

Le politiche sanitarie nell'Italia del dopoguerra

VIVIANA EGIDI, CECILIA REYNAUD

1. Introduzione. Le politiche sanitarie hanno bisogno di una prospettiva di lungo periodo, sia per essere concepite sia per essere realizzate e valutate (Wait 2004). Soprattutto l'architettura del sistema al quale affidare il compito di realizzare per ogni cittadino il diritto alla salute deve essere ispirata a disegni che si sviluppano con il ritmo lento del susseguirsi delle generazioni e non su quello congiunturale degli equilibri finanziari. Ciononostante, il sistema sanitario, in Italia come in tutti i paesi sviluppati, è oggetto di frequenti interventi di riforma alla ricerca del difficile equilibrio tra le esigenze economico-finanziarie e le esigenze etiche e di solidarietà sociale.

I problemi di finanziamento di un settore strategico come la sanità sono, ovviamente, cruciali, ma le loro determinanti sembrano molto meno ovvie di quanto si possa intuitivamente immaginare. Anche le classiche relazioni che imputano all'invecchiamento demografico la maggiore responsabilità dell'accresciuto costo del sistema e dei suoi differenziali territoriali (tra regioni e tra paesi) non sono confermate dall'osservazione (Moïse, Jacobzone 2002).

Il presente lavoro si propone di ripercorrere le tappe salienti della politica sanitaria nell'Italia del secondo dopoguerra, dalle speranze suscitate dalla Costituzione repubblicana alle attuali spinte federaliste, evidenziandone i principi ispiratori e i principali obiettivi. Una particolare attenzione è dedicata al filo rosso che accompagna tutta l'evoluzione della politica sanitaria di questi cinquant'anni, rappresentato dalla costante preoccupazione del sistema per l'universalità e l'equità. Il primo dei due obiettivi è stato sicuramente raggiunto con la prima riforma sanitaria del 1978 e l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, mentre il secondo obiettivo, valutato alla soglia del nuovo millennio, rimane ancora un'aspirazione, con riguardo sia all'equità tra individui, sia a quella tra gruppi di popolazione o aree diverse del paese. Le modifiche introdotte recentemente e gli sviluppi che potrebbero determinarsi nel prossimo futuro sembrano affievolire la spinta all'equità del sistema (Muraro 2004) e fanno nascere preoccupazioni sulla tenuta di quello spirito di solidarietà tra regioni, tra gruppi e tra individui sul quale, pur tra mille contraddizioni ed inefficienze, ha finora poggiato il suo finanziamento.

2. «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti»: dalle mutue alla grande riforma del 1978. La fine della guerra segna, anche in sanità, l'avvio di un periodo di grande fermento animato da una volontà di innovazione che appare,

almeno nei primi anni, ampiamente condivisa da tutte le forze politiche. Il sistema sanitario è uscito sconvolto dalla guerra e si dimostra incapace di assicurare l'assistenza in vaste aree del paese e per ampi gruppi di popolazione (Giovanardi 1978). La fine del conflitto e la forte coesione delle forze politiche sperimentata durante la resistenza, spingono a sperare che sia possibile rifondare rapidamente il sistema sanitario rendendolo realmente universale, equo e capace di trasferire nella pratica terapeutica i grandi avanzamenti che la medicina ha fatto in quegli anni, soprattutto nella lotta contro le malattie infettive.

Il primo cambiamento di un qualche rilievo nell'organizzazione sanitaria ereditata dal fascismo è l'istituzione nel luglio del 1945 (governo Parri) dell'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità Pubblica (ACISP), alle dirette dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Alla nuova struttura vengono affidati compiti di tutela della sanità pubblica, di coordinamento e vigilanza sulle organizzazioni sanitarie. Sostanzialmente tutte le funzioni che il Testo Unico sulle leggi sanitarie del 1934 affidava al Ministero dell'Interno, tranne il potere di vigilanza e di tutela sugli ospedali che resta di competenza del ministero (Luzzi 2004). In periferia, i prefetti mantengono inalterati i poteri in materia sanitaria, con l'unica differenza rispetto al periodo precedente che sui temi sanitari ricevono disposizioni e riferiscono all'ACISP. Questo intervento è chiaramente ben lontano da quello che la situazione sanitaria del paese e le aspettative avrebbero richiesto. Il nuovo organismo è istituzionalmente debole, non avendo la dignità e l'autonomia di un ministero, e limitato nelle competenze a causa della significativa esclusione dei poteri sugli ospedali.

Già nei primi anni della repubblica si susseguono numerose proposte di riforma tese a incidere con maggiore decisione sull'organizzazione sanitaria, sia centrale sia periferica. La prima di queste vede la luce nello stesso anno 1945 ad opera della Consulta Veneta di Sanità, operante nell'ambito del Comitato di Liberazione Nazionale del Veneto, che affida il compito di sviluppare una proposta concreta ad una commissione presieduta dall'igienista Augusto Giovanardi. I lavori della commissione mettono in luce le gravi lacune della sanità ereditata dal fascismo, molte delle quali sono di natura strutturale e non dipendono dalla crisi bellica: la mancanza di un governo unitario che disciplini e coordini le attività; la mancanza di un organo periferico efficiente; la subordinazione dell'applicazione delle norme sanitarie alle autorità politico-amministrative, non sempre in grado di valutarne il significato e l'importanza; l'eccesso di accentramento che penalizza le iniziative degli organi sanitari periferici (Cosmacini 1994). La proposta di riforma formulata dalla Commissione Giovanardi individua tre grandi linee di intervento che sorprendono per la modernità dell'impostazione e le forti similitudini con i principi generali di quella che sarà, più di vent'anni dopo, la prima riforma sanitaria italiana. La prima linea è rappresentata dall'unificazione dei servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria, con un ministero al vertice del sistema; la seconda linea è all'insegna del decentramento delle attività sanitarie e assistenziali su due livelli: un livello regionale, con funzioni prevalentemente ordinarie e un livello comunale, con funzioni essenzialmente operative; la terza linea è relativa alla piena responsabilizzazione del

livello locale mediante la costituzione presso i comuni (singoli o aggregati) degli uffici comunali (o consorziali) di sanità e assistenza, come organismi unitari di erogazione delle prestazioni assistenziali (Cosmacini 1989).

Ma la speranza di superare sull'onda della coesione nazionale la risorgente frammentazione degli interessi delle diverse forze politiche, i crescenti poteri delle mutue e i consistenti interessi della Chiesa nel settore assistenziale è destinata ad essere rapidamente delusa. Il *Progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano*, elaborato dalla Commissione Giovanardi (governo Parri), segue la sorte dell'alleanza politica che ha dato vita ai primi governi del dopoguerra e viene accantonato. Negli anni immediatamente successivi, altre ipotesi di riforma vengono formulate, decisamente più modeste nel disegno innovatore rispetto all'ipotesi Giovanardi, ma destinate ad essere archiviate altrettanto rapidamente. Tra queste, la proposta elaborata dalla Commissione D'Aragona (governo De Gasperi) prevede l'estensione dell'assicurazione di malattia a tutti i lavoratori, sia dipendenti che indipendenti, ai loro familiari e ai pensionati. Una ipotesi fondata sul diritto al lavoro e che, conseguentemente, continua a escludere dall'assistenza sanitaria tutti coloro che sono esclusi dal lavoro (Cosmacini 1994), ma che ha almeno il pregio di prevedere un superamento sia dell'estrema eterogeneità (in modalità e qualità) di quanto assicurato dalle diverse mutue, sia di una visione del lavoratore come mero strumento della produzione.

Un'altra opportunità mancata è il progetto di legge Pieraccini che vuole far giocare allo stato un ruolo calmieratore sui prezzi dei farmaci di largo consumo attraverso la produzione e la distribuzione a prezzo equo. Eppure, tra tante difficoltà e contraddizioni, nei primi anni della repubblica era stato raggiunto un risultato importante: la nuova costituzione della repubblica italiana riconosceva il diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo, della cui tutela lo stato si assumeva la responsabilità nell'interesse dell'individuo stesso e della collettività. Una dichiarazione programmatica di grande spessore e impegno, che male si concilia con gli ostacoli che tutti i tentativi di realizzare quel programma incontrano nella realtà: la tutela contro le malattie – quelle già insorte, non essendo previsto alcun intervento con finalità preventive – resta affidata ad un sistema ispirato a criteri di pura e semplice assicurazione e, pertanto, inadeguato alle esigenze di una attiva salvaguardia della salute (Cosmacini 1994).

Il confronto della situazione italiana di quegli anni con quella dei paesi più avanzati è scoraggiante: altri paesi hanno adottato già dalla fine degli anni Quaranta e i primi anni Cinquanta quel principio di unitarietà e globalità dell'assistenza sanitaria propugnato dal piano Beveridge della sicurezza sociale amministrata da una sola autorità (1942), secondo quanto raccomandato dalla conferenza internazionale di Filadelfia del 1944. È il 1948 quando il Regno Unito, con l'istituzione del National Health Service, garantisce ai suoi cittadini un servizio assistenziale universale e completo, dalle cure mediche a quelle ambulatoriali e ospedaliere. Negli anni successivi operano la stessa scelta molti paesi anglosassoni.

In Italia, ancora alla fine degli anni Cinquanta, Giovanni Berlinguer e Severino Delogu devono descrivere il disordine delle leggi e l'insicurezza del cittadino mala-

to perduto nel labirinto dell'assistenza mutualistica, della burocrazia e delle enormi disparità di trattamento. Il sistema soffre della estrema frammentazione che crea l'impossibilità di razionalizzarne la gestione e produce ineguaglianze tra i cittadini (Berlinguer, Delogu 1959). Da allora è tutto un susseguirsi di commissioni alle quali, nel corso del tempo, è stato affidato il compito di studiare la riforma sanitaria (Cosmacini 1994), mentre il sistema mutualistico continua a crescere fino a configurarsi come «uno dei settori più potenti del sottogoverno» (Delogu 1974).

La stessa portata innovativa che avrebbe potuto avere l'istituzione, nel 1958, del Ministero della Sanità viene in gran parte vanificata dall'incapacità di dare al sistema una unitarietà di intenti e di gestione. Si mantiene, infatti, una frammentazione delle competenze tra diversi ministeri: il Ministero degli Interni conserva la competenza in materia ospedaliera, mentre INPS, INAIL e INAM rimangono nell'ambito del Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, che condivide con il nuovo Ministero della Sanità solo il compito del controllo. Una frammentazione che non tarderà ad alimentare disfunzioni e paralizzanti conflitti di competenze (Cosmacini 1994).

Il decennio successivo, può essere a ragione identificato come il periodo delle mutue: per tutti gli anni Sessanta si espande e si consolida il sistema assicurativo e il principio dell'universalità, declinato in chiave assicurativa, porta alla nascita di casse mutue specifiche, che gradualmente portano alla copertura della totalità dei lavoratori e delle loro famiglie: l'ultima cassa mutua a vedere la luce è quella dei liberi professionisti nella seconda metà degli anni Sessanta.

