

**Il sistema sanitario italiano:
una configurazione regionale del modello pubblico
di
Angelo Cremonese**

Quaderno n. 152

Maggio 2008

INDICE

1. Il sistema sanitario italiano: una configurazione regionale del modello pubblico
- 1.1 La compatibilità tra responsabilità regionale della sanità e principi redistributivi del servizio pubblico

2. La ricerca di maggiore efficienza
- 2.1 L'introduzione di forme "mercato interno" nei sistemi sanitari pubblici
- 2.2. L'esperienza inglese
- 2.3. Altre esperienze: Svezia, Germania, Italia
- 2.4. Una valutazione dei tentativi di introdurre "Mercati interni"

3. La funzione assegnata alla definizione formale dei LEA

4. La complessità dei rapporti tra Stato e Regione

5. Prospettive della politica sanitaria in Italia
- 5.1. La sostenibilità del modello sanitario del servizio pubblico
- 5.2. La politica sanitaria nel quadro di politiche del bilancio tendenzialmente restrittive

1. Il sistema sanitario italiano: una configurazione regionale del modello pubblico *

1.1. La compatibilità tra responsabilità regionale della sanità e principi redistributivi del servizio pubblico

L'Italia è passata, nel 1978, dal modello sanitario delle assicurazioni sociali obbligatorie al modello del servizio pubblico, con espliciti riferimenti, nel dibattito politico del tempo, ai sistemi dell'Inghilterra e della Svezia. L'adozione del modello pubblico venne motivata dall'adesione ai principi sociali e solidaristici sintetizzabili nel "diritto di cittadinanza" all'accesso gratuito (finanziato dal bilancio pubblico) a tutte le prestazioni necessarie a proteggere e ripristinare la salute, ovvero in relazione ai bisogni, con richiamo all'art. 32 della Costituzione; che tuttavia, pur ponendo la salute come diritto fondamentale dell'individuo, prevede gratuità delle prestazioni soltanto in favore dei poveri. Invero, concorsero all'adozione del modello sanitario pubblico altre motivazioni, sia economiche in particolare la preoccupazione del peso crescente delle contribuzioni sociali obbligatorie sul costo del lavoro⁽¹⁾, (nonché i costi delle prestazioni sanitarie che crescevano rapidamente creando difficoltà ai bilanci degli Enti mutualistici); sia socio-politiche, in particolare la preoccupazione delle organizzazioni sindacali verso la rispondenza alle attese dei lavoratori di un sistema sanitario la cui responsabilità di gestione era ricondotta in larga parte al sindacato.

Nei quasi trent'anni successivi alla sua introduzione, il servizio sanitario pubblico italiano ha sperimentato difficoltà analoghe a quelle incontrate dagli altri maggiori Paesi aventi modello pubblico: difficoltà a governare la dinamica della spesa pubblica sanitaria; difficoltà a conciliare le esigenze di "razionamento" delle risorse pubbliche destinate alla sanità con i principi dell'universalità d'accesso a prestazioni riferite ai bisogni e dell'uguaglianza delle prestazioni per uguali bisogni; difficoltà ad assicurare livelli qualitativi delle prestazioni considerate mediamente soddisfacenti dai cittadini, così anche da evitare spaccature, per qualità ed estensione, dell'offerta complessiva delle prestazioni sanitarie tra il settore dell'offerta pubblica e quello dell'offerta privata accessibile soltanto ai redditori delle fasce medio-alte.

* Questo quaderno contiene la seconda parte del lavoro pubblicato al quaderno 151

⁽¹⁾ In effetti, il passaggio al modello sanitario pubblico venne preparato, nel corso degli anni '70, da provvedimenti "congiunturali" di fiscalizzazione di parte dei contributi sociali all'assicurazione sociale di malattia, al fine esplicito di alleggerire il costo del lavoro, in un periodo in cui il modello italiano post-bellico di crescita dell'economia di trasformazione fondata sui minori costi del lavoro, rispetto alla gran parte degli altri Paesi industrializzati, era stato messo a dura prova dalle ondate rivendicative salariali degli anni '60 e dai grandi aumenti dei prezzi di importazione delle materie energetiche, dalla fine degli anni '60 agli anni '70. Come si precisa più avanti nel testo, l'economista può obiettare che tale impostazione attiene alla fase della "percuSSIONE" dei tributi, mentre l'effetto economico di un provvedimento di fiscalizzazione dei contributi sociali attiene alla fase dell'incidenza, che deve essere studiata nella valutazione dei differenziali di incidenza della contribuzione sociale rispetto all'imposta che viene aumentata per fiscalizzare il contributo.

Quel che caratterizza il sistema sanitario pubblico italiano è, principalmente, la sua configurazione decentralizzata in favore degli Enti di governo regionale. Seguendo il dettato costituzionale, e con le successive modifiche ad esso che hanno accentuato gli aspetti del federalismo, il servizio sanitario pubblico italiano è fondato sulla divisione dei poteri tra lo Stato, che - in particolare dal 2001 – ha la responsabilità di stabilire le prestazioni sanitarie “essenziali” che tutte le Regioni devono offrire ai cittadini, ovunque residenti, e le Regioni che hanno responsabilità pressoché esclusiva dell’organizzazione e gestione del servizio sanitario. Il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) è rimasto compito dello Stato, che assegna dal suo bilancio le risorse finanziarie alle Regioni, secondo criteri capitari, di fabbisogno e perequativi. Le Regioni possono offrire ai loro residenti servizi sanitari eccedenti i LEA (servizi complementari o supplementari), ma debbono finanziarli con risorse proprie; sono inoltre previsti e attuati sistemi di co-pagamento, da parte degli utenti, di alcune prestazioni, con esenzioni e agevolazioni per utenti aventi redditi bassi, o dati requisiti di età o di cronicità della malattia.

In prospettiva, il processo di devoluzione dei poteri (“federalismo”) in materia sanitaria alle Regioni, secondo le previsioni della Costituzione emendata, dovrebbe condurre a un regime di finanziamento dei LEA con le risorse regionali autonome. Tuttavia, poiché compete allo Stato la responsabilità di garantire l’offerta dei LEA in tutto il territorio nazionale, rimane l’esigenza della redistribuzione perequativa delle risorse dal bilancio centrale fino a che permangono significative differenze delle basi imponibili pro-capite tra le Regioni, tali che possa essere riconosciuta per alcune di esse l’oggettiva difficoltà (misurata dalla capacità fiscale pro-capite teorica) a finanziare i LEA soltanto con le proprie risorse. Inoltre, sono da riconoscere le disuguali condizioni iniziali, tra Regioni, del capitale necessario ai servizi sanitari (infrastrutture, macchinari moderni, formazione tecnologica e professionale, capacità organizzative); ed anche gli eventuali divari dei costi unitari dei servizi attribuibili a cause esogene ad essi (morfologia dei territori e densità abitative, condizioni climatiche, strutture per età dei residenti, tipologia delle attività, ed altre).

La configurazione regionale del sistema risponde ai ben noti vantaggi, attribuiti dalla teoria del federalismo⁽²⁾ alla divisione dei poteri pubblici tra diversi livelli di governo, centrale e territoriali. Le principali riserve e conseguenti richieste di vincoli nazionali all’autonomia degli enti di governo territoriale scaturiscono dall’osservazione dell’esistenza – in alcuni Paesi, e tra essi l’Italia – di significative disuguaglianze economiche, sociali, organizzative, culturali, tra le diverse Regioni (o altri enti territoriali) di un medesimo Stato. La questione degli squilibri socio-economici tra aree geografiche è stata affrontata nei Paesi, che hanno devoluto poteri a livelli sub-statali di governo, principalmente sotto il profilo delle loro

⁽²⁾ Cfr. in particolare, i lavori fondamentali di MUSGRAVE (1959, 1965, 1972, 1984); PHILIP (1954). I valori del governo locale sono già affermati con chiarezza nel quadro della organizzazione sociale democratica, in DE TOCQUEVILLE (1835 e trad. it. 1932).

differenti capacità di produrre gettito con l'imposizione tributaria autonoma. Quando si sono posti obiettivi di livelli predeterminati di specifici servizi pubblici da offrire in tutto il territorio nazionale, in regime di autonomia tributaria degli enti territoriali per il finanziamento di tali servizi, si sono pertanto predisposti trasferimenti perequativi del bilancio statale in favore delle Regioni con basi imponibili potenziali relativamente più ristrette.⁽³⁾

E' inevitabile che nelle dialettiche politiche, tra i differenti livelli di governo e tra enti dello stesso livello, sorgano conflitti di "legittimi interessi" circa i criteri del ripiano dei fondi disponibili nel bilancio statale tra gli enti di governo deputati alla realizzazione del servizio sanitario pubblico. I contrasti si accentuano quando alcune Regioni assumono impegni di spese che eccedono i trasferimenti statali ad esse formalmente assegnati (ex-ante) sulla base di criteri prestabiliti. Infatti, se lo Stato interviene con ulteriori finanziamenti a copertura delle maggiori spese così da assicurare che i livelli predeterminati dei servizi siano effettivamente prestati, si creano le condizioni del "vincolo debole di bilancio"⁽⁴⁾. Esso incoraggia le Regioni beneficiarie a comportamenti opportunistici disincentivandole dalla ricerca di maggiore efficienza, e inoltre induce a comportamenti opportunistici le Regioni che contribuiscono al Fondo perequativo (abbassando i loro livelli di spesa per abbassare il loro contributo al Fondo, utilizzando i margini della loro maggiore efficienza e, se esse sono Regioni più ricche, aumentando co-pagamenti e spingendo alla spesa sanitaria privata). Se invece lo Stato non interviene, si prospetta il rischio che in alcune Regioni non siano offerte le prestazioni (per livelli, qualità, estensione) di cui lo Stato è formalmente garante. Poiché entrambe le ipotesi appaiono insoddisfacenti sotto il profilo dei principi, si aprono questioni di "governance" delle relazioni intergovernative (incluse le previsioni di "sanzioni" verso le Regioni inadempienti)⁽⁵⁾

Si deve osservare che alcuni autori hanno sollevato obiezioni all'opportunità del decentramento territoriale della gestione di determinati servizi pubblici, o hanno richiesto vincoli significativamente limitativi all'autonomia dell'ente decentrato, ritenendo non sufficienti, per gli obiettivi di tali servizi, neppure schemi teoricamente corretti del riparto del fondo sanitario gestito dal bilancio statale, con criteri capitari,

⁽³⁾ I criteri per determinare i trasferimenti statali alle singole Regioni sono generalmente basati sul numero e sulla struttura della popolazione residente e presente, con le correzioni apportate in relazione ai flussi migratori di pazienti, in entrata e in uscita; su indicatori della capacità fiscale teorica; su indicatori dei costi specifici per la prestazione dei servizi nella singola Regione; su indicatori di morbilità, e su indicatori che esprimono i fabbisogni arretrati che devono essere colmati per conseguire prestazioni uniformi nel territorio. Tra essi si possono includere anche le carenze organizzative e progettuali, che possono essere transitoriamente sanate con l'ausilio e la consulenza tecnica da parte dell'Autorità centrale (il Ministero della salute o altre Agenzie). Le esperienze mostrano che, nella realtà, il fattore tempo condiziona gli schemi del riparto perequativo, poiché può risultare politicamente difficile il repentino passaggio dai precedenti livelli di spesa ("storica"), soprattutto quando essi erano stabiliti con una sorta di pagamento "a piè di lista", a nuovi livelli (e dinamiche) di spesa in base ai fabbisogni potenziali stimati sulla base di indicatori tecnico-economici; pertanto, almeno nelle fasi di transizione, è frequente che si mantenga la "spesa storica" accanto ai nuovi criteri di assegnazione dei fondi, con cui si cerca di correggerla.

⁽⁴⁾ Cfr. tra altri TARONI (2002) pp 77 ss

⁽⁵⁾ Cfr. TORBICA, FATTORE (2005), p. s51. La questione è ripresa più avanti.

perequativi, di fabbisogno. Nell'opinione di tali autori, questi sono i servizi pubblici aventi carattere preminentemente redistributivo, quali la sanità e l'istruzione⁽⁶⁾ (e precisamente, aggiungo, nella forma della redistribuzione in "natura" o di genere). L'obiezione di fondo è che il decentramento territoriale di tali servizi pubblici aventi motivazioni redistributive (la prestazione del servizio è svincolata dalla capacità di spesa del beneficiario) pone potenzialmente in conflitto gli obiettivi della universalità ed uguaglianza delle prestazioni offerte su tutto il territorio nazionale (che corrispondono ai principi redistributivi nazionali), con la pluralità di obiettivi formulati dai singoli enti territoriali ciascuno avendo riguardo al proprio ambito; e in conflitto con le differenti capacità, tra enti, di gestione del servizio (efficienza, produttività, qualità, innovazione). L'uniformità della capacità di spesa pro-capite di ciascun ente territoriale in tali servizi, anche se fosse assicurata da indicatori di fabbisogno tecnicamente accettabili, non sarebbe sufficiente ad assicurare ai cittadini ovunque residenti uniformità di accesso a uguali servizi per uguali bisogni. Gli obiettivi redistributivi di tali servizi pubblici, nel caso quello della sanità, inoltre farebbero cadere la "coincidenza fra il luogo della partecipazione all'assunzione delle decisioni e lo spazio degli effetti, positivi e negativi, delle medesime decisioni"⁽⁷⁾, che è uno dei cardini della teoria tradizionale del federalismo. Si è anche sostenuto che "in campo sanitario proprio la scarsa informazione da parte degli utenti potrebbe far cadere una delle principali motivazioni generalmente addotte per spiegare l'attribuzione della competenza agli enti di Governo decentrati, ovvero la maggiore possibilità di adeguare il servizio alle esigenze della popolazione locale e il maggior controllo di quest'ultima sui risultati"⁽⁸⁾.

Nel precedente studio, dedicato all'esame dei principi dell'intervento pubblico nella sanità, ho argomentato che la tesi della "superiorità" del modello del servizio sanitario pubblico universale e fondato sull'ugualitarismo specifico si presta anch'essa a obiezioni e qualificazioni. Ricordo che se tale "superiorità"

⁽⁶⁾ Cfr., in un'analisi rivolta all'esperienza italiana, le considerazioni di TARONI (2002), pp. 73 e ss., e gli autori ivi citati.

⁽⁷⁾ TARONI (2002) p. 78

⁽⁸⁾ ISAE (2004), p. 58. Ritengo, tuttavia, che quest'ultima osservazione confonda, almeno in parte, l'asimmetria informativa ex-ante, ovvero l'incapacità dell'utente di prevedere gli effetti sulle sue condizioni di salute della terapia a lui prescritta, con il grado di "soddisfazione" ex-post provato del malato dopo la cura, incluse le sue esperienze sulla tempestività della cura (si pensi alle "liste di attesa"), sulla disponibilità di tempo e di attenzione dedicatagli dal personale medico e paramedico, sull'adeguatezza delle strutture in cui è stato curato o ricoverato. Alla "soddisfazione di pazienti e consumatori" ("responsiveness") l'OECD (2004, a) dedica un intero capitolo (Cap. 3). Uno degli sviluppi recenti più importanti della letteratura in materia è stato quello che ha posto l'accento sugli "outcomes" delle prestazioni sanitarie. Anche sul terreno della esperienza visibile, il fenomeno delle "migrazioni" di un numero significativo di malati dalle Regioni meno sviluppate a quelle più avanzate, che ha interessato tradizionalmente l'Italia, sta a dimostrare che i cittadini sanno acquisire consapevolezza, ricorrendo all'informazione tra essi (e con l'ausilio dei medici "di famiglia", oggi di base), delle località in cui possono trovare condizioni di cura migliori, anche fuori della loro Regione. D'altra parte, chi vive in una città metropolitana sa bene che è continuo lo scambio di informazioni tra cittadini, in base alle esperienze provate, sui centri di cura meglio attrezzati per questa o quella patologia; fenomeno analogo si riscontra, ormai, nel servizio scolastico, dove vi sono "gare" tra genitori dei grandi centri urbani per fare usufruire ai propri figli i servizi della scuola o sezione reputata più adatta, al punto che l'impossibilità di accedere a tali offerte pubbliche "preferite" è addotta, assai spesso, a motivo dell'iscrizione dei figli ad istituti privati (anche da chi sostiene, per questo, un sacrificio economico non indifferente al suo bilancio). In luogo dell'asimmetria informativa opera il razionamento.

è riferita a un principio etico, la sua applicazione non dovrebbe conoscere frontiere nazionali, sicché già alcuni autori hanno sollevato la questione del “diritto morale” (nel senso, ad esempio, sostenuto dal citato Sen) alle prestazioni sanitarie universali, ugualitarie e correlate ai bisogni, da parte di tutti i cittadini della U.E. ovunque residenti. Va aggiunto che, invero, il richiamo al “principio etico” di per sé universale comporterebbe la sua estensione oltre i vincoli territoriali dell’U.E., e la sua applicazione dovrebbe essere verificata nelle scelte di bilancio pubblico nazionale elevando la priorità degli aiuti alla grande area dei Paesi in povertà e in grave insufficienza sanitaria rispetto alle priorità degli stanziamenti per la sanità nazionale.

Se invece ci si intende limitare alle scelte di politica sanitaria nazionale – un approccio meno idealistico ma più realistico – il richiamo più corretto, a sostegno del modello pubblico universale e ugualitario, è al “diritto di cittadinanza” ad usufruire delle prestazioni sanitarie secondo tale modello.

Ma, i contenuti del “patto sociale” costitutivo dello Stato di cui si è cittadini, sono verificati, in democrazia, dalla volontà politica maggioritaria dei cittadini medesimi. Nel caso dell’Italia, opportunamente ha ricordato France ⁽⁹⁾ – autore peraltro assai sensibile alla preoccupazione che il decentramento territoriale possa violare standard desiderabili di uniformità tra le prestazioni erogate in tutto il territorio nazionale – che, dalle indagini finora compiute risulta che la maggior parte dei cittadini italiani è favorevole al modello del servizio sanitario pubblico nazionale che dovrebbe offrire a tutti prestazioni uniformi, ma è nel contempo favorevole alla devoluzione dei poteri in materia alle Regioni, ritenendo che essa consenta un maggiore rispetto per preferenze e necessità locali. Un’implicazione più cruda, se rapportata ai citati principi ideali, però credo rappresentativa dei contenuti che la maggior parte dei cittadini attribuisce al “patto di cittadinanza”, è che solidarismo e redistribuzione sono sì considerati valori e tuttavia che essi sono soggetti a limiti quantitativi posti dalla difesa (almeno) dei livelli già raggiunti delle condizioni economiche individuali, da chi dovrebbe “pagare” o rinunciare a servizi pubblici alternativi per attuare la redistribuzione nella sanità (chi desidera, può riprendere a tale riguardo i temi dell’utilitarismo individuale). Tali limiti ai processi redistributivi, ben noti a livello nazionale, operano anche a livello territoriale. Se la collettività nazionale decide di fondare il “patto di cittadinanza” (e di mantenerlo nel tempo) sull’accettazione dell’economia di mercato e della proprietà privata dei mezzi di produzione, necessariamente accetta le disuguaglianze economiche che ne conseguono, e che potrà attenuare – ma entro dati limiti – con le politiche redistributive. Se la collettività nazionale decide in favore del decentramento territoriale dei poteri pubblici, necessariamente è preparata ad accettare le conseguenti difformità territoriali nell’offerta di servizi pubblici, entro dati limiti individuati dal processo decisionale politico. Il richiamo al “diritto di

⁽⁹⁾ FRANCE (2003), pp. 265, 6

cittadinanza” è vuoto, quando non viene riempito dalla verifica politica dei contenuti che la collettività, nel processo decisionale democratico, storicamente intende attribuire al “patto di cittadinanza”.

Le dirigenze politiche italiane, dopo l’introduzione del modello del servizio sanitario pubblico nazionale, hanno cercato di interpretare le preferenze (maggioritarie) della collettività nazionale sia verso gli obiettivi del servizio sanitario universale ed uniforme per tutti, sia verso quelli del decentramento territoriale; mentre hanno dovuto accrescere i pesi, nelle loro decisioni, dei vincoli ai saldi del bilancio pubblico complessivo, soprattutto dopo l’adesione al patto europeo di stabilità e alla moneta unica. Accertato il consenso politico dell’elettorato in favore del decentramento, esso non poteva non trovare attuazione anche nella politica dell’offerta sanitaria, che assorbe oltre il 70% delle risorse dei bilanci Regionali ⁽¹⁰⁾.

D’altra parte le opinioni pubbliche potevano ribattere, ai sostenitori della tesi che la redistribuzione pubblica deve essere operata a livello centrale, che dopo decenni di politiche di redistribuzione territoriale, con molteplici articolazioni, operate dal centro i risultati apparivano tutt’altro che soddisfacenti; e che, in tutti gli anni antecedenti alla “devoluzione” in materia sanitaria già si erano realizzate e consolidate significative difformità di offerta delle prestazioni a livello territoriale, quindi non attribuibili alla “devolution”⁽¹¹⁾; difformità di cui anche la tradizionale mobilità tra Regioni è un indicatore significativo. In Inghilterra, patria del modello del servizio pubblico universale ed egualitario (“Modello Beveridge”), in vigore dal 1948, il Governo laburista (tornato in carica nel 1997) prese atto formalmente delle disuguaglianze delle prestazioni sanitarie sia di causa sociale sia di causa geografica⁽¹²⁾, accertate dopo un cinquantennio di applicazione di tale modello che non è regionale, e (nel 2002) pose al 2010 il tempo di verifica del superamento (almeno parziale) delle maggiori di tali disuguaglianze, correlate anche alla localizzazione territoriale dei centri di offerta sanitaria⁽¹³⁾.

Le dirigenze politiche italiane, anche nell’alternanza di governo dei due opposti schieramenti politici dagli inizi degli anni ’90, hanno mostrato realismo nel cercare di conciliare le istanze politiche al rispetto dei principi dell’universalità di accesso e di uniformità (a pari bisogni) delle prestazioni in favore dei residenti di ogni Regione, con le istanze politiche alla devoluzione dei poteri alle Regioni. La prassi delle continue negoziazioni tra Stato e Regioni, dei trasferimenti dello Stato aggiuntivi a quelli pre-stabiliti, del palleggio

⁽¹⁰⁾ DIRINDIN (2004 p. 1), afferma che le ragioni di fondo del processo di devoluzione in Italia dei poteri in materia sanitaria alle Regioni, sono attribuibili non solo alla volontà degli enti decentrati ma anche del Governo centrale perché: esso ha aumentato l’esigenza, dalla metà degli anni ‘90’, di avere la collaborazione dei Governi territoriali per rispettare gli impegni presi con l’Europa; a fronte delle difficoltà a gestire (anzitutto finanziariamente) il servizio sanitario nazionale universale, il governo centrale avrebbe ritenuto il decentramento funzionale a sperimentare forme alternative di organizzazione e di finanziamento della Sanità. Inoltre, il decentramento è, da un’autorevole linea di pensiero, considerato il modo più efficace (responsabilizzando le collettività locali) per accrescere l’efficienza

⁽¹¹⁾ Cfr. MURARO (2003) pp. 380 ss. e cfr. FRANCE (2003), p. 269.

