i dati di spesa per patologia potrebbero fornire alcune indicazioni.

In ragione anche delle difficoltà e dei costi che accompagnano la raccolta dei dati su risultati, la via da privilegiare appare, dunque, quella a favore di un bagaglio informativo ricco, basato sulla pluralità di informazioni relative alle diverse risposte considerate. Il tratto peculiare, nella prospettiva dei risultati, sarebbe quello di organizzare attorno al conseguimento dei risultati la lettura delle diverse informazioni sulla disuguaglianza (nonché l'identificazione degli interventi da realizzare).

Peraltro, le distinzioni fra risposte non vanno drammatizzate neppure dal punto di vista valoriale. Ad esempio, l'eguaglianza rispetto ai risultati tiene conto di molte dimensioni di libertà tipicamente difese dall'eguaglianza rispetto alle opportunità di soddisfare i bisogni. Al tempo stesso, la prospettiva delle dotazioni, qualora nell'accezione della differenziazione, e quella dell'opportunità di accesso alla soddisfazione dei bisogni richiedono, comunque, un ancoraggio a una specificazione dei bisogni che potrebbe violare la libertà di scelta.

Osservazioni analoghe valgono nei confronti dei rimedi - del che fare al fine si contrastare le disuguaglianze -. Per raggiungere risultati, ad esempio, occorrono risorse monetarie, fisiche e assenza di barriere all'accesso, ossia, le variabili considerate dalle risposte alternative.

⁵⁸ Condivisibile, da questo punto di vista, appare l'indicatore utilizzato in CEIS, 2004, che considera il rischio di cadere in povertà associato alla spesa privata per la sanità. Appare, infatti, plausibile che una spesa che rischia di rendere poveri non sia oggetto di libera scelta.

1.4 Concezioni alternative di eguale trattamento in termini di “quanto?”

Come più volte indicato, questo lavoro non entra nel merito del “quanto” di eguaglianza distributiva. In questa ultima parte del capitolo, ci si limita a presentare alcune osservazioni, a natura speculativa, relative alla ripartizione fra ciò che è da considerare responsabilità nazionale e ciò che può essere lasciato alla libertà delle regioni⁵⁹.

Nel dibattito in corso sul federalismo, è andato, in questi ultimi anni, radicandosi il convincimento che, in sanità (come per le altre prestazioni sociali e civili), l’equità richieda la soddisfazione di soglie, i cosiddetti livelli essenziali. Una volta assicurate tali soglie, eventuali disuguaglianze interregionali, dovute all’offerta di prestazioni aggiuntive, non sarebbero fonte di preoccupazione in quanto rispondenti alle diverse preferenze locali⁶⁰.

In sanità, a meno di ulteriori qualificazioni, un siffatto modo di procedere rischia, però, di essere problematico, anche nella prospettiva di soglie relativamente generose. A prescindere da un nucleo limitato di domande, come quelle relative alla medicina estetica di tipo elettivo, il grosso delle prestazioni connesse con la sanità ha, infatti, natura di bisogno e i bisogni si caratterizzano tutti per l’essere domande urgenti. La sanità, in altri termini, sarebbe più simile a beni, quali l’integrità contro la violenza, per i quali appare difficile utilizzare soglie. Se un dato trattamento è urgente (in quanto prerequisite cruciale ai fini del perseguimento di qualsiasi piano di vita), sembra difficile legittimare, da un punto di vista equitativo, che alcuni ne possano avere un po’ di più e altri un po’ meno, secondo la regione in cui si abita. Diverso è il caso per altri beni, come il reddito o l’istruzione, per cui potrebbe essere legittimo stabilire livelli minimi a partire dai quali siano possibili differenziazioni sulla base delle preferenze.

Sicuramente, il ricorso a soglie non appare giustificabile sulla base del principio rawlsiano del *maximin*, richiedendo tale principio che le disuguaglianze a favore dei più avvantaggiati favoriscano le prospettive di chi sta peggio. Nel difendere il ricorso a soglie, invece, si affermerebbe la liceità della disuguaglianza senza richiedere questo test aggiuntivo. L’unica eccezione potrebbe essere qualora l’accesso ad una nuova e costosa cura nelle regioni più ricche producesse nel tempo vantaggi per gli abitanti delle regioni più povere.

Queste affermazioni non ignorano le possibili differenze nelle preferenze in materia di tutela della salute. L’obiezione è semplicemente al concetto di soglia, che implica la liceità di un minimo (più o meno generoso) per tutti, a partire dal quale ampie differenziazioni sono possibili. Al contrario, in sanità, tutto è bisogno: il che impedisce la distinzione fra ciò che è un minimo necessario e ciò che potrebbe essere opzionale. Le diverse preferenze, in altri termini, influenzano la scelta dei risultati da conseguire, ma la scelta riguarda il nucleo di domande che tutti condividono come bisogni. Da un punto di vista di equità, possono restare fuori da tale nucleo solo domande che una parte della collettività non reputa bisogno. Come già sopra riconosciuto, appare poco plausibile una segmentazione territoriale delle preferenze tale per cui tutti gli abitanti delle regioni più povere non considerino bisogni ciò che nelle regioni più ricche è ritenuto tale⁶¹.

⁵⁹ Al momento, a causa sia di ambiguità circa le prestazioni specificamente da assicurare nei LEA – che, come sopra indicato, sono una lista negativa – sia della mancata attuazione dell’art.119 in materia di specificazione delle possibili entrate regionali, le esperienze di offerta regionale di prestazioni integrative restano limitate. In Lombardia, ad esempio, si è discusso dell’istituzione di fondi regionali per le cure odontoiatriche, ma, finora tali fondi non sono stati realizzati.

⁶⁰ Lo stesso viene, peraltro, affermato sul piano interpersonale, nel senso che, una volta assicurata una soglia per tutti, tutele aggiuntive dovrebbero essere lasciate alla disponibilità a pagare individuale.

⁶¹ Similmente, sul piano interpersonale, appare difficile ipotizzare che i più poveri, qualora avessero lo stesso reddito dei più ricchi, esibiscano preferenze assai diverse.

Neppure tutti i bisogni su cui converga il consenso potrebbero dovere essere soddisfatti, seppure il vincolo dell'adozione di trattamenti con produttività marginale positiva restringa notevolmente la gamma delle scelte rispetto all'"illimitatezza" spesso richiamata nel dibattito pubblico. Da un lato, il riconoscimento del vincolo delle risorse caratterizza anche i processi equitativi: se tale vincolo non esistesse, neppure esisterebbe il problema distributivo e, con esso, l'esigenza dell'equità (sebbene il rischio di utopismo continui ad affliggere le prospettive equitative)⁶². Una possibilità, al riguardo, è quella di caratterizzare la scelta equitativa ponendo il vincolo che ciascuno immagini di disporre del reddito medio della collettività⁶³. Dall'altro lato, le scelte collettive effettive tendono, inevitabilmente, a riflettere compromessi fra equità e sovranità degli interessi.

L'esortazione, semplicemente, è a non ridurre/appiattare l'equità a ciò che nei diversi contesti si presenta come finanziabile, dati gli interessi esistenti, pena l'insorgenza del già richiamato problema di Hume⁶⁴. In questa prospettiva, si tratterebbe di tenere conto, nella rilevazione delle possibili ineguaglianze, sia di quanto statuito dalle leggi esistenti sia anche di trattamenti che, da un punto di vista equitativo, potrebbero essere giustificati come desiderabili per tutti. Nel nostro paese, ciò potrebbe comportare rilevare eventuali disuguaglianze inter-regionali rispetto ad integrazioni in ambito odontoiatriche e di lungodegenza, finanziate dalle regioni.

La sanità, però, non coinvolge solo una dimensione tecnica. Lo stesso bisogno potrebbe essere soddisfatto con strutture produttive di qualità alberghiera diversa. Ad esempio, sia un ospedale con cameroni fatiscenti a 6 letti sia uno con camere graziose a 2 letti potrebbero registrare i medesimi esiti a seguito delle operazioni chirurgiche realizzate. In questo ambito, soglie potrebbero trovare giustificazione, pur nel riconoscimento, da un lato, dei rischi di complementarità fra strutture scadenti e prestazioni scadenti e, dall'altro, dei vincoli dell'eguale rispetto da assicurare a tutti gli abitanti. Strutture alberghiere di qualità radicalmente diversa potrebbero, infatti, avere l'effetto che Smith riconosceva al non possesso per i suoi concittadini delle scarpe di cuoio, ossia, alcuni sarebbero trattati come individui di serie b. Dunque, anche in questo caso, occorre rifuggire da risposte semplici.

Conclusioni

Le principali conclusioni di questo capitolo possono essere così riassunte. Il quadro normativo esistente nel nostro paese è compatibile con una pluralità di specificazioni dell'eguale trattamento e, con esso, delle iniquità inter-regionali, con riferimento alle dimensioni sia del "cosa", sia del "come" sia del "quanto". Concentrando l'attenzione sul "cosa", si è argomentato a favore della risposta basata sul conseguimento di risultati, intendendosi come risultati non solo la soddisfazione di bisogni (con le debite qualificazioni al fine di tener conto della possibile inappropriata delle domande espresse), ma, dimensione paradossalmente spesso sottovalutata, anche la salute. Alla luce delle difficoltà e dei costi connessi alla rilevazione dei risultati, si è, però, messo in evidenza anche il contributo, ai fini della stessa messa a fuoco di possibili ineguaglianze nei risultati, delle altre risposte, così argomentando a favore di una batteria plurale di indicatori che include informazioni sulle dotazioni di risorse, siano esse in termini monetari o fisici, e sulle barriere all'accesso.

⁶² In questo senso, affermazioni quali la vita non ha prezzo appaiono del tutto insensate.

⁶³ L'assunto, al riguardo, è che il reddito medio non rifletta ingiustizie nella distribuzione globale del reddito. Diversamente, il reddito medio andrebbe ponderato per tenere conto di tali ingiustizie.

⁶⁴ Come argomenta Van Parijs, 1995, citando la favola dell'Isola dei Pinguini descritta da A. France, anche il principio del *maximin* non è immune da tali problemi. In presenza di elevati disincentivi al lavoro e al risparmio, il rischio è, infatti, che ai poveri resti ben poco.

Il capitolo non ha specificamente discusso la dimensione del “come”. Alla dimensione tecnica della qualità (relativa all’appropriatezza delle cure) si è, però, prestata attenzione nella discussione sul “cosa”. Rispetto, invece, alle dimensioni non tecniche, l’assunto è che si tratti di dimensioni desiderabili, ma che non si sono considerate in quanto non particolarmente problematiche dal punto di vista normativo, a prescindere dalla questione del “quanto”.

Rispetto al “quanto”, la risposta non può che essere demandata ai processi di scelta collettiva, alla luce dei possibili conflitti fra specificazioni alternative dell’equità orizzontale in ambito territoriale e altre dimensioni dell’equità, anche in ambiti extra-territoriali e extra-sanitari. Ciò nonostante, il capitolo ha messo in guardia da alcuni rischi di iniquità associati, in sanità, ad una concezione dei LEA in termini di soglie a partire dalle quali ampia libertà sia lasciata alle regioni di integrare l’assistenza sanitaria offerta. Ha, invece sostenuto la desiderabilità di una verifica delle iniquità interregionali che includa anche la presa in considerazione dei risultati resi possibili dall’offerta di livelli di copertura addizionali da parte delle regioni.

Al tempo stesso, le riflessioni relative al “cosa” dovrebbero avere messo in rilievo l’assoluta urgenza di una maggiore riflessione pubblica, nel nostro paese, sulle priorità da seguire in sanità, alla luce, *in primis*, dei possibili conflitti eguaglianza di salute, nelle diverse dimensioni, e soddisfazione dei bisogni. Limitarsi ad affermare una generica eguaglianza rispetto a non ben definiti LEA rischia, semplicemente, di nascondere/giustificare ineguaglianze in più ambiti.