Gli anni del grande sviluppo economico italiano trascorrono in innumerevoli proposte di riforma che immancabilmente naufragano contro gli interessi delle mutue, da un lato, e dei medici, dall'altro. La tecnologia medica sta facendo passi da gigante e preme su strutture ospedaliere in cui le strutture, l'organizzazione, il ruolo dei medici, la missione dell'ospedale hanno bisogno di essere profondamente ripensati, creando le condizioni per dare avvio agli investimenti in tecnologia e alla costruzione di nuovi ospedali. Si segnala all'epoca la carenza di posti letto (4,28 per 1.000 abitanti contro una media europea di 5), ma il problema principale è da ricercare nelle fortissime disparità regionali (in Calabria il tasso era di 0,88 posti letto per 1.000 abitanti) e nell'assenza di altre strutture e servizi sanitari, al di fuori dell'ospedale, in grado di garantire un buon livello di assistenza ai cittadini che, quindi, si rivolgono alle strutture ospedaliere, o vengono a queste indirizzati, anche in assenza di un effettivo bisogno (Cosmacini 1994).

La crisi ospedaliera, che culminerà a metà degli anni Sessanta, trova ampie giustificazioni nelle difficoltà di ordine amministrativo e organizzativo che gli ospedali incontrano nel confrontarsi con questa situazione, con le nuove esigenze di salute e con le nuove aspettative della popolazione. Del resto, non può essere altrimenti considerato che gli ospedali sono ancora regolati dalla legge Crispi del 1888 e da una legge del 1938 che ne aveva definito le strutture interne. I medici lamentano uno stato giuridico insoddisfacente e precario, criteri concorsuali arbitrari e retribuzioni inadeguate e avviano una stagione di agitazione che si salda presto con la pressione riformatrice che mira a rendere gli ospedali in grado di raccogliere la sfida dell'innovazione tecnologica e della crescente specializzazione e, al tempo stesso, di

porsi come poli di integrazione di un servizio sanitario integrato ed efficiente, aperto alle esigenze del territorio.

Le inchieste sui malfunzionamenti che si svolgono nei primi anni Sessanta negli ospedali delle maggiori città italiane aumentano la consapevolezza del preoccupante stato del sistema e rendono ancora più acuta l'esigenza di un intervento immediato. Un'esigenza che porta alla riforma ospedaliera del 1968, come stralcio di una più complessiva riforma della sanità che avrebbe dovuto essere realizzata entro breve tempo. La legge fissa alcuni punti importanti: il passaggio dei poteri sugli ospedali dal Ministero degli Interni al Ministero della Sanità; l'ampliamento delle funzioni degli ospedali che assumono, oltre alle tradizionali finalità di diagnosi e terapia, anche finalità sanitarie più ampie; la classificazione degli ospedali in zonali, provinciali e regionali; l'avvio della programmazione ospedaliera con l'attribuzione alle costituenti regioni dei compiti di pianificare, valutare i fabbisogni e controllare tanto gli ospedali pubblici che quelli privati. Complessivamente è una buona legge, in linea con le esigenze del tempo ma che, avendo anticipato una più generale riforma sanitaria che verrà realizzata solo molti anni dopo, provoca ulteriori problemi e acuisce la crisi (Cosmacini 1994). Nel panorama della sanità di quel periodo, l'ospedale non rappresenta il principale presidio in grado di dare risposta alle esigenze sanitarie di più alto livello, come vorrebbe una corretta organizzazione sanitaria, quanto piuttosto l'unica struttura in grado di funzionare, pur tra molti problemi e difficoltà. La risposta a questa situazione non può che essere l'aumento della domanda sanitaria che si rivolge all'ospedale provocando l'incremento dei ricoveri e della durata media della degenza. In più, la riforma favorisce la corsa degli ospedali verso l'innovazione tecnologica, ampliando il già importante divario tra la medicina interna ed esterna all'ospedale: ad alta tecnologia, la prima, del tutto priva dei moderni strumenti diagnostici, la seconda (Cosmacini 1994).

Dei dieci anni che saranno ancora necessari perché la riforma sanitaria veda finalmente la luce merita ricordare alcuni momenti significativi che in qualche modo ne anticipano i principali contenuti, molti dei quali, del resto, già delineati dalla lontana proposta di riforma della Commissione Giovanardi. Il primo tra questi contenuti è il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria alle regioni del 1972 che consentirà ad alcune di esse, e in particolare a Emilia-Romagna, Lombardia, Friuli Venezia-Giulia e successivamente ad altre regioni, di costituire quei consorzi di base che anticipano le future USL.

Un altro passo decisivo del lento percorso di avvicinamento alla riforma sanitaria è la legge del 1974 con cui si fissano le norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri e si fissa nel 30 giugno del 1977 lo scioglimento delle mutue, rendendo non più rinviabile il varo della riforma che avviene il 21 dicembre del 1978, seguendo di pochi mesi la legge che stabilisce la chiusura dei manicomi (n. 180 o legge Basaglia).

3. Il sistema sanitario nazionale. I principi su cui si basa la legge di riforma n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, sono l'*universalità*, per cui il servizio sanitario diviene un diritto di cittadinanza non più vincolato all'appartenenza

ad uno dei diversi enti mutualistici; l'*equità*, tanto territoriale che tra gruppi di popolazione; l'*integrazione* dei diversi servizi sanitari all'interno di aree territoriali denominate USL; la *programmazione* delle attività. Viene istituito il Fondo sanitario nazionale alimentato dai contributi e dalle imposte riscossi a livello centrale.

È la prima volta che le tematiche sanitarie vengono ricomposte in un'unica area di intervento politico: educazione sanitaria, prevenzione delle malattie e degli infortuni, diagnosi e cura, promozione della salute e salvaguardia della salubrità ambientale, sicurezza nel lavoro, rimozione delle condizioni di arretratezza sanitaria e delle patologie del sottosviluppo, tutela della procreazione responsabile e consapevole, della maternità e dell'infanzia, della terza età e della salute mentale, saranno, a seguito della riforma, nella responsabilità del Servizio sanitario nazionale. Una visione che esalta le forti connessioni tra le diverse dimensioni della salute pubblica ristabilendo un corretto equilibrio tra il ruolo diagnostico e terapeutico della medicina e il ruolo, preventivo e pervasivo di tutte le dimensioni della vita e del lavoro, della sanità pubblica.

Il Servizio sanitario nazionale assume un ruolo multifunzionale di integratore di tutte le azioni, politiche e tecniche, di salvaguardia della salute in perfetta armonia con quanto si va elaborando, in quegli stessi anni, in sede internazionale. La cultura sanitaria sta vivendo, infatti, un momento di grande fermento e di forza ideale che ne rivoluzionerà i fondamenti e tutta la successiva evoluzione. Il momento topico di questo processo è la Conferenza di Alma-Ata, organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e dall'UNICEF nel settembre del 1978. Durante i lavori, viene sottolineato con forza il ruolo della prevenzione e della cura primaria nel miglioramento della condizione di salute dell'individuo e della popolazione e si tenta di ricomporre la parcellizzazione specialistica della medicina attorno all'integrità e all'unicità del malato (Cosmacini 1994). Ma il principio di Alma Ata che meglio sintetizza l'atmosfera del periodo, e che maggiormente condizionerà tutte le successive elaborazioni, è senz'altro quello della salute come diritto: diritto di cittadinanza per l'individuo e responsabilità dello stato nei confronti della collettività e non più realizzazione del principio di carità umana nei confronti dei bisognosi.

La legge italiana di riforma sanitaria è in perfetta sintonia con il nuovo concetto di salute, con il principio di responsabilità dello stato e con gli obiettivi di equità e di miglioramento della salute che diventeranno oggetto della strategia *Health for all by 2000* (WHO 1981). È considerata una buona legge da gran parte delle forze politiche, di grande spessore, anche etico, e riceve un grandissimo consenso da parte dei cittadini nei quali accende la speranza che in breve tempo la sanità italiana possa allinearsi a quella dei paesi più sviluppati, superando ritardi e inefficienze. Da un punto di vista politico, però, e soprattutto alla luce di quella che sarà l'evoluzione sociale e politica successiva, la riforma vede la luce troppo tardi: da un lato, essa è espressione di quelle aspirazioni all'equità e alla solidarietà che alla fine degli anni Settanta, quando cominciano ad affermarsi valori legati all'individualismo, alla concorrenza e al libero mercato, sembrano ormai superate. Dall'altro, fin dai primi anni si contrappongono alla sua piena attuazione precise responsabilità politiche e altrettanto precisi interessi: proprio le parti politiche che avevano avvertito la rifor-

ma in Parlamento si troveranno, a seguito della modificazione degli equilibri politici, a giocare un ruolo determinante nella sua, in gran parte mancata, attuazione. Allo stesso tempo, le pratiche di malgoverno e di lottizzazione si appropriano ben presto degli organismi collettivi di gestione e controllo che, a livello di USL, avrebbero dovuto garantire la responsabilizzazione sociale nei confronti della salute e li trasformano in un terreno di conquista, redditizio sia sul piano economico sia su quello politico, creando ben presto le condizioni per il successivo dissesto economico e l'inefficienza gestionale. In questi anni si getteranno le basi per le deviazioni che porteranno agli scandali di tangentopoli e le USL e il nuovo Sistema sanitario nazionale sono terreno fertile per le pratiche di malgoverno, in una crescente, colpevole, confusione tra amministrazione e gestione tecnica della salute (Cosmacini 1994; Luzzi 2004).

Si deve riconoscere che i meccanismi previsti dalla riforma per la sua completa attuazione sono estremamente complessi e le scadenze previste sono, fin dall'inizio, fissate con scarso realismo e in modo da non agevolare quella collaborazione tra stato, regioni e USL sulla quale l'operatività del nuovo sistema avrebbe dovuto riposare. Inoltre, è carente in quegli anni quella cultura della programmazione che avrebbe dovuto costituire, a tutti i livelli di governo del sistema, la base e il presupposto della sua operatività: dovranno passare ben sedici anni perché lo strumento cardine del sistema rappresentato dal Piano sanitario nazionale, la cui approvazione sarebbe dovuta avvenire entro l'anno successivo a quello di entrata in vigore della nuova normativa, veda finalmente la luce con l'approvazione del primo Piano sanitario nazionale del 1994-97 (Tomassini, Signorelli 1999).

Le grandi speranze che la riforma aveva alimentato si trovano, quindi, a confrontarsi con un panorama sanitario in cui nulla sembra essere migliorato: l'inefficienza si mantiene a livelli inaccettabili e, non di rado, è addirittura accresciuta dai meccanismi di una transizione dal precedente sistema mutualistico alla nuova organizzazione che sovrappone i problemi del primo a quelli della seconda, invece che risolverli. In questa situazione si sommano i costi della vecchia a quelli della nuova struttura: la spesa sanitaria continua ad aumentare e, nei primi anni '80, si attesta intorno al 6% del PIL. Non che il livello sia effettivamente troppo alto considerato che, nello stesso periodo, la Germania Federale si attesta all'8% e gli USA al 10%. La preoccupazione, per alcuni, e il risentimento, per altri, nasce piuttosto dal confronto tra l'alto costo complessivo del sistema, la sua scarsa efficacia e l'assoluta indifferenza per l'efficienza. Ben presto, la crescente insoddisfazione dei cittadini, ma anche degli operatori del sistema, alimenta un crescente desiderio di contro-riforma. La reazione, culturale prima ancora che politica, sarà quella di dare vigore, anche in sanità, a quella visione tutta incentrata su una fiducia senza limiti nelle capacità di autoregolazione del mercato e nel potere taumaturgico della libera concorrenza come stimolo dell'efficienza che sarebbe diventata la protagonista assoluta della vita economica italiana degli anni Ottanta. Liberalizzare e privatizzare la sanità diviene la formula sempre più frequentemente evocata come la panacea per tutti i mali della sanità, mentre il principio egualitario e solidaristico sul quale è fondata la riforma viene arreso come un residuo populistico degli anni Settanta. Sono

gli anni della crescente compartecipazione alla spesa dei malati: gli anni in cui i ticket passano dal 15 al 25% e della messa in discussione del principio di solidarietà basato sulla tassazione. Gli anni in cui «la politica sanitaria, trasformata in gestione finanziaria, ritorna appannaggio dei ministri dell'Economia e delle Finanze che con le leggi finanziarie mutano i rapporti all'interno del sistema senza ritoccare il sistema nel suo complesso» (Cosmacini 1994).