⁽¹²⁾ Cfr. UK Department of Health (1998 e 2002)

⁽¹³⁾ Cfr. la precedente parte del lavoro

delle responsabilità tra Stato e Regioni e tra Regioni sull'incongruità dei trasferimenti e sugli eccessi di spese rispetto alle previsioni, non ha soddisfatto ai criteri della razionalità e dell'efficienza ma ha evitato l'insorgere di conflitti istituzionali pericolosi anche per gli effetti sulla pubblica opinione. L'impegno politico verso una sintesi tra le due istanze potenzialmente confliggenti, la devoluzione alle Regioni e la garanzia dell'uniformità territoriale della prestazione del servizio pubblico, ha trovato espressione nella definizione formale dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA), una novità della politica sanitaria (almeno in quanto i LEA sono formalmente sanciti nelle leggi) anche nel panorama internazionale⁽¹⁴⁾.

2. La ricerca di maggiore efficienza

L'OECD, nel citato Rapporto del 2004⁽¹⁵⁾, ritiene probabile che nel prossimo futuro continueranno ad operare nei Paesi industrializzati i fattori suindicati di crescita della spesa sanitaria, e quindi che i Governi di tali Paesi saranno alle prese con il difficile problema di conciliare la crescita tendenziale della spesa sanitaria pubblica con i vincoli del bilancio pubblico. L'indicazione offerta dall'OECD è che "sul lungo periodo aumenti dell'efficienza possono essere l'unica strada – e certamente la più attraente – per riconciliare le domande crescenti di prestazioni sanitarie con i vincoli del finanziamento pubblico"⁽¹⁶⁾.

E' una strada che molti Paesi industrializzati, sia con servizio sanitario pubblico sia con assicurazioni sociali, hanno tentato di imboccare, e/o tuttora cercano di percorrere. Appare logico che studiosi e policy-makers abbiano voluto affidarsi a una delle principali affermazioni della teoria economica tradizionale: la superiore efficienza dei mercati concorrenziali, non solo nel significato statico dell'efficienza allocativa propria del modello degli equilibri generali concorrenziali, ma anche (e soprattutto) nel significato dinamico degli incentivi che la concorrenza produce all'efficienza economica e tecnica interna, alla ricerca di innovazioni, al pronto assorbimento delle opportunità di progresso tecnico, alla più attenta e pronta risposta agli andamenti della domanda⁽¹⁷⁾.

L'ampliamento e il rafforzamento delle strutture concorrenziali e le liberalizzazioni dei mercati sono, oggi, "targets" di riferimento posti esplicitamente dalle istituzioni dell'U.E. (Consiglio, Commissione, Parlamento) alle politiche economiche comunitarie e dei Paesi membri. La ricerca della maggiore efficienza nei sistemi sanitari, e l'intento di conseguirla attraverso l'infusione di meccanismi propri della concorrenza

⁽¹⁴⁾ Cfr. FRANCE (2003); TORBICA, FATTORE (2005).

⁽¹⁵⁾ OECD (2004, c).

⁽¹⁶⁾ OECD (2004, a) p. 96

⁽¹⁷⁾ Su tali aspetti cfr. TRENTO, BENTIVOGLI (2005).

anche nel modello del servizio pubblico, sono pertanto linee programmatiche che ineriscono a tale indirizzo generale di governo dell'organizzazione economica, di cui il settore delle prestazioni sanitarie (che impegna allo scopo risorse produttive e finanziarie) necessariamente è parte. Tuttavia, la tesi dell'opportunità di estendere tali affermazioni al sistema sanitario pubblico, introducendo in esso un "mercato interno", non è pacifica⁽¹⁸⁾. Vero è che ogni proposta generalmente presenta effetti previsti positivi ed altri negativi; e che la sua valutazione deve avvenire nel confronto con le alternative praticabili. Mi sembra che la questione di fondo, controversa, è se l'introduzione di meccanismi propri della concorrenza nel modello del servizio sanitario pubblico universale può essere compatibile, oppure no, o in quale misura, con il mantenimento dei principi fondamentali di tale modello. Non solo molti economisti proponenti l'introduzione dei "mercati interni" nel modello sanitario pubblico, ma anche le Autorità politiche (socialiste) di Paesi a consolidata tradizione di servizio sanitario pubblico, quali l'Inghilterra e la Svezia, affermano (tuttora) la compatibilità (con le qualificazioni esposte nel prossimo paragrafo) di istituti della concorrenza con i principi dell'universalità dell'accesso e dell'uguaglianza delle prestazioni⁽¹⁹⁾. L'introduzione di forme di "quasi mercato" è avvenuta, ed è mantenuta, anche nel sistema tedesco delle assicurazioni sociali obbligatorie. Altri economisti, invece, negano la compatibilità della soluzione concorrenziale con i principi basilari del modello pubblico⁽²⁰⁾.

Poiché i tentativi di infondere istituti della concorrenza anche nel modello pubblico, o delle assicurazioni sociali obbligatorie, risalgono agli inizi degli anni '90 (in Inghilterra) e si sono poi diffusi in altri Paesi (e vi sono ormai su di essi molteplici analisi che accompagnano il dibattito politico corrente), è opportuno cercare in tali esperienze possibili risposte all'interrogativo se l'apertura alla concorrenza sia soluzione valida per realizzare gli aumenti di efficienza che, nella citata indicazione dell'OECD, sarebbe l'unica strada percorribile per conciliare le domande crescenti di prestazioni sanitarie con i previsti vincoli del bilancio pubblico: e all'interrogativo se la soluzione concorrenziale può conciliarsi con i principi dell'accesso di tutti

⁽¹⁸⁾ Infatti, da alcuni autori sono stati sottolineati i più elevati costi di transazione che sarebbero propri degli scambi di tale mercato in un contesto di elevata incertezza e di complementarità tra beni e servizi sanitari e con gli investimenti sanitari; si è inoltre suggerito che i contratti "relazionali" di lungo periodo rappresentano la soluzione contrattuale più efficiente, consentendo alle parti di approfondire, nel tempo, le conoscenze reciproche e del mercato, e di trovare così anche interessi alla "collaborazione", piuttosto che alla competizione tipica del mercato. Si è posto l'accento sull'importanza del grado di misurabilità delle prestazioni sanitarie e su quello della contendibilità riferita al "quasi mercato", affinché il confronto concorrenziale tra strutture di offerta delle prestazioni possa produrre i risultati attesi in termini di efficienza. Cfr. per tutti NICITA (2003) pp.77 e ss.

⁽¹⁹⁾ Come si richiamerà nel prossimo paragrafo.

⁽²⁰⁾ Scrive ARTONI (1999) p. 260 "In particolare, ci dobbiamo chiedere se sistemi in cui coesistono componenti pubbliche e private tendono a mantenersi in soddisfacenti equilibri nel tempo o se invece la concorrenza fra pubblico e privato non sia necessariamente transitoria e porti di fatto a una segmentazione del sistema sanitario: l'accesso a cure qualificate e tempestive verrebbe di fatto ad essere subordinato alla capacità di pagamento individuale, all'interno e all'esterno della componente pubblica". Le opportunità di introdurre meccanismi di competizione nell'ambito del modello del servizio pubblico, per accrescerne l'efficienza, mantenendo la sua separazione dalle forme della "sanità privata", sono esaminate nel paragrafo successivo.

e in modo uniforme a prestazioni correlate ai bisogni, poiché tali principi caratterizzano il modello del servizio sanitario pubblico.

2.1 L'introduzione di forme "mercato interno" nei sistemi sanitari pubblici

2.2 L'esperienza inglese

La proposta di introdurre nel sistema sanitario i meccanismi del mercato concorrenziale, che dovrebbero spingere, rispetto a schemi alternativi, verso maggiore efficienza, produttività, innovazione, origina dagli Stati Uniti, e viene spesso collegata all'economista Enthoven⁽²¹⁾. Anche negli U.S. la proposta è scaturita dalla preoccupazione di contenere i costi crescenti dell'insieme delle prestazioni sanitarie, agli inizi degli anni '80. Pur essendo in quel Paese il sistema sanitario fondato sul modello assicurativo privato, si riteneva che l'organizzazione di tale mercato non funzionasse secondo gli schemi concorrenziali efficienti, soprattutto a causa delle asimmetrie informative a svantaggio dei consumatori (gli assicurati) e degli enti terzi pagatori (le assicurazioni), e a causa delle pratiche di "selezione avversa" da parte degli enti di assicurazione e dei produttori delle prestazioni sanitarie; e inoltre a causa delle molteplici imperfezioni delle strutture di quei mercati.⁽²²⁾

La proposta ebbe successo negli Stati Uniti, e il terzo Governo (1987-1990) del Premier Signora Thatcher chiamò lo stesso Enthoven a guidare un gruppo di esperti per elaborare un progetto di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) inglese. Agli inizi della sua seconda Amministrazione (1983-1987), il Governo del Premier Thatcher aveva cercato di introdurre i principi della gestione manageriale (anziché burocratica) nelle strutture operative del NHS, assegnando nuovi poteri e correlate responsabilità ai nuovi managers e anche prevedendo incentivi retributivi commisurati ai risultati ("new public management")⁽²³⁾. Però, nel modello del servizio sanitario pubblico, risultava evidente che la responsabilità ultima dell'offerta delle prestazioni, per estensione, livello e qualità, ricadeva sul Governo centrale: perciò, "si può argomentare del tutto ragionevolmente che gli incentivi del nuovo managerialismo pubblico non erano coerenti con la

⁽²¹⁾ Cfr. ENTHOVEN (1980, 1985), che fu consulente del governo inglese nel 1987; e cfr. i commenti critici in MACIOCCO (2000, a).

⁽²²⁾ Il nocciolo della proposta era di organizzare la domanda degli assicurati attraverso le HMOs, organismi che offrivano agli iscritti un insieme di prestazioni sanitarie contro il pagamento di una quota annuale fissa (capitaria) pre-pagata e che contrattavano, in veste di "purchasers" (acquirenti) l'acquisto di tale insieme di prestazioni dai "providers" dei servizi sanitari (sostanzialmente ospedali e strutture specialistiche); la "sovranità" del consumatore esercitandosi, di fatto, nella scelta (tipicamente annuale) della HMO cui iscriversi. Si sarebbero così meglio definiti, secondo gli schemi teorici del mercato, i ruoli della domanda e dell'offerta, bilanciando la forza contrattuale dei "providers" con quella dei "purchasers" (questi organizzando le domande individuali, dei singoli o delle imprese che concedevano il "benefit" dell'assicurazione sanitaria ai loro dipendenti); e si sarebbe introdotta una effettiva competizione sia tra i "purchasers" che tra i "providers". Le HMOs hanno incentivi a contenere i costi al di sotto dei premi pagati in quanto si trattengono i benefici. Cfr., tra i molti, KIRKMAN, LIFF (1998), in HAM ed..

⁽²³⁾ National Health Service Management Inquiry, Report (1983); e cfr. Klein (2000); OLIVER (2005) p. S77.

struttura istituzionale del NHS”⁽²⁴⁾, ad es. perché non potevano avere luogo, come invece nel mercato, ipotesi di fallimento (chiusura) di ospedali e di altre strutture, licenziamenti, ecc.

Quella del “mercato interno” al Servizio Sanitario Nazionale è stata pertanto la seconda strada tentata, dalla fine degli anni ’80, dal Governo conservatore per infondere nel sistema sanitario nuova efficienza, attraverso le “virtù” della concorrenza. Fondata su una serie di documenti del “Department of Health”⁽²⁵⁾, la nuova politica sanitaria⁽²⁶⁾ introdusse gradualmente il “mercato interno” al servizio sanitario pubblico (tra il 1991 e il 1994), separando le funzioni dei “providers” – essenzialmente NHS Trusts, ospedali non-profit che vennero dotati di qualche autonomia⁽²⁷⁾ – da quella dei “purchasers”, nuove organizzazioni dei medici che vennero aggiunte, nel ruolo di acquirenti di prestazioni sanitarie e di erogatrici dei servizi di base, alle esistenti “District Health Authorities”. Queste nuove organizzazioni, chiamate “Fundholdings” costituite da medici generici (GP) e relativo personale ausiliario su base volontaria e con competenza territoriale, avevano il compito di acquistare le prestazioni ospedaliere e specialistiche (escluse alcune di alta specializzazione)⁽²⁸⁾. Gli stimoli concorrenziali all’efficienza e alla qualità del servizio offerto dovevano provenire, anzitutto, dalla concorrenza tra i “providers”, con i quali i “purchasers” dovevano stipulare i contratti di acquisizione delle prestazioni.

E’ interessante ricordare, storicamente ma anche concettualmente, che la riforma introdotta dall’Amministrazione Thatcher si proponeva, ufficialmente, di introdurre nel sistema pubblico gli incentivi della competizione tra i “providers”: ma che, tuttavia, l’istituzione dei “Fundholdings”, costituiti su base volontaria, che si affiancavano alle “District Health Authorities” (Autorità Pubbliche) nel ruolo di “purchasers” di prestazioni specialistiche (diagnostiche, curative, farmaceutiche) e di ricoveri ospedalieri, poneva la premessa della competizione (tra organizzazioni di medici e strutture pubbliche) anche sul versante degli acquirenti le prestazioni sanitari. Tale innovazione, pertanto, avrebbe potuto preparare lo svuotamento delle “District Health Authorities” dal lato della committenza affidando ai “GP Fundholders” il ruolo dominante nella contrattazione con i NHS Trusts. Secondo alcuni osservatori, e secondo l’opposizione laburista, il vero disegno del Governo conservatore era, infatti, di sottrarre alle Autorità pubbliche la programmazione sanitaria così da aprire la strada alla privatizzazione del sistema. Il cambio di governo con

⁽²⁴⁾ OLIVER (2005) p. S77

⁽²⁵⁾ UK Department of Health (1989; 1991; 1992).

⁽²⁶⁾ Cfr. WEBSTER (2002); KLEIN (2001).

⁽²⁷⁾ Prima della riforma gli ospedali erano gestiti dalle Autorità del NHS (Health Authorities); con la riforma i NHS Trusts acquisiscono autonomia gestionale, con margini di libertà anche nella determinazione degli stipendi e delle scelte delle professionalità e dell’organizzazione delle prestazioni.

⁽²⁸⁾ I “GP Fundholders” divennero responsabili, mediamente, di 100.000 assistiti per ciascuna organizzazione ; nel 1998 (alla data del ritorno al governo dei laburisti, che trasformarono i “Fundholdings” in PCTs, e le District Health Authorities in SHAS, Strategic Health Authorities), circa il 50% dei medici di base erano “Fundholders”, sicché il sistema risultava sostanzialmente dicotomo (circa il 55% della popolazione era assistita dai “Fundholders”).

la vittoria laburista del 1997 non ha permesso di verificare se questo era realmente il disegno dell'Amministrazione Thatcher (poi Major) e se esso fosse politicamente praticabile .

I Governi laburisti succedutisi dal 1997 ad oggi, mentre hanno sempre ribadito la loro volontà di mantenere gli obiettivi di universalità, uguaglianza e riferimento ai bisogni del modello del servizio sanitario pubblico, non hanno mai sconfessato (esplicitamente) la strategia del “mercato interno”; ma hanno inteso modificare alcuni suoi aspetti, rispetto alle scelte dei Governi conservatori. In particolare, sulla base del programma del 1998⁽²⁹⁾ l'amministrazione Blair, superando la dicotomia tra GP organizzate oppure no, ha reso obbligatori (dal 1999) i raggruppamenti dei medici (e relativo personale) nei nuovi organismi denominati PCGs⁽³⁰⁾; più tardi trasformati in PCTs, divenuti operativi nel 2004.

E' stata, perciò, espressa la valutazione che il nuovo (nel 1998) Governo laburista ha “universalizzato il Fundholding”⁽³¹⁾ anche se con “un enfasi sulla cooperazione piuttosto che sulla competizione”. Infatti, nelle enunciazioni programmatiche⁽³²⁾ il Governo laburista, pur mantenendo la separazione tra fornitori ed acquirenti delle prestazioni sanitarie su cui si era fondato il tentativo del “mercato interno”, indicava una nuova strategia di “clinical governance” fondata sull'assunzione di responsabilità, per l'attuazione degli obiettivi del NHS, da parte di tutti gli operatori in un contesto di collaborazione; e di cooperazione anche nell'attività di committenza (allo scopo estendendo la durata dei contratti di fornitura), tra i “purchasers” e “providers”, al fine di ridurre i costi eccessivi imputabili alla contrattazione tra essi⁽³³⁾.

Ma, già nel 2001 una serie di studi pubblicati sul “British Medical Journal”⁽³⁴⁾ rilevavano che si erano manifestate forti difficoltà all'attuazione del “governo clinico”, connesse specialmente all'insufficienza delle risorse (il “razionamento”) destinate ai PCGs per realizzare i nuovi compiti previsti; mentre il personale medico, al quale l'Amministrazione laburista aveva voluto proporre il patto della “clinical governance” era, in quegli anni, in stato di agitazione non vedendo soddisfatte, causa il razionamento, le sue richieste su retribuzioni e carichi di lavoro. Il razionamento delle risorse destinate al NHS si ergeva, dunque, a ostacolo all'attuazione della strategia cooperativa tra tutti gli attori del sistema sanitario. D'altra parte, il razionamento spingeva anche l'Amministrazione a non abbandonare la strategia del “mercato interno”, pur avendola attenuata e limitata, restando prioritario l'obiettivo della crescita dell'efficienza che il “mercato interno” avrebbe dovuto stimolare. Si può leggere in tale ottica l'opportunità accordata ai “NHS Trusts” di

⁽²⁹⁾ Department of Health, The New NHS, (1998)

⁽³⁰⁾ I PCGs (Primary Care Groups) hanno avuto un bilancio unico, inclusivo della spesa farmaceutica, con ampi compiti di impiegare le risorse per i bisogni sanitari del territorio di competenza e di svolgere la committenza per le prestazioni ospedaliere e specialistiche; di sviluppare l'assistenza di base e l'integrazione con altri servizi sociali, di collaborare con le Health Authorities (oggi SHAs).

⁽³¹⁾ OLIVER (2005, p. 378)

⁽³²⁾ Cfr. Department of Health (1998, 2002 a e b); Klein (1998)

⁽³³⁾ Cfr. NICITA (2003), p. 81

⁽³⁴⁾ Cfr. MACIOCCO (2000) e la bibliografia citata

vedere premiata la favorevole gestione con la trasformazione in Foundation Trust (2004), che beneficiano di una più ampia autonomia, come il trattenere i ricavi da vendite immobiliari, determinare propri piani di investimento, corrispondere elementi retributivi aggiuntivi collegati alla produttività. Inoltre, sono dovute alle iniziative del Governo laburista, a iniziare dal 2000, “l’iniziativa finanziaria privata (PFI)” che coinvolge imprese private nel finanziamento, oltre che nella costruzione, di strutture ospedaliere; e il “private sector concordat”, che autorizza i PCTs a commissionare prestazioni al settore privato con lo scopo di ridurre i tempi di attesa per interventi chirurgici (utilizzando anche “providers” privati di altre località e persino all’estero).⁽³⁵⁾.

2.3. Altre esperienze: Svezia; Germania; Italia

Prima di esaminare le valutazioni che sono state date degli interventi intesi a costituire un “mercato interno” al servizio sanitario pubblico in Inghilterra, quanto ai loro effetti rispetto all’obiettivo dichiarato di accrescere l’efficienza del sistema, e quanto alla loro compatibilità con i principi ispiratori del modello sanitario pubblico, è opportuno richiamare altre esperienze di costituzione di “mercati interni” condotte in Paesi anch’essi a modello “Beveridge”, oppure a “modello Bismark”. Le esperienze della Svezia e della Germania paiono essere tra le più significative.

Anche la Svezia, sulla scia del sistema inglese, ha fondato la sua legge quadro della sanità (Health Care Act, 1982) sul principio dell’ “uguale accesso ai servizi sulla base del bisogno”⁽³⁶⁾. Ma anche in Svezia, come nella gran parte dei Paesi industrializzati, “poiché il finanziamento pubblico è divenuto più vincolato, le politiche per la salute sono state oggetto di un continuo dibattito politico negli ultimi 15 anni”⁽³⁷⁾. Le Autorità locali, in particolare i Consigli di Contea (alcuni si sono fusi in Regioni), che hanno ruolo dominante nella gestione del sistema sanitario svedese⁽³⁸⁾, avendo responsabilità istituzionale diretta della salute di tutti i residenti nel territorio di loro competenza, sin dagli inizi degli anni ’90 hanno sperimentato la separazione tra “purchasers” e “providers”, nuove forme di pagamenti ai “providers”, margini di scelta tra “providers” da parte dei cittadini (ma con limitazioni pratiche a scegliere centri sanitari esterni alla contea di residenza), e alcuni provvedimenti di privatizzazione, in particolare degli ospedali. Sono questi, nella

⁽³⁵⁾ Sui PFI cfr. DAWSON (2001); WEBSTER (2002); LE GRAND (2002). Sul “private sector concordat” cfr. UK Department of Health (2000, a e b).

⁽³⁶⁾ Cfr. The Swedish Health Care Act (1982), e il commento di ANELL (2005) p. S 237 e ss

⁽³⁷⁾ ANELL (2005), p. S 237

⁽³⁸⁾ I Consigli di Contea possiedono e operano la maggior parte delle strutture di offerta; la gran parte dei medici e del personale sanitario che opera in tali strutture ha lo status di lavoratore dipendente. Tuttavia, nelle contee urbane la presenza di medici privati di base raggiunge anche il 60%. Alcuni Consigli (anche in relazione alla loro colorazione politica) hanno dato più largo spazio ai medici privati di base, pagati in riferimento ai carichi di lavoro e alle prestazioni.

sostanza, gli stessi ingredienti del “mercato interno” al servizio sanitario pubblico, che sopra ho delineato in riferimento all’esperienza inglese.

La strategia del “mercato interno” è stata una scelta politica della coalizione di Governo non socialista (tra il 1991 e il 1994) che ha inteso introdurre una riforma del sistema sanitario orientata agli incentivi propri del mercato, alla libertà di scelta tra i fornitori delle prestazioni, ad alcune forme di privatizzazione. I Consigli di Contea hanno, pertanto, dato avvio in quegli anni alle riforme orientate al mercato. Si sono separati i ruoli del finanziamento da quelli dell’offerta. Si sono introdotti i contratti di fornitura e i pagamenti “per caso” in luogo dell’assegnamento tradizionale dai bilanci globali; si è data libertà al paziente di scegliere il “provider” (medici di base, altri centri sanitari, ospedali cui è stata data autonomia gestionale). Nella pratica, tuttavia, “una maggioranza dei Consigli di Contea non ha mai realizzato una separazione “purchaser – provider” con pagamenti per caso, o lo ha fatto solo parzialmente”⁽³⁹⁾.

Il nuovo Governo socialdemocratico tornato in carica dal settembre 1994 ha in parte abolito i provvedimenti orientati al mercato, ha ridato ai Consigli di Contea i poteri politici di organizzare la medicina di base, però ha mantenuto la libertà di scelta del medico di base e delle altre strutture di offerta da parte del privato. Precedendo i programmi sanitari dei laburisti inglesi (tornati al governo nel 1997), il Governo socialdemocratico svedese (sett. 1994) ha cercato di spostare l’enfasi dalla separazione purchasers / providers e dalla competizione tra essi all’obiettivo della “cooperazione “ tra “purchasers e providers”⁽⁴⁰⁾, e allo scopo ha usato strumenti quali i contratti di lungo termine e procedure di “dialogo” continuo tra essi. Inoltre, le Autorità hanno cercato di affrontare i problemi tradizionali delle lunghe liste di attesa e della insoddisfacente produttività delle strutture superando i budget fissi (che attenuano o distorcono gli incentivi) con sistemi di pagamento basati sui DRGs.