Capitolo 2

Disuguaglianze territoriali in sanità e Mezzogiorno Il contributo di una proposta che si focalizza sul conseguimento di risultati

2.1. Premessa

Nel capitolo precedente, si sono sottolineati, sulla base di argomentazioni teoriche, i limiti delle dotazioni (*ex ante*) di risorse, della spesa pro capite per patologia e dell'opportunità di accedere alla soddisfazione dei bisogni in quanto dimensione del "cosa" rispetto alla quale verificare eventuali iniquità orizzontali in sanità. In breve, seppure per ragioni diverse (intrinseche e tecniche), queste dimensioni rischiano di nascondere la presenza di iniquità rispetto all'oggetto finale che ci sta a cuore, quando ci occupiamo di sanità, ossia, il conseguimento di risultati in termini di salute e di soddisfazione dei bisogni. L'attenzione andrebbe, allora, spostata direttamente su tale oggetto.

L'obiettivo di questo capitolo è quello di mettere alla prova tale tesi, verificando in che misura possa cambiare il quadro delle ineguaglianze inter-regionali in sanità quando ci si focalizza sui risultati. Il *focus* è sul confronto fra la situazione del Mezzogiorno e quella del resto del paese. Avendo deciso, per le ragioni esposte nel Capitolo 1, di prescindere dalle questioni del "quanto" (di eguaglianza ricercare), la verifica è basata unicamente su un confronto relativo. Vale a dire, si confronta la situazione del Mezzogiorno con quella del resto del paese: non con uno standard di eguaglianza da realizzare, che i LEA non offrono e di cui, questo lavoro, non si è occupato, concentrandosi sullo spazio del "cosa".

Più in particolare, il confronto viene effettuato ponendo in rilievo uno o più dei seguenti elementi: scostamenti del Mezzogiorno in quanto macro-area rispetto alle altre macro-aree e, nel riconoscimento dell'eterogeneità esistente all'interno delle macro-aree del Nord, del Centro e del Mezzogiorno⁶⁵, numerosità delle regioni eventualmente svantaggiate e intensità dello svantaggio.

Si sottolinea l'intento di verifica della desiderabilità di una posizione teorica. L'obiettivo, in altri termini, non è quello di fornire un quadro completo delle possibili ineguaglianze in sanità a danno del Mezzogiorno. È, al contrario, quello di fornire esemplificazioni del possibile guadagno informativo derivante dal focalizzarsi sui risultati.

Una tappa intermedia, in questo esercizio, è quella di mettere a fuoco alcuni degli indicatori sulla base dei quali specificare i risultati. Nelle conclusioni, si riportano alcune brevi indicazioni di *policy*.

2.2. I risultati in termini di salute

Le attese di vita alla nascita sono un primo, cruciale, indicatore per rilevare possibili ineguaglianze nella salute. Considerando le macro-aree, il Mezzogiorno non appare particolarmente svantaggiato.

⁶⁵ Nel Mezzogiorno, sono incluse anche le Isole.

Come indicato nella tabella 1⁶⁶, gli abitanti del Centro-Nord registrano un vantaggio, ma di entità circoscritta. In ogni caso, gli italiani registrano una delle più elevate attese di vita alla nascita all'interno degli stessi paesi della UE a 15: la più elevata per gli uomini e la seconda più elevata, dopo la Francia per le donne⁶⁷. Il risultato italiano è la conseguenza della tendenza, registratasi dall'inizio degli anni 50, ad una progressiva diminuzione del coefficiente di variazione inter-regionale: le regioni che partivano avvantaggiate, come il Centro, hanno subito vantaggi più contenuti rispetto alle altre⁶⁸.

Tabella 1. Aspettativa di vita alla nascita – anno 2005

| | Maschi | Femmine |
|---------------|---------------|----------------|
| Nord | 77,7 | 83,9 |
| Centro | 78,1 | 83,7 |
| Sud | 77,6 | 83,2 |
| Italia | 77,8 | 83,7 |

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004.

I dati per macro-aree ignorano, però, possibili ineguaglianze all'interno delle aree stesse. Considerando il dato disaggregato per regione, la tabella 2 mette, infatti, in evidenza come, nel Mezzogiorno, si situi la regione italiana con la più bassa attesa di vita per gli uomini: la Campania. Al riguardo, vale la pena ricordare come questa regione, all'inizio degli anni 50, esibisse gli stessi valori della Lombardia per gli uomini, ossia, 62,5 anni (mentre, le donne lombarde godevano di due anni in più di attesa di vita). Nel 2005, invece, la Lombardia registra un valore di 77,6, mentre la Campania si è fermata a 76,5 (per le donne, la distanza è stata ridotta a quattro mesi, pur restando, anche su questo piano la regione con le peggiori attese di vita, 15 mesi al di sotto della media nazionale). Al tempo stesso, però, nel Mezzogiorno è situata, la Puglia, una regione dove gli uomini hanno un'attesa di vita di 13 mesi superiore alla media italiana (solo Marche ed Umbria hanno un valore superiore, peraltro, solo di 2 mesi ed 1 mese).

Considerazioni simili, in termini di assenza di sostanziale di svantaggio per macro-aree, sono desumibili, come è plausibile, dall'indicatore della mortalità standardizzata. Se si considerano le singole regioni, la Campania resta la regione dove il tasso è più elevato, pari a 85,17 (in aggregato, nel 2002, il tasso di mortalità standardizzato era in Italia pari a 74/10.000 abitanti, con una discesa, dal 1991, di poco meno di 24 punti).

⁶⁶ In questo capitolo gli eguali sono i residenti (mentre nel capitolo 1 il riferimento è al complesso di coloro che regolarmente abitano in Italia). La ragione è che tutti i dati si basano sulla popolazione residente.

⁶⁷ Cfr. Comitato di politica economica, 2005. I nuovi entrati, con l'eccezione di Cipro e Malta hanno tutti aspettative inferiori a quelle registrate in Portogallo, il paese della UE a 15 con aspettative di vita più basse. Per maggiori dettagli sui dati relativi alle aspettative di vita e alla mortalità, cfr. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004, cui, in assenza di citazione bibliografica alternativa, si demanda anche per l'insieme delle informazioni contenute in questo capitolo

⁶⁸ In cinquant'anni, dal 1951 al 2005, la speranza di vita della popolazione è aumentata di quasi 14 anni per gli uomini e più di 16 anni per le donne.

Tabella 2. Aspettative di vita alla nascita – per regione 2005

| Aspettative di vita alla nascita | | |
|---|---------------|--------------|
| | Uomini | Donne |
| Piemonte | 77,4 | 83,6 |
| Valle D'Aosta | 77,4 | 83,6 |
| Lombardia | 77,6 | 84,0 |
| Trentino A.A. | 77,6 | 84,3 |
| Veneto | 77,9 | 84,4 |
| F.V.Giulia | 77,5 | 83,3 |
| Liguria | 77,6 | 83,6 |
| E.Romagna | 78,1 | 83,9 |
| Toscana | 78,6 | 84,5 |
| Umbria | 78,8 | 84,6 |
| Marche | 78,9 | 84,7 |
| Lazio | 77,3 | 82,8 |
| Abruzzo | 77,8 | 84,2 |
| Molise | 77,8 | 84,2 |
| Campania | 76,5 | 82,4 |
| Puglia | 78,7 | 84,0 |
| Basilicata | 78,0 | 83,3 |
| Calabria | 78,1 | 83,5 |
| Sicilia | 77,8 | 82,8 |
| Sardegna | 77,7 | 84,1 |
| Italia | 77,8 | 83,7 |

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004.

Neppure tenere conto della variabilità infra-area è, però, sufficiente. Occorre, anche considerare la tendenza alla mortalità. Nel Mezzogiorno è, certamente, in atto una tendenza alla diminuzione in quella che, in quell'area, è la maggiore causa di morte, ossia, la mortalità per malattie cardio-circolatorie. È, tuttavia, in atto anche una tendenza contraria, alla crescita della mortalità per tumori rispetto a quanto si sta verificando nel Centro-Nord. Tutte le regioni del Centro-Nord, inizialmente più svantaggiate, stanno, infatti, diminuendo lo svantaggio (nel periodo 1991-2002, le regioni del centro hanno avuto diminuzioni oscillanti attorno al 4-4,5 punti e le regioni del Nord, fra il 3,5-4 punti)⁶⁹. Nel Mezzogiorno, il valore massimo di miglioramento è stato, invece, di 2,58 in Abruzzo e ben tre sono le regioni che, uniche in Italia, hanno registrato riduzioni nell'ordine di pochi decimi di punto. Sicilia e Basilicata hanno addirittura registrato un modesto incremento. Inoltre, anche per le regioni relativamente avvantaggiate, occorre aggiungere alcuni dati negativi. La Calabria, ad esempio, accanto al dato aggregato positivo, è l'unica regione in cui il tasso standardizzato di mortalità per il tumore alla mammella è in leggera crescita (sempre dal 1991 al 2002).

Come indicato nel Capitolo 1, la salute potrebbe essere valutata lungo archi temporali diversi. Ad esempio, seguendo Williams (1997), l'attenzione dovrebbe essere rivolta ad assicurare a tutti gli individui un'entrata nella vita con un'aspettativa di non morire prima di un determinato numero di anni. In questa prospettiva, occorrerebbe focalizzare l'attenzione sulla mortalità infantile e sulla mortalità nelle classi di età relativamente più giovani. L'attesa di vita complessiva, invece, potrebbe aumentare grazie a miglioramenti per le classi di età più anziane, come peraltro si è verificato, in particolare per le donne, nel nostro paese.

⁶⁹ Nel 2003, i primi dati definitivi registrano un'inversione di tendenza. L'aumento di mortalità, però, sembra dovuto all'acuirsi della mortalità nelle donne anziane a seguito della calura estiva registrata in quell'anno.

Rispetto alla mortalità infantile, l'analisi comparata dei dati europei pone l'Italia a livelli che possono essere definiti mediamente buoni, del tutto simili a Francia e Germania, e migliori di quelli inglesi. Inoltre, in linea generale i valori, soprattutto, di mortalità infantile nell'ultimo decennio hanno mostrato un netto miglioramento, con una riduzione dall' 8,2 per mille del 1990 al 4,1 del 2002. Vi è, tuttavia, da rilevare che l'andamento della mortalità infantile non ha mostrato alcuna convergenza tra le regioni: le regioni che partivano dai valori migliori li hanno ulteriormente migliorati, mentre le regioni più svantaggiate, pur in presenza di un miglioramento, hanno proceduto a velocità più ridotta.

Il divario fra Mezzogiorno e resto del paese è, però, ancora netto. Come riporta la Tabella 3, non solo il Mezzogiorno, come area, ha un tasso di mortalità superiore di oltre due punti a quello del resto del paese, ma il divario, seppure in misura diversa, riguarda tutte le regioni del Mezzogiorno. In parte diversa è la situazione per la mortalità perinatale, dove il divario è meno accentuato e non riguarda tutte le regioni. Ciò nonostante, anche escludendo la Basilicata (la bassa numerosità del campione potrebbe distorcere il dato), nel Mezzogiorno si situano le tre regioni con il tasso più elevato (la prima è la Sicilia con un divario di quasi tre punti rispetto al valore medio del centro e due punti rispetto al valore medio delle regioni del Nord).

Tabella 3. Mortalità infantile – anno 2002

| | Mortalità perinatale⁷⁰ | Mortalità infantile⁷¹ |
|----------------------------|--|---|
| Piemonte | 5,5 | 3,4 |
| V.d'Aosta | 6,3 | 6,4 |
| Lombardia | 5,4 | 3,2 |
| Trentino-Alto Adige | 5,4 | 3,9 |
| Veneto | 5,0 | 3,3 |
| F.V.Giulia | 4,3 | 2,1 |
| Liguria | 5,8 | 3,5 |
| E.Romagna | 5,1 | 3,5 |
| Toscana | 3,4 | 2,0 |
| Umbria | 2,2 | 2,1 |
| Marche | 4,6 | 4,0 |
| Lazio | 4,8 | 4,0 |
| Abruzzo | 4,5 | 4,1 |
| Molise | 5,9 | 2,3 |
| Campania | 6,0 | 4,6 |
| Puglia | 4,8 | 5,7 |
| Basilicata | 6,8 | 7,0 |
| Calabria | 5,8 | 5,0 |
| Sicilia | 7,1 | 6,7 |
| Sardegna | 5,5 | 3,7 |
| Italia | 5,3 | 4,1 |
| Nord | 5,3 | 3,3 |
| Centro | 4,2 | 3,3 |
| Sud | 5,9 | 5,3 |

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004.