Nella seconda metà degli anni Ottanta, si accende violenta la contrapposizione tra due opposti schieramenti: il primo, destinato a vedere gradualmente erosa la propria consistenza, sostiene che il malfunzionamento della sanità è da attribuire alla mancata attuazione della riforma; il secondo, che guadagna rapidamente terreno, propugna la necessità di mettere mano ad una nuova riforma che favorisca l'affermazione di un libero mercato della salute, con ampi spazi riservati ai privati e la libera concorrenza tra strutture pubbliche e private. Neppure lo scoppio dello scandalo di tangentopoli, che si verifica proprio in quegli anni e proprio nella sanità, riesce a chiarire all'opinione pubblica dove vadano ricercate le vere responsabilità del dissesto finanziario del settore e del cattivo funzionamento del sistema. Aziendalizzazione, management, budget e marketing diventano le parole d'ordine della nuova concezione della sanità che si afferma in quegli anni e a cui vengono affidate le speranze di rinascita della sanità italiana, così come sta avvenendo anche in altri importanti settori dell'amministrazione pubblica.

4. La crisi degli anni Novanta: una stagione di riforme

4.1. In Europa e negli Stati Uniti. La doppia natura del settore sanitario, che lo vede al tempo stesso settore di attività economica e espressione del principio di equità per il quale tutti i cittadini devono essere messi in condizione di accedere alle cure necessarie per mantenere o ristabilire un buono stato di salute, comporta la necessità di intervenire continuamente con riforme nel tentativo di mantenere, o ristabilire, il difficile equilibrio tra bisogni, costi e principi etici (Docteur, Oxley 2003). È un settore questo il cui funzionamento non può essere delegato ai meccanismi di autoregolamentazione del libero mercato: da un lato, proprio i soggetti a più alto rischio sanitario e in peggiori condizioni di salute con maggiore probabilità ne sarebbero esclusi, creando iniquità e, al tempo stesso, deprimendo le potenzialità di sviluppo del settore; dall'altro, esistono forti asimmetrie informative tra i soggetti (individui, medici, operatori) che favoriscono il mantenimento di situazioni non efficienti e consentono l'affermarsi di meccanismi di autoalimentazione della domanda. In più, il miglioramento delle condizioni di vita della popolazione porta ad un notevole aumento delle aspettative degli individui che gradualmente modificano il proprio concetto di salute fino a farlo divenire sempre più simile a quello di benessere, non necessariamente limitato alla sola sfera sanitaria.

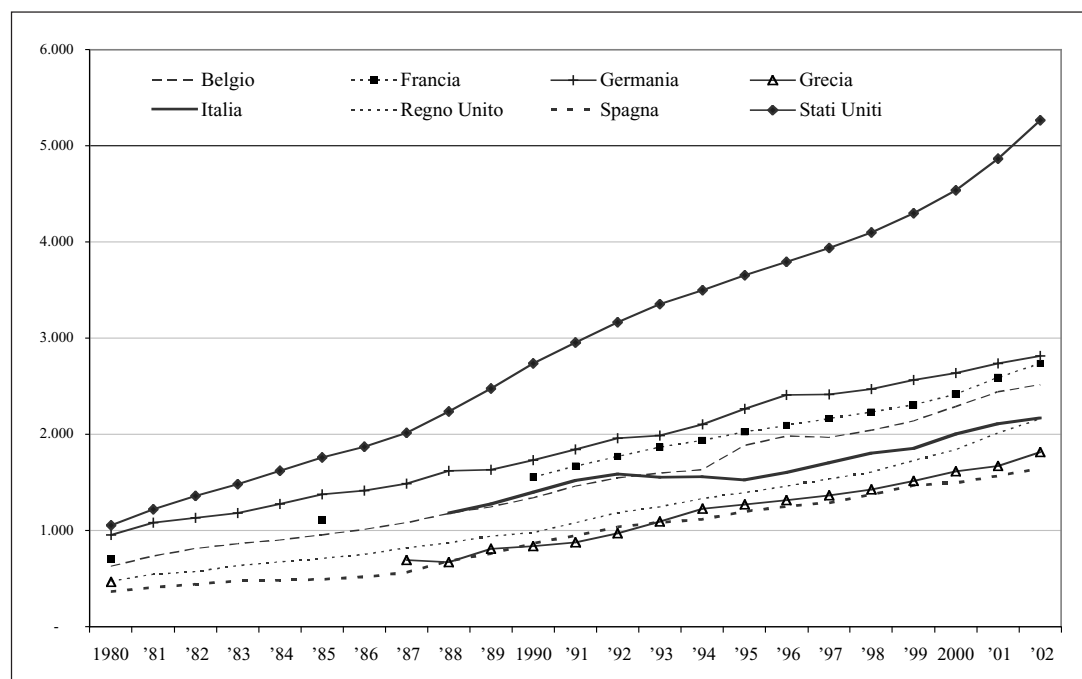
L'azione congiunta di tutti questi elementi porta negli anni Novanta ad un generalizzato aumento dei costi sanitari: almeno per tutto il primo quinquennio, l'aumento della spesa è forte e generalizzato a tutti i paesi sviluppati. Per tentare di contenere questo aumento e per dare attuazione alle politiche di risanamento dei bilanci previste dagli accordi di Maastricht, praticamente tutti i paesi avviano o realizza-

no importanti riforme dei sistemi sanitari per aumentare l'efficienza dei sistemi, per migliorarne l'efficacia e, soprattutto, per contenere l'aumento dei costi provocato sia dall'invecchiamento demografico, sia, e soprattutto, dal progresso tecnologico.

La figura 1 illustra l'evoluzione della spesa sanitaria pro-capite degli ultimi vent'anni in alcuni paesi dell'OECD. Nonostante i grandi sforzi effettuati in questi anni dagli organismi internazionali per creare misure direttamente confrontabili, continuano a sussistere differenze tra le definizioni e i metodi di stima adottati dai diversi paesi che impediscono la piena comparabilità delle informazioni. È, tuttavia, evidente il trend continuamente crescente della spesa e il livello particolarmente elevato dei paesi più ricchi: dal 1980 al 2002 la spesa sanitaria degli Stati Uniti quintuplica; quella della Spagna e del Regno Unito è moltiplicata per un fattore di 4,5; quella della Francia, del Belgio e della Grecia per un fattore 4 mentre la spesa dell'Austria e della Germania triplica.

In Italia, la politica di blocco delle tariffe farmaceutiche e dei rinnovi contrattuali del personale adottata nel 1992 porta ad una sensibile riduzione della spesa che si protrae fino al 1995, quando diviene necessario rinnovare i contratti e rivedere le tariffe con conseguente ripresa della crescita della spesa. Ciononostante, la spesa pro-capite italiana aumenta dal 1990 al 2002 del 55%, l'incremento più basso in Europa dove, nello stesso periodo, l'Irlanda e il Portogallo arrivano quasi a triplicare la spesa; la Grecia e la Spagna la raddoppiano e gli altri paesi si attestano su incrementi che vanno dal 60 al 90%. In termini comparativi, non solo l'andamento, ma anche i livelli della spesa italiana sono piuttosto contenuti mantenendosi sempre più bassi di quelli della Germania e della Francia e, dagli anni Novanta, di

Fig. 1. Spesa sanitaria totale pro-capite per alcuni paesi dell'OECD. Anni 1980-2002. US \$ PPA



Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1^a edizione.

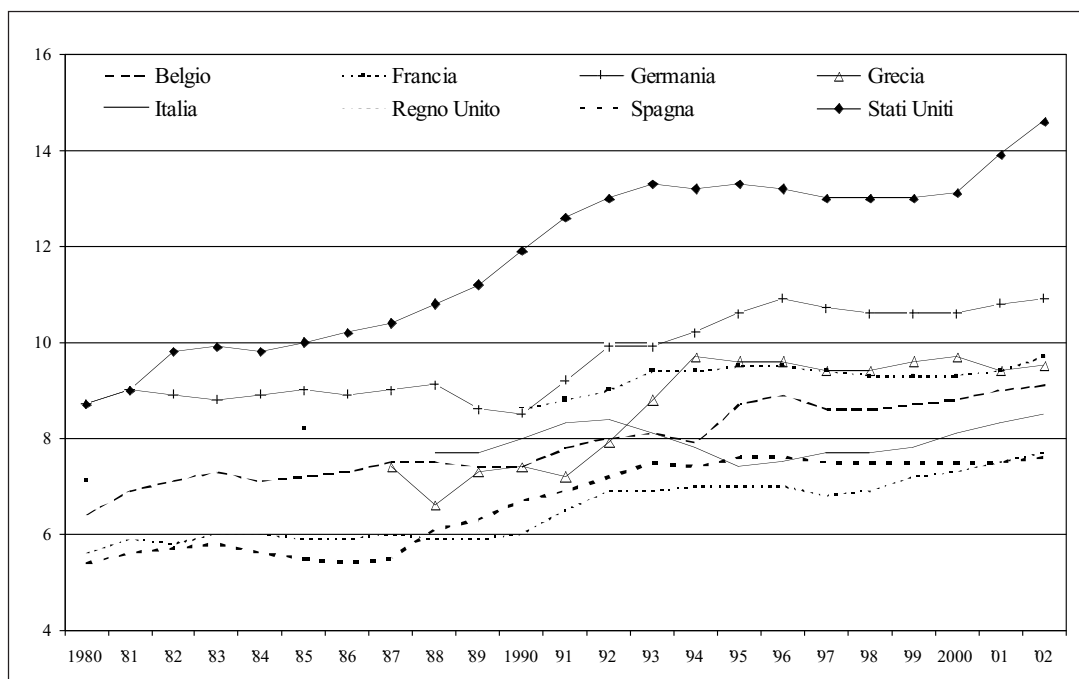
quelli dell'Olanda, del Belgio e dell'Austria. Si mantengono invece più elevati dei livelli di spesa dei paesi dell'Europa meridionale, dell'Irlanda e del Regno Unito che però recuperano negli ultimi anni. La situazione sembra particolarmente favorevole considerato che la popolazione italiana è la più vecchia del continente (del mondo, per l'esattezza) con il 18,6% di ultrasessantacinquenni e il 4,4% di ultraottantenni nel 2002.

Naturalmente, molta parte dell'incremento della spesa è dovuta all'aumento della ricchezza. Visto in proporzione al PIL, l'aumento è molto meno spettacolare, ma tutt'altro che trascurabile (fig. 2). L'aumento maggiore è ancora una volta quello degli Stati Uniti, che passano da una proporzione dell'8,7% del 1980 ad una del 14,6% nel 2002, mentre negli altri paesi l'aumento è di 2-3 punti percentuali. Anche da questo punto di vista l'andamento della spesa in Italia non desta particolari preoccupazioni: a differenza degli altri paesi, la proporzione oscilla nel periodo intorno all'8% mantenendosi nettamente al di sotto dei valori della Germania (10,9%), della Francia, del Belgio e della Grecia (tutti superiori al 9%).