Quanto al modello “Bismarck”, in Germania dal 1996 è stata introdotta la libera scelta del cittadino tra i circa 260 Fondi malattia, che sono quindi in concorrenza tra loro. Gli assicurati hanno libertà di scelta del medico di base, ed anche dell’ospedale, ma generalmente seguono il consiglio del proprio medico nella scelta dell’ospedale (si ritiene, anche, che alcuni medici preferiscono indirizzare i pazienti ad un ospedale piuttosto che ad uno specialista, per il timore di perdere il cliente)⁽⁴¹⁾. La libera scelta del cittadino si svolge, comunque, nel quadro degli accordi contrattuali tra i Fondi di malattia, le associazioni dei medici (che contrattano le specifiche prestazioni e i loro costi con i Fondi) e le associazioni delle strutture ospedaliere, a livello sia regionale (dei “Länder”) sia dello Stato federale. Il modello delle assicurazioni sociali si presta naturalmente alla separazione dei ruoli e degli interessi tra i cittadini (che attraverso i medici di base

⁽³⁹⁾ ANELL (2005) p.-S245

⁽⁴⁰⁾ ANELL (2005) p-S247

⁽⁴¹⁾ Cfr. GRAF VON DER SCHULENBURG (2005), p. 185.

richiedono le prestazioni) e i medici, gli ospedali e gli altri centri sanitari che le forniscono; essendo i Fondi assicurativi nella veste dei terzi pagatori. La libertà di scelta dei cittadini avviene tra una pluralità di Fondi, pure questi teoricamente in competizione. Si deve aggiungere che l'opzione concessa ai lavoratori che superano una certa soglia di reddito (a ad altre categorie specifiche) di assicurarsi privatamente, senza obblighi nei confronti delle assicurazioni sociali, rappresenta un altro fattore intrinseco di concorrenza nel sistema sanitario complessivo. Ma, nella realtà la concorrenza subisce forti limitazioni, indicate di seguito nel testo. Dagli inizi del 2000 i pagamenti agli ospedali sono basati sul sistema prospettico DRG⁽⁴²⁾ accompagnato da vincoli di esecuzione, da parte della struttura ospedaliera, di un minimo di procedimenti sanitari di un dato tipo.

Le modifiche introdotte ai sistemi di pagamento, sia dei medici ambulatoriali (dagli anni '90), sia degli ospedali (dal 2000) hanno dato incentivo all'espansione delle prestazioni, che consente ai "providers" di massimizzare il ricavo da esse⁽⁴³⁾, nel sistema delle assegnazioni complessive di bilancio fisse. Tuttavia, dubbi e riserve sono stati espressi circa gli effetti di tali sistemi di pagamento sulla qualità delle prestazioni stesse⁽⁴⁴⁾. Sono previsti speciali contratti tra i Fondi malattia e i "providers" per il trattamento integrato di gruppi di pazienti attraverso combinazioni di prestazioni mediche di base, specialistiche e ospedaliere. Nel settore farmaceutico, si è puntato sul metodo del prezzo di riferimento dei medicinali da applicare al rimborso di quelli più costosi.

Si è inoltre cercato di stimolare la concorrenza nel segmento del mercato dei farmaci non rimborsabili dall'assicurazione malattia obbligatoria, liberalizzando i loro prezzi (2004).

Benché il modello delle assicurazioni sociali obbligatorie si presenti suscettibile, in teoria, di accogliere funzionalmente il "mercato interno", tuttavia la legislazione federale tedesca è intervenuta per evitare che i meccanismi concorrenziali potessero causare disparità di trattamento considerate inaccettabili dal punto di vista dell'equità e della solidarietà tra i lavoratori. Non solo (come ho già ricordato) tutti i Fondi malattia sono obbligati ad offrire a tutti gli assicurati un catalogo di prestazioni stabilito a livello federale. Allo scopo di evitare l'"adverse selection" nel 1994 si è introdotta una struttura di "pool" dei rischi in modo tale da impedire che vi fossero tra i Fondi differenze nelle aliquote delle contribuzioni determinate da fattori esogeni alla loro gestione: ad es. da differenze di età, sesso, livello di reddito riferito alla media degli assicurati di ciascun Fondo. I Fondi con struttura del rischio sfavorevole, causa tali fattori, beneficiano di

⁽⁴²⁾ Diagnostic related groups; le diagnosi collocano le prestazioni sanitarie in un determinato "gruppo" cui corrisponde la remunerazione attribuita al "provider". Collegando il valore monetario delle prestazioni alla diagnosi iniziale (su base prospettica) si limita la discrezionalità della richiesta di pagamento da parte dell'operatore sanitario, a differenza del "fee for service" che remunera l'operatore ex-post in base alla prestazione effettivamente prestata, e che può indurre a terapie più costose del necessario.

⁽⁴³⁾ WÖRZ, BUSSE (2005), pp. S 139 e S 146

⁽⁴⁴⁾ Cfr. ad es. GRAF VON DER SCHULENBURG (2005), e gli autori citati alla nota precedente

una compensazione pagata (a carico del sistema) su base prospettica così da uniformare la loro posizione competitiva. E' stato anche proposto di estendere il "pool" per la struttura dei rischi includendo nei calcoli compensativi indicatori delle differenze di morbidità. La proposta ha, però, suscitata forte opposizione da chi ritiene che essa toglierebbe significato alla nozione, formalmente mantenuta dalle Autorità, di "concorrenza" tra i Fondi ⁽⁴⁵⁾.

In Italia, il tentativo di introdurre nel sistema a servizio pubblico il "mercato interno", seguendo l'indirizzo inglese (della fine degli anni '80) ha avuto riconoscimento nella riforma del 1992, e successivi sviluppi. Tale riforma aveva posto, infatti, il duplice obiettivo di trasferire le competenze sull'organizzazione del servizio sanitario alle Regioni e di infondere criteri privatistici (manageriali) nella gestione delle ASL e dei maggiori ospedali, conferendo loro il carattere di "aziende"⁽⁴⁶⁾. In tale quadro le ASL avrebbero potuto esercitare il ruolo di "purchaser" negoziando gli acquisti delle prestazioni dai soggetti accreditati (soggetti pubblici e privati) posti in competizione per i contratti. I "providers" sarebbero stati pagati sostanzialmente in base a un sistema di pagamento prospettico (PPS) stabilito sull'esempio del DRG adottato in Inghilterra. Il tentativo italiano è stato definito, efficacemente, "una riforma pro-concorrenziale sussurrata". Le Regioni hanno voluto mantenere non solo azione di controllo ma anche di indirizzo e di ingerenza diretta verso il servizio sanitario nel loro territorio. Ciò è apparso più accentuato nelle Regioni che hanno assunto direttamente il ruolo di "purchaser", togliendo spazi di autonomia alle ASL; ma anche nelle altre Regioni l'Autorità regionale – cui la legislazione nazionale ha lasciato, di fatto, la decisione sulla misura e modalità della separazione tra "purchasers" e providers – ha mantenuto un ruolo dominante nella gestione del servizio, nel contratto ospedaliero, nelle scelte delle strutture sanitarie da accreditare così anche da limitare gli accessi di nuovi "providers al mercato"⁽⁴⁷⁾.

2.4. Una valutazione dei tentativi di introdurre "mercati interni"

E' giudizio diffuso e prevalente, nella letteratura internazionale, che i tentativi di stimolare efficienza, produttività e innovazione dei sistemi sanitari – tanto con modello "Beveridge" quanto con modello "Bismark" - introducendo in essi forme ed elementi del mercato, così da rendere più agevole il contenimento della dinamica della spesa sanitaria, riducendo i costi a parità di prestazioni, non hanno dato i risultati sperati. Pur tenendo conto delle diversità dei modelli sanitari e dei loro istituti applicativi tra i diversi Paesi, e delle diversità dei contesti istituzionali e politici in cui essi sono collocati, le valutazioni sui

⁽⁴⁵⁾ Cfr. GRAF VON DER SCHULENBERG (2005) p. 184

⁽⁴⁶⁾ Cfr. MAPELLI (1999); NICITA (2003), pp.83-4; FRANCE, TARONI, DONATINI (2005) pp. s189 e ss.

⁽⁴⁷⁾ NICITA (2003) p. 83

risultati delle politiche per il “mercato interno” sanitario tendono, dunque, a convergere su un giudizio sostanzialmente negativo. Al nocciolo, sarebbe emersa l’incompatibilità di fondo tra gli istituti e le gestioni concorrenziali ed i principi dell’universalità ed uguaglianza di prestazioni per uguali bisogni, che è caratterizzante i servizi sanitari pubblici.⁽⁴⁸⁾

Quando si è cercato di rendere realmente efficaci, nell’applicazione, i provvedimenti costitutivi della competizione e degli incentivi del mercato all’interno del sistema sanitario, tali cioè da tradursi in aumenti significativi di innovazione e quindi di riduzione dei costi per unità di prestazione, ci si è scontrati con l’affermazione delle esigenze proprie di tali principi dell’universalità dell’accesso e dell’uguaglianza specifico. Due aspetti, in particolare, (tra loro connessi) sono stati posti in luce da tale incompatibilità sostanziale tra gli incentivi della competizione, e gli obiettivi dell’universalità ed egualitarismo delle prestazioni: le disuguaglianze di trattamento che facilmente scaturiscono dalla competizione, e l’inadattabilità dei meccanismi di incentivazione ad ambienti dominati da strutture relazionali e da procedure decisionali di tipo collegiale e/o gerarchico.

Per l’Inghilterra, è stato incisivamente annotato che “la struttura centralizzata del Servizio Sanitario Nazionale rende il Governo direttamente responsabile per la tutela della salute. E’ perciò molto difficile politicamente per qualsiasi Governo permettere che ospedali che funzionano male vengano chiusi (o persino che esistenti strutture di servizio vengano cambiate in modo significativo)”⁽⁴⁹⁾. Già ho ricordato che i Governi laburisti degli ultimi anni ’90 e di quelli 2000, mentre hanno mantenuto istituti del “mercato interno” e dell’incentivazione propria della concorrenza, anche con aperture al settore privato, contestualmente si sono preoccupati delle “health inequalities” (istituendo nuovi organismi centralizzati per i controlli e gli interventi a contrasto)⁽⁵⁰⁾, hanno spostato, (almeno formalmente) l’enfasi sulla cooperazione tra gli attori del sistema sanitario, e hanno così sviluppato, nei fatti, indirizzi di politica sanitaria contraddittori⁽⁵¹⁾.

E’ quanto è avvenuto anche in Svezia, in un contesto istituzionale più decentrato a livello territoriale. I Governi socialdemocratici hanno sempre avuto la preoccupazione che le riforme verso il mercato, stimulate dai Governi liberali e poste in essere da alcune Contee e Regioni, potessero minare i principi del servizio pubblico nazionale⁽⁵²⁾, e hanno quindi frenato alcune iniziative e in particolare si sono posti a difesa degli

⁽⁴⁸⁾ In epoca recente tali principi sono stati (almeno in parte) assunti - spesso con il termine di solidarietà - anche da Paesi con modello ad assicurazione sociale obbligatoria (Germania e Francia in primo luogo).

⁽⁴⁹⁾ OLIVER (2005), p. S87.

⁽⁵⁰⁾ Ricordo: i documenti ufficiali del Department of Health (1998; 2002) che hanno posto gli obiettivi di restringere le disuguaglianze sanitarie; e l’istituzione degli enti NICE e NSF per stabilire gli standard nazionali delle prestazioni e la “Health Care Commission” per il loro monitoraggio.

⁽⁵¹⁾ Cfr. TUOHY (1999); BEVAN, ROBINSON (2005); LE GRAND (2002); OLIVER (2005); KLEIN (1998; 2001); SMITH (2002).

⁽⁵²⁾ Cfr. ANELL (2005); LOFGREN (2002).

ospedali pubblici. Sull'esperienza sanitaria svedese in materia di riforme per il mercato, è stato scritto con realismo che "se i politici parlano di riforme radicali per compiacere un gruppo, programmano in accordo e con gli interessi di altri, e in realtà attuano cambiamenti marginali per soddisfare i rimanenti", essi possono così rafforzare i loro consensi tra la popolazione, ma nei fatti si adattano alle tradizioni e alle strutture di potere esistenti⁽⁵³⁾. Peraltro, alcuni studiosi svedesi avevano valutato positivamente le iniziative dei Governi locali per la separazione "purchasers / providers" e per nuovi sistemi di pagamento quanto ai loro effetti sulla produttività. Ma i nuovi incentivi vennero presto sostituiti dalla tradizionale gestione di tipo gerarchico, per l'impulso del Governo centrale e, dalla metà degli anni '90, per l'esigenza delle Contee di privilegiare l'obiettivo del contenimento della dinamica dei costi, che riportò - nell'immediato - alla ribalta la gestione burocratico - gerarchica.⁽⁵⁴⁾

In Germania, dopo che nel 1996 è stata introdotta la libera concorrenza tra i singoli "Fondi di malattia", le Autorità del Governo Centrale hanno temuto che si sviluppasse fenomeni di "selezione avversa" e perciò hanno stabilito un meccanismo di compensazione dei rischi tra i Fondi; e, prima di tutto, hanno stabilito - ponendo l'obiettivo della solidarietà - che vi sia un catalogo delle prestazioni uniformi prestate a tutti gli assicurati presso qualsiasi Fondo. Per tali ragioni si conclude che in Germania "l'esperienza mostra che l'attuazione della concorrenza tra i Fondi di assicurazione malattia è assai difficile e non contribuisce a maggiore efficienza... combinare la concorrenza e il razionamento con il principio della solidarietà è ancora una sfida irrisolta per i politici della sanità tedeschi, poiché la concorrenza richiede e conduce all'inuguaglianza, mentre la solidarietà richiede uguale accesso ai servizi medici per chiunque"⁽⁵⁵⁾.

Il secondo aspetto dell'incompatibilità del "mercato interno" - quando esso sia spinto ad estensione tale da produrre risultati significativi sulla efficienza e sulla dinamica della spesa pubblica - con il modello del servizio sanitario pubblico universale e ugualitario, riguarda i processi relazionali e decisionali nel sistema. Su tale aspetto, gli studiosi inglesi e svedesi, ciascuno con riguardo al servizio sanitario pubblico del proprio Paese, esprimono giudizi quasi uguali. Per l'Inghilterra, è stato scritto che "le istituzioni organizzative del Servizio Sanitario Nazionale non sono disegnate per facilitare la concorrenza alcune delle più importanti strutture relazionali sono collegiali (ad es. tra medici generici e specialisti) o gerarchiche (ad es. tra il Ministero della Salute e i "purchasers" e "providers" delle prestazioni sanitarie); i meccanismi di incentivazione che sono basati puramente su nozioni economiche è improbabile che abbiano successo in questo ambiente"⁽⁵⁶⁾. Per la Svezia, si è concluso che, dopo le riforme orientate al mercato (negli anni '90),

⁽⁵³⁾ ANELL (2005) p. S 251

⁽⁵⁴⁾ ANDERSEN, SMEDBY, VAGERO (2001); DIDERICHSEN (1999); AXELSEN (2000); LOFGREN (2002) ANELL (2005)

⁽⁵⁵⁾ GRAF VON DER SCHULENBURG (2005), p. 187.

⁽⁵⁶⁾ OLIVER (2005) p. S 87 e S 76.

“il tradizionale management gerarchico presto ha rimpiazzato i nuovi incentivi” e “il contesto istituzionale – cioè il modello integrato e monopolistico – non è cambiato come risultato delle riforme fatte dai governi locali.”⁽⁵⁷⁾.

Anche in Italia, come ho precedentemente osservato, i fattori istituzionali ispirati alla logica politica del processo decisionale gerarchico - burocratico hanno nettamente prevalso sugli elementi e meccanismi del mercato che si è tentato di introdurre nel SSN⁽⁵⁸⁾

Mi sembra che da tali esperienze, e dalle valutazioni che ne sono state compiute, si può trarre la seguente conclusione. Tali esperienze non indicano che l'indirizzo del “mercato interno” al sistema sanitario pubblico, o a quello dell'assicurazione sociale obbligatoria, è intrinsecamente inefficace rispetto agli obiettivi dell'aumento di efficienza, di innovazione, quindi anche di contenimento della dinamica della spesa sanitaria a parità di prestazioni. Indicano, invece, che i provvedimenti per il “mercato interno”, per essere efficaci, devono essere mantenuti nel tempo e spinti ad estensione ed intensità tali che possono risultare incompatibili con i processi decisionali e gestionali che caratterizzano il settore pubblico, nel quale comunque gli istituti concorrenziali debbono collocarsi. Questione più complessa è se i “mercati interni”, e gli incentivi fondati su tale logica, siano necessariamente incompatibili con i principi dell'universalità degli accessi a uguali prestazioni riferite ai bisogni. Chi è convinto di tale incompatibilità e ritiene irrinunciabili tali principi logicamente non accetta la soluzione ispirata al “mercato interno” e ad altri schemi di natura concorrenziale.

Ma la questione non può essere mantenuta al livello delle rappresentazioni “ideali”, non fosse altro perché il sistema sanitario è parte (importante) dell'organizzazione sociale “reale”, che vive e si evolve dialetticamente nelle contrapposizioni e mediazioni, nei conflitti ed anche nei compromessi e nelle contraddizioni. Tutte le esperienze storiche dei sistemi anche pienamente centralizzati e pianificati hanno mostrato che, in ogni settore di attività, sociale o produttiva, anche i più rigidi meccanismi unitari di decisione e monitoraggio (“command and control”) producono e tollerano differenziazioni e difformità applicative e di effetti nelle fasi delle attuazioni. Nel caso specifico dei sistemi sanitari collocati in società

⁽⁵⁷⁾ ANELL (2005) p. S 251; e “Summary”, p. S 237.

⁽⁵⁸⁾ Un giudizio sostanzialmente negativo degli effetti della riforma del 1992, rispetto agli obiettivi di incentivare l'efficienza e la competizione attraverso il “quasi mercato” è in FRANCE, TARONI, DONATINI (2005), pp. s189-s191; s195-s197. Gli autori rilevano le addizionali difficoltà, a tale obiettivo, poste dalla configurazione regionale del servizio sanitario; inoltre essi riconoscono le potenzialità ma anche i limiti del metodo di pagamento PPS, basati sul DRG. L'efficacia del metodo sarebbe tuttavia migliorabile, in particolare attraverso una sistematica azione di aggiornamento delle classificazioni e delle tariffe, necessario anzitutto per il progresso tecnologico nel servizio. Mentre sto terminando questo lavoro, ho preso conoscenza dei risultati di una ricerca di CAROPPO, TURATI (18.3.2008) sui sistemi sanitari regionali in Italia, in cui si afferma – in linea con le precedenti osservazioni – che la “seconda riforma del SSN” (1992), che prevedeva la aziendalizzazione e autonomia delle ASL e la creazione di “quasi mercati”, è stata “ampiamente disattesa” (con l'annotazione che solo la Lombardia ha scorporato dalle ASL quasi tutti gli ospedali).

fondate sulla democrazia politica e sul pluralismo, e in un contesto di economia di mercato, disuguaglianze e difformità degli accessi e soprattutto delle effettive prestazioni (per livello e qualità) sono osservabili in tutti i Paesi, quale che sia il modello sanitario adottato. Certamente, il “razionamento” delle risorse pubbliche destinate alla sanità, e quindi delle prestazioni per soddisfare le potenziali domande, tende ad esaltare il problema delle difformità negli accessi e nei trattamenti sanitari; non solo all’interno del servizio sanitario pubblico, ma anche in quanto divide, comunque, la collettività tra quanti hanno oppure non hanno la capacità economica di ricorrere a prestazioni sostitutive, complementari, supplementari offerte a pagamento (diretto o tramite assicurazione privata, e includendo i casi di co-pagamento).

Rimane, pertanto, l’interrogativo se una strategia orientata al “mercato interno” arrechi maggiori violazioni ai principi dell’universalità degli accessi, dell’uniformità dei trattamenti e della loro rispondenza ai “bisogni”, rispetto a soluzioni che escludono il “mercato interno” ma così perdono gli eventuali benefici in termini di efficienza, produttività, qualità dei servizi. Poiché non vi è modo di rispondere a tale interrogativo con ragionamenti aprioristici, può apparire accettabile la strada dei tentativi di giungere a maggiore efficienza e innovazione anche con provvedimenti del “mercato interno”; accogliendo – dalla dialettica socio-politica – le richieste di temporanee frenate ed anche di arretramenti, quando si manifestino violazioni ritenute (politicamente) inaccettabili ai principi dell’universalità e dell’uguaglianza, per ricercare correzioni e gradualità del percorso competitivo.

Peraltro, nei dibattiti intorno alla strategia pro-concorrenziale versus quella programmatica (“command and control”) nelle politiche sanitarie, viene spesso lasciato in ombra il tema delle condizioni dell’impiego del personale (medico, paramedico e ausiliario). Nella teoria della concorrenza il livello di impiego dei fattori e la loro retribuzione dovrebbero essere determinati sulla base delle loro produttività marginali. Nelle realtà odierne dei Paesi sviluppati, particolarmente di quelli dell’UE, le retribuzioni sono determinate dalla contrattazione, i cui esiti dipendono da molteplici fattori socio-istituzionali, rispetto ai quali il riferimento alla produttività, soprattutto nel pubblico impiego, tende ad essere debole o marginale. Pertanto, non è realistico fare affidamento sugli incentivi previsti dalla teoria della concorrenza. Oliver, per citare ancora uno dei più determinati difensori del modello del servizio sanitario pubblico, riconosce che possibili spiegazioni della osservata (in Inghilterra) insufficiente risposta dell’attività ospedaliera (per unità di costo) agli stimoli del “mercato interno” sono: il fatto che “il personale medico ospedaliero stipendiato ha poco incentivo ad aumentare l’attività” (e ciò sarebbe una delle cause del persistere delle liste di attesa); e il fatto che vi è un vincolo (2005) alla capacità di aumento dell’offerta dei servizi sanitari “particolarmente riguardo

all'offerta di infermieri e di medici"⁽⁵⁹⁾. Aggiunge l'autore che tali fattori sono determinanti per la questione se la libertà di scelta e la concorrenza possono divenire una realtà nel NHS inglese.

Il Governo inglese ha cercato di inserire incentivi all'efficienza anche nei contratti dei medici di base (GPs) e dei dentisti, che per circa un terzo risultano stipendiati, mentre gli altri contrattano con il NHS i loro compensi. Di tali compensi circa il 60% è costituito dalla quota capitaria; le Autorità hanno cercato negli anni recenti (ad es. nel contratto del 2004) di collegare elementi dei compensi al grado di realizzazione degli obiettivi di qualità delle prestazioni, dell'organizzazione, dei risultati clinici (secondo indicatori elaborati dalla programmazione centrale del NHS): si stima che tale parte dei compensi dei GPs sia circa il 18% del loro reddito.