Altri indicatori utili, al fine della messa a fuoco di eventuali ineguaglianze per le classi più giovani, sono costituiti dai tassi di mortalità per gruppi di età. A questo riguardo, considerando la media del triennio 1999-2001 (Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2005), i dati

⁷⁰ Nati morti e morti a meno di una settimana. per 1.000 nati.

⁷¹ Morti nel primo anno di vita per 1.000 nati vivi.

dimostrano un andamento sostanzialmente simile per le classi di età 0-54 anni, con l'eccezione di una posizione di particolare svantaggio per la Campania. Questa è ultima per quanto concerne le classi di età 30-54 anni. In queste classi di età, lo svantaggio per gli uomini è di oltre 3 punti rispetto alla media e di oltre 6 punti rispetto alla regione più avvantaggiata, le Marche. Per le donne, il divario è di oltre 1 punto rispetto alla media e di oltre 3 punti rispetto alla regione più avvantaggiata che, in questo caso, è però una regione del Sud, l'Abruzzo.

Un altro indicatore indiretto è costituito dal contributo apportato all'aspettativa di vita derivante dalla riduzione della mortalità nelle diverse classi di età. Al riguardo, nel Mezzogiorno, tale contributo, seppur con differenze inter-regionali, è stato sostanzialmente simile a quello verificatosi nel resto dell'Italia per quanto concerne le classi di età 0-54 anni. Al contrario, esso è stato, per tutte le regioni, inferiore alla media italiana per quanto concerne la classe di età 55-64 (ISTAT, 2003).

La salute potrebbe, altresì, essere valutata con riferimento alle classi di età più anziane: ad esempio, sulla base delle attese di vita a 65 anni. Ancora, sempre come indicato nel Capitolo 1, gli anni di vita potrebbero incorporare elementi qualitativi. In questa prospettiva, vi è l'indicatore utilizzato dall'ISTAT (2004) con riferimento alle attese di vita senza disabilità a 65 anni, dove la disabilità è valutata sulla base di indicatori oggettivi secondo cui è disabile chi non è in grado di svolgere almeno una delle funzioni necessarie alla vita quotidiana. Considerando gli anni 1999-2000, tutte le regioni meridionali hanno valori inferiori alla media. In esse, vi è la Sicilia con il valore più basso sia per gli uomini sia per le donne (per i primi di circa 1 punto e per le seconde di 1 punto e mezzo). Pur restando in una prospettiva oggettiva, il concetto di disabilità potrebbe essere esteso per includere altre dimensioni, come la partecipazione alla vita collettiva⁷². Inoltre, la qualità della vita potrebbe essere valutata in modo soggettivo. Nonostante i possibili limiti di una siffatta base informativa riportati nel capitolo 1, è interessante notare come i dati ISTAT (2001) basati sulla salute percepita – dunque, su dato soggettivo - confermino la situazione di svantaggio nel Mezzogiorno, per le classi di età al di sopra dei 65 anni⁷³.

2.3. I risultati in termini di soddisfazione dei bisogni

Seguendo le indicazioni sviluppate nel capitolo 1, due sono le versioni sulla base delle quali sostanziare la soddisfazione dei bisogni. Secondo la versione definita forte, occorre concentrarsi sugli esiti della cura. Tali esiti possono riguardare la mortalità⁷⁴, la funzionalità oppure le complicanze una volta avuto accesso alla cura. Secondo la versione debole, occorre, invece, concentrarsi sull'appropriatezza nell'utilizzazione delle strutture/prestazioni sanitarie e nei processi di cura erogati.

Incominciando dalla versione forte e concentrando l'attenzione sulla riduzione della mortalità (ambito in cui i dati sono più disponibili), un indicatore importante è costituito dalla riduzione della mortalità per patologie dalle quali la medicina dovrebbe sostanzialmente permettere di non morire. Un esempio è costituito dalla mortalità per diabete nella classe di età al di sotto dei 55 anni. Ebbene, nel Mezzogiorno, nel 2001, si registra il maggior numero di regioni con tasso di mortalità superiore alla media nazionale ed è presente la regione, ancora una volta la Campania, dove il tasso è più elevato per gli uomini fra i 45 e 54 anni (1,2/10.000 abitanti, contro una media nazionale dello 0,6 e

⁷² Ad esempio, sempre presso l'ISTAT, è in corso una rilevazione sulla base di un siffatto indicatore più esteso all'interno del progetto di Informazione statistica sulla disabilità. Per una discussione sul tema, cfr. anche Folino-Gallo, 2006.

⁷³ Per le altre classi di età, non vi sarebbero, invece, differenze di rilievo, fra le diverse aree geografiche.

⁷⁴ Si noti come in questo caso i dati di mortalità siano considerati a prescindere dagli effetti sulla salute complessiva.

un valore minimo di 0,2 nel Piemonte e 0,3 in Lombardia)⁷⁵. Lo stesso vale per le donne, anche se, in questo caso, le regioni peggiori sono Calabria e Sicilia (con valori entrambe di 0,6 contro la media nazionale di 0,3)⁷⁶. Altre patologie sulle quali portare l'attenzione sono la mortalità per appendicectomia e interventi alla colecisti.

Una seconda opzione è quella di confrontare gli esiti, sempre di mortalità per patologie che seppur non interamente curabili, possono, però, avere una cura parziale dalla medicina, se trattati all'interno di un processo appropriato di prevenzione (della gravità) e di complessiva cura, come il tumore della mammella. Al riguardo, per mettere in evidenza una eventuale ineguaglianza nella soddisfazione dei bisogni occorre confrontare i dati di mortalità con quelli di incidenza. Come indicato nella tabella 4, i tassi di mortalità non mostrano una situazione particolarmente sfavorevole per il Mezzogiorno, il quale appare sostanzialmente in linea con la realtà nazionale. La valutazione appare assai diversa, però, se si considera l'incidenza della malattia.

Tabella 4. Mortalità e incidenza nel tumore alla mammella – anno 2001.

| | Tasso standardizzato di mortalità | Tasso standardizzato di incidenza |
|--------------------|--|--|
| Piemonte | 3,4 | 117,8 |
| V.d'Aosta | 3,8 | 126,5 |
| Lombardia | 3,5 | 117,3 |
| P.A.Bolzano | 3,2 | 115,0 |
| P.A.Trento | 3,3 | 115,0 |
| Veneto | 3,2 | 114,5 |
| F.V.Giulia | 3,4 | 117,4 |
| Liguria | 3,5 | 114,4 |
| E.Romagna | 3,2 | 108,5 |
| Toscana | 2,7 | 103,9 |
| Umbria | 2,4 | 106,4 |
| Marche | 2,6 | 106,5 |
| Lazio | 2,9 | 107,4 |
| Abruzzo | 2,2 | 104,3 |
| Molise | 2,4 | 105,2 |
| Campania | 2,7 | 78,0 |
| Puglia | 2,9 | 77,8 |
| Basilicata | 1,7 | 76,0 |
| Calabria | 2,4 | 74,5 |
| Sicilia | 2,8 | 77,8 |
| Sardegna | 3,4 | 81,6 |
| Italia | 3,0 | 101,7 |

Fonte: per i dati di mortalità cfr. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004. Per i dati di incidenza, cfr. Rosso *et al.* 2004.

Un'ultima opzione, sempre a scopo esemplificativo, è quella di considerare i tassi di mortalità a seguito di specifici interventi sanitari, quali le operazioni chirurgiche per le diverse patologie (ovviamente, ponderando per il case-mix, ossia tenendo conto della possibile diversa gravità dei pazienti trattati). Al riguardo, vale la pena citare i risultati del progetto ISS-BPAC (2002), secondo cui chi vive in Sicilia avrebbe una probabilità 5 volte superiore di morire dopo un intervento di

⁷⁵ Su questo piano, la Campania occupa lo stesso posto della Valle d'Aosta. Quest'ultima, però, rischia di essere soggetta a problemi di distorsione dovuta ai bassi numeri.

⁷⁶ In realtà, la regione peggiore appare il Molise, ma non la si è considerata per le ragioni di cui alla nota precedente.

bypass aorto-coronarico, rispetto a chi vive nelle regioni con i centri migliori. La probabilità diminuisce, ma resta 3 per chi vive in Campania e Basilicata.

Passando alla versione debole, ci si concentra sull'appropriatezza nell'utilizzazione delle strutture/prestazioni sanitarie, in ambiti dove la valutazione di ciò che costituisce appropriatezza è largamente condivisa. Si considerino, innanzitutto, prestazioni considerate appropriate, per le quali la sotto-utilizzazione è considerata un segnale di ineguaglianza. Un primo indicatore utile, al riguardo, è costituito dall'utilizzazione dei servizi di *screening* preventivo per i tumori femminili. Al riguardo, nel 2000, al Nord, era coperto da un programma di screening il 45,7% della popolazione per la quale il test è raccomandato (in età fra i 50 e 69 anni); al centro la percentuale raggiungeva il 58,2; mentre al Sud ci si fermava appena al 5,9%. Nel 2001, con 64 programmi attivati, si raggiunge il 76% al Nord e il 60% al Centro, mentre il Sud rimane al 6% (Folino-Gallo, *cit.*). Similmente, per quanto concerne i programmi di *screening* del collo dell'utero, la proporzione delle donne in età, in questo caso, fra 25-64 anni era, nel 2002, al Nord pari al 63%; al centro al 69% e al Sud al 28%. Considerazioni analoghe valgono per la copertura vaccinale.

Un altro indicatore concerne l'utilizzazione delle strutture sanitarie semi-residenziali e residenziali (che comprendono le case protette, le residenze sanitarie assistenziali ecc.) e dell'ADI (assistenza domiciliare integrata). Per quanto concerne la prima, come dimostra la Tabella 5, la situazione complessiva del Mezzogiorno appare in grave svantaggio, sebbene il dato non sia standardizzato. Tutte le regioni del Sud mostrano un dato assai lontano dalla media nazionale e *a fortiori* dalle regioni dove l'utilizzazione è più elevata.

Tabella 5. Utilizzazione delle strutture sanitarie semi-residenziali e residenziali – anno 2004 -.

| | Utenti per 100.000 abitanti |
|--------------------|------------------------------------|
| Piemonte | 1.275,4 |
| Lombardia | 3.930,1 |
| P.A.Bolzano | 2.777,6 |
| P.A.Trento | 4.933,0 |
| Veneto | 3.546,8 |
| F.V.Giulia | 4.638,8 |
| Liguria | 1.238,2 |
| E.Romagna | 2.900,6 |
| Toscana | 1.152,6 |
| Umbria | 928,4 |
| Marche | 1.389,4 |
| Lazio | 498,8 |
| Abruzzo | 289,0 |
| Campania | 16,2 |
| Puglia | 35,4 |
| Basilicata | 76,4 |
| Calabria | 280,1 |
| Sicilia | 128,4 |
| Sardegna | 57,9 |
| Italia | 1.671,7 |

Fonte: Ministero della salute, SIS.

Per quanto concerne l'utilizzazione dell'ADI, la situazione è più sfumata. Come dimostra la Tabella 6, nel Sud sono localizzate due regioni con un tasso di utilizzazione superiore alla media nazionale. Per le altre, invece, il divario, in negativo, rispetto alla media è elevato.