L'immagine è un po' diversa se si considera solo la quota di spesa sanitaria pubblica: tra i paesi considerati, la Germania e la Francia balzano in testa alla graduatoria (con l'8,6 e il 7,4% del PIL, rispettivamente), mentre gli Stati Uniti presentano proporzioni molto più contenute (6,6%), comunque superiori a quella di paesi a struttura tradizionalmente pubblica come il Regno Unito e l'Italia (entrambi al 6,4% nel 2002).

Utilizzare una quota crescente della ricchezza per mantenere e migliorare la

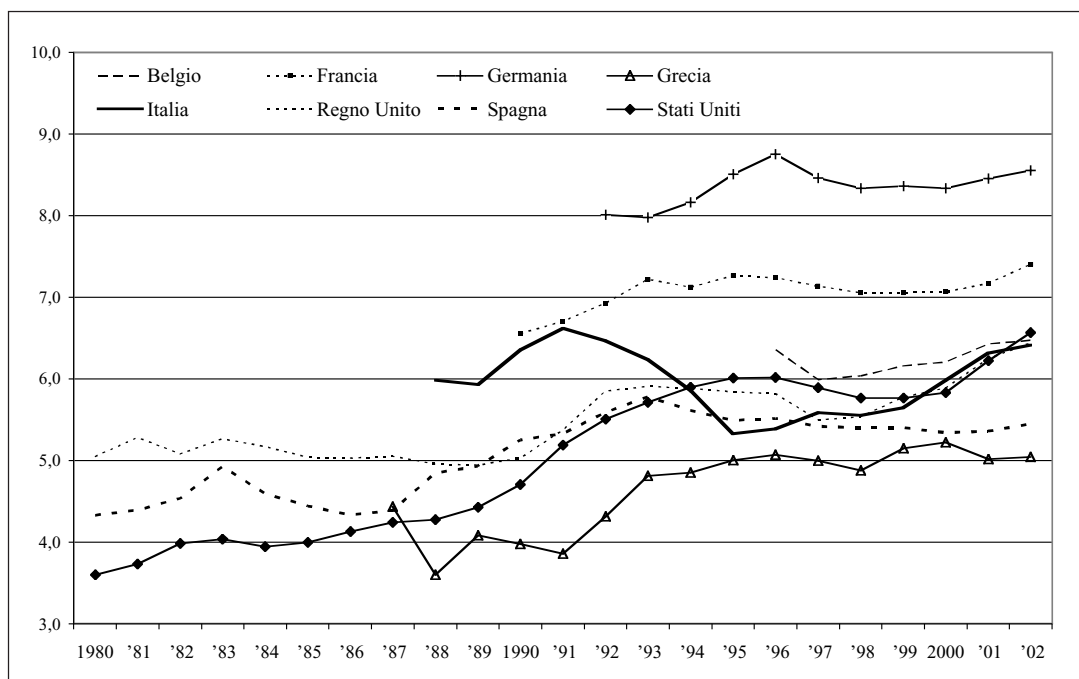
Fig. 2. Spesa sanitaria totale per alcuni paesi dell'OECD. Anni 1980-2002. Valori percentuali rispetto al PIL



Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1^a edizione.

salute collettiva non è necessariamente inappropriato e non rappresenta in sé un rischio di squilibrio macro-economico. Il problema è piuttosto valutare quale sia, in rapporto alle condizioni di sviluppo del momento e agli obiettivi del sistema, il livello di spesa adeguato e la soluzione organizzativa adatta a garantire equità al sistema (Mapelli 1999). Ciascun paese, nel corso del tempo, ha adottato strategie specifiche per aumentare la protezione sanitaria, migliorare la qualità dei servizi e la soddisfazione dei cittadini e, contemporaneamente, contenere i costi. Ciononostante, alcune linee di fondo possono essere rintracciate in gran parte degli interventi: in primo luogo, la tendenza di gran lunga maggioritaria è stata quella di un progressivo aumento della copertura pubblica del rischio sanitario (fig. 3) nel tentativo di assicurare un accesso sempre più universale ai servizi sanitari e alle cure: nel 2000 le forme assicurative private rimangono dominanti negli Stati Uniti (74%), rappresentano quote intorno al 25% nei Paesi Bassi e al 9% in Germania mentre sono del tutto marginali (intorno all'1%) negli altri paesi dell'Europa occidentale (Docteur, Hoxley 2003). Il miglioramento della qualità dei servizi e dei risultati ottenuti diviene una preoccupazione costante dei governi e, ai diversi livelli di responsabilità, degli operatori sanitari, mentre gli obiettivi di *performance* delle strutture e di risultato vengono sempre più frequentemente espressi con obiettivi (spesso quantitativi) da raggiungere entro tempi definiti. Cresce di conseguenza la necessità di documentazione sia dei processi sia dei risultati, si afferma la reportistica sanitaria e aumentano le opportunità di confronto, anche internazionale. La soddisfazione dei cittadini e degli utenti del sistema sanitario diviene una preoccupazione del sistema

Fig. 3. Spesa sanitaria pubblica per alcuni paesi dell'OECD. Anni 1980-2002. Valori percentuali rispetto al PIL



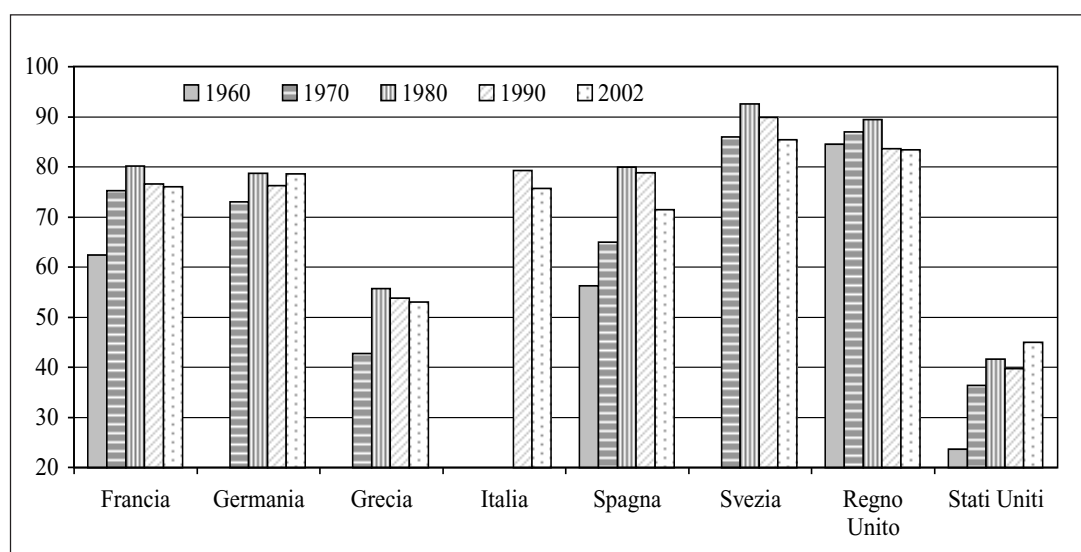
Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1^a edizione.

che apprende, in alcuni paesi meglio che in altri, a valutare se stesso da diversi punti di vista e non solo da quello tradizionale della capacità di contrastare la malattia.

Altrettanto condivise, seppure con qualche sfasamento temporale tra i diversi paesi, le strategie di contenimento dei costi. Si è tentata dapprima la via delle restrizioni macro-economiche (un periodo che in Italia si protrae, tra alterne vicende, fino ai giorni attuali), che però hanno l'inconveniente di provocare crisi nell'offerta dei servizi e di deprimere in modo non necessario le capacità produttive del settore. Si è passati poi alla compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini, modificando l'allocazione dei costi tra stato e pazienti, con l'effetto di produrre differenze nell'accesso ai servizi sanitari e rischiando di acuire le diseguaglianze senza modificare sostanzialmente la spesa (Atella, Bernardi, Rossi 2003b). Solo da ultimo, si è aggiunta una forte attenzione al miglioramento dell'efficienza, la cui promozione presuppone però capacità di governo del sistema decisamente maggiori, con risultati non necessariamente tempestivi (Travis *et al.* 2002).

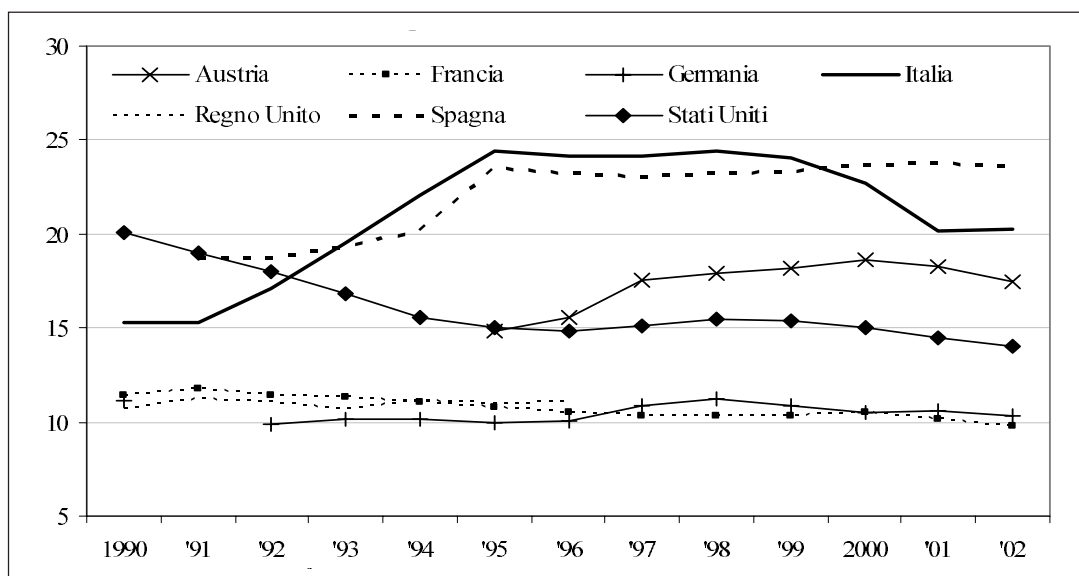
Dal punto di vista delle fonti di finanziamento, le scelte dei governi sono andate gradualmente convergendo verso regimi sanitari a prevalente carattere pubblico o, comunque, fortemente regolati dallo stato. Soprattutto nei paesi europei, la spesa pubblica ha un ruolo dominante con dei massimi che raggiungono e superano il 90% nel nord-Europa. La figura 4 illustra le modalità e i tempi dell'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa e la pressoché generale riduzione dell'ultimo decennio, quando si afferma una strategia di compartecipazione alla spesa e di esclusione di alcuni servizi dalla copertura pubblica (in particolare, per molti, le cure dentistiche, le terapie riabilitative, i trattamenti contro l'infertilità, ecc.). La spesa sanitaria diretta delle famiglie diviene in alcuni paesi molto elevata (fig. 5) con massimi superiori al 20% del totale della spesa sanitaria nei paesi dell'Europa meridionale.

Fig. 4. Spesa sanitaria pubblica sul totale della spesa sanitaria per alcuni paesi dell'OECD. Anni 1980-2002. Valori percentuali



Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1^a edizione.

Fig. 5. Spesa sanitaria diretta delle famiglie sul totale della spesa sanitaria per alcuni paesi dell'OECD. Anni 1990-2002. Valori percentuali



Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1ª edizione.