Sono state, però, sollevate obiezioni alle incentivazioni finanziarie collegate a indicatori di specifiche attività mediche perché esse potrebbero disincentivare l'impegno dei medici nelle attività non incentivate, come è stato rilevato anche nel caso degli odontoiatri⁽⁶⁰⁾. Questi hanno manifestato una significativa tendenza all'abbandono del NHS (a partire dagli anni '90), perché le remunerazioni pubbliche non sarebbero competitive con quelle ottenibili nell'attività privata. Ne è risultata "una proporzione sostanziale della popolazione in difficoltà a reperire un dentista del NHS nonostante che il settore sia quello in cui più si sono concentrati i provvedimenti di co-pagamento; questi fattori sono incoerenti con gli obiettivi del NHS, ovvero che i servizi dovrebbero essere universali e gratuiti al punto di utilizzo, il che può creare confusione"⁽⁶¹⁾

Anche in Svezia è argomento importante nel dibattito sulla politica sanitaria, e particolarmente in relazione alle tradizionali e dibattute lunghe liste di attesa, la carenza di incentivi per i "providers" ad aumentare la produzione di prestazioni sanitarie a causa dei bilanci fissi loro assegnati. Ho sopra ricordato che i nuovi incentivi ai "providers" che si tentò di introdurre con le forme di "mercato interno" vennero presto depotenziati e limitati dalle pratiche decisionali e gestionali della tradizionale struttura pubblica del servizio: "Il personale sia dei purchasers che dei providers era impiegato nella stessa organizzazione: e così le perdite come i guadagni tra purchasers e providers erano, per principio, responsabilità del Consiglio di Contea"⁽⁶²⁾. In Svezia la gran parte dei fornitori di prestazioni sanitarie appartengono al settore pubblico (ospedali,

⁽⁵⁹⁾ OLIVER (2005) p.586. L'autore, citando il tentativo del governo (2001) di modificare il sistema retributivo premiando i medici che si impegnassero di più nel NHS, ricorda che dopo due anni di conflittualità e negoziati l'accordo del 2003 ha previsto aumenti di stipendio agli ospedalieri ma non ha richiesto loro un sostanziale impegno aggiuntivo e commenta: "Il che dimostra che potenti interessi possono spesso vanificare gli sforzi per introdurre meccanismi di incentivazione" (p. S84); i medici ospedalieri inglesi possono operare nel settore privato a tariffe per prestazione, sicché trovano incentivo finanziario a tale attività.

⁽⁶⁰⁾ Cfr. OLIVER (2005) p. S84, che annota che la struttura dei compensi ai dentisti è ancora legata alle procedure tradizionali di restauro, anziché a quelle dei moderni sistemi di prevenzione e di cura, cosicché si produrrebbero incentivi distorti, in favore di trattamenti non necessari o non prioritari, marginalizzando quelli non incentivati ancorché più rispondenti agli effettivi bisogni.

⁽⁶¹⁾ OLIVER(2005) p. S85

⁽⁶²⁾ ANELL (2005) p. S246; JÖNSSON, REHNBERGA (1994); BOERMA et altri (2003)

cliniche dentistiche delle Contee, farmacie della catena di Stato) e pertanto anche la gran parte di medici, dentisti, farmacisti e altri sono stipendiati. Essi lamentano che le retribuzioni, fissate dal contratto di lavoro dipendente, e le alte e progressive imposte sul reddito (in Svezia vige la “DIT nordica” che è progressiva solo nei confronti dei redditi di lavoro) penalizzano la condizione economica della categoria; d’altra parte, la categoria ha ottenuto, negli anni recenti, riduzioni degli orari di lavoro. Siffatta politica retributiva (inclusi gli effetti della tassazione) e contrattuale potrebbe confortare la presunzione, da alcuni espressa, che la produttività dei medici svedesi è bassa rispetto ad altri Paesi, ed è in buona parte responsabile delle lunghe liste di attesa ⁽⁶³⁾.

In Germania, il sistema dei pagamenti agli ospedali ha subito nel 2000 un’importante riforma, che ha introdotto un sistema basato sui DRG per tutti i servizi ospedalieri (esclusi quelli psichiatrici). La riforma entra in vigore gradualmente, sicché il sistema DRG diventerà pienamente e universalmente operativo dal 2009: perciò soltanto successivamente sarà possibile valutare gli effetti sugli incentivi del nuovo sistema di pagamento agli ospedali ⁽⁶⁴⁾

L’esperienza italiana non si sottrae alla riscontrata difficoltà di incentivazione del personale – medico e paramedico - a maggiore “efficienza”, e alle ambiguità del significato dell’espressione “efficienza del servizio sanitario”. Il personale del SSN è stipendiato e le retribuzioni seguono percorsi di carriera tipiche dell’ordinamento dei settori del pubblico impiego; i riferimenti retributivi ad obiettivi di produttività sono limitati e confusi. I medici di base sono remunerati sulla base del numero dei pazienti loro affidati. Il contratto nazionale di lavoro è nazionale, ma integrato da accordi regionali che, anche per tale ragione, accentuano le differenze geografiche insite al servizio nazionale. Ma, sotto il profilo della competizione per l’efficienza, l’assenza presso i medici di base di specifici incentivi alla negoziazione con i “providers” delle prestazioni secondarie e terziarie, e la prassi del loro esercizio isolato (anziché in gruppi integrati) della professione di base, limitano fortemente le potenzialità del loro ruolo verso l’impulso alla produttività del servizio complessivo. ⁽⁶⁵⁾

3. La funzione assegnata alla definizione formale dei LEA

Con le riforme legislative del 1992-3, con quella del 1999 e con l’accordo 8 agosto 2001 tra Governo Centrale e Regioni (seguito dal decreto legislativo di attuazione DPCM 29.11.2001 emanato in vigenza del

⁽⁶³⁾ Cfr. ANELL (2005) P. S247

⁽⁶⁴⁾ WÖRZ, BUSSE (2005), p.s142. Già ora si dibatte sugli effetti, se il nuovo sistema dovrà applicare prezzi fissi con limiti superiori; se i DRG vengono applicati nel sistema dei bilanci ospedalieri fissi, allora, il prezzo per DRG potrebbe variare con la sua utilizzazione.

⁽⁶⁵⁾ Cfr. FRANCE, TARONI, DONATINI (2005) pp. S195-197

nuovo testo istituzionale e con la revisione del Titolo V della Costituzione rif. art. 117)⁽⁶⁶⁾, si è gradualmente introdotta nel sistema sanitario italiano, infine anche formalmente, la nozione di “Livelli Essenziali di Assistenza” (LEA), che assume il ruolo di riferimento ed indirizzo della politica sanitaria pubblica. Nella sostanza, l’impegno assunto dal Governo centrale è di assicurare a tutti i cittadini, ovunque residenti, l’accesso ai LEA, e quindi, per tali prestazioni essenziali, l’uniformità di trattamento in tutto il territorio nazionale. Alle Regioni è affidato il compito di organizzare e gestire l’offerta dei LEA, così da avvicinare l’azione degli amministratori pubblici alle possibilità di controllo e giudizio politico degli amministrati (anche confrontando i risultati conseguiti nelle diverse Regioni); e inoltre il compito di offrire, eventualmente, spazi alle preferenze locali circa il rapporto consumo pubblico (sanitario)/consumo privato, potendo le Regioni offrire prestazioni eccedenti i LEA impiegando risorse proprie. Ai LEA è stata attribuita, di fatto, un’altra funzione di rilievo per indirizzare la politica sanitaria. Con lo Stato centrale alle prese con difficoltà crescente di controllo della spesa pubblica, anche in relazione agli impegni assunti in sede di integrazione europea, la definizione formale ed esplicita dei LEA è venuta a costituire una linea di difesa legislativa (nella sostanza difesa politica, poiché le leggi si possono cambiare) dei livelli delle assegnazioni dal bilancio pubblico centrale alle Regioni per le prestazioni sanitarie, conferendo a tali assegnazioni priorità nelle scelte del “razionamento” degli impieghi del bilancio centrale ⁽⁶⁷⁾.

In prima approssimazione, la definizione esplicita e formale dei LEA appare, perciò, essere una soluzione importante e valida per conciliare obiettivi potenzialmente in conflitto della politica sanitaria italiana. L’approfondimento della questione solleva, però, dubbi e interrogativi di non facile risposta⁽⁶⁸⁾.

Poiché i LEA sono definiti da una lista “positiva” delle prestazioni offerte e da una “negativa” delle prestazioni escluse dal SSN, una prima considerazione è verso la compatibilità delle esclusioni con il principio della globalità (comprehensiveness) del servizio pubblico rispetto ai “bisogni”; poiché è presumibile che chi non trova soddisfazione dei bisogni sanitari dal SSN si rivolga alle prestazioni private, quindi ripristinando una capacità di accesso in funzione del reddito. Nella sostanza, il decreto di definizione dei LEA ha recepito nella lista “positiva” le tipologie delle prestazioni che erano usualmente offerte dal SSN

⁽⁶⁶⁾ Sul processo di introduzione nell’ordinamento italiano dei LEA cfr. TORBICA, FATTORE (2005), FRANCE, TARONI (2005), Camera dei Deputati (2001). Le leggi di riferimento sono: D.LGS 502/1992; D. lgs 29/1999 e L. 56/2000

⁽⁶⁷⁾ Cfr. TORBICA, FATTORE (2005) pp. S 51-52.

⁽⁶⁸⁾ Ha scritto MURARO (2003) p. 374: “Il legislatore italiano ha risolto il problema della convivenza delle ragioni di differenza con quelle di equità attraverso la definizione dei LEA: i livelli essenziali sono il contenuto necessario e sufficiente del patto di cittadinanza che attribuisce a tutti uguali diritti: al di sopra, le differenze territoriali sono legittime”. Peraltro, l’autore enuclea, nella sua analisi, problematiche rimaste irrisolte della politica sanitaria ed indica soluzioni, che sono considerate più avanti nel testo; l’autore sottolinea (p. 369) che, ben più dell’estensione dei LEA per tipologie di prestazioni, vi è il problema della “qualità e della tempestività” delle prestazioni assicurate dal SSN.

prima che si definissero i LEA⁽⁶⁹⁾. Non è stato esplicitamente dettagliato l'insieme delle prestazioni che devono essere offerte dalle unità ospedaliere (esse sono definite solo per grandi categorie); però, essendo i pagamenti delle prestazioni ospedaliere riferiti alle liste tariffarie dei “raggruppamenti diagnostici” (DRG), determinati a livello nazionale⁽⁷⁰⁾, è stato osservato che almeno per il gruppo degli interventi chirurgici le liste dei DRG possono essere interpretate come catalogo delle prestazioni pubbliche offerte dagli ospedali⁽⁷¹⁾.

Alquanto diverso è il caso delle prestazioni ospedaliere mediche incluse nelle classificazioni dei DRG. Vi è infatti una lista indicativa di alcune di tali prestazioni che potrebbero risultare inappropriate al trattamento ospedaliero, e per le quali si presume quindi che le Regioni organizzino interventi sostitutivi quali il “day hospital”, il trattamento ambulatoriale, il ricovero assistito nell'abitazione propria. In linea di principio, quando l'inclusione nei LEA richiede l'appropriatezza del trattamento, si aprono spazi di discrezionalità che possono essere riempiti da comportamenti anche significativamente difforni tra i centri di offerta in relazione alle specifiche scelte regionali. E' stato inoltre annotato, anche in esperienze di altri Paesi⁽⁷²⁾, che la predeterminazione delle tariffe per specifiche prestazioni di diagnosi e di trattamento può ostacolare l'introduzione e la diffusione di nuove tecnologie. L'esperienza italiana confermerebbe l'annotazione, e mostrerebbe che vi è significativa variabilità tra Regioni riguardo alle loro politiche per il finanziamento di nuove tecnologie⁽⁷³⁾. Quanto alla lista “negativa”, è stato affermato che i LEA, pur essendo nel complesso “estesi”, “escludono segmenti non irrilevanti di prestazioni, in particolare, nei campi dell'odontoiatria e della riabilitazione fisica”⁽⁷⁴⁾; ed escludono la medicina non convenzionale, di cui si fa invece largo uso, ad es., in Paesi dell'Oriente (Cina ecc.). Si deve aggiungere che sin dalla sua introduzione il SSN ha suddiviso i farmaci in una lista di “prescrivibili” per la copertura finanziaria pubblica oppure no .

La legge 178/2002 ha affidato alla Commissione Unica del Farmaco (CUF) il compito di rivedere annualmente il prontuario dei medicinali rimborsabili secondo il criterio di costo/efficacia (quindi il sistema

⁽⁶⁹⁾ Cfr. fra altri ISAE (2004) che annota (p. 48) riguardo alla definizione dei LEA con il DPLM 29/11/2001: “Il decreto non è andato molto oltre un'elencazione delle prestazioni attualmente offerte dal SSN, escludendone alcune (poche) e ponendo qualche limite all'erogazione di alcune (molte)”; e cfr. TORBICA, FATTORE (2005), p.S47.

⁽⁷⁰⁾ Le regioni possono modificare le tariffe purché non siano superati i livelli nazionali

⁽⁷¹⁾ TORBICA, FATTORE (2005), p. S 48

⁽⁷²⁾ OECD (2004, a).

⁽⁷³⁾ TORBICA, FATTORE (2005) pp. S 48 ss. Il problema della relazione tra la definizione dei LEA e l'innovazione tecnologica è stata considerata dalle Autorità pubbliche, che hanno istituito (da ultimo con decreto ministeriale del 25.2.2005) Commissioni ministeriali, composte di rappresentanti del Ministero della Salute, delle Regioni ed altri esperti, per aggiornare scientificamente i LEA (anche sulla base dei criteri economici).

⁽⁷⁴⁾ MURARO (2003), p. 369.

è centralizzato)⁽⁷⁵⁾. Nel settore dei farmaci, inoltre, sono state attivamente esercitate politiche e per il contenimento dei prezzi, e per il co-pagamento, che sono considerate più avanti.

Ma la questione di fondo, per valutare la costruzione del servizio sanitario pubblico, è che i LEA sono definiti nelle tipologie di prestazioni da offrire (una "nomenclatura"), piuttosto che nei livelli quantitativi da garantire, ovvero i costi necessari per la loro effettiva erogazione. Se l'uniformità delle prestazioni offerte ai cittadini ovunque residenti nello Stato fosse da intendere come uguale spesa pro-capite, "ciò lascerebbe irrisolto il problema di capire se ad uguali importi di spesa corrispondono uguali livelli di tutela della salute" ⁽⁷⁶⁾. Se si intende determinare il costo standard delle prestazioni essenziali, "la determinazione di quest'ultimo è certamente la questione di più difficile soluzione, considerando anche che – in particolare nel settore sanitario – l'evoluzione delle tecnologie e la connessa dinamica dei costi sono molto rapide, a volte imprevedibili, per cui la quantificazione dei livelli standard sarebbe complessa non solo perché oggettivamente sofisticata, ma anche perché continuamente da adattare alle mutevoli condizioni tecniche di produzione dei servizi" ⁽⁷⁷⁾.

Invero, la contestualità con cui livelli essenziali e risorse dovrebbero essere determinati, rende il concetto relativamente più sfuggente in quanto lascia presupporre una certa variabilità dei livelli essenziali, in dipendenza delle specifiche risorse che, di anno in anno, potrebbero essere loro assegnate. ⁽⁷⁸⁾

La questione incide direttamente sul principio della "comprehensiveness", proprio del modello sanitario pubblico del tipo "Beveridge". Come è stato osservato, "nei fatti la protezione attualmente fornita dipende dalle risorse disponibili e non esclude in alcun modo di dover sopportare liste d'attesa. In buona sostanza l'assistenza globale finisce per essere, né più né meno, quella che viene effettivamente fornita" ⁽⁷⁹⁾.

La questione incide anche sul principio dell'uniformità territoriale, tra Regioni, delle prestazioni "essenziali" effettivamente offerte. Come per la produzione di ogni altro servizio e bene, l'efficienza tecnica ed organizzativa è tendenzialmente variabile presso i diversi centri produttivi. In Italia le disuguaglianze tra Regioni delle condizioni iniziali della produzione dei servizi sanitari, al momento dell'introduzione dei LEA, sono apparse rilevanti alla prima indagine sistematica presentata nel 2003 sui dati rilevati nel 2001 (in attuazione dell'accordo Stato-Regioni 22/3/2001)⁽⁸⁰⁾.

⁽⁷⁵⁾ L'accordo sui LEA del 22/11/2001 prevedeva invece che le Regioni potessero effettuare il "delisting" dei farmaci che il CUF dichiarasse escludibili (totalmente o parzialmente) dalla rimborsabilità pubblica

⁽⁷⁶⁾ LIBERATI (2001), p. 21. Osserva l'autore che la Costituzione riconosce il diritto alla salute e non l'obbligo pubblico di fornire servizi sanitari

⁽⁷⁷⁾ I.S.A.E. (2004), p. 250

⁽⁷⁸⁾ LIBERATI (2001) p. 21

⁽⁷⁹⁾ FRANCE (2001), p. 150

⁽⁸⁰⁾ Cfr. PELLEGRINI (2003), pp. 289 ss; I.S.A.E (2004) pp. 251 ss

I risultati dei successivi lavori del “Tavolo di monitoraggio dei LEA” (istituito secondo la previsione dell’accordo Stato-Regioni dell’8/8/2001) sono così sintetizzati nel Piano Sanitario 2006-2008, predisposto dal Ministero della Salute: “Il tavolo di monitoraggio tuttavia non ha potuto effettuare un’analisi sulla rilevazione dei costi in quanto non si è raggiunta una convergenza di opinioni sull’analisi di appropriatezza necessaria per stabilire l’effettivo costo alle prestazioni erogate nell’ambito dei LEA. Dai dati rilevati si manifesta comunque una differenza nei costi regionali dei singoli livelli di assistenza tale da sottolineare con evidenza la necessità di promuovere e garantire l’equità del sistema, intendendo con tale termine l’erogazione di ciò che è necessario garantendo il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell’offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale. Ciò è confermato dal persistere di fenomeni di mobilità sanitaria che non riguardano solo le alte specialità. Il divario è prevalentemente registrabile tra le Regioni meridionali e quelle del centro nord⁽⁸¹⁾.

Il Piano Sanitario Nazionale riconosce dunque (al 2006) il permanere di significative difformità regionali nelle prestazioni dei LEA, in violazione dei principi sui cui essi sono stati elaborati e introdotti nell’ordinamento. Rileva il citato riferimento del Piano al criterio dell’”appropriatezza”⁽⁸²⁾

Ricordo che il D.legs 229/99 aveva enunciato tra i principi guida per l’individuazione dei LEA quello dell’appropriatezza, ed esso è stato ribadito nell’intesa Stato-Regioni del 23/3/2005. Tale principio-guida per i LEA, che si aggiunge a quelli dell’efficacia, equità, economicità ed efficienza, trova diretta applicazione nella lista dei DRG definiti “ad alto rischio di inappropriatezza” se effettuati in regime di ricovero ordinario⁽⁸³⁾.

Nella valutazione di alcuni autori, l’applicazione del principio dell’appropriatezza all’ammissione ai ricoveri ospedalieri “ha contribuito ad aumentare le diversità interregionali nel mix dell’offerta”⁽⁸⁴⁾ a causa delle differenti capacità delle Regioni di sviluppare le forme curative sostitutive di quelle ospedaliere. Tali diversità presumibilmente si ampliano quando si considerino anche le differenze, tra i centri territoriali di offerta, delle pratiche e delle tecnologie cliniche impiegate per le medesime patologie. D’altra parte, deve

⁽⁸¹⁾ MINISTERO DELLA SALUTE (2006) p.10

⁽⁸²⁾ Il Piano precisa (p.26): “L’equità non si può realizzare senza la promozione dell’appropriatezza. Nei suoi due classici significati di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione delle prestazioni più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse... perché è evidente che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario.”

⁽⁸³⁾ PELLEGRINI (2003, pp. 294ss) ricorda che l’analisi effettuata dall’Agenzia per i servizi sanitari regionali, su dati rilevati per il 2000 riferiti ai 43 DRG “ad alto rischio di inappropriatezza” ha evidenziato “una forte disomogeneità sul territorio nazionale”.

⁽⁸⁴⁾ FRANCE, TARONI, DONATINI (2005), p. S.197. Gli autori richiamano, a conferma, la considerevole variazione interregionale nella proporzione del totale della pubblica spesa destinata alle prestazioni ospedaliere

essere riconosciuto che vi sono obiettive difficoltà a definire linee-guida operative per assicurare l'uniforme applicazione del principio dell'appropriatezza ⁽⁸⁵⁾.

Il tema merita approfondimenti appoggiati ad ulteriori analisi empiriche dell'andamento della struttura dei consumi sanitari e quindi delle possibilità del governo della domanda attraverso la definizione di linee-guida per l'appropriatezza clinica (su tali basi si possono anche esaminare i sistemi di incentivazione alle scelte mediche di trattamenti a pagamento). Resta inoltre aperta la questione dell'opportunità di una politica esplicita e coerente – fino ad oggi assente - verso l'adozione e la diffusione nel territorio delle nuove tecnologie della medicina ⁽⁸⁶⁾.

Traendo le fila, dopo 30 anni dall'introduzione del Servizio Sanitario Nazionale e 6 anni dalla formale definizione e assunzione dei LEA nell'ordinamento, permangono significative differenze tra le offerte regionali delle prestazioni del servizio pubblico, anche di quelle “essenziali” della cui uniformità territoriale lo Stato rimane garante.

4. La complessità dei rapporti tra Stato e Regione

La definizione esplicita dei LEA, pur auspicabile per le ragioni sopra esposte, non si è rivelata ancora scelta sufficiente ad impedire che proseguisse lo stato di perenne confronto tra lo Stato e le Regioni, contrapponendo il giudizio delle Regioni (o di alcune) che vi è “sottofinanziamento” del sistema sanitario pubblico da parte del bilancio centrale, a quello dello Stato che vi è “sovraspesa” delle Regioni; e insieme resta il perenne confronto – acuito dalla prospettiva di maggiore “federalismo fiscale” – tra le Regioni medesime. Tra esse si ripropone lo storico dualismo economico tra Nord e Sud, con alcune qualificazioni ⁽⁸⁷⁾.

In linea generale, le Regioni del Nord sono caratterizzate da una spesa sanitaria in rapporto al prodotto considerevolmente più bassa che al Sud; al contrario, la spesa sanitaria pro-capite è notevolmente superiore

⁽⁸⁵⁾ FRANCE, TARONI, DONATINI (2005) p.s. 198. In commento ad analisi empiriche degli effetti dell'adozione di criteri di appropriatezza e di priorità (necessari per la gestione coerente del “razionamento”) FIORENTINI (2004, pp.24-28) riconosce che “l'analisi delle discordanze tra valori osservati e valori standardizzati di riferimento per diversi gruppi e/o patologia... può portare ad un impiego più mirato delle risorse dedicate ad analisi di appropriatezza”; e tuttavia avverte l'esigenza di cautele interpretative e l'esistenza di problemi metodologici. Avverte inoltre che i sistemi di finanziamento prospettico, che riducono gli incentivi alla selezione dei rischi e dei trattamenti, riducono anche gli incentivi ad apportare innovazioni (capaci di ridurre i costi) e a migliorare gli aspetti qualitativi delle prestazioni. Riprendo più avanti il tema degli incentivi, monetari e non, a che i medici esprimano prestazioni appropriate.