Tabella 6. Assistenza domiciliare integrata – anno 2004

| | Per 100.000 Abitanti | Di cui anziani (%) |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| Piemonte | 516 | 78,7 |
| V.d'Aosta | 45 | 89,1 |
| Lombardia | 765 | 86,5 |
| P.A.Bolzano | 48 | 83,7 |
| P.A.Trento | 219 | - |
| Veneto | 990 | 82,5 |
| F.V.Giulia | 2.161 | 78,8 |
| Liguria | 340 | 91,7 |
| E.Romagna | 1.284 | 88,0 |
| Toscana | 724 | 89,0 |
| Umbria | 691 | 83,1 |
| Marche | 666 | 89,4 |
| Lazio | 863 | 84,5 |
| Abruzzo | 928 | 82,3 |
| Molise | 2.167 | 67,2 |
| Campania | 204 | 89,8 |
| Puglia | 259 | 80,9 |
| Basilicata | 959 | 82,2 |
| Calabria | 240 | 85,2 |
| Sicilia | 172 | 79,6 |
| Sardegna | 166 | 73,1 |
| Italia | 645 | 84,1 |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute

Indicatori ulteriori riguardano l'utilizzazione di prestazioni rispetto alle quali il rischio di inappropriata è segnalato da eventuale eccesso di prestazioni. Fra tali indicatori, vi è, ad esempio, il tasso di ricorso al parto cesareo. La proporzione di parti cesarei ha subito negli ultimi decenni un costante incremento in tutti i paesi occidentali, ed in Italia, in particolare, sono stati raggiunti valori tra i più alti al mondo. Parte di questo fenomeno può essere spiegata da cambiamenti demografici, da un innalzamento dell'età delle partorienti e dal miglioramento delle tecnologie sanitarie, parte, però, dell'aumento è segnale di inappropriata. Sebbene non sia nota la proporzione di parti cesarei corrispondente alla qualità ottimale delle cure, è stato fissato, da parte del Ministero della salute, un valore di riferimento pari al 20% del totale dei parti, in linea con i valori di riferimento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che considera come ottimale una proporzione non superiore al 15%, e tenuto conto della più avanzata età delle partorienti nel nostro paese.

La Tabella 7 mostra come tutte le regioni italiane registrino valori superiori a quelli ritenuti desiderabili. Ciò che preoccupa, nel Mezzogiorno sono sia i valori assoluti, in tutte le regioni al di sopra della media, sia, di nuovo, per tutte le regioni, il trend.

Tabella 7. Percentuale di parti cesarei – anni 1998 – 2003

| | 1998 | 2003 | Variazione % |
|--------------------|-------------|-------------|---------------------|
| Piemonte | 26,9 | 30,2 | 3,3 |
| V.d'Aosta | 21,5 | 27,2 | 5,7 |
| Lombardia | 23,3 | 26,6 | 3,3 |
| P.A.Bolzano | 17,3 | 19,5 | 2,2 |
| P.A.Trento | 22,4 | 27,0 | 4,6 |
| Veneto | 24,5 | 27,9 | 3,4 |
| F.V.Giulia | 19,9 | 22,4 | 2,5 |
| Liguria | 28,5 | 32,3 | 3,8 |
| E.Romagna | 29,3 | 30,4 | 1,1 |
| Toscana | 22,5 | 25,3 | 2,8 |
| Umbria | 25,4 | 30,6 | 5,2 |
| Marche | 33,2 | 35,4 | 2,2 |
| Lazio | 35,5 | 37,5 | 2,0 |
| Abruzzo | 33,5 | 39,6 | 6,1 |
| Molise | 33,5 | 42,2 | 8,7 |
| Campania | 48,0 | 57,9 | 9,9 |
| Puglia | 35,0 | 43,5 | 8,5 |
| Basilicata | 41,8 | 51,2 | 9,4 |
| Calabria | 34,2 | 39,7 | 5,5 |
| Sicilia | 36,6 | 47,9 | 11,3 |
| Sardegna | 26,0 | 36,7 | 10,7 |
| Italia | 31,4 | 36,6 | 5,2 |

Fonte: Ministero della salute, SIS.

Un altro possibile indicatore di inappropriatazza concerne i consumi farmaceutici. Al riguardo, la tabella 8 mostra un eccesso di consumi nel Mezzogiorno (con uno scostamento di ben 16 punti in più rispetto alla media nazionale). Certamente, si tratta di dati che sottovalutano il maggiore peso, nelle regioni del Centro-Nord, della spesa farmaceutica direttamente erogata dalle strutture sanitarie. Alla luce, però, dei minori rischi di inappropriatazza della distribuzione diretta (la quale, comunque, è ben lungi dal compensare il divario), dell'assenza di condizioni patologiche del Sud, che potrebbero giustificare un maggior consumo e della scarsità dei programmi di verifica dell'appropriatazza realizzati nel Mezzogiorno, la presenza di maggiore inappropriatazza appare largamente plausibile.

Tabella 8. Consumi farmaceutici regionali, 2005

| | Spesa lorda pro-capite pesata | Scostamento dalla media nazionale |
|--------------------|--------------------------------------|--|
| Piemonte | 195,9 | -15,4 |
| V.d'Aosta | 188,6 | -18,6 |
| Lombardia | 207,3 | -10,5 |
| P.A.Bolzano | 183,4 | -20,8 |
| P.A.Trento | 171,2 | -26,1 |
| Veneto | 194,5 | -16,0 |
| F.V.Giulia | 191,6 | - 17,3 |
| Liguria | 225,0 | -2,9 |
| E.Romagna | 192,2 | -17,0 |
| Toscana | 186,2 | -19,6 |
| Umbria | 195,5 | - 15,6 |
| Marche | 203,4 | -12,2 |
| Lazio | 306,4 | 32,4 |
| Abruzzo | 225,0 | -2,9 |
| Molise | 217,9 | -5,9 |
| Campania | 258,1 | 11,4 |
| Puglia | 274,7 | 18,5 |
| Basilicata | 209,7 | -9,5 |
| Calabria | 277,1 | 19,6 |
| Sicilia | 299,5 | 20,3 |
| Sardegna | 254,7 | 10,0 |
| Italia | 231, ,6 | |
| Nord | 200,1 | -13,6 |
| Centro | 243,2 | 5,0 |
| Sud | 268,7 | 16,0 |

Fonte: OSMED, 2006.

Un indicatore composito, che segnala direttamente una carenza di prestazioni appropriate, ma indirettamente anche un eccesso di prestazioni inappropriate, concerne il peso dei DRG (raggruppamenti di diagnosi omogenee) che il DCPM 29 novembre 2001, richiamato nel capitolo 1, individua ad elevato rischio di inappropriatezza se erogati in regime ordinario anziché di *day hospital*. La tabella 9, centrata sui 17 DRG chirurgici, rileva un rischio di inappropriatezza decisamente più pronunciato per le regioni del Mezzogiorno⁷⁷, sebbene in questo caso la tendenza generale vada nella direzione di una maggiore appropriatezza (cfr. Assr, vari anni). Tutte le regioni del Sud mostrano, infatti, un tasso di ricorso al *day hospital* inferiore alla media nazionale e, di converso, un tasso di ospedalizzazione in regime ordinario superiore. Come vedremo più sotto, ricoveri inappropriati implicano anche spreco di risorse. Rispetto alla soddisfazione dei bisogni, l'enfasi è, però, sui maggiori rischi per la salute del ricovero ospedaliero rispetto a quello in *day hospital*.

⁷⁷ La Basilicata sembra costituire un'eccezione, ma, anche in questo caso, vedi la nota precedente.

Tabella 9. Tasso di ricorso al *day hospital* per i 17 DRG chirurgici a rischio di inappropriatazza – anno 2002

| | % D.H. |
|-------------|--------|
| Piemonte | 60 |
| V.d'Aosta | 63 |
| Lombardia | 44 |
| P.A.Bolzano | 27 |
| P.A.Trento | 66 |
| Veneto | 68 |
| F.V.Giulia | 46 |
| Liguria | 62 |
| E.Romagna | 69 |
| Toscana | 64 |
| Umbria | 70 |
| Marche | 53 |
| Lazio | 43 |
| Abruzzo | 30 |
| Molise | 12 |
| Campania | 27 |
| Puglia | 22 |
| Basilicata | 46 |
| Calabria | 23 |
| Sicilia | 37 |
| Sardegna | 20 |
| Italia | 47 |

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004.

Dunque, con riferimento sia alla accezione forte sia a quella debole, la soddisfazione dei bisogni sembra anch'essa registrare notevoli disuguaglianze a danno del Sud.

Un'ultima osservazione. Con riferimento alla versione debole, ci si è concentrati su dati di utilizzazione i quali sono più disponibili di quelli di processo. Informazioni utili, a quest'ultimo, riguardo possono derivare dall'introduzione sistematica degli indicatori di recente raccomandati dall'OCSE, al fine della promozione della sicurezza dei pazienti (Millar *et al.* 2004), da quelli relativi alla diffusione di infezioni ospedaliere a quelli relativi alla presenza di corpi estranei a seguito di operazioni e all'insorgenza di reazioni avverse.

2.4. Dotazioni di risorse e barriere all'accesso come proxy del conseguimento di risultati

Nel capitolo 1, si è anche sostenuta la possibile utilità, al fine della rilevazione stessa delle ineguaglianze nello spazio dei risultati, di indicatori associati a prospettive diverse: *in primis*, indicatori di risorse fisiche e di barriere all'accesso. L'assunto, al riguardo, è che una sottodotazione di risorse fisiche, una sovra-dotazione delle stesse in aree a maggiore rischio di inappropriatazza, così come barriere all'accesso possano fungere da campanello di allarme della non soddisfazione dei bisogni. Il che, per quanto concerne le risorse fisiche è tanto più vero quanto più gli indicatori richiedono informazioni sulla qualità tecnica. Anche questa posizione va, ora, verificata.

Indicatori di risorse fisiche. Come indica la tabella 10, se si considera la distribuzione dei medici generici e dei pediatri, non sembrano sussistere forti disuguaglianze interregionali⁷⁸. Il dato non

⁷⁸ Rispetto alla distribuzione dei medici generici e dei pediatri, è interessante notare come in tutte le regioni, il numero di scelte per medico di medicina generale sia maggiore della popolazione adulta residente, mentre il numero di scelte

tiene conto del grado di dispersione degli utenti in relazione alle componenti della rete dei servizi sanitari di base; aspetto, questo, che dovrebbe essere attentamente considerato dai decisori, anche alla luce del fatto che in molti casi, come per i piccoli comuni o per alcune aree montane, il medico di famiglia è l'unico presidio sanitario esistente.

Tabella 10. Medici generici e pediatri – anno 2004

| | Adulti residenti per medico generico | Bambini residenti per pediatra |
|---------------|---|---|
| Nord | 1.143 | 1.079 |
| Centro | 1.018 | 934 |
| Sud | 1.032 | 1.047 |
| Italia | 1.068 | 1.027 |

Fonte: Ministero della salute, SIS.

Passando alle strutture sanitarie, la tabella 11, fotografa la ripartizione territoriale delle diverse tipologie di struttura. Il dato che più risalta, per il Sud, è quello relativo alla sottodotazione di strutture semiresidenziali e residenziali e alla sovra-dotazione di ambulatori e laboratori, in particolare privati. La sovra-dotazione, in questo ambito, rischia di causare una sovra-produzione inappropriata di esami diagnostici.

Tabella 11. Strutture sanitarie pubbliche e private accreditate per tipo di struttura – anno 2004

| | Strutture pubbliche | | | | Strutture private accreditate | | | |
|---------------|--|---|--|-----------------------------------|--|---|--|-----------------------------------|
| | Ambulatori e laboratori | Altri tipi di strutture territoriali | Strutture semi residenziali | Strutture residenziali | Ambulatori e laboratori | Altri tipi di strutture territoriali | Strutture semi residenziali | Strutture residenziali |
| Nord | 1.811 | 2.135 | 578 | 719 | 1.294 | 217 | 958 | 2.214 |
| Centro | 1.270 | 1.032 | 271 | 353 | 1.176 | 65 | 96 | 411 |
| Sud | 1.448 | 1.213 | 131 | 193 | 3.542 | 77 | 54 | 242 |
| Italia | 4.529 | 4.380 | 980 | 1.265 | 6.012 | 359 | 1.108 | 2.867 |

Fonte: Ministero della salute, SIS.