4.2. *La spesa sanitaria delle regioni italiane.* La relazione tra ricchezza (espressa in PIL pro-capite) e spesa sanitaria delle regioni italiane non è elevata (il coefficiente di correlazione si mantiene, tanto al 1990 che al 2002, pari a 0,6; tab. 1). Tuttavia, le aree più ricche del paese presentano, salvo poche eccezioni (Lombardia, Piemonte e Veneto), livelli più alti di spesa, mentre quelle più povere hanno livelli più bassi della media (con le eccezioni dell'Abruzzo, del Molise e della Sardegna). La relazione tra spesa sanitaria e invecchiamento demografico è praticamente inesistente: sia che si consideri il complesso della popolazione con più di 65 anni di età, sia che si considerino i grandi vecchi, la correlazione tra i livelli della spesa sanitaria e l'invecchiamento demografico è pari a 0,3.

Nel corso dell'ultimo decennio, l'evoluzione della spesa sanitaria pubblica pro-capite delle regioni espressa in rapporto a quella nazionale (fig. 6) mostra una progressiva riduzione delle differenze, che si sono fatte meno accentuate senza tuttavia modificare sostanzialmente le caratteristiche geografiche: i livelli minimi si ritrovano sempre in Basilicata, Sicilia, Puglia e Calabria (5-10% più bassi della media) mentre i massimi, nel 1990 in Liguria, Emilia-Romagna e Marche, passano appannaggio del Trentino Alto Adige e del Lazio (rispettivamente del 19 e del 12% maggiori della media).

Altre interessanti caratteristiche emergono considerando l'evoluzione della composizione della spesa sanitaria secondo la fonte (fig. 7): la spesa pubblica, comprensiva di quella erogata direttamente e di quella in convenzione, è passata dal 1991 al 2001 da 47 a 74 miliardi di euro, la spesa a carico delle famiglie da 10 a 22 miliardi di euro. La spesa a carico delle famiglie è quindi cresciuta più rapidamente delle altre componenti e la composizione della spesa nel 2001 è sostanzialmente diversa da quella del 2001: la quota a carico delle famiglie sale dal 17,3 al 22,6%.

Tab. 1. *Spesa sanitaria pubblica corrente pro-capite, PIL pro-capite e percentuale di anziani nelle regioni. Anni 1990 e 2002. Numeri indice (Italia =100)*

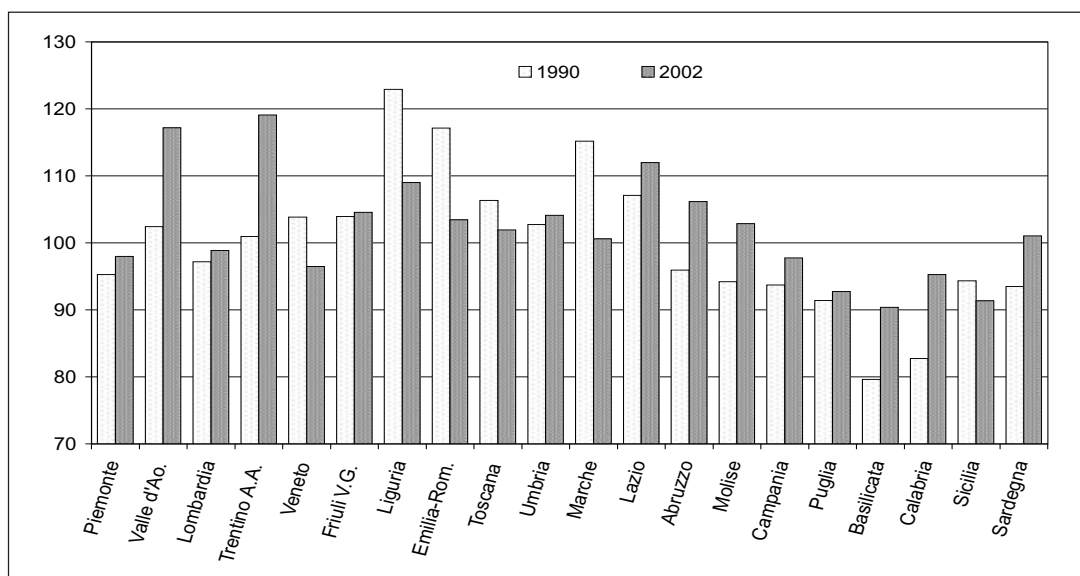
Regioni	Spesa san. pub. pro-capite		PIL pro-capite	Proporzione pop. 65+	Proporzione pop. 85+
	1990	2002	2000	2001	2001
Piemonte	95,2	98,0	116,0	113,8	120,2
Valle d'Aosta	102,4	117,2	126,6	102,4	103,8
Lombardia	97,2	98,8	129,2	97,6	95,8
Trentino Alto Adige	100,9	119,1	133,1	90,3	93,4
Veneto	103,8	96,4	116,5	97,5	102,3
Friuli Venezia Giulia	103,9	104,5	112,6	114,3	134,3
Liguria	122,9	109,0	107,5	137	159,6
Emilia Romagna	117,1	103,4	127,4	119,1	136,6
Toscana	106,3	101,9	110,7	120	133,8
Umbria	102,7	104,1	96,8	121,4	125,8
Marche	115,2	100,6	101,1	116,1	125,8
Lazio	107,1	112,0	110,3	96,6	85,4
Abruzzo	95,9	106,1	84,8	109,4	112,2
Molise	94,2	102,8	77,2	112,7	120,2
Campania	93,7	97,7	65,3	76,5	61,5
Puglia	91,4	92,7	66,4	85,5	76,5
Basilicata	79,6	90,4	70,8	99,7	90,1
Calabria	82,7	95,3	61,5	91,5	85,9
Sicilia	94,3	91,3	65,5	90,6	82,6
Sardegna	93,5	101,0	74,9	86,1	84,0
ITALIA	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>dev.st.</i>	10,4	7,6	24,0	14,9	24,3
<i>coeff.correlazione con la spesa 2002</i>	0,5	1,0	0,6	0,3	0,3

Fonte: ISTAT, HFA-Italia; ISTAT, conti regionali 1980-2003; ISTAT, censimento 2001.

Allo stesso tempo, a livello nazionale si determina una sensibile diminuzione della spesa pubblica a gestione diretta (dal 50,3 al 46,2%) e una lieve diminuzione della spesa erogata in regime di convenzione (dal 32,5 al 31,2%). Le regioni in cui è più alta la quota di spesa pubblica a gestione diretta sono quelle del centro-nord, vicino al 51% nel 1991 e al 47% nel 2001. Le regioni del mezzogiorno sono quelle in cui è tradizionalmente più alta la quota di spesa pubblica per l'assistenza sanitaria gestita in regime di convenzione, che è pari al 35,3% nel 1991 e al 36,9% nel 2001. La spesa sanitaria privata più alta è nelle regioni del nord con una quota sul totale della spesa del 18,7% nel 1991 e del 25,5% nel 2001.

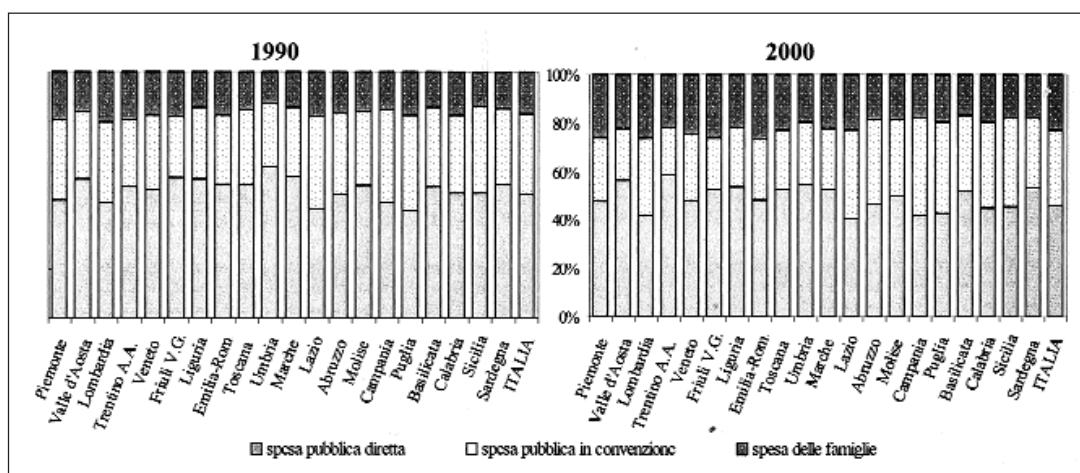
Secondo i dati della contabilità nazionale elaborati dall'ISTAT, la quota di consumi delle famiglie per assistenza medica è passato dall'1,7% del 1982 al 3,1% del 1999 con un impatto sui bilanci delle famiglie tutt'altro che trascurabile. L'aumento maggiore si è avuto tra il 1991 e il 1995 e, in particolare, nel 1992 e 1993 (ISTAT

Fig. 6. Spesa sanitaria pubblica pro-capite nelle regioni italiane. Anni 1990 e 2002. Numeri indice (Italia = 100)



Fonte: ISTAT, HFA-Italia.

Fig. 7. Composizione della spesa sanitaria nelle regioni italiane. Anni 1990 e 2001



Fonte: ISTAT, 2004.

2004). Dall'analisi dei consumi delle famiglie effettuata da Atella, Bernardi e Rossi (2003b) emerge anche che l'aumento della spesa sanitaria tra il 1997 e il 2001 è stato particolarmente rilevante per gli anziani che hanno dovuto far fronte a incrementi tra il 31 e il 33% (rispettivamente per le coppie di anziani e per gli anziani soli, contro una media del 19%).

4.3. *La seconda e la terza riforma sanitaria.* Durante gli anni Novanta il sistema sanitario attraversa, in Italia come in molti paesi europei, un periodo di trasformazioni che hanno, da un lato, ridisegnato l'assetto organizzativo del sistema sanitario pub-

blico e, dall'altro, ridefinito alcuni principi ispiratori del sistema. Sono gli anni delle politiche di risanamento della finanza pubblica e di controllo della spesa dettate dagli obiettivi di convergenza macroeconomica degli accordi di Maastricht e la sanità è considerata da molti uno dei settori cardine del risanamento.

È il 1992 quando il governo Amato vara la seconda riforma sanitaria («Riordino della disciplina in materia sanitaria», D.Lgs. n. 502 del 1992; parzialmente modificato dal governo Ciampi con il D.Lgs. n. 517 del 1993) i cui principi ispiratori sono l'*efficienza manageriale* nella gestione delle strutture sanitarie (aziendalizzazione delle USL), la *concorrenza* (con l'introduzione del concetto di competitività tra le strutture sanitarie pubbliche e private) e *regionalizzazione* (con il rafforzamento del principio di decentramento delle responsabilità gestionali e organizzative). Le USL si riducono in numero (da 659 a 228 e a 197 a seguito della successiva riforma della Lombardia), conseguentemente aumentano la dimensione demografica (a una media di 250.000 abitanti) e, da strutture operative dei comuni, si trasformano in aziende, cambiando il nome in ASL (Aziende sanitarie locali), così come i maggiori ospedali che divengono aziende ospedaliere. Le nuove strutture adottano la contabilità economico-patrimoniale delle società private e i loro dirigenti generali (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo) vengono assunti con contratti a tempo determinato di tipo privatistico.