⁽⁸⁶⁾ FRANCE, TARONI, DONATINI (2005), p. S.19

⁽⁸⁷⁾ Nel 2005 ad es., Lazio, Puglia, Campania, Sicilia, hanno assommato circa il 114% degli “sfondamenti” della spesa farmaceutica territoriale rispetto ai finanziamenti programmati.

nelle Regioni settentrionali rispetto al Mezzogiorno⁽⁸⁸⁾. Osservando l'andamento, negli ultimi anni, della capacità di finanziamento delle singole Regioni con risorse proprie, risulta che esso si è fortemente accresciuto negli ultimi decenni, ma anche che – come era prevedibile – si sono accresciuti i divari regionali tra le entrate autonome pro-capite⁽⁸⁹⁾. Continua ad essere fenomeno quantitativamente importante, si è detto, la “mobilità” di residenti in Regioni Meridionali verso il Nord per ottenere prestazioni sanitarie. Il metodo di finanziamento della mobilità interregionale dei malati è soggetto a critiche. La mobilità tende infatti a penalizzare finanziariamente le Regioni di emigrazione (netta), che devono subire, almeno nel medio periodo, una più elevata incidenza dei costi fissi, mentre le Regioni aventi immigrazione netta in quanto rimborsata al costo pieno usufruiscono di una eccedenza rispetto ai costi variabili delle prestazioni ai non residenti; salvo che per essi si determinino costi di congestione, che vengono, di norma, assorbiti nelle “liste di attesa”⁽⁹⁰⁾. Queste “liste” tendono ad essere alimentate anche dal metodo del finanziamento retrospettivo, da parte dello Stato, delle prestazioni eseguite in favore di residenti in altre Regioni.

In effetti, negli anni successivi all'accordo Stato-Regioni dell'8/8/2001, a fronte dell'emergere di disavanzi per la copertura delle spese sanitarie le singole Regioni hanno posto in essere comportamenti sostanzialmente differenti: le Regioni del Sud, avendo minori capacità di entrata e trovando più forti difficoltà a trasferire prestazioni e costi a carico della spesa privata, hanno cercato di razionalizzare la spesa, soprattutto quella ospedaliera, mentre le Regioni del Nord hanno cercato di accrescere autonomamente i finanziamenti (con provvedimenti fiscali e di co-partecipazione)⁽⁹¹⁾

Non può sorprendere che, nel quadro di un dibattito sulla politica economica che tradizionalmente ha enfatizzato (e a ragione) il dualismo territoriale, le singole Regioni abbiano tenuto e tengano atteggiamento prevalentemente critico nei confronti dei criteri di ripartizione del fondo sanitario nazionale⁽⁹²⁾. Così, mentre le Regioni del Nord oggi chiedono una maggiore ponderazione del fattore età della popolazione, per la sua incidenza sulla spesa sanitaria, le Regioni del Sud obiettano che per tale via si favorirebbero le

⁽⁸⁸⁾ Cfr. MORCALDO (2007), p. 15

⁽⁸⁹⁾ Cfr. FRANCE, TARONI, DONATINI (2005), p. S193. Questi autori hanno, inoltre, osservato che il maggiore ricorso a specialisti privati da pazienti del Sud può riflettere la più bassa disponibilità di tali servizi pubblici e/o la percezione di una loro più bassa qualità

⁽⁹⁰⁾ Con regolamento concordato nell'ambito della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, dal 1 luglio 2003, si è adottata per le prestazioni ai residenti in altre Regioni una tariffa unica convenzionata, e si sono stabiliti aumenti tariffari per le prestazioni “ad alto rischio di inappropriata”, così da scoraggiare la mobilità interregionale che ricerca opportunità di “ospedalizzazione impropria”. Cfr. ISAE (2004) pp. 43-44.

⁽⁹¹⁾ L'esperienza ha mostrato che il metodo dei ripiani a posteriori dei disavanzi regionali, in un contesto di contrapposizione con il governo centrale circa l'attribuzione delle responsabilità (sottofinanziamento statale versus sovrappeso regionale), oltre ad essere inefficiente sotto il profilo della programmazione, ha forzato dilazioni di pagamenti ai fornitori che hanno un costo (per interessi e maggiori prezzi delle forniture) a carico dei bilanci regionali; tali costi sono presumibilmente maggiori di quelli dell'indebitamento diretto da parte dello Stato.

⁽⁹²⁾ La formula di ripartizione regionale del fondo sanitario nazionale è variata frequentemente nel tempo; attualmente è basata sulla popolazione, su indici (pesi) di utilizzazione delle strutture ospedaliere per classi di età, su un indice del tasso di mortalità, e un indice per la compensazione dei flussi interregionali dei malati

Regioni settentrionali che già si avvantaggiano di maggiore spesa sanitaria pro-capite, e a loro volta chiedono ulteriori stanziamenti per recuperare i “ritardi” relativi nelle dotazioni di strutture e strumenti.

Alcuni hanno sottolineato il rischio che – particolarmente in una prospettiva di “federalismo fiscale” – in un assetto istituzionale che assegna alle Regioni ampia autonomia normativa e regolamentare dell’organizzazione e gestione del servizio, le Regioni economicamente più forti (con maggiore capacità fiscale) possono essere indotte a comportamenti “opportunistici”, per ridurre il loro contributo al fondo perequativo, potendo contare nel loro ambito su maggiori e più facili meccanismi di co-finanziamento, o di assicurazione privata integrativa, e persino su un maggiore ricorso alla spesa privata, meglio sopportabile da una popolazione avente più alto reddito pro-capite. Ma anche (e secondo alcuni soprattutto) sul versante delle Regioni economicamente più deboli, e/o meno efficienti, sono plausibili comportamenti opportunistici;⁽⁹³⁾ questi soprattutto in un assetto – come è quello italiano attuale – in cui la garanzia delle prestazioni dei LEA a carico dello Stato può disincentivare all’efficienza le Regioni che sanno che i loro disavanzi verranno, infine, finanziati dal bilancio statale. I comportamenti opportunistici delle Regioni che sanno di poter contare sull’intervento finanziario, di ultima istanza, del Governo Centrale, che deve garantire che a tutti i cittadini ovunque residenti e in qualsiasi condizione economica siano resi accessibili i LEA, ha sollevato la questione, se e come sia possibile al Governo Centrale indurre le Regioni a comportamenti efficienti nell’organizzare e gestire il servizio di offerta dei LEA.

Alcuni autori hanno osservato che la ricerca di un equilibrio soddisfacente tra la devoluzione alle Regioni dei poteri in materia sanitaria e la capacità dello Stato di garantire che tutte le Regioni prestino effettivamente (in modo uniforme) i LEA, è condizionata dalla “incerta separazione delle competenze (e delle conseguenti responsabilità di finanziamento) tra Governo centrale e Regioni in materia sanitaria”⁽⁹⁴⁾. Questa incertezza di fondo renderebbe difficile distinguere le responsabilità regionali per le eventuali disfunzioni nella politica sanitaria, dalle responsabilità del governo centrale garante e finanziatore (anche in ultima istanza). Sarebbe, quindi, vanificato uno degli obiettivi del “federalismo”, quello di rendere più trasparenti le azioni e le responsabilità degli amministratori pubblici, avvicinando gli amministrati – elettori ai competenti livelli di governo⁽⁹⁵⁾.

Altri autori pongono la questione sotto il profilo della “governance” istituzionale: “senza adeguati meccanismi di governance i conflitti tra le Autorità centrali e regionali e tra le Regioni stesse possono

⁽⁹³⁾ Cfr. in particolare FIORENTINI (2003) pp. 388 ss. Osserva l’autore che in mancanza di un “collegamento tra responsabilità aspettata e responsabilità di spesa la presenza di disavanzi consente di trasferire parte dei costi dal proprio elettorato alla collettività nazionale In tale contesto il decisore pubblico regionale non è incentivato a ricercare e introdurre tutte le innovazioni istituzionali, organizzative e gestionali utili per migliorare la qualità dei servizi a parità di risorse” (pp. 391-392).

⁽⁹⁴⁾ LIBERATI (2001), p.7

⁽⁹⁵⁾ cfr. LIBERATI (2001), p. 18

risultare in ulteriore accelerazione della frammentazione del SSN”⁽⁹⁶⁾. Da tale impostazione si trae l’affermazione che “il governo centrale per realizzare effettivamente le garanzie nazionali deve sviluppare il catalogo delle prestazioni, attuare un efficace sistema di monitoraggio, e stabilire regole appropriate per obbligare le regioni a comportarsi adeguatamente.

Credo che seguendo tale impostazione si giungerebbe al modello di “command and control” che difficilmente potrebbe risultare compatibile con la devoluzione dei poteri alle Regioni in materia sanitaria, prevista dal vigente testo costituzionale; e che comunque difficilmente sarebbe accettato dalle Regioni e dai sostenitori dell’importanza politica del loro ruolo nell’organizzazione sociale. Si torna, allora, alla precedente questione, della necessità che sia definita in modo specifico e chiaro la separazione delle competenze in materia sanitaria tra lo Stato e le Regioni, perché, come è stato scritto, “controlli e sanzioni, infatti, seguono logicamente la fase della specificazione degli obiettivi: rientra allora in gioco, nel caso attuale, la questione dei livelli essenziali e uniformi previsti dal D. lgs. 56/005⁽⁹⁷⁾; e “un adeguato sistema di monitoraggio costituisce senza dubbio condizione necessaria per il governo della spesa sanitaria ma non rappresenta una condizione sufficiente se non preceduto da una netta ripartizione delle competenze tra i due livelli di governo”.⁽⁹⁸⁾

Sul terreno normativo, è certamente legittimo ed opportuno disegnare un sistema di “governance” coerente ed efficace rispetto agli obiettivi. Ma, se si intende superare nella realtà gli ostacoli alla sua adozione, occorre preliminarmente prendere consapevolezza della natura di tali ostacoli e delle loro cause. Utilizzando alcuni strumenti analitici della “public choice” (peraltro presenti, in forma diversa, già nelle analisi degli economisti classici), l’idealizzazione dello “Stato”, portatore e garante esclusivamente degli interessi nazionali, qui dell’interesse alla salute, deve essere superata e qualificata nel riconoscimento della molteplicità di interessi e obiettivi della dirigenza politica. Le dirigenze politiche si formano, nella gran parte, in percorsi che iniziano dalle realtà politiche locali; e in ogni caso ogni parlamentare è eletto in un collegio territoriale così come il consigliere regionale la cui carriera politica assai spesso sfocia nel livello nazionale.

Le segreterie nazionali dei partiti, che hanno grande parte nella dirigenza politica effettiva, sono elette dai delegati territoriali, sicché il “consenso” tra dirigenti politici nazionali e regionali (e sub-regionali) è intrinseco alla formazione della classe politica dirigente, a ogni livello di governo. Che la “conflittualità”

⁽⁹⁶⁾ TORBICA, FATTORE (2005) p. S51

⁽⁹⁷⁾ LIBERATI (2001), p. 18 annota: “L’incerto riparto delle competenze tra governo centrale e regioni non favorisce in effetti la costituzione di una identificabile responsabilità regionale; quando il governo centrale definisce le prestazioni che è necessario assicurare sul territorio, delegando le relative competenze di spesa, apre di fatto un contenzioso permanente in ordine alla quantificazione delle risorse che sarà necessario devolvere alle regioni”

⁽⁹⁸⁾ LIBERATI (2001) p. 20

continua, tra Stato e Regioni, e tra singole Regioni, sia il dato caratterizzante l'esperienza italiana del sistema sanitario regionale, come largamente si afferma, è fatto che sollecita una riflessione. La rappresentazione, attraverso l'astratto ragionamento, di uno "Stato" portatore di interessi nazionali e di Regioni portatori degli interessi territoriali rischia di essere l'idealizzazione di una società che nella realtà, invece, si muove, e forma le scelte politiche in modo assai più complesso attraverso il compromesso e la mediazione. Mi sembra pertanto più vicino a tale realtà lo schema interpretativo che - nel solco degli studi di "public choice" e, assai prima, delle analisi degli economisti classici - cerca di individuare gli interessi e le motivazioni delle dirigenze politiche, che nel caso in esame non sono mai prettamente "nazionali" oppure "regionali"⁽⁹⁹⁾.

Traendo da analisi delle esperienze di altri Paesi che da tempo hanno sperimentato il servizio sanitario in un contesto di federalismo, France trae la conclusione che "paradossalmente, gli sforzi per applicare standard nazionali sono tanto più efficaci quanto più flessibile è il governo centrale nell'imporli" e pertanto sottolinea "la necessità per il centro di adottare un approccio flessibile e non legalistico nello stabilire e imporre gli standard"⁽¹⁰⁰⁾.

Invero, un approccio flessibile e di tipo gradualistico non è il migliore sotto il profilo della pura razionalità, ma appare essere il più realistico, anche alla luce delle precedenti considerazioni sull'interesse delle dirigenze politiche che è "nazionale" e "regionale" insieme, e perciò comporta la continua ricerca di equilibrio politico tra uniformità e diversità territoriali delle gestioni anche del servizio sanitario pubblico. Questo approccio, pertanto, si affida innanzitutto alla "moral suasion" dello Stato verso le Regioni; con l'eventuale affiancamento, per consulenza e stimolo, di uffici competenti dello Stato alle Regioni incapaci di offrire i LEA entro il vincolo del loro bilancio⁽¹⁰¹⁾. E' plausibile che, nel tempo, le Regioni meno efficienti avvertano sempre più la pressione, dello Stato e delle altre Regioni, a che esse meglio impieghino le risorse messe a loro disposizione; potrebbe venirne stimolata anche la pressione su di esse dalle opinioni pubbliche

⁽⁹⁹⁾ Nell'odierno contesto politico-istituzionale, l'impressione è che nell'interpretazione dei distinti ruoli, nazionale e regionale, i dirigenti politici trovino opportuno enfatizzare e rendere pubbliche le contrapposizioni di interessi, così da persuadere il corpo elettorale (anche di una singola coalizione) che la convivenza sociale richiede, alla fine, soluzioni compromissorie, e che la perenne mediazione tra gli interessi contrapposti è l'unico metodo possibile di gestione (piuttosto che di governo) di questa società composita, quanto a interessi e a valori. E' questo un metodo politico di gestione della convivenza sociale che certo non è applicato alla sola politica sanitaria, bensì a tutti (o quasi) i settori dell'intervento pubblico nell'organizzazione sociale. Così, nelle scelte del bilancio pubblico si pongono obiettivi di sviluppo e di redistribuzione, che vengono confrontati con i "vincoli" della pressione fiscale e del saldo del bilancio: le scelte definitive sono intrinsecamente di mediazione e compromesso.

⁽¹⁰⁰⁾ FRANCE (2003) pp.282-4

⁽¹⁰¹⁾ Sull'approccio che lo Stato dovrebbe adottare nei confronti delle Regioni inadempienti cfr. anche il recente dibattito tra il Ministro per la Salute (L. Turco e R. Perotti nel "Sole XXIV ORE, 14 e 17 aprile 2007). Anche nel Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 (p.20) si legge che si intende "realizzare, nei confronti delle Regioni che manifestano rilevanti difficoltà nel mantenere l'equilibrio di bilancio e nell'assicurare l'erogazione delle prestazioni comprese nei LEA, una adeguata opera di affiancamento per aiutarle a recuperare efficienza e capacità realizzative".

(si potrebbero incoraggiare i cittadini e le associazioni dei malati a svolgere un compito di controllo, mettendo anche strumenti idonei a loro disposizione; e si potrebbe coinvolgere sistematicamente nella verifica degli obiettivi le associazioni dei medici).

Nell'opinione dello scrivente, la questione della "governance" del sistema sanitario, e più precisamente dell'equilibrio tra "uniformità e difformità" delle prestazioni sanitarie pubbliche "essenziali" effettivamente realizzate nelle singole Regioni, sarà fortemente condizionata, nei suoi esiti, dall'andamento dell'economia e quindi dal vincolo complessivo del bilancio pubblico. Se tale andamento dovesse, nel prossimo futuro, imporre un "razionamento" significativamente più severo delle risorse pubbliche disponibili per la sanità, i rapporti tra Stato e Regioni, e tra singole Regioni, tenderebbero a farsi più difficili e conflittuali anche sul tema dell'imposizione delle uniformità territoriali dei LEA; al contrario, in un contesto di relativamente più ampia disponibilità delle risorse pubbliche destinabili alla sanità, la questione della "governance" del sistema, dei connessi controlli e sanzioni, si risolverebbe nella ormai consolidata prassi delle negoziazioni e conseguenti accordi Stato-Regioni. Queste considerazioni ci portano direttamente al tema dei prossimi paragrafi.

5 Prospettive della politica sanitaria in Italia

5.1 .La sostenibilità del modello sanitario del servizio pubblico.

Confrontando le esperienze dei differenti modelli di organizzazione del sistema sanitario che hanno trovato reale applicazione in differenti Paesi, e/o periodi storici, (di cui ho cercato di sintetizzare i tratti caratterizzanti nella prima parte del lavoro: modello assicurativo privato, modello delle assicurazioni sociali obbligatorie, servizio sanitario pubblico nazionale anche nella configurazione delle ampie competenze regionali), risulta che sono sostanzialmente analoghi i problemi e le difficoltà che le politiche sanitarie di tali Paesi, pur con differenti modelli, debbono oggi affrontare.

Si consideri anzitutto la scelta basilare, tra offerta pubblica e offerta privata delle prestazioni sanitarie, e sul "mix" tra esse (quanto all'estensione, ai livelli, alla tipologia di ciascuna delle due offerte e sull'eventuale forma di coordinamento tra esse).

Nei Paesi sviluppati, la scelta reale non è tra un sistema sanitario completamente pubblico oppure completamente privato. Anche negli Stati Uniti, dove (ancora) si adotta un sistema prevalentemente fondato sulle assicurazioni private, è esteso il settore dell'offerta sanitaria pubblica, rivolta a chi per ragioni di reddito, di età, di cronicità della malattia non potrebbe assicurarsi presso una società commerciale privata. Negli Stati Uniti la spesa sanitaria pubblica media pro-capite è notevolmente più elevata (al 2003) sia della

spesa sanitaria pubblica pro capite media dell'OECD sia di quella dell'UE dei 15 Paesi (che sono più avanzati dei nuovi entrati), ed è più elevata anche di quella del Regno Unito, che rappresenta il modello di riferimento del servizio sanitario pubblico universale⁽¹⁰²⁾.

La scelta di bilancio pubblico relativa all'ammontare di risorse da destinare (pro-capite) agli impieghi nelle prestazioni sanitarie pubbliche non coincide con la scelta del modello del servizio sanitario, che si riflette, invece, nella dimensione relativa dei due settori di offerta, quello pubblico e quello privato. Infatti, se si osservano i dati sulle fonti di finanziamento della spesa sanitaria complessiva, la spesa pubblica risulta essere (al 2000) il 44,2% del totale della spesa sanitaria negli Stati Uniti, contro il 72,2% nella media OECD, e l'80,9% nel Regno Unito (in Italia il 73,4%). Nei Paesi con servizio sanitario pubblico "universale", la quota della spesa sanitaria pubblica si colloca tra il 70% e l'80% di quella complessiva. Ma la copertura, per legge, con il servizio pubblico di tutta la popolazione e l'enunciazione del principio della corrispondenza delle prestazioni ai "bisogni" (senza altre qualifiche o come in Italia esplicitamente qualificati per "essenziali"), non impedisce un continuo e spesso aspro confronto sugli ammontari di risorse che il bilancio pubblico assegna al servizio sanitario, ovvero se tali ammontari siano adeguati, oppure no, a soddisfare i "bisogni", o almeno quelli "essenziali". È degno di riflessione il fatto che in Germania (cfr. par.3.1), dove la parte della popolazione con reddito superiore a un dato livello può escludersi dall'assicurazione sanitaria obbligatoria e quindi dai suoi oneri contributivi, la quota della spesa sanitaria pubblica (ovvero finanziata dal prelievo obbligatorio) sul totale è pari al 75%, che nell'UE è all'incirca uguale a quella della Francia, della Finlandia e del Belgio, di qualche punto superiore a quelle di Italia e Spagna, decisamente superiore a quella di Austria, Olanda, Portogallo e Grecia.

Di nuovo, se confrontiamo tra Paesi la spesa pubblica sanitaria pro-capite – a misurare le quantità di risorse pubbliche destinate alla sanità – la Germania si distingue per la spesa pubblica sanitaria pro-capite tra le più elevate nell'UE (insieme alla Svezia e alla Danimarca), persino un poco superiore a quella del Regno Unito⁽¹⁰³⁾.

⁽¹⁰²⁾ Cfr. in particolare OECD (2004, c, pp.65-72) e tabelle ivi riportate); OECD (2004, b, tabelle 1.2, 1.4, 1.5, pp. 24 e ss.). Il reddito pro-capite degli Stati Uniti è superiore a quello dei Paesi europei economicamente più avanzati. Quindi, anche i costi monetari della produzione (salari e profitti) sono relativamente più elevati. Molti studi hanno inoltre posto in evidenza che la domanda complessiva per prestazioni sanitarie cresce più che proporzionalmente al reddito. D'altra parte, un più alto livello di reddito pro-capite dovrebbe comportare minore pressione della domanda di spesa pubblica sanitaria sostitutiva di quella privata; vi è però da tenere presente che negli Stati Uniti la continua immigrazione dai Paesi latino-americani e il permanere di forti squilibri della distribuzione dei redditi monetari alimentano la domanda di spesa sanitaria pubblica. Secondo alcuni autori, la più elevata spesa sanitaria pubblica pro-capite rivelerebbe anche più ampie inefficienze nella produzione di tali servizi.

⁽¹⁰³⁾ OECD (2004, c), par 3.1 e ss., pp. 66 e ss. Tuttavia, poiché il dato per il Regno Unito è riferito al 2002, e non al 2003 come per la Germania e gli altri Paesi, si può stimare che la spesa sanitaria pubblica pro-capite nei due Paesi sia all'incirca uguale: il che comunque sottolinea che il "modello Bismark" della Germania, con l'opzione ai cittadini con reddito superiore a una data soglia di assicurarsi privatamente, è compatibile con uguale spesa pubblica sanitaria pro-capite rispetto al Paese di riferimento per il "modello Beveridge". La Francia, avente modello misto di assicurazione sociale obbligatoria e servizio pubblico, presenta (2003) una spesa pubblica sanitaria pro-capite un poco inferiore a quella di Germania e Regno Unito.

I confronti tra Paesi, anche aventi modelli di riferimento e organizzazioni sanitarie diverse, non possono che confermare l'indicazione logica offerta dall'analisi dell'economia pubblica: la scelta di base della politica di ciascun Stato verso il sistema sanitario è quante risorse del bilancio pubblico destinare ad esso. E' la scelta tra gli impieghi alternativi delle risorse pubbliche complessivamente disponibili, contestualmente (nella determinazione del bilancio pubblico) alla scelta tra impieghi pubblici e impieghi privati delle risorse (determinazione dei livelli dei prelievi obbligatori e dei prezzi dei servizi pubblici). Il problema del "razionamento", che affligge tutti gli attuali sistemi sanitari pubblici (a modello "Beveridge" oppure "Bismarck"), non si porrebbe in società che fossero dotate di risorse in grande abbondanza, ma si pone nelle attuali società, anche dei Paesi ad economia più sviluppata rispetto agli altri, che vivono quotidianamente scelte (conflittuali) sugli impieghi alternativi delle risorse, che sono scarse rispetto al complesso delle potenziali domande.