Più in particolare, in termini di tasso per popolazione pesata, il numero di strutture semi-residenziali è di 0,09 per 10.000 residenti contro valori di 0,6 e 0,3 rispettivamente al Nord e al Centro e il numero di strutture residenziali è di 0,2 contro valori rispettivamente di 1,1 e di 0,7 al Nord e al centro. Lo stesso dato peraltro è confermato se si considera il numero di posti letto in queste strutture. Gli ambulatori, invece, sono 2,5 ogni 10.000 residenti contro un valore dell'1,15 al Nord e del 2,1 al centro⁷⁹.

Passando all'ambito ospedaliero, i dati aggregati non sono, nell'insieme, tali da rilevare un particolare svantaggio del Mezzogiorno, in termini sia di eccesso sia carenza di strutture (il rischio di un eventuale eccesso concernerebbe, anche in questo caso, inappropriately in termini di sovra-ospedalizzazione). Al riguardo, infatti, è certamente vero che molte regioni del Sud superano il

per pediatra è sempre inferiore al numero dei bambini residenti. Complessivamente, il numero totale delle scelte è, però, prossimo al numero complessivo dei residenti. Da ciò si deduce dunque che molti bambini sono assistiti dal medico di medicina generale anziché dal pediatra.

⁷⁹ Il dato è stato trovato utilizzando le stime della popolazione pesata in OSMED, *cit.* che, sulla base degli ultimi dati della popolazione residente, stima in 26.959.745 i residenti al Nord; in 11.532.311 i residenti al Centro e in 19.396.189 i residenti al Sud (diversamente, i dati sono rispettivamente 26.100.554; 11.1124.059 e 20.663.632).

valore ritenuto ottimale di 4,5, ma ciò è vero anche per molte regioni del Nord e del Centro. L'eccezione concerne la Campania, con un tasso complessivo di 3,7. In tal caso, il dato potrebbe segnalare un rischio di sotto-ospedalizzazione. Nel complesso, però, le ineguaglianze non paiono di rilievo, in particolare se le dotazioni sono raffrontate con la popolazione⁸⁰.

Le differenze principali riguardano il peso dei letti a pagamento all'interno dell'offerta pubblica e il peso degli ospedali accreditati. Rispetto ai letti a pagamento, mentre al Nord e al Centro il peso è pari rispettivamente a circa 1,6% e 1,2%, al Sud il valore scende a circa lo 0,7%. Se i letti a pagamento devono, come nelle intenzioni, realizzare uno stimolo al miglioramento dell'assistenza ospedaliera, il dato non può che essere negativo per il Sud.

Rispetto agli ospedali accreditati, al Sud sono presenti due delle regioni italiane caratterizzate da maggiore ricorso all'ospedalità privata. In tal caso, il dato non si presta, però, ad una immediata lettura, gli effetti sulla soddisfazione dei bisogni dipendendo dal modo in cui l'offerta privata è inserita nella rete pubblica: vale a dire dalle procedure di accreditamento e dalle regole di interazione, se più o meno cooperative o competitive e, in entrambi i casi, dalla specificazione delle modalità di cooperazione e di competizione. Certamente, in una situazione come quella campana, dove l'offerta pubblica è significativamente contenuta, la dipendenza dal privato rischia di acuire le difficoltà del controllo pubblico. Dunque, un forte peso relativo potrebbe segnalare alcuni rischi addizionali per la soddisfazione (appropriata) dei bisogni.

Tabella 12 . Posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e posti letto accreditati – anno 2004

| | Posti letto pubblici | | | | Posti letto per 1000 abitanti | Posti letto accreditati | | | |
|---------------------|----------------------|-------------------|---------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------|-------------------|---------------|-------------------------------|
| | Day hospital | Degenza ordinaria | Degenza a Pagamento | Totale | | Day hospital | Degenza Ordinaria | Totale | Posti letto per 1000 abitanti |
| Piemonte | 1.978 | 13.818 | 70 | 15.866 | 3,7 | 167 | 3.722 | 3.889 | 0,9 |
| V. d'Aosta | 57 | 427 | 2 | 486 | 4,0 | - | - | - | - |
| Lombardia | 3.689 | 31.900 | 555 | 36.144 | 3,9 | 590 | 8.652 | 9.242 | 1,0 |
| P.A.Bolzano | 164 | 1.879 | 42 | 2.085 | 4,4 | - | 304 | 304 | 0,6 |
| P.A. Trento | 257 | 1.771 | - | 2.028 | 4,1 | 6 | 432 | 438 | 0,9 |
| Veneto | 2.120 | 16.813 | 532 | 19.465 | 4,2 | 103 | 1.128 | 1.231 | 0,3 |
| Friuli V. G. | 555 | 4.414 | 223 | 5.192 | 4,3 | 24 | 589 | 613 | 0,5 |
| Liguria | 963 | 5.963 | 59 | 6.985 | 4,4 | 7 | 77 | 84 | 0,1 |
| Emilia R. | 1.907 | 14.414 | 166 | 16.487 | 4,0 | 150 | 4.524 | 4.674 | 1,1 |
| Nord | 11.690 | 91.399 | 1.649 | 104.738 | - | 1.047 | 19.428 | 20.475 | - |
| Toscana | 1.696 | 11.731 | 308 | 13.735 | 3,9 | 219 | 1.944 | 2.163 | 0,6 |
| Umbria | 490 | 2.799 | 16 | 3.305 | 3,9 | 33 | 228 | 261 | 0,3 |
| Marche | 628 | 5.272 | 26 | 5.926 | 3,9 | 68 | 979 | 1.047 | 0,7 |
| Lazio | 2.984 | 17.879 | 109 | 20.972 | 4,0 | -626 | 8.414 | 9.040 | 1,7 |
| Abruzzo | 570 | 4.802 | 116 | 5.488 | 4,3 | - | 978 | 978 | 0,8 |
| Centro | 6.368 | 42.483 | 575 | 49.426 | - | 946 | 12.543 | 13.489 | - |
| Molise | 166 | 1.414 | 34 | 1.614 | 5,0 | - | 193 | 193 | 0,5 |
| Campania | 1.868 | 12.782 | 67 | 14.717 | 2,6 | 372 | 6.066 | 6.438 | 1,1 |
| Puglia | 1.137 | 12.635 | 138 | 13.910 | 3,4 | 79 | 2.158 | 2.237 | 0,6 |
| Basilicata | 265 | 2.252 | - | 2.517 | 4,2 | - | 60 | 60 | 0,1 |
| Calabria | 1.051 | 5.131 | 11 | 6.193 | 3,1 | 30 | 2.930 | 2.960 | 1,5 |
| Sicilia | 2.762 | 14.498 | 115 | 17.375 | 3,5 | 400 | 4.122 | 4.522 | 0,9 |
| Sardegna | 568 | 5.832 | 68 | 6.468 | 3,9 | 44 | 1.502 | 1.546 | 0,9 |
| Sud | 7.817 | 54.544 | 433 | 62.794 | - | 925 | 17.031 | 17.956 | - |
| Italia | 25.875 | 188.426 | 2.657 | 216.958 | 3,7 | 2.918 | 49.002 | 51.920 | 0,9 |

Fonte: elaborazione su dati Ministero della salute, SIS.

⁸⁰ Al riguardo, cfr. i dati alla nota precedente.

Come dimostra la tabella 13, più preoccupante invece, per il Mezzogiorno è l'indicatore relativo al numero di ospedali di piccole dimensioni⁸¹. L'attuale stato della scienza medica ha introdotto negli ospedali nuove importanti tecnologie, sia per la diagnostica, sia per gli interventi chirurgici, sia, infine, per il monitoraggio del paziente. Queste tecnologie richiedono, oltre a grossi investimenti economici, sia per acquistarle, sia per istruire il personale che deve utilizzarle, numeri elevati di pazienti. Ad esempio, per avere un livello affidabile di prestazioni, è stato calcolato che un ospedale dovrebbe avere un bacino di utenza parti di almeno 60.000 abitanti, una neurochirurgia efficiente addirittura di 1.000.000 di abitanti. Gli ospedali più piccoli, invece, dovrebbero essere chiusi o riconvertiti, così come prevedeva il decreto legge 13 settembre 1988, in strutture poliambulatoriali, day hospital, o lungodegenza. Ciò per più di un motivo: innanzitutto, per concentrare le risorse economiche in un'unica struttura efficiente, piuttosto che in diverse piccole strutture non in grado di corredarsi di apparecchiature e tecnologie adeguate; in secondo luogo perché l'esistenza di piccoli ospedali, magari molto vicini gli uni agli altri, lungi dall'essere fonte di tranquillità per la popolazione di riferimento, è generalmente causa di perdita di tempo prezioso per il soccorso, la diagnosi, e la terapia per tutte quelle malattie, quali infarto del miocardio acuto, ictus e trauma cranici, o emergenze neonatali, per le quali è invece vitale essere trasportati immediatamente in un reparto altamente specializzato.

Tabella 13. Ospedali con numero di posti letto inferiore a 120

| | Chirurgia generale | | Medicina generale | | Pediatría | | Ostetricia e ginecologia | |
|----------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|-----------|--------|--------------------------|--------|
| | n.presidi | % | n.presidi | % | n.presidi | % | n.presidi | % |
| Piemonte | 2 | 1,12 | 3 | 1,51 | - | - | - | - |
| Valle D'Aosta | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Lombardia | 2 | 1,12 | 2 | 1,01 | - | - | 1 | 0,71 |
| P.A.Bolzano | 3 | 1,68 | 3 | 1,51 | 3 | 3,09 | 3 | 2,14 |
| P.A.Trento | 4 | 2,23 | 5 | 2,51 | 1 | 1,03 | 4 | 2,86 |
| Veneto | 9 | 5,03 | 5 | 2,51 | 5 | 5,15 | 8 | 5,71 |
| F.V.Giulia | 2 | 1,12 | 3 | 1,51 | - | - | 1 | 0,71 |
| Liguria | 4 | 2,23 | 4 | 2,01 | - | - | 1 | 0,71 |
| E.Romagna | 7 | 3,91 | 11 | 5,53 | 1 | 1,03 | 4 | 2,86 |
| Toscana | 7 | 3,91 | 7 | 3,52 | 3 | 3,09 | 4 | 2,86 |
| Umbria | 1 | 0,56 | 1 | 0,50 | 1 | 1,03 | 1 | 0,71 |
| Marche | 14 | 7,82 | 18 | 9,05 | 2 | 2,06 | 6 | 4,29 |
| Lazio | 14 | 7,82 | 18 | 9,05 | 4 | 4,12 | 8 | 5,71 |
| Abruzzo | 6 | 3,35 | 6 | 3,02 | 2 | 2,06 | 2 | 1,43 |
| Molise | 1 | 0,56 | 1 | 0,50 | 1 | 1,03 | 2 | 1,43 |
| Campania | 22 | 12,29 | 24 | 12,06 | 17 | 17,53 | 20 | 14,29 |
| Puglia | 23 | 12,85 | 27 | 13,57 | 15 | 15,46 | 23 | 16,43 |
| Basilicata | 3 | 1,68 | 2 | 1,01 | 1 | 1,03 | 2 | 1,43 |
| Calabria | 21 | 11,73 | 25 | 12,56 | 15 | 15,46 | 18 | 12,86 |
| Sicilia | 26 | 14,53 | 26 | 13,07 | 23 | 23,71 | 26 | 18,57 |
| Sardegna | 8 | 4,47 | 8 | 4,02 | 3 | 3,09 | 6 | 4,29 |
| Italia | 179 | 100,00 | 199 | 100,00 | 97 | 100,00 | 140 | 100,00 |

Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004.