Si introduce il principio dell'accreditamento: tutti gli erogatori di prestazioni (pubblici e privati) devono essere accreditati ed essere finanziati non più sulla base della remunerazione dei fattori produttivi impiegati, come in precedenza, ma sulla base di tariffe per prestazioni effettivamente erogate (eccetto i medici di base e i servizi di igiene pubblica). Le tariffe sono fissate dalle regioni nel rispetto di disposizioni generali impartite dal Ministero della Sanità. In alternativa, viene predisposto un tariffario nazionale che non potrà essere aumentato dalle regioni ma solo ridotto (fino a un massimo del 20%). Nel 1995 negli ospedali viene introdotto il sistema americano dei DRG/ROD (Diagnosis related group/raggruppamenti omogenei di diagnosi). Il criterio del pagamento a tariffa, sul quale poggia l'intero pilastro della aziendalizzazione, provoca una vera e propria rivoluzione nel sistema. In primo luogo crea un problema di adeguamento: all'entrata in vigore della legge, e per lungo tempo dopo, non si hanno elementi contabili per valutare correttamente le tariffe tanto a livello locale delle singole aziende sanitarie o ospedaliere, tanto a livello centrale. Il risultato sarà che per molti raggruppamenti omogenei di diagnosi (considerati isorisorse al loro interno) la tariffa non corrisponde al costo e alcune prestazioni sono più convenienti di altre, creando i presupposti per una concorrenza imperfetta tra il pubblico, tenuto a erogare la prestazione a tutti, e il privato che può selezionare i casi trattati, anche sulla base della convenienza tariffaria.

La legge prevede, inoltre, il trasferimento delle competenze amministrative e finanziarie alle regioni e sono introdotti i livelli uniformi di assistenza, ovvero i livelli assistenziali minimi che devono essere garantiti a tutti i cittadini italiani e che sono assicurati dal governo con finanziamenti centrali, mentre le regioni sono chiamate a sostenere le spese di tutto ciò che vogliono erogare in più ai propri residenti. Viene anche introdotto il principio della libera concorrenza tra strutture private e strut-

ture pubbliche: i fornitori privati non sono più considerati integrativi ma alternativi rispetto a quelli pubblici, purché siano accreditati e accettino le tariffe e le verifiche di qualità, e i cittadini sono liberi di scegliere tra fornitori pubblici e privati. Viene costituita l'Agenzia per l'organizzazione dei servizi sanitari regionali (ASSR) e l'Agenzia nazionale per la protezione ambientale (ANPA).

Nel 1996, quando gran parte delle regioni non ha ancora completato l'implementazione del riordino del 1992-93, il Ministero della Sanità viene affidato all'on. Rosy Bindi che, fin dai primi mesi del suo mandato, dichiara di voler mettere nuovamente mano al Sistema sanitario nazionale e già nell'anno successivo avvia l'iter parlamentare del disegno di legge delega per «la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale». Il percorso parlamentare della legge delega è destinato ad essere lungo e accidentato sia a causa degli ostacoli posti dall'opposizione sia a causa della forte resistenza di molti operatori del SSN, preoccupati per alcuni articoli riguardanti la professione medica (esclusività del rapporto di lavoro, abbassamento dell'età pensionabile) e la gestione delle aziende sanitarie (dirigenza del ruolo sanitario con prevalente contenuto gestionale), in parte emendati durante l'iter di approvazione della legge che terminerà solo nel novembre 1998. La legge conferisce al governo alcune deleghe, tra le quali quella senz'altro più importante è contenuta nell'articolo 1 che autorizza il governo a modificare ed integrare i decreti di riordino degli anni 1992 e 1993 sulla base di un consistente numero di criteri e principi e entro un termine di 180 giorni. È il 21 giugno 1999 quando la terza riforma sanitaria (D.Lgs. 229/99) viene finalmente approvata (Tommasini, Signorelli 1999).

Alcuni commentatori hanno classificato la terza riforma sanitaria (o 'riforma ter', come è stata chiamata) come un semplice perfezionamento della seconda. Altri, al contrario, le hanno attribuito forti caratteri innovativi. Forse il maggiore elemento di novità del decreto Bindi rispetto alla seconda riforma sanitaria è nel tentativo di conciliare il recupero dei principi ispiratori della prima riforma e le esigenze di razionalizzazione nell'uso delle risorse (Dirindin 2003). Fin dalla relazione illustrativa inviata dal ministero alle commissioni parlamentari si ribadisce che i principi ispiratori della nuova riforma «sono da rinvenirsi anzitutto nella conferma dell'importanza del Servizio sanitario nazionale come strumento attraverso cui l'ordinamento svolge il compito costituzionale di tutela della salute» (Tommasini, Signorelli 1999), concetto ribadito già nell'articolo 1 del decreto.

È poi ribadito e rafforzato il ruolo di programmazione del centro attraverso il piano sanitario che ha principalmente il compito di indicare le aree prioritarie di intervento e i livelli essenziali di assistenza. Al SSN spetta il compito di garantire, attraverso risorse pubbliche reperite nel rispetto del principio della solidarietà sociale, i livelli essenziali e uniformi di assistenza, definiti nel PSN nel rispetto dei principi della dignità della persona, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza, nonché dell'economicità dell'impiego delle risorse. I livelli essenziali di assistenza, che saranno definiti con un decreto nel 2001, comprendono: l'assistenza sanitaria collettiva in

ambiente di vita e di lavoro; l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Essi consistono in un vasto insieme di prestazioni alle quali il cittadino ha diritto (non necessariamente in modo gratuito) su tutto il territorio nazionale.

Un altro elemento importante è la riaffermazione del ruolo del territorio nel processo di integrazione tra l'assistenza di carattere sociale e quella di carattere sanitario, attraverso la valorizzazione del ruolo dei distretti socio-sanitari che devono assicurare l'assistenza primaria, coordinando le attività dei medici di base e della guardia medica e l'attività degli ambulatori e dei servizi specialistici (Maino 2001). Il decreto prevede inoltre una forte valorizzazione del personale del SSN mediante gli strumenti della formazione e dell'aggiornamento, ma anche incoraggiando fortemente l'esclusività del rapporto di lavoro. Un incoraggiamento che diviene vincolo per tutti coloro che vogliono assumere compiti di dirigenza.

Infine, il decreto prevede il completamento del processo di regionalizzazione del sistema e di aziendalizzazione delle strutture. In particolare, riguardo alla regionalizzazione, viene varata una serie di interventi normativi con i quali si perfeziona il decentramento del sistema sanitario, culminata con la revisione costituzionale che assegna alle regioni l'autonomia legislativa in materia sanitaria, sia pure all'interno di un quadro normativo di riferimento stabilito a livello centrale. Il SSN si configura come complesso delle funzioni e delle attività dei sistemi sanitari regionali, in quanto alle regioni spetta la responsabilità di assicurare il sistema delle garanzie di promozione della salute e di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie e della disabilità, definito nei livelli essenziali di assistenza. In sede regionale viene costituita la Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale con il coinvolgimento delle autonomie locali (sindaci) nei momenti della programmazione, della valutazione e della verifica del PSR.

4.4. Federalismo fiscale e sanità. Le riforme degli anni Novanta sono tutte andate nella direzione di un rafforzamento delle responsabilità delle regioni nel campo della politica sanitaria e di un conseguente decentramento del sistema sanitario. Già la seconda riforma sanitaria, attribuendo alle regioni i contributi sanitari sulla base del domicilio fiscale, stabilisce un legame tra risorse a disposizione a livello regionale e capacità contributiva dei residenti. Nel 1995, con il collegato alla finanziaria del 1996 (che prevede la soppressione di alcuni importanti trasferimenti statali), e ancor più nel 1997 (introduzione dell'IRAP) e nel 1998, con il collegato alla finanziaria del 1999, si mette mano ad una profonda riforma della finanza regionale ispirata al cosiddetto «patto di stabilità interno» che sancisce il principio di corresponsabilizzazione delle regioni alla politica di riduzione del disavanzo richiesta dal «patto di stabilità, crescita e sviluppo» in applicazione del trattato di Maastricht (Perez 2004).

All'inizio del millennio, il decreto legislativo n. 56 del 2000 fa un ulteriore passo in avanti, mettendo a disposizione gli strumenti fiscali per arrivare ad un reale decentramento del sistema sanitario, mediante l'introduzione del federalismo fiscale, ovvero la compartecipazione delle regioni a statuto ordinario al gettito delle imposte.

In concreto, il decreto legislativo prevede che le regioni debbano provvedere al

finanziamento del servizio sanitario nazionale tramite le risorse proprie derivanti dalla compartecipazione al gettito dell'IVA e dell'IRPEF e dall'intero gettito IRAP.

Il decreto istituisce, inoltre, il cosiddetto «fondo di solidarietà perequativa» che, mediante meccanismi di solidarietà tra le regioni, mira ad assicurare a tutti i cittadini indipendentemente dalla residenza, l'accesso ai livelli essenziali di assistenza sanitaria. Il fondo di solidarietà tiene conto di almeno tre diverse esigenze: la prima è quella di attenuare i possibili effetti negativi della diversa ricchezza delle regioni sul diritto alla salute dei cittadini; la seconda esigenza è quella di tener conto delle differenze di fabbisogno sanitario sul territorio; la terza risponde alla necessità di tener conto della cosiddetta 'dimensione geografica'. L'ultimo punto qualificante della decreto è l'abolizione del vincolo di destinazione che consente alle regioni di scegliere autonomamente la ripartizione delle risorse disponibili tra i diversi settori di intervento (soprattutto, sanità, trasporti, ambiente e istruzione) che entrano in tal modo in competizione tra loro (Solipaca 2004; Dirindin, Pagano 2001).

Il nuovo quadro normativo tracciato dal decreto sul federalismo fiscale segna un profondo cambiamento rispetto alla situazione precedente: in primo luogo, l'ammontare complessivo delle risorse destinate alla sanità dipenderà dalla capacità contributiva delle popolazioni regionali e dall'insieme delle scelte che le singole regioni effettueranno circa la ripartizione delle risorse tra i diversi settori e la disponibilità a finanziare, attraverso l'autonomia impositiva, i servizi sanitari (Solipaca 2004). Viene, inoltre, stabilita la completa responsabilità delle regioni per gli eventuali disavanzi nella gestione finanziaria escludendo, almeno in teoria, la possibilità che a fronte di un disavanzo nella gestione sanitaria si possa intervenire con contributi a carico del bilancio dello stato (Buglione 2004). Il passo successivo è la modifica del titolo V della Costituzione italiana dell'ottobre 2001, con la revisione costituzionale che assegna alle regioni l'autonomia legislativa in materia sanitaria, sia pure all'interno di un quadro normativo di riferimento stabilito a livello centrale.

La ricerca, ancora in corso, del difficile equilibrio tra la vocazione egualitaria del sistema sanitario nazionale e la responsabilizzazione delle regioni è stata segnata, e probabilmente lo sarà anche nel futuro, da forti tensioni tra i diversi livelli di governo. Da un lato, il centro rimprovera le regioni di continuare ad agire con l'implicito assunto che, a posteriori, il governo non potrà che colmare i disavanzi determinatisi nella gestione della sanità, compromettendo la possibilità di rispettare il patto di stabilità e di crescita; dall'altro, le regioni contestano al livello centrale il tentativo di condizionare le loro politiche sanitarie al di là di quanto previsto dalla normativa, mediante interventi legislativi spesso invadenti dell'autonomia regionale, un uso improprio della leva finanziaria e dei ritardi con cui vengono effettivamente assegnati i fondi stanziati. Secondo le regioni, soprattutto a questi ritardi debbono essere addebitate le gravi crisi di liquidità che producono il ricorso alle anticipazioni di tesoreria da parte delle aziende sanitarie e la corresponsione degli interessi sul ritardato pagamento delle forniture. In più, la sospensione della possibilità, per regioni e comuni, di utilizzare la propria leva fiscale sull'addizionale IRPEF presente nella finanziaria del 2003, ha rappresentato un'evidente limitazione dell'autono-

mia impositiva e ha influito negativamente sulla corretta gestione delle amministrazioni regionali e reso difficile il controllo della spesa e il pareggio di bilancio (Buglione 2004; Solipaca 2004).