La scelta dell'ammontare di risorse da impiegare nell'offerta sanitaria pubblica è il presupposto della costruzione del modello sanitario reale. L'enunciazione di principi generali, quali l'offerta delle prestazioni a tutti in base ai bisogni, non è sufficiente e può risultare non verificata dai fatti (e quindi non credibile nella previsione) quando l'attuazione di tale principio richiederebbe risorse eccedenti quelle determinate nelle politiche del bilancio pubblico. Le risorse messe dal bilancio pubblico a disposizione degli impieghi per la sanità condizionano le successive scelte riguardanti: l'estensione del campo delle prestazioni e la loro qualità⁽¹⁰⁴⁾; la ripartizione dei fondi tra fase della prevenzione e fase curativa (alla seconda generalmente si riferiscono le analisi di economia sanitaria, spesso trascurando il fatto che la gestione della fase preventiva condiziona la spesa della fase curativa e i suoi risultati⁽¹⁰⁵⁾); il "mix" pubblico - privato (tickets, rimborsi parziali, convenzioni), la distribuzione territoriale dei fondi che, si è visto, non è questione che appartiene soltanto al modello regionalizzato.

Come in ogni altro tipo di attività, il prodotto ottenuto impiegando un dato ammontare di risorse varia anche in relazione alle modalità di utilizzo delle medesime (efficienza nella produzione). Ho ricordato che nelle recenti valutazioni dell'OECD l'uso più produttivo delle risorse è considerata la soluzione più efficace e realistica alle difficoltà, che oggi tutti gli Stati incontrano, a realizzare gli obiettivi sia dell'universalità dell'accesso alle prestazioni sanitarie sia della qualità dell'offerta, compatibilmente con i vincoli che i

⁽¹⁰⁴⁾ L'eventuale abbassamento dei livelli qualitativi di singole prestazioni può indurre alcune fasce di cittadini non poveri a ricorrere alla sanità privata, alleggerendo così la pressione sull'offerta pubblica. La qualità degli interventi dipende sia dalle strutture e dagli strumenti sanitari messi a disposizione dei medici, sia dalla preparazione e aggiornamento professionale loro e dei loro collaboratori, sia dal loro numero in relazione ai pazienti e dai criteri organizzativi; le "liste di attesa" sono indicatore tipico di carenza dell'offerta.

⁽¹⁰⁵⁾ E' stato osservato che, in Italia, la concentrazione dei "tickets" sulle fasi della prevenzione (analisi, diagnostica specialistica ecc.) può avere avuto ripercussioni negative sullo stato di salute.

bilanci pubblici pongono all'ammontare delle risorse destinate alla sanità. Formulare previsioni e proposte sulla politica sanitaria italiana significa, prioritariamente, prevedere e valutare l'ammontare delle risorse pubbliche che saranno assegnate al sistema sanitario, perché le risorse realizzano nei fatti il "modello" ("reale"), anche se formalmente non ci si volesse distaccare dall'enunciazione di un "modello ideale" alquanto diverso.

Pur nella complessità di tali molteplici scelte, è possibile distinguere alcuni indirizzi alternativi che la politica sanitaria italiana potrebbe seguire nei prossimi anni.

Il primo indirizzo, sostenuto da numerosi studiosi italiani dell'economia sanitaria, si caratterizza per la difesa del modello del servizio sanitario pubblico universale, globale e ugualitario, quale era nelle intenzioni del legislatore che l' ha introdotto. Si ritiene che l'esplicito riferimento normativo ai LEA, che nella legge devono essere prestati uniformemente su tutto il territorio nazionale, esprima una forma di razionamento idoneo a soddisfare il vincolo del bilancio pubblico, nel rispetto dei citati principi del modello del servizio pubblico . Peraltro, le previsioni sulla futura evoluzione della spesa sanitaria sollevano alcuni motivi di insicurezza su tale ipotesi. Anche a livello internazionale si riconosce che le spinte all'aumento della spesa sanitaria, rispetto al PIL, non possono considerarsi esaurite; sia perché è elevata l'elasticità della domanda al reddito e perché prosegue l'attività pubblica di informazione e stimolo dell'attenzione per la salute, anche per ampliare ancora le opportunità di accesso, sia perché i costi del settore sono sospinti da quelli elevati della ricerca e dell'innovazione tecnologica, sia perché le retribuzioni di tale settore "labor-intensive" sono trascinate da quelle dei settori a più alta crescita della produttività (l'effetto "Baumol"), sia per l'invecchiamento della popolazione. In Italia, la previsione sulla tendenza di medio periodo della spesa sanitaria pubblicata nel dicembre 2005 dalla Ragioneria Generale dello Stato⁽¹⁰⁶⁾ conferma – a legislazione 2005 – la tendenza all'aumento della spesa sanitaria sul PIL nei prossimi decenni sull'ipotesi base della crescita di tale spesa indotta dall'aumento della speranza di vita della popolazione. Tuttavia, la previsione considera anche l'ipotesi, sostenuta in taluni studi empirici, che l'effetto dell'"invecchiamento" della popolazione sulla crescita della spesa sanitaria sia più modesto di quanto generalmente si ipotizza, poiché nel ciclo vitale di ciascuno le maggiori spese sanitarie (particolarmente quelle ospedaliere) si concentrerebbero nel periodo antecedente il decesso. Applicando questa, anche in combinazione con altre ipotesi che attenuerebbero l'effetto dell'"invecchiamento", la previsione porrebbe la crescita della quota della spesa sanitaria sul PIL a valori significativamente più contenuti di quelli risultanti dall'esercizio previsivo fondato sull'ipotesi base.

⁽¹⁰⁶⁾ Ministero dell'Economia e delle Finanze (2005).

Peraltro, l'osservatore non può trascurare che nel quinquennio 2001-5 la dinamica della spesa effettiva del SSN, e del finanziamento garantito, è stata “fortemente più accelerata rispetto a quella del PIL”, come si può vedere alla tabella seguente ⁽¹⁰⁷⁾.

Raffronto tra Prodotto Interno Lordo, disponibilità finanziarie per il S.S.N. e spesa del S.S.N. (variazioni precentuali annue)					
ITALIA	2001	2002	2003	2004	2005(§)
PIL reale	1,8	0,4	0,3	1,2	0,0
PIL a prezzi correnti	4,6	3,4	3,2	3,9	4,6
spesa effettiva del SSN	8,3	4,7	2,9	7,5	5,8
costo effettivo del SSN	-	4,8	2,7	7,0	4,0
Finanziamento (fabbisogno) previsto per il SSN (*)	8,2	6,1	3,9	4,9	7,0

(*) nel triennio 2001-2003 non sono stati considerati gli ulteriori 1,450 milioni previsti dalla norma di ripiano
 (§) I valori 2005 sono stimati tranne il finanziamento (fabbisogno) che è quello stabilito dalla legge 311/2004 (finanziaria 2006)

FONTE: MINISTERO PER LA SALUTE, Piano Sanitario Nazionale 2006 - 2008

Tuttavia, l'esperienza sembrerebbe mostrare che dalla data del pensionamento a quella del decesso aumentano fortemente le preoccupazioni dell'anziano per la sua salute (vi sono anche ragioni psicosomatiche conosciute) e quindi aumentano e divengono pressanti le sue richieste di cure, cui i medici rispondono con prescrizioni di medicinali, analisi e terapie ambulatoriali, probabilmente eccessive se si adottassero i criteri di valutazione basati sugli “health outcomes” (mentre i “bisogni” scaturiscono dal confronto tra il paziente e il medico).

⁽¹⁰⁷⁾ MINISTERO DELLA SALUTE (2006) p. 16. Il Piano Sanitario Nazionale osserva che “a medio termine, ci si può attendere che il progressivo invecchiamento della popolazione cambi radicalmente la domanda di beni e servizi. In particolare, questo fenomeno influenzerà le professioni sanitarie e l'assistenza: il bisogno di maggiore prossimità e continuità nell'assistenza richiesta dall'invecchiamento della popolazione impone una necessità di più infermieri e di più medici di medicina generale. Inoltre, gli investimenti per migliorare la salute degli anziani...attraverso la prevenzione e la promozione della salute sono assolutamente prioritari... In conclusione ci si può attendere un aumento progressivo dei costi di assistenza sanitaria nei prossimi decenni, legato all'invecchiamento, solo moderatamente influenzabile dai flussi immigratori di popolazione giovane e dal successo degli eventuali sforzi di promozione della salute e di prevenzione sanitaria.” L'argomento è controverso tra gli studiosi; cfr. anche ISAE (2005) e la bibliografia ivi riportata.

L'incertezza che inevitabilmente accompagna tali previsioni di medio periodo della spesa pubblica sanitaria si accompagna all'incertezza sull'evoluzione del PIL nei prossimi anni, nel quadro dell'internazionalizzazione delle economie favorevole a Paesi emergenti (Cina, India, ecc.), con rischi energetici crescenti per i Paesi trasformatori (anche per fattori politici), e con il maggiore impatto di vincoli ambientali allo sviluppo sostenibile. La peculiarità, nel contesto europeo, dell'onere sulla finanza pubblica italiana rappresentato dall'elevatezza del debito pubblico (il maggiore, rispetto al PIL, in Europa), indica che potrebbe essere tendenzialmente maggiore il "razionamento" delle risorse assegnate dal bilancio pubblico italiano alla spesa sociale, nel medio periodo.

Ogni previsione, invero, deve ammettere almeno uno scenario più ottimista ed uno più pessimista. Chi ritiene possa essere mantenuto, nel medio periodo, il sistema attuale del servizio pubblico sanitario universale, come definito oggi dai LEA (nella loro applicazione) assume implicitamente uno scenario previsivo più ottimista: sia quanto alla capacità di controllo della dinamica della spesa sanitaria pubblica e di aumento della sua efficienza, sia quanto all'equilibrio della gestione delle altre componenti di entrata e di spesa della finanza pubblica e del debito, sia quanto all'evoluzione del PIL.

Invero, le preoccupazioni maggiori di chi sostiene questo indirizzo appaiono oggi rivolte sostanzialmente ai possibili effetti negativi del previsto federalismo fiscale regionale, piuttosto che agli effetti sul servizio sanitario di un eventuale più forte razionamento delle risorse complessivamente destinate dal bilancio pubblico alla sanità. Preoccupa, infatti, i sostenitori del servizio pubblico sanitario universale, globale e ugualitario, che esso possa frantumarsi in sottosistemi regionali, incrinando il principio dell'uniformità di offerta dei LEA a tutti i cittadini ovunque residenti nel territorio nazionale. Pertanto, l'attenzione e le proposte sono rivolte ai criteri perequativi del finanziamento tra Regioni, alla definizione degli standard sanitari nazionali e alla loro applicabilità, alle norme e procedure di "governance", incluse le sanzioni che permettono allo Stato di ottenere dalle Regioni prestazioni uniformi dei LEA verso i cittadini ovunque residenti.⁽¹⁰⁸⁾

Nella logica di questo indirizzo di politica sanitaria, sorge naturale e pare giustificabile lo scetticismo verso le proposte di seguire la strada della maggiore efficienza nella produzione dei servizi sanitari attraverso l'introduzione nel sistema di istituti e processi propri della concorrenza. In sintesi, la distinzione tra i soggetti che richiedono e quelli che erogano le prestazioni sanitarie, dovrebbe suscitare interessi contrapposti e competizione all'interno dell'una e dell'altra categoria, sostenuta da più ampia libertà di

⁽¹⁰⁸⁾ Questi "bisogni essenziali" sono, nella realtà italiana, quelli ereditati dalla esperienza storica la cui evoluzione è guidata dalla medicina prevalente. Nel "razionamento" le decisioni pubbliche (tecnico-burocratiche) spesso non facilitano la tempestiva adozione dei risultati del progresso scientifico; mentre la loro diffusione a livello territoriale tende ad avvenire in modo difforme, anche in Paesi che non applicano un modello regionalizzato.

scelta dell'utente. Le esperienze tentate in vari Paesi hanno, infatti, mostrato che, al nocciolo, risultano incompatibili la logica del mercato concorrenziale con quella della programmazione pubblica vincolante⁽¹⁰⁹⁾. Le richieste di maggiori poteri e di strumenti di controllo e di intervento dello Stato, per ottenere dalle Regioni applicazione territoriale uniforme dei LEA, di fatto vanno nella direzione di restringere ancor più le opportunità di stimolare l'efficienza produttiva del sistema sanitario attraverso un "mercato interno" al sistema pubblico⁽¹¹⁰⁾.

Il tempo dirà se prevarrà lo scenario previsivo più ottimistico, (in particolare sull'evoluzione del PIL) tale da permettere di realizzare gli obiettivi del modello sanitario pubblico: l'universalità e la globalità, l'uniformità anche territoriale delle prestazioni a parità di bisogni, il soddisfacimento dei bisogni "essenziali". Peraltro, almeno in alcuni autori si riscontra, più o meno esplicitamente, un grado di accettazione del giudizio che, nell'ipotesi in cui continui o si aggravi il "razionamento" delle risorse pubbliche destinate agli impieghi sanitari, sia preferibile il "delisting", o il contenimento dei livelli qualitativi dell'offerta pubblica (o addizionali forme di co-pagamento a carico degli utenti con redditi superiori ai livelli di povertà), piuttosto che una esplicita revisione dei principi su cui è stato formalmente costruito il modello del servizio sanitario pubblico. Mi pare assai significativa, a tale riguardo, la valutazione espressa da Oliver⁽¹¹¹⁾., in riferimento alla promesse del governo laburista di ridurre drasticamente (al 2008-2009, e successivamente) i lunghi tempi inglesi di attesa delle prestazioni. L'autore giudica "irresponsabili" tali promesse perché "esse possono servire ad aumentare le attese del pubblico al punto che possono solo creare danno al sistema universale e finanziato dal bilancio pubblico e possono divenire uno strumento nelle mani di quelli che vorrebbero smantellare il Servizio Sanitario Nazionale le riduzioni dei tempi di attesa, benché ammirabili se considerate isolatamente, devono essere bilanciate nei confronti degli obiettivi fondamentali del sistema."⁽¹¹²⁾

⁽¹⁰⁹⁾ Cfr. gli studi precedentemente citati sulle esperienze di Inghilterra, Svezia e Germania.

⁽¹¹⁰⁾ Cfr. le conclusioni di FIORENTINI (2003), pp. 399-401. Sui tentativi di introdurre il "mercato interno" in Italia, e le ragioni del sostanziale insuccesso, analoghe a quelle rilevate nelle citate esperienze degli altri Paesi, cfr. FRANCE, TARONI, DONATINI (2005)

⁽¹¹¹⁾ Ricordo ancora che nel panorama degli economisti britannici della salute lo studioso si colloca nella parte (minoritaria) dei difensori dei principi originari del servizio sanitario pubblico universale.

⁽¹¹²⁾ OLIVER (2005) S 92. Il giudizio di questo autore, in linea con quelli espressi da altri che difendono i principi fondamentali del servizio sanitario pubblico universale, si fonda sull'argomento che il "razionamento" deve essere compatibile con l'uniformità di trattamento a parità di bisogni, attraverso la definizione di scale di priorità dei bisogni (Cfr. anche STORNAIUOLO, 2005). Il passaggio dall'enunciazione del principio generale alla sua pratica applicazione incontra molteplici incertezze e difficoltà, già indicate al par.1.3.5. Basti scorrere, in Italia, le documentazioni raccolte dal "Tribunale del malato" per rendersi conto delle arbitrarietà applicative delle scale di priorità enunciate a tavolino. Per esemplificare, una periartrite che impedisce il lavoro a chi deve guidare un veicolo di trasporto e che viene assegnata ad intervento clinico programmato a quasi due anni dalla richiesta medica, costringe il malato ad indebitarsi (se gli è possibile) per ricorrere a tempestivo intervento privato. In generale, i tempi di attesa lunghi per visite specialistiche e interventi chirurgici possono essi stessi creare, successivamente, l'emergenza clinica prioritaria causata dal ritardo della diagnosi e della terapia

I critici della tesi della difesa ad oltranza del servizio sanitario pubblico ribattono che lo scenario futuro realisticamente prospettato da tale tesi è: il progressivo deterioramento della qualità (inclusi i tempi) dei servizi offerti; la difficoltà crescente di accedere a talune prestazioni specialistiche; l'accentuazione degli squilibri territoriali dell'offerta; il rallentamento dell'introduzione dei nuovi risultati della ricerca scientifica; l'introduzione surrettizia di barriere all'accesso (collegati alla capacità di spesa) quali i co-pagamenti degli utenti per talune prestazioni offerte dal servizio sanitario pubblico. Nella loro opinione (appoggiata alle esperienze storiche dei Paesi a sistema pianificato) emergerebbe l'intrinseca incapacità dei modelli di gestione politico-amministrativa di conseguire tassi adeguati di produttività e di innovazione che aggraverebbe, nel medio periodo, i problemi di sostenibilità del servizio sanitario pubblico universale.

Da questi studiosi si propongono, pertanto, indirizzi alternativi di politica sanitaria (sintetizzati più sotto) che, nel loro giudizio, andrebbero almeno studiati e preparati per l'evenienza che si realizzi nei prossimi anni lo scenario previsivo più pessimistico circa l'evoluzione del PIL e del vincolo del bilancio pubblico.

I difensori della sostenibilità nel tempo del servizio sanitario pubblico, universale, globale (in Italia la globalità è riferita ai LEA) e ugualitario, ribattono anche che il vincolo del bilancio pubblico può essere soddisfatto non soltanto rendendo compatibile con esso la spesa a parità di entrate, ma anche innalzando il livello delle entrate nella misura necessaria a finanziare la spesa commisurata ai bisogni (ai LEA).

Alcuni ne traggono l'implicazione, per la politica sanitaria, che, essendo il sistema sanitario pubblico tipicamente a ripartizione, poiché il gettito corrente dei tributi finanzia la spesa dell'esercizio, soltanto quando si manifestasse insufficienza delle risorse a finanziare i LEA si dovrebbe provvedere con adeguati aumenti della pressione tributaria. Una politica sanitaria che a fronte di previsioni di futuro inasprimento del vincolo di bilancio rimettesse in discussione i principi basilari del servizio pubblico, affermati dalla sua introduzione, cominciando a restringere la gamma, l'intensità e/o la qualità dei LEA, sarebbe ingiustificata; e sarebbe altresì ingiustificato l'aumento "preventivo" della pressione tributaria, perché violerebbe il "patto generazionale implicito" nel sistema a ripartizione (in ogni tempo gli attivi pagano per i non attivi beneficiari delle prestazioni del servizio pubblico).⁽¹¹³⁾

Il richiamo al sistema di finanziamento a ripartizione, proprio degli schemi pensionistici, è motivato dal fatto che le previsioni generalmente indicano nell'invecchiamento in atto (e previsto ancora per decenni) della popolazione, una delle principali cause della futura crescita della spesa sanitaria pro-capite. Pertanto, l'argomento va anzitutto delimitato a questa benché importante causa di futura maggiore spesa sanitaria; escludendo le quote di futura maggiore spesa imputabili alla crescita, che si presume tendenzialmente più rapida del PIL, dei costi di produzione sanitaria sia per ragioni tecnologiche (ricerca e innovazione), sia per

⁽¹¹³⁾ L'argomento è riportato con chiarezza in TARONI (2003) pp 133-34

la maggiore richiesta pro-capite di prestazioni sanitarie al crescere del reddito pro-capite e dell'informazione in materia, sia per la crescita del costo del lavoro, nella sanità, trascinato dalla dinamica retributiva dei settori a più alta produttività ("effetto Baumol").

Più in generale, mentre può sembrare accettabile la tesi del "patto generazionale implicito" in materia pensionistica, poiché è netta e visibile a tutti la separazione tra attivi e non attivi per età, appare invece di dubbia percezione, da parte della popolazione, il "patto implicito" generazionale tra attivi sani e anziani malati (un patto forse troppo "implicito", perché la redistribuzione attuata con il servizio pubblico è stata esplicitamente deliberata tra sani e malati, e non per classi di età)⁽¹¹⁴⁾.

L'argomento che il servizio pubblico sanitario universale, globale (per i LEA) e ugualitario potrà sempre essere sostenuto perché, quando si avvertisse la necessità di bilancio, sarebbe possibile aumentare la pressione tributaria (e anche rinunciare a spese pubbliche di minore priorità), tende a trovare accoglienza presso le dirigenze politiche dell'oggi che, alle prese con le continue emergenze del confronto politico sul contingente, non disdegnano le motivazioni al rinvio delle scelte che innescherebbero nuovi conflitti distributivi e contrapposizioni, tra differenti giudizi sui "merit wants" o sull'ugualitarismo specifico. L'esperienza, anche italiana, insegna che le politiche del continuo rinvio della scelta di un programma coerente per il medio periodo – quale che sia il giudizio sui contenuti del programma scelto rispetto a quelli alternativi – possono incidere assai negativamente sull'evoluzione socio-economica del sistema (si pensi alle politiche del bilancio che, dagli anni '70 in poi, hanno permesso che il debito pubblico crescesse, in rapporto al PIL, fino a valori incompatibili con le politiche finanziarie degli altri Stati dell'UE)⁽¹¹⁵⁾.

Una politica sanitaria razionale (ovvero degna di essere chiamata "politica", nel significato di scelte consapevoli degli effetti per la "polis"), deve assumere un quadro preciso di riferimento. Che il vincolo del bilancio pubblico possa essere sempre soddisfatto, mantenendo le spese programmate, attraverso l'aumento delle entrate, è vero per l'aritmetica. Ma uno scenario previsivo realistico, in Italia, per i prossimi anni, pone

⁽¹¹⁴⁾ Si può presumere che se un nuovo "patto generazionale", o il rinnovo di quello ritenuto "implicito", dovesse essere esplicitamente proposto alla popolazione (al corpo elettorale), emergerebbero molteplici motivi di confronto su tali proposte che sarebbero di redistribuzione "multidimensionale": la specificazione delle direzioni dei trasferimenti (ad es l'assistenza agli anziani non, o non pienamente, autosufficienti, oggi affidata principalmente alla spesa privata); l'esclusione dai LEA di alcuni medicinali più frequentemente utilizzati dagli anziani; le risorse attribuite alla medicina preventiva e alla attività di prevenzione; e, con grande rilievo, l'individuazione dei tributi e dei contributi con cui – oggi e/o in futuro – prelevare risorse aggiuntive

⁽¹¹⁵⁾ Sono difficoltà che sono state, da ultimo, puntualizzate nella Relazione del Governatore della Banca d'Italia per l'anno 2006 (31 maggio 2007). La relazione sottolinea l'impatto del debito pubblico (106,8% del PIL, oltre 40 punti percentuali sopra il livello previsto dagli accordi di Maastricht), il cui servizio comporta una spesa annua per interessi che è circa i due terzi della spesa pubblica sanitaria (ed è pari alla spesa per l'istruzione). E' evidente che qualsiasi rialzo futuro dei tassi, di origine internazionale e convalidato dalla Banca Centrale Europea, renderebbe più stringente il vincolo di bilancio per le altre spese, inclusa quella sanitaria. La pressione fiscale (grazie al favorevole andamento delle entrate nel 2006 e inizi 2007) ha raggiunto i livelli fra i più elevati nell'UE, sicché, nel giudizio del Governatore, sarebbe inopportuna l'ipotesi di puntare ad un suo ulteriore aumento.

serie difficoltà alla praticabilità della proposta di affidare la conservazione dei LEA a futuri aumenti delle entrate pubbliche, siano essi da tributi del bilancio statale sia da (futuri) tributi autonomi regionali.