Sarebbe interessante confrontare questo dato con la presenza di presidi ad alta specializzazione. Con l'eccezione della Puglia, le regioni del Sud si caratterizzano per un più basso numero di IRCS (Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico). Ad esempio, in Lombardia sono presenti 18 IRCS, mentre nell'insieme del Mezzogiorno, esclusa la Puglia sono presenti 6 IRCS. In Puglia,

⁸¹ La Calabria sembra in procinto di porre un freno alla proliferazione dei piccoli ospedali, anche attraverso una riorganizzazione "a rete" che decentra le funzioni assistenziali di base ai piccoli presidi localizzati sul territorio.

invece, ve no sono 5 (cfr. Osservatorio Terza Età, 2006). Per una valutazione accurata, però, occorrerebbe entrare nel dettaglio dell'ampiezza dei reparti inclusi negli IRCS e delle funzioni svolte.

Infine, si consideri la vetustà delle apparecchiature, nel riconoscimento che apparecchiature più vecchie sono decisamente meno affidabili, a causa della riduzione dei parametri qualitativi minimi delle prestazioni diagnostiche. Come dimostra la tabella 14, il quadro non appare riassicurante per il nostro paese, nel complesso. Il 31% degli apparecchi di radiologia tradizionale ha oltre 15 anni, mentre più del 50% ha oltre 10 anni di età e il 67% oltre 8 anni; il 42 % degli ortopantomografi ha oltre 10 anni; e il 58% oltre 8 anni di età; il 30% delle TAC ha oltre 8 anni di età; il 28% delle apparecchiature di medicina nucleare ha oltre 10 anni e il 48% ha oltre 8 anni. Per gli ecografi la situazione è forse un poco migliore perché il 17% ha oltre 10 anni e il 33% oltre 8 anni. All'interno di questa situazione complessiva, all'interno del Mezzogiorno si concentrano tutte le regioni con le apparecchiature più vecchie, con l'eccezione, da un lato, delle Marche che occupano il secondo posto in classifica e, dall'altro, della Campania e della Sicilia che presentano valori migliori rispetto alla media nazionale)

Tabella 14. Distribuzione percentuale delle apparecchiature secondo la loro vetustà – anno 2000

| | Più di 15 anni | Da 15 a 10 anni | Da 10 a 7 anni | Da 7 a 3 anni | Meno di 3 anni | Totale |
|--------------------|----------------|-----------------|----------------|---------------|----------------|------------|
| Piemonte | 6,5 | 20,7 | 13,7 | 23,5 | 35,7 | 100 |
| V.d'Aosta | 3,6 | 0,0 | 14,3 | 25,0 | 57,1 | 100 |
| Lombardia | 13,9 | 18,0 | 12,7 | 20,5 | 34,8 | 100 |
| P.A.Bolzano | 5,3 | 13,2 | 30,0 | 23,7 | 27,9 | 100 |
| P.A.Trento | 14,5 | 19,8 | 25,2 | 16,0 | 24,4 | 100 |
| Veneto | 15,9 | 20,8 | 9,6 | 20,3 | 33,3 | 100 |
| F.V.Giulia | 16,0 | 19,4 | 22,6 | 24,8 | 17,2 | 100 |
| Liguria | 16,4 | 27,8 | 16,1 | 16,4 | 23,4 | 100 |
| E.Romagna | 16,6 | 17,3 | 15,3 | 22,5 | 28,3 | 100 |
| Toscana | 14,2 | 20,9 | 14,2 | 17,9 | 32,7 | 100 |
| Umbria | 11,8 | 22,7 | 15,3 | 23,6 | 26,6 | 100 |
| Marche | 20,9 | 18,9 | 11,0 | 22,6 | 26,6 | 100 |
| Lazio | 14,6 | 15,6 | 19,5 | 17,9 | 32,4 | 100 |
| Abruzzo | 24,4 | 17,8 | 13,2 | 18,8 | 25,9 | 100 |
| Molise | 18,5 | 8,7 | 18,5 | 15,2 | 39,1 | 100 |
| Campania | 14,3 | 15,7 | 13,0 | 23,9 | 33,1 | 100 |
| Puglia | 18,3 | 16,6 | 19,1 | 18,1 | 28,0 | 100 |
| Basilicata | 18,6 | 11,7 | 21,4 | 19,3 | 29,0 | 100 |
| Calabria | 18,8 | 15,7 | 17,1 | 16,0 | 32,4 | 100 |
| Sicilia | 14,4 | 22,9 | 11,3 | 22,2 | 29,1 | 100 |
| Sardegna | 17,7 | 12,3 | 21,3 | 24,7 | 24,0 | 100 |
| Italia | 15,1 | 18,9 | 15,1 | 20,8 | 30,1 | 100 |

Fonte: Ministero della salute, SIS.

Indicatori di barriere all'accesso. Se esiste una barriera all'accesso, un bisogno la cui soddisfazione richiede l'accesso rimane inevitabilmente insoddisfatto. Per questa ragione, come indicato nel capitolo 1, le barriere all'accesso possono essere considerate una *proxy* di non soddisfazione dei bisogni. Come altresì identificato in quel capitolo, identificare ciò che costituisce una barriera all'accesso è, però, spesso difficile. Certamente, i tempi di attesa sono un indicatore di barriera. Dati complessivi, al riguardo, sono, però indisponibili.

In questa sede, si è scelto di focalizzare l'attenzione sulle due *proxy* costituite dalla mobilità inter-regionale e dalla spesa privata. Per quanto concerne la mobilità, è evidente che questa può costituire un indicatore anche di soddisfazione dei bisogni: in quanto non confinati a ricorrere alle strutture e alle prestazioni disponibili dove si abita, la mobilità permette di ricercare i luoghi dove l'appropriatezza nella soddisfazione dei bisogni sia maggiore⁸². Proprio a questo fine, è stata di recente introdotta, nel servizio sanitario inglese, la mobilità fra territori, prima impedita. La mobilità, inoltre, è quasi un obbligo per le cure ad alta tecnologia qualora si viva in regioni piccole. Il punto è che, con l'eccezione delle regioni piccole, per non rilevare come barriera all'accesso, la mobilità deve essere bidirezionale.

Come dimostra la tabella 15, questa non è la situazione italiana per quanto concerne i movimenti fra le macro-aree, la quale dimostra, invece, una sostanziale unidirezionalità dello spostamento, dal Sud al Nord e, seppure in misura minore, al Centro. Dati provvisori sembrano confermare questa tendenza anche per il 2004.

Tabella 15. Saldo migratorio (mobilità attiva – mobilità passiva). Anni 2000 – 2001 – 2002– 2003

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Nord | 216.177 | 224.211 | 229.078 | 221.232 |
| Centro | 83.138 | 92.554 | 89.975 | 93.336 |
| Sud | - 218.065 | - 223.004 | - 213.310 | - 216.510 |
| Stranieri | 81.250 | 93.761 | 105.743 | 98.058 |

Fonte: ASSR

Movimenti anche elevati si registrano fra le regioni all'interno delle singole aree o fra Centro e Nord, ma questi tendono, ad avere la natura della bidirezionalità e spesso coinvolgono movimenti fra regioni limitrofe, in particolare, di pazienti che abitano nelle zone di confine.

Rispetto all'entità della spesa privata, nel capitolo 1, è stata messa in rilievo la necessità, ai fini della individuazione delle barriere, di depurare la quota di spesa attribuibile alle preferenze individuali. Un indicatore utile, al riguardo, è quello della proporzione di famiglie che si impoveriscono o devono sostenere spese catastrofiche per fare fronte ai bisogni sanitari⁸³. Impoverimento implica caduta al di sotto della soglia di povertà relativa, mentre viene definita come catastrofica una spesa superiore al 40% della propria capacità di spesa. L'assunto è che una spesa di tali dimensioni non sia effetto del libero perseguimento delle preferenze individuali.

Tale indicatore è stato di recente applicato alla situazione italiana, utilizzando i dati ISTAT sui consumi delle famiglie e i dati della Banca d'Italia sui bilanci delle famiglie (CEIS, 2004). La spesa *out of pocket* è stata ottenuta sommando le spese per i ricoveri in ospedali, cliniche e case di cura, le spese per il pronto soccorso, le cure odontoiatriche, le spese connesse a visite mediche e specialistiche, le spese per protesi e cure termali, il costo di noleggio o acquisto di attrezzature sanitarie. Sono stati inoltre inclusi i consumi per l'assistenza agli anziani non autosufficienti e ai disabili.

⁸² Ad esempio, la Lombardia, regione in testa per numero di pazienti attratti dalle altre regioni italiane, sopporta anche, ogni anno, circa 20.000 arrivi di pazienti dall'estero, un numero che rappresenta quasi un quarto dei ricoveri di questo tipo erogati in Italia

⁸³ L'indicatore è stato sviluppato da Murray *et al.*, 2003. Un limite, però, è quello di non selezionare in merito all'appropriatezza delle spese effettuate e un altro quello di non tenere conto della ricchezza.

I risultati, riportati nella tabella 16, indicano una situazione di forte disuguaglianza a danno del Sud, dove tutte le regioni mostrano valori di gran lunga superiori alla media. Per quanto concerne l’impoverimento, le punte massime sono in Calabria (3,4%), Abruzzo (2,7%), Basilicata (2,5%) e Campania (2,2%). Non si trascuri, però l’entità del fenomeno anche in regioni del Nord e del centro come il Friuli Venezia Giulia, l’Emilia Romagna e l’Umbria. Le disuguaglianze sono ancora più accentuate per quanto concerne le spese catastrofiche: mentre al Nord, il valore medio ponderato è di gran lunga inferiore al 3%, e nel centro si aggira intorno al 2%, al Sud, con l’eccezione della Sardegna (il cui valore si aggira attorno al 4%), tutte le altre regioni mostrano valori superiori al 6%, con una punta massima che si avvicina al 12% per la Calabria.

Tabella 16. Spese catastrofiche e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute – anno 2003

| | Impov | Cata |
|-----------------------------|--------------|-------------|
| Piemonte e V.d’Aosta | 0,9% | 3,6% |
| Lombardia | 0,5% | 2,4% |
| Trentino Alto Adige | 0,9% | 3,7% |
| Veneto | 0,8% | 2,0% |
| F.V.Giulia | 1,4% | 4,9% |
| Liguria | 0,9% | 3,1% |
| E.Romagna | 1,4% | 2,9% |
| Toscana | 0,9% | 1,3% |
| Umbria | 1,8% | 4,1% |
| Marche | 1,1% | 2,3% |
| Lazio | 1,0% | 1,5% |
| Abruzzo | 2,7% | 7,3% |
| Molise | 1,9% | 8,4% |
| Campania | 2,2% | 6,4% |
| Puglia | 2,1% | 6,7% |
| Basilicata | 2,5% | 8,4% |
| Calabria | 3,4% | 11,7% |
| Sicilia | 2,0% | 9,7% |
| Sardegna | 1,9% | 4,3% |
| Italia | 1,3% | 4,2% |

Fonte: CEIS, *cit.*

Un’ultima considerazione. In questo lavoro si è deciso di concentrare l’attenzione sulla dimensione del “cosa”, sebbene, come riconosciuto nel capitolo 1, la soddisfazione dei bisogni incorpori un riferimento all’appropriatezza, ossia, alla qualità tecnica.

Inoltre, gli indicatori utilizzati come *proxy* di disuguaglianza nella soddisfazione dei bisogni offrono indicazioni anche sul “come” (nelle dimensioni indicate nel primo capitolo, pag. 3). In questa sede, nonostante i limiti più volte richiamati degli indicatori soggettivi, si riporta un ultimo dato relativo alla complessiva soddisfazione nei confronti delle cure ospedaliere. Mentre il 45,6% dei residenti al Nord si dichiara soddisfatto delle cure ospedaliere, il dato scende al 23,1% per gli abitanti delle regioni del Sud (ISTAT, 2004).