Siamo ormai ai nostri giorni e il dibattito si concentra sulle conseguenze della progressiva diversificazione dei sistemi sanitari regionali tanto in termini organizzativo-gestionali che di servizi erogati ai cittadini. In altri termini, sulle conseguenze che il nuovo assetto della sanità avrà su alcuni dei pilastri del sistema sanitario nazionale, primo tra tutti il pilastro dell'equità territoriale del sistema, ovvero il diritto di ogni cittadino, qualunque sia la sua residenza, alla cura del proprio stato di salute secondo i propri bisogni. La preoccupazione è che la crescente autonomia delle regioni in materia sanitaria e la necessità di far fronte alla spesa prevalentemente (e in prospettiva, esclusivamente) con risorse proprie possa mettere in discussione il principio di equità del sistema, allontanando ancora di più le regioni. Non che un approccio federalista al governo della sanità costituisca necessariamente un rischio di iniquità territoriale: al contrario, almeno in principio e se la cultura federalista fosse messa in grado di realizzarsi pienamente, si potrebbero determinare le condizioni per superare le tradizionali diseguaglianze (Muraro 2004). Il rischio è piuttosto che, in mancanza di un forte e puntuale controllo possano determinarsi le condizioni per l'allentamento di quel vincolo di solidarietà che rappresenta uno dei capisaldi del federalismo in sanità in tutti i sistemi che lo hanno già realizzato (Germania, Canada, Australia, ecc.) (Cavicchi 2001).

In Italia, la strategia per contrastare questa possibile deriva del sistema si basa sull'attribuzione allo stato in via esclusiva del potere di legiferare sui livelli essenziali di assistenza (LEA); si ribadisce, cioè, il principio secondo il quale ogni regione deve assicurare ai propri cittadini un certo numero di tipologie di prestazioni considerate necessarie per il perseguimento dei fini di un sistema sanitario pubblico e, al tempo stesso, si stabilisce che tali prestazioni debbano essere erogate assicurando adeguati livelli di qualità (Solipaca 2004).

5. Equità nella salute e nella sanità. Il principio dell'equità nella salute e nell'accesso alle strutture sanitarie e ai trattamenti, insieme a quello dell'universalità, è uno dei pilastri su cui si è costruito, almeno idealmente, il sistema sanitario italiano. Un principio secondo il quale ogni cittadino, qualsiasi sia la sua residenza, la sua classe sociale, il suo reddito, dovrebbe avere le stesse opportunità di raggiungere quello stato di «completo benessere fisico, mentale e sociale» – secondo la definizione di salute introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Conferenza di Alma Ata 1978) – senza dover subire alcuna discriminazione o alcuno svantaggio (Whitehead 1992). In quest'ottica, il perseguimento della sola equità nell'accesso non è condizione né necessaria né sufficiente al raggiungimento dell'obiettivo, dal momento che il sistema, per tentare di ridurre le diseguaglianze di salute, deve essere, contraddittoriamente, non equo e distribuire le risorse in maniera differenziata, prestando maggiore attenzione e servizi agli individui più svantaggiati e minori a chi, invece, presenta condizioni di salute e di vita migliori (Perucci 2004).

Il sistema sanitario italiano, quindi, in tempi precoci rispetto allo stesso livello di concettualizzazione sviluppato in ambito internazionale e all'adozione della stra-

tegia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità per una « salute per tutti entro l'anno 2000» (WHO, 1981), si è dato come obiettivo il superamento dell'uguaglianza formale perseguita dallo stato liberale, impegnato nella tutela delle libertà individuali, verso l'uguaglianza sostanziale perseguita dallo stato sociale, che insieme con la tutela delle singole libertà, si attribuisce anche compiti di promozione umana e di giustizia sociale (Ministero della Sanità 1999). Le politiche adottate hanno, tuttavia, risentito negativamente dello scarso coraggio con cui si è affrontato il problema delle disuguaglianze esistenti tra aree del paese e tra gruppi sociali e dell'assenza di una chiara politica di investimenti in favore delle aree e delle categorie più svantaggiate. Molto spesso gli interventi di politica sanitaria sono stati, infatti, indifferenziati e hanno distribuito in modo egualitario le risorse nel paese, cronicizzando così le disuguaglianze esistenti. Non va negato, però, che l'approccio egualitario, con tutti i suoi difetti, ha svolto storicamente un ruolo importante di garanzia sociale rispetto ad una larga massa di persone svantaggiate (Cavicchi 1999).

È soprattutto nei piani sanitari – essendo questi gli strumenti attraverso i quali si fissano e si diffondono gli obiettivi del Sistema sanitario nazionale – che vanno rintracciati gli obiettivi di equità perseguiti dal sistema e le strategie adottate per ridurre le disuguaglianze esistenti. Il primo Piano sanitario nazionale, quello per il triennio 1994-96, si pone come priorità la riduzione delle disuguaglianze nella salute della popolazione dal momento che considera l'equità come suo principio ispiratore. Il piano sanitario del 1998-2000 raccoglie questi stessi argomenti e propone l'equità come il principio che sovrintende, necessariamente, a tutti gli obiettivi di salute e di assistenza. Esso considera, infatti, l'universalità di accesso, l'uguaglianza nell'accessibilità e la condivisione delle spese finanziarie come principi fondamentali del Sistema sanitario nazionale, ma allo stesso tempo si prefigge la diminuzione delle disuguaglianze nei confronti della salute. Tali disuguaglianze vengono indicate anche come testimonianza dell'effettiva possibilità di ottenere ulteriori miglioramenti nella condizione di salute della popolazione: l'obiettivo di consentire a tutti il raggiungimento dei livelli migliori diviene in tal modo un obiettivo imposto non solo a tutti i livelli di assistenza, ma anche a tutti i livelli di responsabilità (Costa, Perucci, Dirindin 1999). «Ridurre le disuguaglianze e rafforzare la tutela dei soggetti deboli» rappresenta uno dei quattro obiettivi di salute del piano sanitario 2001-2003. In esso vengono anche esplicitati i diversi contesti in cui l'obiettivo dev'essere perseguito: se le disuguaglianze socio-sanitarie vengono indicate nel primo punto, non meno importante è l'orientamento del sistema a farsi carico soprattutto dei sottogruppi di popolazione più 'deboli' come le donne, le persone anziane e i bambini, e quelli con particolari esigenze sanitarie come i tossicodipendenti, i malati terminali, i disabili e gli immigrati. Sempre in quest'ambito, viene anche esplicitato come obiettivo del sistema l'impegno per il miglioramento delle condizioni di salute nei paesi in via di sviluppo. Nel piano sanitario per il 2003-2005, che si inserisce in uno scenario politico e sociale modificato dove il ruolo dello stato in materia di sanità si è trasformato da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante, viene affermato come «la necessità di garantire ai cittadini un sistema sanitario equo divenga sempre più urgente per il

nostro paese». Non si individua, quindi, l'equità tra gli obiettivi del sistema sanitario, ma come fondamento di tutte le politiche sanitarie, ritenendo che finora il problema sia stato sottovalutato.

Nonostante l'equità sia un pilastro del nostro sistema sanitario fin dalla sua istituzione – così come lo è nella teoria della programmazione sanitaria – l'inequità non è stata superata e le diseguaglianze si mantengono ampie, sia da un punto di vista qualitativo e quantitativo nei servizi erogati nelle varie aree del paese, sia dal punto di vista dei risultati ottenuti che denunciano diversità evidenti, tanto territoriali che sociali, nella salute degli individui. Al di là dei documenti programmatici, la storia, anche culturale, del paese testimonia un progressivo affievolimento dell'interesse per il principio e gli obiettivi di equità già a partire dagli anni Settanta, quando è entrato in crisi il modello dello stato sociale e, parallelamente, l'obiettivo di ridurre le diseguaglianze attraverso politiche sociali universali ha lasciato il posto a quello di assicurare a tutti uno *standard* sufficiente (Muraro 1994).

Negli ultimi anni le diseguaglianze sociali sono diventate un tema importante nella sanità pubblica europea che, tuttavia, stenta ancora ad imporsi in alcuni paesi (Costa, Spadea 2004). In particolare, appare un tema rilevante nei documenti ufficiali di programmazione sanitaria, ma non sembra trovare riscontro né come oggetto di studi epidemiologici né nella trasformazione in un effettivo impegno della sanità pubblica per la riduzione delle diseguaglianze nella salute. La situazione risulta ancora più complessa poiché, nelle società odierne, le diseguaglianze sociali ed economiche, e quindi anche di salute, sembrano essere crescenti, sia a livello macro nel classico dualismo tra i paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo; sia a livello intermedio, tra i gruppi di nazioni e tra le regioni; sia a livello micro, tra comunità e tra individui (Perucci 2002).

In Italia, alla preoccupazione per l'ampiezza degli squilibri territoriali esistenti nella dotazione di risorse si aggiunge un diffuso timore che il decentramento e la devoluzione conduca a un aumento insostenibile delle diseguaglianze fra le regioni. Si avverte, in primo luogo, la preoccupazione per la diversa capacità delle regioni di finanziare i propri livelli di spesa (Brosio 2004). Il tema dell'equità torna, quindi, alla ribalta proprio a seguito delle recenti modifiche istituzionali e della crescente autonomia delle regioni: la popolazione è consapevole delle differenziazioni esistenti sul territorio nazionale nelle dotazioni e nella capacità di finanziamento del settore sanitario ed esprime una pressoché plebiscitaria voglia di equità. In una indagine condotta dal Censis nel 2000 il 93,6% degli intervistati ritiene che le regioni dovrebbero fornire tutte le stesse prestazioni sanitarie e il 75,8% è contrario ad una differenziazione regionale nei costi delle cure. Inoltre, il 52,6% valuta non positivamente l'impatto della regionalizzazione sulla qualità della sanità nella propria regione, percentuale che si differenzia, ovviamente, tra le regioni del nord e del centro-sud nelle quali il giudizio negativo diventa ancora più diffuso (CENSIS 2001). Un'ulteriore conferma degli squilibri territoriali e della consapevolezza della popolazione dei differenziali di qualità e quantità tra i servizi sanitari delle diverse regioni viene dai forti flussi di migrazione sanitaria che si stabiliscono in direzione delle regioni più servite: gli indici di attrazione per i ricoveri ospedalieri, che quantifica-

no la mobilità che proviene da fuori regione, sono persistentemente più elevati nelle regioni nel nord (ed in particolare a Bolzano, in Lombardia e Emilia Romagna), mentre sono bassissimi nelle regioni del sud (Osservasalute 2003; 2004).

5.1. Equità territoriale. Una delle principali preoccupazioni nella sanità, come in molti altri settori della organizzazione sociale ed economica del paese, è la mancanza di equità territoriale. È questo un problema antico che decenni di evoluzione, di sviluppo economico e di successive riforme sanitarie non hanno risolto. L'obiettivo di garantire a tutti i cittadini le stesse possibilità di preservare la propria salute e, eventualmente, recuperarla una volta compromessa, indipendentemente dal territorio in cui vivono, rimane un'aspirazione irrealizzata. La riorganizzazione del sistema sanitario italiano e la completa autonomia finanziaria e normativa delle regioni stabilita dalle recenti modifiche costituzionali impongono, oggi, ancora maggiore attenzione al monitoraggio delle differenze e delle disuguaglianze tra regioni (CEIS 2004).