Tale giudizio mi pare possa essere ulteriormente articolato. La teoria dell'incidenza indica che, nel nuovo contesto dell'internazionalizzazione delle economie e della elevata mobilità dei capitali tra Paesi, (e particolarmente del Mercato Unico dell'UE), una persistente maggiore pressione fiscale in un Paese allontana da esso le basi imponibili più mobili, principalmente il capitale finanziario e, più gradualmente e in misura minore ma significativa, il capitale reale di impresa⁽¹¹⁶⁾. Di diritto o di fatto (incidenza) la maggiore pressione fiscale si sposta, perciò, sulle basi imponibili internazionalmente meno mobili, quali gli immobili⁽¹¹⁷⁾ e, soprattutto, il lavoro (esclusi alcuni segmenti ad altissima specializzazione il cui esodo peraltro impoverisce tecnologicamente il Paese); anche l'eventuale aggravio delle imposizioni sui consumi di largo uso finisce sostanzialmente col gravare sul reddito reale del lavoro. L'introduzione nei Paesi Nordici, (agli inizi degli anni '90) dell'imposta sul reddito duale (DIT), e il favore mostrato verso tale imposta da autorevoli autori come futuro "modello" di tassazione europea del reddito⁽¹¹⁸⁾, sono concreta applicazione del nuovo indirizzo di politica tributaria internazionale per la maggiore tassazione del reddito del fattore lavoro rispetto al fattore capitale, sostanzialmente motivato dalla "concorrenza fiscale" tra Stati per le basi imponibili mobili.

Pertanto, vi è da chiedersi quale prospettiva possa avere la proposta di futuri aumenti della pressione fiscale, in Italia, come soluzione per mantenere la compatibilità del finanziamento dei LEA (come sono oggi quantificati) con il vincolo del bilancio pubblico, qualora nei prossimi anni la dinamica della spesa sanitaria non trovasse sufficiente copertura nelle risorse rese disponibili a pressione fiscale invariata.

Se, in ragione della elevata mobilità internazionale del capitale finanziario e di quella comunque significativa del capitale di impresa, e in ragione della sempre più pressante competizione estera sulle voci di costo cui sono soggette le imprese italiane, la proposta di aumento della pressione tributaria dovesse significare maggiore tassazione dei redditi del lavoro, la sua praticabilità apparirebbe – alle condizioni attuali – assai bassa.⁽¹¹⁹⁾

⁽¹¹⁶⁾ Cfr. tra altri, nella letteratura italiana, GIANNINI (2000); e cfr. SÖRENSEN (1992; 2005; 2006).

⁽¹¹⁷⁾ Peraltro la maggiore pressione fiscale sugli immobili, trasferendosi almeno in parte (nel medio periodo) sul loro prezzo di uso, può ripercuotersi pesantemente sul potere d'acquisto dei lavoratori che utilizzano abitazioni in affitto, o la prima e unica casa.

⁽¹¹⁸⁾ Cfr. tra tanti CNOSSEN (2003)

⁽¹¹⁹⁾ Vero è che possono esserci, in teoria, margini di redistribuzione tributaria anche all'interno dei redditi di lavoro - dipendente, autonomo e di piccole attività di impresa – anche restringendo le aree di evasione; ma, se l'incremento del gettito deve risultare significativo, la praticabilità sia tecnica sia politico-sociale di siffatta manovra appare limitata se riferita al medio periodo. Si può inoltre osservare che le organizzazioni delle imprese, oltre a lamentare l'eccessiva pressione tributaria su di esse, esprimono contrarietà all'aumento della pressione tributaria sia indiretta sia sui redditi di lavoro, perché ritengono che tali aumenti determinerebbero una nuova conflittualità distributiva che si ripercuoterebbe sui conti delle imprese, ed anche cadute di fiducia dei consumatori con effetti negativi sulla domanda.

Il giudizio espresso dal Governatore è che gli auspicabili avanzi del bilancio primario, al netto degli interessi, dovrebbero essere destinati alla riduzione del debito pubblico, che è il giudizio da tempo espresso, e nella forma della sollecitazione politica, dall'UE e da altre organizzazioni internazionali, nonché da quelle che elaborano i "rating" delle condizioni finanziarie del Paese, attentamente considerati dai mercati internazionali. La proposta implica, pertanto, la prosecuzione della politica tributaria in essere, fino al tempo che la auspicata riduzione della spesa corrente tendenziale consentirà sia di contribuire alla graduale riduzione del debito pubblico sia ad attenuare la pressione tributaria, non certo ad alzarla (il Governatore sottolinea ad esempio che le aliquote italiane di legge sui redditi societari sono le più elevate in Europa.)⁽¹²⁰⁾ Un programma di finanza pubblica centrato sul contenimento della dinamica della spesa di parte corrente (al netto degli interessi sul debito) necessariamente coinvolge anche la gran parte della spesa sanitaria. Tale spesa corrente è rappresentata, nella sostanza, dalle pensioni e indennità assistenziali, dalle retribuzioni del personale (incluso quello sanitario, i cui contratti sono collegati agli altri del pubblico impiego), dai sussidi alle imprese che debbano praticare prezzi politici per servizi di pubblica utilità (sussidi redistributivi), dagli acquisti di beni e servizi da parte delle Amministrazioni Pubbliche (tra essi, gli acquisti dei medicinali ed altri beni e servizi per la sanità). E' di immediata evidenza che l'adozione di un programma di contenimento della dinamica della spesa corrente, per essere socialmente (ed elettoralmente) accettato dovrebbe imporre "sacrifici" a tutte le direzioni di spesa, essendo improbabile che una (o qualcuna soltanto) delle suddette categorie di spesa – dietro alle quali vi sono categorie di cittadini – accetti di sopportare tutto l'onere del riequilibrio della finanza pubblica.

5.2. La politica sanitaria nel quadro di politiche del bilancio tendenzialmente restrittive.

Dal punto di vista della politica sanitaria, le precedenti osservazioni stanno a significare che, se il contenimento della dinamica delle spese correnti sarà l'imperativo delle politiche di bilancio nei prossimi anni – come è non solo nell'auspicio ma anche nella previsione dei documenti ufficiali italiani e nelle sollecitazioni della UE, in relazione agli impegni comunitari del Paese – tale contenimento dovrà riguardare anche le spese del bilancio pubblico per il servizio sanitario ("razionamento").

La previsione che le politiche del bilancio pubblico siano improntate, nei prossimi anni, al contenimento della dinamica della spesa sanitaria corrente, giustifica che siano, almeno, presi in considerazione indirizzi alternativi a quelli della difesa ad oltranza dell'attuale impegno legislativo all'offerta pubblica e universale dei LEA. Si può notare che la discussione su tali scelte degli obiettivi di fondo del sistema sanitario non è

⁽¹²⁰⁾ La rilevanza delle aliquote di legge per le decisioni localizzative delle imprese, a livello internazionale, e quindi la loro sensibilità alla "concorrenza internazionale" è sottolineata da GIANNINI (2000);

peculiare all'Italia, ma si sta svolgendo anche nella maggior parte dei Paesi OECD e tra questi nel Regno Unito, che non solo è patria del “modello Beveridge” ma che, e soprattutto, presenta oggi una situazione finanziaria ben più favorevole di quella italiana. In Inghilterra, infatti, la scuola maggioritaria degli economisti della salute, chiamata dell’ “extra welfarism”, argomenta che il fattore determinante nella valutazione degli interventi della politica sanitaria deve essere il “risultato sulla salute” (“health outcome”). Assumendo questo ad obiettivo prioritario, si è dedotto un criterio di “razionamento” dell’offerta potenzialmente più razionale ed efficace, nel contenere la dinamica della spesa sanitaria, del riferimento a livelli di prestazioni “essenziali” (il risultato sulla salute dell’intervento sanitario è un modo particolare di definire il campo delle prestazioni essenziali – quelle che producono risultati positivi – e quindi di formulare scale di priorità degli interventi).

L’obiettivo del criterio dell’ “health outcome” non è privo di motivazioni, perché rimane vero che qualsiasi intervento sanitario è, in linea di principio, finalizzato a produrre risultati migliorativi delle condizioni di salute rispetto all’ipotesi del non intervento. Tuttavia, quando il “razionamento” impone di stabilire scale di priorità degli interventi, il riferire le scelte di priorità agli “health outcomes” pare, a molti autori, inaccettabile sotto il profilo dell’equità, perché introdurrebbe discriminazioni tra malati, tali da violare i principi dell’universalità dell’accesso alle cure sanitarie e di pari trattamento per uguali stati di salute (bisogni). Si sostiene, perciò, che criteri di “razionamento” delle prestazioni riferiti agli “health outcomes” sarebbero “eticamente inferiori” a quelli che definiscono le “prestazioni essenziali”, che dovrebbero essere accessibili a tutti e gratuite al punto dell’utilizzo.⁽¹²¹⁾

Alcuni autori esplicitano che tale loro giudizio è riferito alla medicina curativa, per la quale non è ritenuto accettabile moralmente che le scale di priorità siano riferite a fattori esogeni alla salute, tra i quali emergono il reddito e la classe sociale di appartenenza; lasciando che le politiche fiscali e sociali, dirette prevalentemente a chi non è malato, assumano criteri esogeni allo stato di salute.⁽¹²²⁾ Si riconosce inoltre che il riferimento ai “risultati sulla salute” può divenire opportuno, nell’applicare il “razionamento”, quando si può scegliere tra interventi alternativi verso un singolo paziente o gruppo omogeneo di pazienti.⁽¹²³⁾ Ma, i sostenitori della superiorità morale dei principi del servizio pubblico universale, globale ed ugualitario, pur con le predette precisazioni, non ammettono che tali principi, e gli obiettivi su di essi fondati, siano messi in discussione dall’impostazione extra-welfarista e sostituiti da obiettivi riferiti ai “risultati sulla salute”.

Come ho esposto nella prima parte di questo lavoro, quando il dibattito si sposta sul terreno della superiorità morale di un insieme di principi rispetto ad altri, il lavoro della ricerca è costretto ad arrestarsi davanti ai

⁽¹²¹⁾ cfr, fra gli altri, SEN (2000)

⁽¹²²⁾ cfr OLIVER (2005), S92-94

⁽¹²³⁾ cfr MACIOCCO (2000), 1-13; OLIVER (2005) S92

confronti, e “giudizi di valore”, di natura etica ed ideologica. La ricerca ha, d’altra parte, chiarito che nelle scelte concrete della politica sanitaria può risultare incerta ed oscillante l’effettiva demarcazione tra le scelte riferite ad un dato insieme di principi ed invece quelle riferite ad insiemi alternativi. Questo dipende molto dal fatto che, inevitabilmente, le scelte concrete sono affidate alla discrezionalità degli operatori medici professionalmente competenti, che devono accertare il “bisogno” nello specifico quadro clinico complessivo del soggetto, e precisare nel dettaglio tra le possibili terapie quella che deve essere applicata.⁽¹²⁴⁾ Allo scrivente pare che il confronto tra la tesi della “superiorità etica” dei principi ed obiettivi del servizio sanitario pubblico universale, globale, e ugualitario rispetto ai bisogni, e la tesi del riferimento agli “health outcomes” per stabilire i criteri di priorità degli interventi, possa trovare risposte più soddisfacenti nella professionalità e deontologia degli operatori sanitari piuttosto che in un dibattito astratto intrinsecamente non omogeneo (contrapponendosi “giudizi di valore”).

Ben più promettente mi pare il dibattito sui criteri della scelta delle prestazioni che meritano di essere offerte a tutti dal servizio pubblico, e di essere finanziate (totalmente o anche con limitate co-partecipazioni dell’utente) dalla generalità dei contribuenti (oggi i LEA), in riferimento alla dimensione del rischio per il cittadino.

Ho sopra ricordato che gli economisti che con più profonda convinzione sostengono la superiorità dei meccanismi del mercato nel ripartire le risorse produttive tra gli impieghi alternativi, rispetto ai meccanismi decisionali pubblici di natura politico-amministrativa, sostengono che l’offerta pubblica delle prestazioni sanitarie non dovrebbe avere carattere universale e globale. Contestando l’applicazione delle tesi dell’egualitarismo specifico e dei “beni meritori” alle prestazioni sanitarie, essi ritengono non vi sia ragione per privilegiare, con l’offerta pubblica gratuita, un’ampia gamma di consumi sanitari accessibili anche ai bilanci dei consumatori aventi reddito medio e medio - basso (ad es. della gran parte dei lavoratori dipendenti regolari); così come risultano accessibili ai loro bilanci i consumi alimentari, di vestiario, abitativi ed altri di prima necessità, ovvero altrettanto “essenziali” di quelli sanitari alla vita della persona. Pertanto, l’offerta pubblica gratuita di tutti servizi sanitari dovrebbe essere riservata ai cittadini aventi reddito inferiore alla soglia di povertà; in effetti a tali cittadini è, in varie forme assistenziali, generalmente

⁽¹²⁴⁾ Un noto esempio è quello della dibattuta “questione morale” dell’ “accanimento terapeutico”, che presenta di norma costi elevati per il paziente (in termini di sofferenza) e costi elevati per il servizio sanitario (trattamenti costosi e protratti, quali la chemio-terapia e quelli per il prolungamento dei tempi di vita). Si tratta di un dibattito noto, ma esso è solo un aspetto visibile dell’incertezza, tra i tanti nascosti nella necessaria riservatezza della prestazione sanitaria. (Vi sono medici che sostengono: “ più risorse alla prevenzione, e meno all’ accanimento terapeutico che non salva la vita sarebbe già una buona ricetta per il servizio sanitario”).

offerto l'aiuto della collettività perché essi possano accedere anche agli altri consumi necessari alla sopravvivenza ⁽¹²⁵⁾.

Diversa è la considerazione dei rischi di malattia il cui verificarsi probabilmente comporterebbe spese così elevate da non essere accessibili, privatamente, neppure ai bilanci dei redditeri medi, e tali forse da obbligare alla liquidazione dei propri risparmi anche molti redditeri medio – alti. Le risposte al rischio di tali eventi di malattia, che richiederebbero spese assai elevate rispetto ai livelli del consumo corrente, deve allora essere ricercata o nell'assicurazione in forma privata, o in quella dell'assicurazione sociale obbligatoria, o nella produzione pubblica del servizio finanziato dalla fiscalità generale. Per tali rischi di grandi dimensioni, pertanto, si propone la scelta tra i modelli dell'assicurazione privata o sociale coercitiva o del servizio pubblico. Rinviando alla precedente discussione sul confronto tra tali modelli sanitari, ricordo ora che: - il modello dell'assicurazione privata soffre di alcune limitazioni all'accesso (non coprirebbe i rischi prossimi all'unità, ed altri su indicati) e tali limitazioni sono oggi al centro del dibattito politico negli Stati Uniti, una parte politica chiedendo l'introduzione dell'assicurazione obbligatoria;- il modello dell'assicurazione sociale obbligatoria in quanto riferito, storicamente e prioritariamente, al lavoro dipendente (regolare) si apre facilmente (per ragioni politiche) ad accogliere elementi solidaristici logicamente estranei alla mutualità assicurativa, mentre si apre anche all'esclusione dal sistema (e dai suoi oneri) delle fasce medio – alte di redditeri (come è in Germania, dove tale questione è tema politico aperto); - il modello del servizio pubblico non presenta le limitazioni all'accesso proprie dei modelli assicurativi; e tuttavia, quando si adotta la scelta di applicarlo soltanto ai rischi di grandi dimensioni, richiede la capacità pubblica di quantificare correttamente l'incidenza dei costi delle prestazioni sanitarie sul reddito del singolo cittadino, poiché la copertura dei costi con i fondi pubblici deve essere riservata alle prestazioni i cui costi eccedono la normale capacità di spesa del nucleo familiare (si richiede la capacità di effettuare accertamenti affidabili dei redditi disponibili).

Gli autori italiani ⁽¹²⁶⁾ che hanno mostrato di tenere in conto tale impostazione, riferita alla dimensione dei costi delle prestazioni sanitarie rispetto al reddito del paziente, realisticamente hanno ragionato partendo dal modello del servizio sanitario pubblico (SSN) in vigore dal 1978 al quale dovrebbero essere apportate le seguenti modifiche di fondo:

⁽¹²⁵⁾ E' questa, come si è vista, l'impostazione di fondo del sistema sanitario statunitense, che riserva l'offerta sanitaria pubblica ai cittadini che per insufficiente reddito si pensa non possano accedere neppure alle prestazioni sanitarie meno costose. Altra questione è quanti fondi la collettività, attraverso le scelte del bilancio pubblico, è disponibile a ridistribuire in favore dei programmi sanitari destinati ai poveri: tali scelte redistributive misurano, nel concreto e a ogni tempo storico, il grado di "solidarietà" che la collettività politicamente accetta di assumere. Ma diverge dall'odierno sistema sanitario statunitense la parte successiva della proposta, che affida alla copertura pubblica anche i rischi di maggiori dimensioni, come è precisato di seguito nel testo.

⁽¹²⁶⁾ Cfr in particolare: PETRETTO (2000); MURARO (1994 e 2003) MORCALDO (2007)

- sarebbero addebitati agli utenti i costi delle prestazioni sanitarie che si ritengono (per legge) sostenibili in rapporto al loro reddito, ovvero sarebbero escluse dal campo delle prestazioni coperte totalmente dal finanziamento pubblico quelle aventi costi mediamente accessibili ai bilanci dei redditi medio – bassi (sopra la soglia di povertà); rientrerebbero in tale categoria di prestazioni, non più (totalmente) gratuite al punto di utilizzo, la fornitura di medicinali di costo unitario modesto ancorché di uso diffuso, le analisi diagnostiche non particolarmente costose, le prestazioni della medicina di base ed alcune, non costose, della specialistica.⁽¹²⁷⁾ Il finanziamento pubblico dei costi di tali prestazioni dovrebbe essere limitato alle persone (nuclei familiari) con redditi di povertà; inoltre tale sussidio dovrebbe essere riferito al rapporto tra le spese sanitarie ed il reddito nel periodo di riferimento, cosicché beneficerebbero di esso anche le persone con reddito superiore ma aventi malattie croniche e ricorrenti, ed anche chi in un periodo sfortunato della vita assommi un insieme di eventi negativi della salute, tale da risultare in una spesa sanitaria elevata rispetto al reddito del periodo. Per evitare divari troppo forti di trattamento tra i redditi situati appena sotto le soglie del finanziamento pubblico e quelli situati a livelli di poco superiori, si utilizzerebbero “tickets” graduati in funzione del reddito; nella logica di tale sistema si colloca opportunamente l’adozione di “tickets” crescenti in funzione del reddito, fino ad addebitare l’intero costo delle prestazioni ai redditi situati oltre certi livelli di reddito.

Il sistema di co- pagamenti degli utilizzatori delle prestazioni sanitarie, con esenzione sotto una soglia di reddito e successiva graduazione dei “tickets” fino all’addebito del costo pieno della prestazione, presenterebbe costi amministrativi, tuttavia contenibili con le moderne tecniche dell’informatica. E’ presumibile che, sotto il profilo della funzionalità della tutela della salute, le difficoltà maggiori di tale proposta starebbero nell’esigenza di evitare che si producano significativi effetti disincentivi alla visita di base e alle analisi diagnostiche, che costituiscono un fulcro della prevenzione. Si potrebbero, perciò, dichiarare esenti da tickets, anche in favore delle fasce medie di reddito, un insieme di prestazioni aventi finalità di prevenzione e di controllo, definite per ciascun periodo di riferimento.

Un altro tipo di difficoltà sarebbe da attendersi dalle ben note limitazioni dell’attività di accertamento dei redditi effettivi di un ampio numero di redditi, e dalle difficoltà di definizione dell’unità impositiva e di spesa. Nelle esperienze di altri Paesi (Stati Uniti, Paesi Scandinavi e con limitate applicazioni anche in Italia) sono state analizzate e predisposte allo scopo tecniche di integrazione e correzione dei redditi fiscali

⁽¹²⁷⁾ L’esperienza italiana di questi anni mostra che le difficoltà di accesso tempestivo al servizio pubblico delle cure dentistiche spinge la gran parte dei cittadini, anche di reddito medio - basso a provvedere privatamente (per lo più con spesa “out of pocket”, cui corrisponde scarsa diffusione della fatturazione effettiva) per ottenere tali cure da professionisti privati (e con frequenti casi di “abusi professionali” di odontotecnici che, praticando prezzi più bassi ed anche evadendo agli obblighi fiscali, svolgono prestazioni che per norma sarebbero riservate ai medici autorizzati).

accertati, utilizzando molteplici indicatori (e relativi “punteggi”) delle condizioni socio-economiche, ai fini degli interventi pubblici assistenziali e redistributivi. E’ stata sollevata la questione⁽¹²⁸⁾, se i cittadini tenuti al pagamento di quota significativa (fino all’intero costo), della prestazione sanitaria, debbano ricevere, in compensazione, sgravi fiscali in conto delle imposte a loro carico destinate a finanziare la spesa pubblica sanitaria. In Germania, si è sopra ricordato, i cittadini con redditi medio- alti che “optano” per l’uscita dal sistema delle assicurazioni sociali sanitarie si escludono contestualmente dal pagamento delle relative contribuzioni. La risposta alla questione viene dalle scelte (politiche) re- distributive: se il finanziamento delle prestazioni gratuite (per il beneficiario) è assunto a strumento redistributivo, con decisione politica della collettività, anche chi non beneficia di tali prestazioni sanitarie gratuite sarà tenuto a coprire i relativi costi (attraverso il bilancio pubblico); la scelta sarà opposta, se la collettività non intende limitare tale forma di re-distribuzione all’interno dei beneficiari del servizio sanitario pubblico.

Si osservi che in tale modello, alternativo a quello del servizio sanitario pubblico universale e “comprehensive” (in Italia nella configurazione dei LEA), i cittadini con redditi medi e superiori troverebbero maggiore incentivo a confrontare i servizi offerti, dalle strutture pubbliche a (parziale o totale) loro pagamento, , con quelli offerti dalle strutture private. Potrebbe essere questa una via per introdurre qualche elemento nuovo di concorrenza nel sistema, tra strutture pubbliche e private, con benefici affetti su produttività, qualità dei servizi, innovazione.⁽¹²⁹⁾

- L’offerta sanitaria concepita come servizio pubblico, gratuito al punto di utilizzo, sarebbe riservata (al di sopra delle “soglie di povertà” ed oltre ai suindicati casi di cumuli temporali di eventi negativi della salute) ai rischi di malattie curabili con prestazioni particolarmente costose ed onerose per i bilanci medi delle famiglie: gran parte delle prestazioni ospedaliere (anche diagnostiche), le terapie costose, spesso disponibili solo presso alcuni centri specializzati di offerta, i medicinali e articoli sanitari aventi prezzi elevati anche di riferimento. La concentrazione delle risorse finanziarie pubbliche su una platea più ristretta di intervento – rispetto all’attuale modello tendenzialmente “comprehensive” – dovrebbe anche facilitare una migliore programmazione e gestione delle risorse pubbliche rese disponibili dal bilancio.