6. Conclusioni

Come più volte ribadito, l’obiettivo di questo capitolo è quello di verificare il vantaggio informativo derivante della scelta a favore dei risultati come spazio per la rilevazione delle disuguaglianze

sanitarie. Se consideriamo la salute in termini di aspettative di vita alla nascita, le disuguaglianze territoriali a danno del Sud appaiono limitate, esattamente come si verificherebbe qualora la rilevazione delle disuguaglianze avvenisse nello spazio della spesa pro capite. Similmente, per quanto concerne le attese di vita nelle classi di età 1-54 anni (che potrebbero contare qualora ci si muova nella prospettiva che abbiamo definito dell'eguaglianza di salute), le differenze non appaiono rilevanti, con l'eccezione della Campania, che registra una sensibile disuguaglianza per la classe di età 30-54 anni. Rispetto a queste variabili, il contributo del focalizzarsi sui risultati appare, dunque, marginale.

Il quadro incomincia, però, a mutare per quanto concerne altre dimensioni della salute, quali la mortalità perinatale e quella infantile, rispetto alla quale la stragrande maggioranza delle regioni meridionali registra valori superiori alla media. Per alcune regioni, come la Sicilia, il divario rispetto alle regioni del Centro-Nord raggiunge addirittura i 3 punti. Le regioni del Sud, nel complesso, mostrano, altresì, una minore attesa di vita senza disabilità a 65 anni.

Similmente, l'attenzione alla soddisfazione dei bisogni mette in luce significative disuguaglianze. Con riferimento all'accezione forte di soddisfazione, per la stragrande maggioranza delle regioni del Sud, si registrano disuguaglianze rispetto sia ad esiti sostanzialmente evitabili, quali la mortalità per diabete nella classe di età al di sotto dei 55 anni, sia ad esiti, comunque, significativamente modificabili dalla medicina, quali la mortalità per tumore alla mammella o per interventi di bypass aorto-coronarico.

Con riferimento all'accezione debole di utilizzazione delle strutture/prestazioni, esiste, altresì, una complessiva sotto-utilizzazione di strutture quali le strutture semi-residenziali e residenziali, e dell'assistenza domiciliare integrata. Al contempo, vi è un eccesso di utilizzazione di prestazioni a rischio di inappropriatazza, come i parti cesarei, i 17 DRG chirurgici considerati a rischio di inappropriatazza dal DCPM 29 novembre 2001 e lo stesso consumo di prestazioni farmaceutiche.

Campanelli di allarme rispetto alla soddisfazione dei bisogni sono, pure, desumibili dagli indicatori relativi a dotazioni fisiche e a barriere all'accesso (il che conferma la posizione, argomentata nel capitolo 1, in favore di un uso di tali variabili come *proxy* per la verifica della soddisfazione dei bisogni). Ad esempio, nel Mezzogiorno vi è un eccesso di ospedali di piccole dimensioni, cui sono associati rischi relativamente più elevati di non soddisfazione dei bisogni e si registrano movimenti massicci di mobilità unidirezionale verso il resto del paese. Sempre nel Mezzogiorno, sono maggiori i rischi di impoverimento a seguito della spesa privata per la sanità.

Al contempo, però, vale la pena notare l'inadeguatezza delle informazioni sulle dotazioni qualora ci si limitasse ad esse. Ad esempio, se ci si limitasse alle informazioni sulle dotazioni in termini di letti in *day hospital*, riportati nella tabella 12, rileveremmo una sostanziale eguaglianza, invece, messa in discussione qualora ci si focalizzi sui dati di utilizzazione riportati nella tabella 9.

Seppure parziale, il quadro dischiuso sembra, dunque, pienamente confermare la validità del concentrarsi sul conseguimento di risultati. Grazie a questa focalizzazione, riusciamo a "vedere" disuguaglianze altrimenti ignorate. Nel lavoro, si sono, peraltro, forniti alcuni suggerimenti circa indicatori addizionali da utilizzare.

Il lavoro, invece, non aveva l'intenzione di offrire indicazioni specifiche di *policy*. Come più volte ribadito, a tal fine, sono necessarie specificazioni del quanto di cui non si è trattato. Su questo piano, l'unico contributo della prospettiva elaborata è quello di sottolineare l'urgenza di una maggiore specificazione dei LEA. Se le dimensioni di possibili iniquità sono, infatti, così plurali come rilevato in questo lavoro, le scelte collettive non possono esimersi dal dare indicazioni in

merito alle priorità da conseguire. Riferirsi ad una generica eguaglianza nei livelli essenziali, (oltre ai problemi intrinseci nel concetto di livelli essenziali discussi nel capitolo 1) rischia di suggellare null'altro che profonde disuguaglianze territoriali.

Ciò riconosciuto, la batteria plurale di indicatori presentata fornisce quanto meno tre indicazioni generali. Primo, esistono, nel Mezzogiorno, numerose disuguaglianze sanitarie attribuibili al servizio sanitario. In altri termini, esiste un effetto contesto relativo alle prestazioni e allo stato del servizio sanitario⁸⁴. Ciò è dimostrato dalle evidenze riportate in merito alla soddisfazione dei bisogni, gli indicatori scelti avendo a che fare, anche nella prospettiva della versione forte, con esiti della cura influenzabili dagli interventi sanitari⁸⁵. La stessa riduzione della mortalità perinatale e infantile e la realizzazione di aspettative di vita senza disabilità a 65 anni richiedono, quanto meno in parte, interventi sanitari.

Il che non significa negare l'influenza dello svantaggio socio-economico sulle disuguaglianze sanitarie. Al contrario, tale influenza è stata più volte riconosciuta e lo sarà anche più avanti. Neppure significa negare il ruolo di interventi extra-sanitari nel contrastarle. Ad esempio, è inoppugnabile che donne più istruite tendano ad utilizzare in modo più appropriato i servizi di *screening* preventivo. Il punto è che, anche qualora il bisogno (e la relativa gravità) sia imputabile allo svantaggio socio-economico, la disponibilità e l'organizzazione dei servizi sanitari restano cruciali.

I dati sulle dotazioni di risorse sono, peraltro, emblematici di carenze sanitarie nel Mezzogiorno. In questo senso, va riconosciuto il possibile contributo degli indicatori di dotazioni fisiche anche ai fini di *policy* volte al conseguimento dei risultati. Se gli indicatori avessero rilevato, da un lato, sostanziale eguaglianza nella soddisfazione dei bisogni e nelle dotazioni e, dall'altro, sensibili disuguaglianze nelle attese di vita alla nascita, quanto meno *prima facie*, l'attenzione avrebbe, invece, dovuto focalizzarsi sugli interventi extra-sanitari.

Secondo, sebbene esistano regioni, come la Campania e la Sicilia, che tendono a registrare una concentrazione delle disuguaglianze, la realtà del Mezzogiorno è comunque diversificata. Rispetto alle attese di vita, ad esempio, la Puglia esibisce uno dei migliori risultati in Italia, in particolare per gli uomini. Similmente, rispetto ai dati di utilizzazione, la Basilicata esibisce valori rispettivamente superiori alla media per prestazioni per cui la sotto-utilizzazione è *prima facie* segnale di inappropriatazza come l'assistenza domiciliare integrata e valori inferiori per prestazioni per cui la sovra-utilizzazione è, invece, segnale di inappropriatazza come il consumo farmaceutico. Inoltre, anche in presenza di ineguaglianze, le regioni del Mezzogiorno presentano scostamenti assai diversi rispetto alla media nazionale.

Al contempo, disuguaglianze affliggono anche le regioni del Centro-Nord. Basti ricordare la mortalità perinatale in Piemonte e in Liguria (in entrambe le regioni al di sopra della media nazionale e, per la Liguria, con un valore che si avvicina al valore medio del Mezzogiorno); il livello di vetustà delle apparecchiature in Veneto, Liguria, Emilia Romagna e Marche, i rischi stimati di impoverimento a seguito del ricorso alla spesa privata nella stessa Emilia Romagna⁸⁶.

⁸⁴ Sul peso dell'effetto contesto territoriale, cfr. Marinacci *et al.*, 2004.

⁸⁵ Il che non trascura il ruolo degli interventi extra-sanitari di contrasto dello svantaggio socio-economico. Al contrario, come indicato nel Capitolo 1, la variabile socio-economica influenza l'insorgenza dei bisogni, ne ritarda la cura e rischia di comportare più rischi di inappropriatazza rispetto alla vera e propria cura. Il punto, semplicemente, è che ci si concentra sui casi per i quali il contributo della sanità è incisivo ed inoppugnabile.

⁸⁶ Nel lavoro, essendosi concentrati sul Mezzogiorno, si sono trascurate cause di mortalità per tumori al Sud meno presenti. Se si prende il punto di vista del Nord, occorrerebbe prendere in considerazione anche ineguaglianze in mortalità almeno parzialmente evitabili, come quella per tumori alla trachea, oggi in crescita al Nord. Nel lavoro,

Il che, da un punto di vista equitativo, tende a congiurare a favore di interventi, a carattere generale di riduzione delle disuguaglianze territoriali, anziché mirati specificamente al Mezzogiorno⁸⁷. Quest'ultimo potrebbe ricevere i maggiori benefici, ma solo in quanto oggetto di una maggiore penalizzazione rispetto alle altre regioni.

D'altro canto, le ineguaglianze territoriali sono solo una componente della stessa equità orizzontale. Si ipotizzi, ad esempio, una situazione, peraltro assai conforme al dato empirico, in cui la mortalità evitabile si concentri fra i più svantaggiati, a prescindere da dove abitino. Nelle regioni più ricche (con un minore numero di svantaggiati), tale valore sarà radicalmente più basso, mentre il contrario avverrà nelle regioni povere. In questo contesto, un eventuale movimento delle regioni povere nella direzione dei tassi medi di mortalità delle regioni ricche creerebbe una iniquità a danno dei poveri che abitano in queste regioni. Per evitare questo rischio, il contrasto delle disuguaglianze territoriali andrebbe associato al contrasto delle più complessive disuguaglianze dovute allo svantaggio socio-economico. In alternativa, se ci si limitasse alla presa in considerazione delle disuguaglianze inter-regionali occorrerebbe stratificare la popolazione delle diverse regioni sulla base della variabile socio-economica. Vi sarebbero iniquità territoriali solo in presenza di disuguaglianze fra questi sotto-gruppi omogenei.

Terzo ed ultimo, per quanto concerne la ripartizione delle responsabilità dei livelli di governo nel rimediare le disuguaglianze, il lavoro mette in luce la presenza inequivocabile di responsabilità locali, per quanto concerne le aree di inappropriatazza associate a eccesso di prestazioni. Dato il vincolo di bilancio, un eccesso di prestazioni in un determinato ambito rischia, infatti, di contribuire a ulteriori iniquità, rendendo inevitabile il sotto-consumo di altre prestazioni, invece, appropriate.

La tabella 17 riporta, ad esempio, una stima del possibile impatto economico che potrebbe derivare dalla conversione dei casi relativi ai 17 DRG chirurgici, di cui alla tabella 9, da un regime di ricovero ordinario ad un regime di ricovero giornaliero. Tale impatto è distinto sulla base dell'impatto economico effettivo (l'effettiva riduzione dei costi) e dell'impatto economico potenziale (che tiene conto della spesa aggiuntiva che dovrebbe essere destinata al finanziamento del meccanismo premiante necessario a incentivare la conversione). In breve, l'impatto economico potenziale tiene conto del fatto che le tariffe per DRG in day hospital potrebbero essere superiori, proprio per ragioni di incentivo ai costi effettivamente sostenuti.

concentrandosi sulle disuguaglianze inter-regionali ha, altresì, trascurato le disuguaglianze infra-regionali, le quali rischiano di essere ancora più significative di quelle inter-regionali.

⁸⁷ Semmai, diverse potrebbero essere le compartecipazioni al finanziamento da parte delle diverse regioni.

Tabella 17. L'impatto economico dell'appropriatezza per i 17 DRG chirurgici

| | Impatto economico effettivo – minori costi in milioni di € | Impatto economico potenziale – minori costi in milioni di € |
|--------------------|---|--|
| Piemonte | 89.824 | 22.532 |
| V.d'Aosta | 1.301 | 367 |
| Lombardia | 197.628 | 122.254 |
| P.A.Bolzano | 4.164 | 6.767 |
| P.A.Trento | 9.816 | 1.552 |
| Veneto | 129.774 | 16.575 |
| F.V.Giulia | 21.042 | 9.902 |
| Liguria | 29.823 | 11.608 |
| E.Romagna | 124.897 | 13.938 |
| Toscana | 89.037 | 15.132 |
| Umbria | 25.488 | 4.742 |
| Marche | 30.427 | 13.038 |
| Lazio | 81.828 | 57.629 |
| Abruzzo | 18.298 | 25.941 |
| Molise | 1.317 | 6.804 |
| Campania | 36.215 | 68.449 |
| Puglia | 27.326 | 68.642 |
| Basilicata | 4.773 | 5.299 |
| Calabria | 12.538 | 26.941 |
| Sicilia | 55.002 | 62.567 |
| Sardegna | 13.299 | 27.530 |
| Italia | 1.003.817 | 588.209 |

Fonte: Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 20 04.

I guadagni derivanti da una maggiore appropriatezza potrebbero, però, essere insufficienti al contrasto delle disuguaglianze. Anche qualora si decidesse di fare leva su finanziamento statali aggiuntivi, il lavoro offre un ultimo suggerimento. Come indicato nel capitolo 1, puntare sul conseguimento di risultati implica *de facto* la difesa di un sistema di finanziamento premiale, sulla base del conseguimento dei risultati. Al contrario, una prospettiva che fa leva sulla disponibilità *ex ante* di risorse rischia, qualora centrata sulla differenziazione sulla base dei bisogni, di creare paradossalmente un incentivo alla permanenza dei bisogni. In questo senso, proprio la ricerca di eguaglianza di risultati, nel dibattito pubblico spesso considerata come de-responsabilizzante, potrebbe avere l'esito opposto di favorire la responsabilizzazione.

Bibliografia

- Acheson, D. 1998, *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, London, The Stationery Office.
- Aizer, A. 2006, "Public Health Insurance, Program Take-Up, and Child Health", *NBER WP* 12105.
- Anand, S. and Hanson, K. 2004, "Disability-Adjusted Life Years: a Critical Review", in *Public Health, Ethics, and Equity*, Anand, S. Peter, F. and Sen, A. (eds), Oxford, Oxford University Press.
- Barca, F. et al. (a cura di), *Federalismo, equità sviluppo*, Bologna, Il Mulino.
- Bordignon, M., Fontana, A. Peragine, V. 2006, "Un'applicazione empirica della misura dell'iniquità orizzontale in un contesto regionale", in F. Barca et al. (a cura di).
- Broome, J. 2004, *Weighing Lives*, Oxford, Oxford University Press.
- Broome, J. 1995, *Weighing Goods*, Oxford, Blackwell.
- CEIS 2004, *Rapporto CEIS-Sanità 2004*, Roma, Italtpromo.
- Cohen, J. 1994, "Amartya Sen's Unequal World", *New Left Review*, 203, 117-29.
- Comitato di politica economica, 2005, *The 2005 EPC Projection of Age-Related Expenditure*, Bruxelles.
- Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, 1998, *Gli effetti distributivi delle risorse economiche del SSN*, Roma, Ministero dell'Economia e delle Finanze.
- Corcione, A. 2006, "Salute e Servizi nella sanità delle regioni" in E. Pugliese (a cura di).
- Costa, G., Faggiano, F. 1994, *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Franco Angeli.
- Costa, G., Spadea, T. e Cardano M. (a cura di) 2004 "Disuguaglianze di salute in Italia", *Epidemiologia e Prevenzione*, numero monografico, 28, 3.
- Crepaz, M. and Crepaz, N. 2004, "Is Equality Good Medicine? Determinants of Life Expectancy in Industrialized Countries", *Journal of Public Policy*, 24,3, 275-298.
- Culyer, A. 2001, "Equity - some theory and its policy implications", *Journal of Medical Ethics*, 27, 275-283.
- Culyer, A., van Doorsaler, E. and Wagstaff, A. 1992, "Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard", *Journal of Health Economics*, 11, 93-98.
- Culyer, A. (ed.) 1974, *Economic problems and social goals*, London, Martin Robertson.
- Daniels, N. 2001, "Justice, Health and Healthcare", *The American Journal of Bioethics*, 1, 2, 2-16.
- Daniels, N. and Sabin, J. 1997, "Limits to Health Care: Fair Procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for the insurer", *Philosophy and Public Affairs*, 26, 303-350.
- Deaton, A. 2003, "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, 41,1, 113-158.
- Dolan, P. Olsen, J. 2001, "Distributing Health Care", *Journal of Health Economics*, 20, 823-834.
- Dworkin, R. 1981, "What is Equality. Part 1", *Philosophy and Public Affairs*, 10, 185-246.
- ERA 2006, *Atlante 2006. Mortalità evitabile e contesto demografico per Usl*, Roma, 2006.
- Osservatorio Terza Età, 2006, *Sic - Sanità in cifre 2006*, Federanziani, Roma.
- Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. 2004, *Rapporto sanità 2004. L'appropriatezza in sanità: uno strumento per migliorare la pratica clinica*, Bologna, Il Mulino.
- Folino Gallo, P. 2006, "Stato di salute nelle regioni italiane", in E. Pugliese (a cura di).
- Gori, C. (a cura di) 2005, *Politiche sociali del centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci.
- Glennester, H. et al. 2000, *Paying for Health, Education, and Housing*, Oxford, Oxford University Press.
- Graham, H. (ed) 2000, *Understanding Health Inequalities*, Buckingham, Open University Press.
- Granaglia, E. 2001, *Modelli di politica sociale*, Bologna, Il Mulino.
- Hassman, A. and Osterdal, L. 2004, "Equal value of life", *Economics and Philosophy*, 20, 1, 19-33.
- Hausmann, D. 2002, "Equality versus Priority: A Badly Misleading Distinction", *mimeo*.

- Hoel, M. and Sæther, E. 2003, "Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care", *Journal of Health Economics*, 22, 4, 599-616.
- Hanoch, Y., Rice, T. 2006, "Can Limiting Choice Increase Social Welfare? The Elderly and Health Insurance", *Milbank Quarterly*, 84, 1- 37.
- ISS-BPAC 2002, *Studio degli esiti a breve termine di interventi di by-pass aorto-coronarico nelle cardio-chirurgie italiane*, Roma, ISS.
- ISTAT 2001, *Indagine Multiscopo sulle famiglie*, Roma, ISTAT.
- ISTAT 2003, *Tavole di Mortalità della popolazione italiana*, Roma, ISTAT.
- ISTAT 2004, *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*, Roma, ISTAT.
- Le Grand, J. 1991, *Equity and Choice*, London, Harper Collins.
- Lynch, J. *et al.* 2004, "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review of the Evidence", *Milbank Quarterly*, 82, 1, 1-72.
- Manifesto per l'Equità, 2005, accessibile sul sito www.epidemiologia.it.
- Marinacci, C. *et al.* 2004, "La geografia della salute in Italia", in ISTAT, 2004.
- Marmot, M. 2004, *The Status Syndrome*, London, Bloomsbury.
- Marmot, M. 2002, "The influence of income on health: view of an epidemiologist", *Health Affairs*, 21,2, 31-46.
- Marmot, M. e Wilkinson, R. (eds.), 1999, *The Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- Mechanic, D. 2002, "Disadvantage, Inequality and Social Policy", *Health Affairs*, 21,2, 48-59.
- Millar, J. *et al.* 2004, "Selecting Indicators for Patients Safety and the Health Systems Level in OECD Countries", *Health Technical Working Paper*, 18, Parigi, OCSE.
- Miller, D. 1999, *Principles of Social Justice*, Oxford, Oxford University Press.
- Mooney, G. *et al.* 1991, "Utilization as a measure of equity: Weighing Heat", *Journal of Health Economics*, 10, 475-480.
- Mooney, G. 2001, "Equity in health care: confronting the confusion", *Journal of Medical Ethics* 27, 275-283.
- Mooney, G. *et al.* 1992, "Reweighing heat: Response to Culyer, van Doorsaler and Wagstaff", *Journal of Health Economics*, 11, 199-205.
- Murray, C. *et al.*, 2003, *Assessing the Distribution of Household Financial Contribution to the Health System: Conceptions and Empirical Application*, Ginevra, WHO.
- Nord, E. 2001, "The desirability of a condition vs. the well being and the worth of a person", *Health Economics*, 10, 7, 579-581.
- Notizie di Politia, 1999, *Functionings and Capabilities: Normative and Policy Issues*, (numero monografico)
- Olsaretti, S. 2005, "Endorsement and Freedom in Amartya Sen's Capability Approach", *Economics and Philosophy*, 21, 89-108.
- Olsen, J. 1997, "Theories of justice and their implications for priority setting in health care", *Journal of Health Economics*, , 16, 625-639.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2004, *Rapporto Osservasalute 2004*, Milano, Vita e Pensiero Editore.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, 2005, *Rapporto Osservasalute 2005*, Milano, Vita e Pensiero Editore.
- OSMED, 2006, *Rapporto sull'uso del farmaco*, Roma, Ministero della salute.
- Pugliese, E. (a cura di), 2006, *NORD E SUD, Rapporto Irpps-Cnr sullo Stato sociale in Italia*, Roma, Donzelli Editore.
- Rawls, J. 1971, *A Theory of Justice*, Cambridge, Ma, Harvard University Press (trad. it. *Una teoria della giustizia*, Milano, Feltrinelli, 1982).
- Rawls, J. 2001, *Justice as Fairness. A restatement*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.

- Rosso, S. *et al.* 2004, “Estimate of cancer incidence in Italian regions, 2001”, *Epidemiologia & Prevenzione*, 28 , 4-5, 247-57.
- Sen, A. 1985, *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North Holland.
- Sen, A. 1992, *Inequality Re-examined*, London, Clarendon Press (trad.it. *La diseguaglianza. Un riesame critico*, Bologna, Il Mulino, 1994).
- Sen, A. 1999, *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press (trad.it., *Sviluppo è Libertà*, Milano, Mondadori, 2001).
- Sen, A. 2002a, “Why Health Equity?” *Health Economics*, 11, 659-666.
- Sen, A. 2002b, “Health: perception versus observation”, *BMJ*, 324, 860-861.
- Skinner, J., Zhou, W. 2004, The Measurement and Evolution of Health Inequality: Evidence from the U.S. Medicare Population, *NBER*, 10842.
- Smits, J. *et al.* 2004 “Effects of socio-economic status on mortality: separating the nearby from the farther away”, *Health Economics*, 14, 6, 595-608.
- Van Doorslaer, E., Jones, A. 2002, “Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement”, *Journal of Health Economics*, 22, 1, 61-87.
- Van Parijs, P. 1995, *Real Freedom for All*, Oxford, Oxford University Press.
- Taroni, F. 2000, *I servizi sanitari in Italia*, 2000, Bologna, Il Mulino.
- Temkin, L. 2003, “Equality, Priority or What?”, *Economics and Philosophy*, 19, 61-87.
- Tesauro, T. 2006, “La geografia delle politiche per gli anziani in Italia”, in E. Pugliese (a cura di).
- Walzer, M. 1994, *Thick and Thin. Moral Argument at Home and Abroad*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- Whitehead, M. *et al.* 2000, “Researching the impact of public policy on inequalities on health”, in H. Graham (*ed.*).
- Williams, A. 1974, “Need as a demand concept (with special reference to health)”, in A. Culyer, (*ed.*).
- Williams, A. 1997 “Intergenerational equity: an exploration of the “fair innings” argument”, *Health Economics*, 6, 117-132.
- www.assr.it
- www.ministerosalute.it
- www.iss.it.