Le difficoltà politiche, amministrative, organizzative, che generalmente si incontrano nella transizione da un modello di servizio pubblico universale ad un modello misto pubblico / privato, sarebbero attenuate dal mantenimento in essere dell’impianto del servizio pubblico: il fattore centrale di cambiamento di tale modello sarebbe l’inserimento in esso del sistema dei co - pagamenti, graduati dall’esenzione fino all’addebito pieno all’utente del costo della prestazione.

⁽¹²⁸⁾ Cfr. MORCALDO (2007)

⁽¹²⁹⁾ Potrebbe essere, inoltre, questa l’occasione per rivedere i sistemi di pagamento del personale, medico e paramedico, del servizio sanitario pubblico, introducendo elementi remunerativi collegati alla produttività e alla qualità dei servizi.

Sotto il profilo della configurazione regionale delle competenze pubbliche in materia di sanità, che caratterizza l'Italia, l'adozione di tale proposta non cambierebbe sostanzialmente le questioni dell'uniformità territoriale dell'offerta delle prestazioni, che sono oggi al centro del dibattito, né quella dell'uniformità territoriale dei livelli e delle strutture dei co - pagamenti degli utenti. Anzi, tali questioni potrebbero trovare soluzioni in modo più agevole e trasparente, poiché la proposta di concentrare l'intervento pubblico gratuito per l'utente sui rischi sanitari di grandi dimensioni avrebbe l'effetto di allentare l'attuale vincolo del "razionamento", che, si è già detto, è causa principale delle attuali difformità territoriali dell'offerta. Inoltre sarebbe facilitata la "portabilità" dei diritti sanitari da cittadini fuori dal loro territorio di residenza.

La considerazione del razioneamento è stata, da tempo, posta in luce da Muraro⁽¹³⁰⁾, che ha riconosciuto all'utilizzo dei "ticket", anche sotto il profilo dell'equità (oltre che come strumento di responsabilizzazione degli utenti), il merito che esso "va a sostituire parzialmente alcuni altri meccanismi nascosti di razioneamento, come i tempi di attesa e il deterioramento qualitativo, e per questa via riduce il ricorso alla medicina privata" ⁽¹³¹⁾

Il confronto tra i meriti e i limiti del servizio sanitario pubblico universale e "comprehensive" (in Italia relativamente ai LEA) e quelli invece di tale proposta alternativa, (scaturita dalla presa d'atto degli effetti concreti del "razoneamento"), che limiterebbe il finanziamento pubblico alla copertura dei rischi di grandi dimensioni (per costo) e dei rischi dei cittadini veramente poveri, con l'ausilio distributivo di tickets graduati in funzione del reddito e dei costi sanitari da sostenere in rapporto ad esso.

Invero, i "meriti" di tale seconda impostazione crescono al crescere delle esigenze di "razionare" gli stanziamenti dei fondi per la sanità nel bilancio pubblico: più diviene stretto il vincolo del bilancio pubblico relativamente alla spesa sanitaria, più acquista peso la proposta di concentrare le (scarse) risorse pubbliche sul settore dei rischi di grandi dimensioni (e in favore dei più poveri). L'alternativa più realistica, infatti, è mantenere nella normativa l'enunciazione del principio della copertura pubblica di tutte le "prestazioni essenziali", ma lasciare che, nella realtà i centri di offerta sanitaria abbassino livelli e qualità delle prestazioni, allunghino i tempi di attesa, rinuncino alle innovazioni disponibili; inoltre seguendo tale via le differenze di effettivo trattamento sanitario tra Regioni più ricche, e meglio organizzate, e Regioni relativamente arretrate tenderebbero realmente ad ampliarsi.

Vero è che, sul terreno della discussione dei principi, le "esigenze" del razioneamento dei fondi pubblici per la sanità possono sempre essere messe in discussione da chi, con proprio "giudizio di valore", afferma che gli impieghi delle risorse pubbliche per la sanità dovrebbero essere sempre considerati prioritari rispetto ad

⁽¹³⁰⁾ (2003) pp 374-376; e dello stesso autore (1994)

⁽¹³¹⁾ MURARO (2003), p.375

impieghi alternativi, sia privati che pubblici. Ovvero, è legittimo affermare che il vincolo di bilancio potrebbe essere sempre superato alzando la pressione fiscale e/o diminuendo gli stanziamenti pubblici in favore di altre voci di spesa.

La ricerca teorica si arresta di fronte all'affermazione di differenti "giudizi di valore". Ma se il riferimento deve essere al dibattito in essere in un ordinamento reale, a un dato tempo storico, la rispondenza dei singoli "giudizi di valore" alle preferenze espresse, politicamente, dalla collettività, può essere accertata. Oggi in Italia, in una prospettiva di medio periodo, pare evidente che la collettività, attraverso le sue rappresentanze politiche, non è disponibile a drastici e repentini cambiamenti né del rapporto tra consumi pubblici / consumi privati (il livello della tassazione in rapporto al PIL)⁽¹³²⁾ né della struttura delle più importanti voci di spesa pubblica, anche perché tale spesa è fortemente condizionata, anche nella dinamica, dalla "rigidità" delle spese per il personale, per i trattamenti pensionistici, per gli interessi dovuti sul così elevato debito pubblico, che assorbono la quasi totalità della spesa corrente.

Piuttosto, credo che sarà variabile cruciale per la tenuta, negli anni prossimi, dell'attuale SSN ancorato ai "LEA", lo sviluppo delle risorse reali complessivamente disponibili (PIL). Se lo sviluppo delle risorse disponibili sarà tale da poter soddisfare i fabbisogni richiesti per l'attuazione dei LEA (senza richiedere aumenti della pressione fiscale e/o significative riduzioni di altre voci della spesa corrente) è presumibile che non sorgano istanze politicamente rilevanti di radicale cambiamento del modello del servizio sanitario pubblico oggi in vigore⁽¹³³⁾. Se invece lo sviluppo del PIL nel prossimo futuro risulterà inadeguato alle attese di consumo, privato e pubblico, della popolazione, la spinta alla rimessa in discussione del servizio sanitario pubblico obbligato alla prestazione dei "LEA", come oggi definiti, diventerebbe assai forte, e acquisterebbe peso politico la proposta di concentrare le risorse pubbliche sulle fasce di povertà e sui rischi di grandi dimensioni, lasciando ai pagamenti e co-pagamenti (opportunamente graduati) degli utenti il compito di finanziare parte significativa della spesa sanitaria.⁽¹³⁴⁾

E' logicamente evidente e conforme alle esperienze storiche che gli interventi redistributivi – in moneta oppure in natura, come è il servizio sanitario pubblico – trovano forte consenso e volontà politica di attuazione in condizioni di disponibilità relativamente ampia di risorse complessive nel Paese; mentre il

⁽¹³²⁾) cfr. da ultime le linee programmatiche di finanza pubblica esposte in Relazione Unificata sull'Economia e Finanza Pubblica, Ministero dell'Economia e delle Finanze, 16 marzo 2007, spec. Nota introduttiva del Ministro,

⁽¹³³⁾ FIORENTINI (2004) illustra le ragioni che conferiscono stabilità all'attuale struttura del sistema del servizio sanitario pubblico, rendendo improbabili vere riforme strutturali; a meno che, riconosce l'autore, si verifichino shocks esterni di portata rilevante.

⁽¹³⁴⁾ A tale riguardo si deve osservare che, rispetto alla media degli altri Paesi maggiori dell'UE, la spesa sanitaria privata in Italia è finanziata in proporzione significativamente superiore dai pagamenti "out of pocket" rispetto a quelli coperti da assicurazione privata.

restringimento delle risorse complessive accentua i conflitti distributivi e la volontà di difesa, privata e di categoria, delle posizioni economiche assolute e relative precedentemente raggiunte.

In una prospettiva di medio periodo, mi pare difficile che si manifestino cambiamenti tali delle preferenze sociali maggioritarie (e in particolare di quelle dell'elettore mediano) da modificare sostanzialmente i predetti limiti agli interventi pubblici redistributivi.

BIBLIOGRAFIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DE TOQUEVILLE (1835) “De la démocratie en Amérique”

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

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

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

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

- DOMBERGER, S. - PIGGOT, I. (1994), "Privatisation Policies and Public Enterprise: A Survey", in Bishop, M., Kay, I., Mayer, C., (eds.), *Privatisation and Economic Performance*, Oxford.
- ENTHOVEN, A.C. (1985) "Reflections of the management of the National Health Service", *Nuffield Provincial Hospitals Trust*, Londra
- EVANS, R. (2002), "Interpreting and Addressing Inequalities in Health", 7th annual lecture, *Office of Health Economics*, London.
- FALCITELLI, N. - TRABUCCHI, M. - VANARA, F. (2003), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna
- FATTORE, G. (2003) "Assetti federali in sanità: cosa possiamo imparare da Canada e Stati Uniti?" in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- FIORENTINI, G. (2004), "I servizi sanitari in Italia" (a cura di), Bologna
- FIORENTINI, G. (2002), "I servizi sanitari in Italia" (a cura di), Bologna
- FIORENTINI, G. (2003), "Obiettivi dell'intervento pubblico e livello verticale delle decisioni collettive; il federalismo sanitario tra questioni allocative e distributive", in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- FRANCE, G. - TARONI, F. - DONATINI, A. (2005), "The Italian Health-care system", *Health Economics*, n. 14, pp. 187-202.
- FRANCE, G. (2003), "Devoluzione politica e standard sanitari nazionali", in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F., (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna. .
- FRANCE, G. (2001), "Standard sanitari nazionali e conflitti intergovernativi in Canada", in France G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro approcci*, Milano, Giuffré, pp. 125 – 167
- FRANCE, G. (2001), "Standard nazionali in Germania: un problema al di fuori del federalismo?", in France, G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro approcci*, Milano, Giuffré, pp. 125 – 167
- FRANCE, G. (2000) "Compatibilità tra il federalismo e gli standard sanitari nazionali" in France, G. (a cura di), *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali*, Milano, Giuffré.
- FRANCE, G. (2001), "Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali, quattro paesi, quattro

approcci”, Milano, Giuffré

FRANCE, G. (2002) “I livelli essenziali di assistenza: un caso di policy innovation”, in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia*, Bologna, Il Mulino.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

JÖNSSON, B., REHNBERG, C., (1994) “Health care”. In *Achieving Service Productivity. Lessons from the*

Best in the World. Hörnell, E., Hjelm, P., (eds) Pitman Publishing: London,

KAISER FAMILY FOUNDATION H.J. (2003), *The Uninsured: A Primer, Key Facts about Americans without Health Insurance*, Washington.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- LEIBENSTEIN, H. (1966) "Allocative Efficiency vs. "X-Efficiency"", *The American Economic Review*, n. 3, pp.392-415.
- LIBERATI, P. (2001), "Sanità e Federalismo Fiscale in Italia" in *Federalismo, regionalismo e standard sanitari nazionali*, a cura di France, G.
- LOFGREN, R., (2002) "The Swedish Health Care System: Recent Reforms, Problems and Opportunities." *The Fraser Institute: Vancouver*,
- LORENZINI, S., (2002) "Risorse Fiscali e Federalismo Sanitario" in *Servizi Sanitari in Italia* a cura di Fiorentini, G.
- LYNCH, J.W., (2000), *Income Inequality and Mortality: Importance of Health of Individual Income Psychosocial Environment, or Material Condition – Education and Debate*, Bristol.
- LYNCH, J.W., (2001), "Income Inequality, the Psychosocial Environment and Health Comparison of Wealthy Nation", *The Lancet*, vol. 358, pp. 194-200.
- MACIOCCO, G (2000), "La riforma nei paesi industrializzati", *Salute e territorio*, nn. 118-119, pp. 10-33.
- MACIOCCO, G. (2000), "Usa: più mercato, più costi, meno qualità", *Salute e territorio*, nn. 118-119.
- MAINO, F. (2003), "La politica sanitaria nell'Unione Europea: verso un coordinamento "leggero"?", in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F., (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- MARMOR, T. – MCKISSICK, G. J. (2000) "Medicare's Future: Fact, Fiction and Folly", *American Journal of Law and Medicine*, vol. 26, nn.2-3.
- MARSHALL, T.H. (1973), *Class, Citizenship and Social Development*, Chicago – London.
- MAYNARD, A., SCOTT, A., (2003) "Economic challenges in primary care" in *Advances in Health Economics*, Scott, A., Maynard, A., Elliot, R., (eds). Wiley: Chichester.
- MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION (2002), *Report to the Congress: "Assessing Medicare Benefit"*, Washington DC.
- MEHREZ, A. - GAFNI, A. (1989), "Quality-Adjusted Life Years, Utility Theory and Healthy Years Equivalents", *Medical Decision Making*, n. 9, pp. 142-149.
- MILLER, B.D., FRECH, T. (2002) "The productivity of health care and pharmaceuticals: quality of life, cause." *Department of Economics, UCSB departmental working papers, 12-02, 1, -42*. University of

California, Santa Barbara

MINISTERO DELLA SALUTE, (2006) *Piano sanitario nazionale 2006-2008*.

MINISTERO DELLA SALUTE, *Relazione sullo Stato Sanitario del Paese 2003-2004*

MORCALDO, G. (2007), Memoria dattiloscritta, "La sanità in Italia: problemi aperti".

MOREA, D. (2006), "Trasferimenti pubblici in moneta versus trasferimenti in natura", *Economia, Società e Istituzioni*, n. 2, pp. 261-300, Luiss University Press

MOSSIALOS, E. (1997) "Citizens' view on health care systems in the 15 member state of the European Union", *Health Economics*, 6, pp. 109-116.

MUNRO, A. (1992), "Self - Selection and Optimal in Kind Transfers", *The Economic Journal*, n. 102.

MURARO, G. (2003), "Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello stato sociale", *Rivista di diritto finanziario e scienza delle finanze*, n. 3, pp. 349 -384.

MUSGRAVE, R. A. (1959), *The Theory of Public Finance*, New York.

MUSGRAVE, R. A. (1968), "Essays in Fiscal Federalism", Washington

NEUMAN, P., and RICE, T. (2003) "Medicare Cost Sharing: Implications for Beneficiaries", Statement prepared for Hearing on Medicare Cost-Sharing and Medicaid, committee on Ways and Means, Subcommittee on Health, The United States House of Representatives, 1 May 2003

NEWHOUSE J.P. "Symposium on health care reform" *Journal of Economic Perspectives* (1994)

NICITA, A. (2003), "Quale concorrenza nei sistemi sanitari? Dieci anni di riforme incompiute", *Diritto di economia dello stato sociale*, nn. 7-8, pp. 69-90.

NISKANEN, William Jr., (1971) "Bureaucracy and Representative Government", Chicago

NIXON, J. - ULMANN, P. (2006), "The relationship between health care expenditure and health outcomes", *Health Economics*, vol. 7, pp. 7-18.

OATES, W., (1999) "An Essay in Fiscal Federalism", *Journal of Economics Literature*, 37, pp 1120-49

OECD (1995), *New Directions in Health Policy, Health Policy Studies*, n. 7, Paris.

OECD (2004 a), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems*.

- OECD (2004 b), *The OECD Health Project, Towards High-Performing Health Systems, Policy Studies*.
- OLIVER, A. (2005), "The English Health Service: 1979-2005", *Health Economics*, vol. 14, pp. 75-99.
- PELLEGRINI, L. (2003), "Lea, appropriatezza e garanzie per il cittadino" in Falcitelli, N., Trabucchi, M., Vanara, F. (a cura di), *Rapporto Sanità 2003*, Bologna.
- PELTZMAN, S., (1989), "The Control and Performance of State-Owned Enterprises", in MacAvoy P. *et al.*, (a cura di), *Privatization and State-Owned Enterprises*.
- PETRETTO, A. (2000), *Il futuro del finanziamento pubblico in sanità*, Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, Ministero del Tesoro.
- PHILIP, R. (1954) "Intergovernmental Fiscal Relations", Copenhagen
- PIPERNO, A. (2002), "Avremo le risorse per curarci? Come si presentano le sfide prossime venture al welfare sanitario: dati e riflessioni sul rapporto tra sviluppo sociodemografico, spesa e policy", *Economia & Lavoro*, n. 1, pp. 119-146.
- PLANE, P. (1997), "Privatisation and Economic Growth", in Giersch, H., (a cura di), *Privatization at the End of Century*, Heidelberg.
- RAPPORTO 2003 "La finanza pubblica italiana" Guerra, M.C., Zanardi, A., (a cura di)
- RAPPORTO SANITA' (2003) Falcitelli, N., Trabucchi, M., e Vasara, F., (a cura di) "Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie"
- RAWLS (1971), "A Theory of Justice", Cambridge MA
- RICE, N., Smith, PC., (2002) "Strategic resource allocation and funding decision" in *Funding Health Care: Options for Europe*, Mossialos, E., Dixon, A., Figueras, J., Kutzin, J., (eds). Open University Press: Buckingham,
- ROBINSON, J. (1956), *The Accumulation of Capital*, Cambridge.
- ROSEN, H. S. (2003), *Scienza delle Finanze*, ed. it, Milano.
- ROWTHORN, B. - HA JOON CHIANG (1993), "Public Ownership and the Theory of the State", in Clarke, T., Pitelis, c., (eds.), *The Political Economy of Privatization*, London.
- RUSHEFSKY, M. E. (1995), *Health Care Policy and Politics in America*.

- SEN, A. (1970), "The impossibility of a Paretian liberal", *Journal of Political Economy*, vol. 78.
- SEN, A. (1975), "The concept of efficiency", in Parkin, M., Nobay, A. R., (eds.), *Contemporary Issues in Economics*, Manchester University Press, Manchester.
- SEN, A. (1982), *Choice, Welfare and Measurement*, Oxford
- SEN, A. (1985), "Well being, agency and freedom: the Dewey lectures 1984", *Journal of Philosophy*, vol. 82.
- SEN, A. (1996), *Living as Equals*, Oxford.
- SEN, A. (2000), *Lo sviluppo è libertà*, Milano.
- SEN, A. (2002), "Why health equity?", *Health Economics*, vol. II, pp. 659-666.
- SHELDON, T.A., SMITH, P., Borowitz, M., Martin, S., Carr-Hill, R. (1994) "Attempt at deriving a formula for setting general practitioner fundholding budgets" *Br. Med. J.* pp. 1059-1064
- SIDGWICK, H. (1891), *Principles of Political Economy*, London.
- SMITH, P. C. (2002), "Performance management in British Health Care: will it deliver?", *Health Affairs*, n. 21, pp. 103-115.
- SMITH, J. P. (1999), "Healthy Bodies and Thick Wallets: The Dual Relation between Health and Economic Status", *Journal of Economic Perspectives*, vol. 13, n. 2, pp. 145-166.
- SÖRENSEN, P.B., (1994), "From the global income tax to the dual income tax recent tax reforms in the Nordic countries", *International Tax and Public Finance 1*, pp. 57-79
- SÖRENSEN, P.B., (2006), "Can capital income taxes survive? And should they?" CESifo.
- SPANDONARO, F. - RAFANIELLO, A. (2002), Sistemi di finanziamento del servizio sanitario ed impatti redistributivi, *Convegno Nazionale AIES*, Bologna, 25/27 Settembre 2002.
- STEVE, S. (1976), *Lezioni di Scienza delle Finanze*, VII edizione, Padova.
- STEVENS, S. (2004) "Reforms strategies for the English NHS", *Health Affairs* pp.37-44.
- STIGLITZ, J. E. (1989), *Economia del Settore Pubblico*, ed. it., Milano e (2003) seconda ed..
- STORNAIUOLO, G. (2005), "L'equità e l'intervento pubblico nel campo della salute", *Economia Pubblica*, fascicolo 5.

- TARONI, F. (2002) "Federalismo sanitario: la produzione locale di un bene pubblico nazionale", in Fiorentini G. (a cura di), *I servizi sanitari in Italia: 2002*, Bologna, Il Mulino
- THUROW, L. C. (1971), "The Income Distribution as a Pure Public Good", *Quarterly Journal of Economics*.
- TOBIN, J. (1970), "On limiting the Domain of Inequality", *Journal of Law and Economics*, n. 13.
- TORBICA, A. - FATTORE, G. (2005), "The "Essential Levels of Care" in Italy: when being explicit serves the devolution of powers", *Health Economics*, suppl. 1, vol. 6, pp. 46-52.
- TRENTO, S. - BENTIVOGLI, C. (2005), *Economia e politica della concorrenza*, Roma.
- TUOHY, C. (1999) "Dynamic of a changing health sphere: the United States, Britain and Canada", *Health Affairs*, pp.114-134
- TUOHY, C. (1999) "Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain and Canada" *Oxford University Press*: New York
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (1989), *Working for Patients*, London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2001), "The NHS Plan: Proposal for a New Approach to the Consultant Contract." *Department of Health*: London.
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Primary Care Trusts", *Department of Health Press Release*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Tackling Health Inequalities: the Results of a Consultation Exercise" *Department of Health*: London.
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2002), "Reforming NHS Financial Flows. Introducing Payments by Results." *Department of Health*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH, (2003), "Tackling Health Inequalities: A Programme for Action." *Department of Health*: London
- U.K. DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, (1976), "Sharing Resources for Health in England, Report of the Resource Allocation Working Party." *HMSO*: London
- VAN DOORSLAER, E. - MASSERIA, C. et al. (2004), "Income - related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries", *Towards High - Performing Health Systems: Policy Studies*, OECD, Parigi.

- VAN DOORSLAER, E., WAGSTAFF, A. VAND DER BURG, H. et al (2000) "Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *J Health Econ*, pp. 555-583.
- VAN DOORSLAER, E., KOOLMAN X., (2004) "Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries." *Health Econ*. pp.609-628
- VALIANI, R. (1969), "Le alternative di finanziamento della previdenza sociale", *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, fasc. II.
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E. (2000), "Equity in Health Care Finance and Delivery", in Culyer, A. J., Newhouse, J. P., (eds.), *Handbook of Health Economics*, Amsterdam.
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E. (2004), "Overall Versus Socio-Economic Inequality in Health: a Measurement Framework and Two Empirical Applications. *Health Econ*. 2004
- WAGSTAFF, A. - VAN DOORSLAER, E., VAN DER BURG, H. ET AL (1999), "Equity in the Finance of Health Care: some Further International Comparisons". *J Health Econ* pp.263-290
- WEBSTER, C. (2002), "The National Health Service. A Political History", *Oxford University Press*, Oxford.
- WHITE, J. (1994), "States Move Ahead Through Incremental Reforms", *Health Progress, Catholic Health Association of United States*, Washington.
- WILKINSON, R.G. (1996), "Unhealthy Societies: The Affliction of Inequality", London, Routledge.
- WILLIAMS, A. (1993), "Equity in Health Care: The Role of Ideology", in Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., Rutten, F., (eds.), *Equity in the Finances and Delivery of Health Care: An International Perspective*, New York.
- WILLIAMS, A. (1997), "Intergenerational Equity: An Exploration of the Fair Innings Argument", *Journal of Health Economics*, n. 6, pp. 117-132.
- WILLIAMS, A. (2004), "What Could be Nicer than Nice?", *Office of Health Economics*, London.
- WÖRZ, M. - BUSSE, R. (2005), "Analysing the impact of health-care system change in the EU member states – Germany", *Health Economics*, vol. 14, pp. 133-149.