La principale differenziazione che emerge e che, come già osservato, potrebbe enfatizzarsi con l'organizzazione sanitaria a cui si è pervenuti con le recenti riforme, è la diversa disponibilità di risorse delle regioni. Come si evince dalla tabella 1 (riportata nel paragrafo precedente), la spesa sanitaria pubblica pro-capite sostenuta dalle regioni non è uniforme e anche se le differenze appaiono ridursi, le diversità non sembrano correlate né ai differenziali di ricchezza delle regioni, né all'invecchiamento della popolazione.

Anche la composizione percentuale della spesa per tipologia di servizio presenta profonde differenze come conseguenza sia di diverse strategie sia di diverse disponibilità. Alla regione più ospedalizzata, il Lazio, che, a causa di un numero elevatissimo di strutture ospedaliere presenti sul territorio della capitale, nel 2000 presenta una percentuale di spesa per l'assistenza ospedaliera pari al 25%, si accompagnano regioni come la Valle d'Aosta e la Basilicata dove l'assistenza ospedaliera sembra giocare un ruolo molto limitato con una percentuale di spesa inferiore all'1%, a fronte di una spesa media nazionale pari all'11,8%. La diversa incidenza della medicina di base – essendo il numero di pazienti per ogni medico di medicina generale fissato per legge uguale per tutto il territorio – è, per contro, soprattutto il risultato del diverso ammontare globale di spesa: in Calabria si destina alla medicina di base quasi il 10% delle risorse, mentre nelle regioni del nord meno del 6%.

Un'altra differenziazione importante era emersa dall'analisi della composizione della spesa sanitaria in spesa pubblica, spesa in convenzione e spesa sostenuta direttamente dalle famiglie (riportata nella fig. 7). La spesa in convenzione appare minore nelle regioni del nord rispetto a quelle del sud, con un ruolo preminente nella regione Lazio dove l'incidenza della spesa in convenzione è massima. Sembra, quindi, accadere il contrario di quello che ci si aspetterebbe in un'ottica di razionalità economica: la sanità convenzionata non si sviluppa a causa di una maggiore disponibilità economica che spinge verso il settore privato, ma come conseguenza della non sufficienza del servizio pubblico.

Al contrario, la spesa sanitaria sostenuta direttamente dalle famiglie è più elevata nei contesti economici più ricchi. La differenziazione tra le regioni è notevole sia in valore assoluto sia in percentuale sul totale delle spese familiari (tab. 2). In gene-

rare, nelle regioni del nord le famiglie spendono per la sanità di più di quanto fanno quelle residenti al sud, analogamente a quanto avviene per la spesa sanitaria pubblica. Non si osserva, però, un legame diretto tra l'andamento della spesa sanitaria pubblica e quella delle famiglie; in Sardegna, ad esempio, la spesa sanitaria pubblica è superiore a quella media italiana, mentre decisamente inferiore è la spesa delle famiglie, sia se si considera quanto spendono in valore assoluto, sia se si considera la percentuale della spesa sanitaria sul totale delle loro spese; un altro caso particolare è il Lazio poiché in questa regione la spesa sanitaria pubblica è superiore a quella media italiana, mentre quelle delle famiglie è decisamente più bassa.

Un ulteriore indicatore di quanto la sanità sia differenziata territorialmente e di quanto sia lontana dall'equità, riportato anch'esso nella tabella 2, è la stima per regione della percentuale di famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie sostenute, calcolato nel Rapporto CEIS utilizzando una rivisitazione della metodologia proposta dal WHO. Anche in questo caso si evidenziano forti differenze regionali che non sono necessariamente correlate alle spese sostenute per la sanità in valore assoluto; questo perché l'indice di impoverimento dipende, oltre

Tab. 2. *Spesa delle famiglie per la sanità (valori assoluti e percentuali) e famiglie che si impoveriscono a causa delle spese sanitarie (metodologia WHO rivista)*

Regioni	Spesa delle famiglie per sanità				Impoor %
	Valore assoluto in lire		%		
		Numero indice (Italia =100)		Numero indice (Italia =100)	
Piemonte	159.825	96,0	3,56	90,3	1,53
Valle d'Aosta	246.739	148,2	5,39	136,5	
Lombardia	208.088	125,0	4,31	109,2	0,75
Trentino-Alto Adige	187.291	112,5	4,07	103,0	1,57
Veneto	232.414	139,6	4,77	120,9	0,78
Friuli-Venezia Giulia	176.241	105,8	4,34	109,8	0,74
Liguria	163.592	98,2	4,11	104,1	1,56
Emilia-Romagna	250.452	150,4	4,82	122,0	1,37
Toscana	168.866	101,4	4,02	101,8	1,12
Umbria	139.534	83,8	3,63	91,8	1,48
Marche	190.185	114,2	3,97	100,5	0,93
Lazio	122.121	73,3	3,04	77,1	1,07
Abruzzo	138.771	83,3	3,35	84,7	3,15
Molise	141.524	85,0	3,84	97,2	2,39
Campania	119.193	71,6	3,26	82,4	3,39
Puglia	125.248	75,2	3,57	90,4	3,27
Basilicata	105.506	63,4	3,16	80,1	2,48
Calabria	124.189	74,6	3,77	95,5	3,57
Sicilia	114.256	68,6	3,56	90,2	4,10
Sardegna	129.145	77,6	3,46	87,7	2,43
Italia	166.531	100,0	3,95	100,0	1,74

Fonte: dati ISTAT; Rapporto CEIS- sanità 2004.

che dalle politiche sanitarie regionali anche dalla condizione economica delle famiglie. L'impoverimento si concentra nel centro-sud, dove le famiglie hanno redditi inferiori; la regione dove una proporzione maggiore di famiglie si impoverisce a causa delle spese sanitarie sostenute è la Sicilia, subito seguita dalla Calabria, nonostante in entrambe le regioni la spesa sanitaria pubblica non sia più elevata della media nazionale (CEIS 2004).

Questo indicatore risulta molto importante per le considerazioni sull'equità, poiché il fatto che delle famiglie si impoveriscano in conseguenza delle spese sostenute per la salute è una chiara testimonianza di mancanza di equità nel sistema almeno da due punti di vista. Questo, infatti, come servizio nazionale pubblico dovrebbe essere in grado di assistere le famiglie in modo da garantire l'accesso alle cure mediche senza incidere negativamente sul loro livello di vita. In più, il fatto che l'impoverimento sia diverso tra le regioni e abbia una geografia non completamente sovrapposta con la quella della povertà, o della quasi-povertà, dimostra che specifici problemi di equità colpiscono alcune regioni più che altre.

Un'altra differenziazione della spesa sanitaria che merita di essere richiamata, soprattutto per le implicazioni che la devoluzione in materia sanitaria potrebbe avere sull'equità, è relativa al grado di copertura della spesa assicurata autonomamente dalle diverse regioni. Il dato relativo al 2000 evidenzia come le regioni del

Tab. 3. *Composizione del fabbisogno finanziario a livello regionale. Anno 2000*

Regioni	Totale	Fiscalità propria		FSN
		di cui IRAP	di cui addiz. IRPEF	
Piemonte	61	56	5	34
Valle d'Aosta	71	65	6	20
Lombardia	81	75	6	18
Bolzano	82	76	6	15
Trento	71	66	5	24
Veneto	66	61	5	32
Friuli V.G.	63	58	5	34
Liguria	45	41	4	54
Emilia Romagna	67	61	6	33
Toscana	55	50	5	43
Umbria	43	39	4	56
Marche	51	47	4	44
Lazio	66	62	4	30
Abruzzo	38	35	3	58
Molise	30	28	2	62
Campania	28	26	2	65
Puglia	29	26	3	67
Basilicata	30	28	2	58
Calabria	24	22	2	66
Sicilia	28	26	2	65
Sardegna	35	32	3	60

Fonte: Solipaca 2004.

sud contribuiscano al finanziamento solo in minima parte con risorse proprie: si va da un minimo del 24% (Calabria) ad un massimo del 38% (Abruzzo), mentre al centro-nord la copertura varia tra il 43% (Umbria) e l'81% (Lombardia) (tab. 3). Uno sviluppo economico non uniforme su tutto il territorio potrebbe, quindi, causare il venir meno del principio di pari opportunità tra le regioni più ricche e quelle più povere rispetto alle cure sanitarie. Non è, infatti, detto, anzi allo stato attuale sembra del tutto improbabile, che le regioni meno ricche riescano ad avere una crescita del PIL in grado di sostenere la copertura del fabbisogno di spesa sanitaria (Solipaca 2004). La differenziazione che si osserva tra le regioni italiane per quanto riguarda la spesa sanitaria, potrebbe, quindi, accentuarsi nel prossimo futuro quando il Fondo sanitario nazionale, così come previsto dalla legge, sarà estinto.

Profonde differenze tra regioni si osservano non solo nella spesa sanitaria e nella sua composizione, ma anche nell'offerta dei servizi sanitari. A fronte di un'omogeneità del numero di medici di base, nel 2000 pari a circa 8,2 ogni 10.000 abitanti (con la sola eccezione del Trentino Alto Adige); il numero di pediatri presenta una variabilità, tra i 7 e i 10,8 pediatri ogni 10.000 abitanti con meno di 14 anni, con la singolare caratteristica di essere più elevato proprio in alcune delle regioni più invecchiate come la Liguria (10,2), l'Emilia Romagna (10,4) e l'Abruzzo (10,8). Gli ambulatori, così come la percentuale di quelli pubblici, si distribuiscono con grande variabilità sul territorio italiano a conferma della già notata differenziazione delle strategie di offerta dei diversi sistemi sanitari regionali. Analoghe considerazioni si possono trarre dalla presenza di guardia medica, tipo di supporto sanitario che nelle città è ben poco conosciuto e utilizzato e che rimane diffuso solo in alcune regioni del sud, in particolare in Molise e in Basilicata. Il personale del sistema sanitario nazionale rispecchia, invece, la distribuzione della spesa sanitaria pubblica con cui presenta un indice di correlazione molto alto (pari a 0,78), essendone, del resto, la maggiore determinante (ISTAT 2000).

Tra le regioni italiane si osserva anche un'elevata variabilità organizzativa: si riscontrano, infatti, forti divergenze sia nell'ammontare di popolazione sia nella superficie territoriale di ogni ASL, così come molto variabile appare il numero di presidi ospedalieri, il numero di aziende ospedaliere e conseguentemente il numero di posti letto, di loro disponibilità (Osservasalute 2004).

All'interno del permanente squilibrio tra centro-nord e mezzogiorno e della differenziazione tra regioni, altre diseguaglianze territoriali colpiscono la popolazione italiana: un relativo svantaggio penalizza le popolazioni che vivono nelle zone rurali rispetto a quelle residenti zone urbane; quelle che abitano in periferia rispetto a quelle che abitano nei centri urbani (Ministero della Salute 2003). Tutte queste differenze alterano profondamente il principio di equità e alimentano importanti flussi di migrazione sanitaria tra zona e zona, spesso tra regione e regione, aumentando ulteriormente il rischio di un non equo trattamento sanitario. Da un lato, la libertà di scelta del luogo di cura, garantita al cittadino italiano e principio fondamentale del nostro sistema sanitario, permette agli individui di fruire dei servizi sanitari che loro stessi ritengono più congeniali e di maggiore qualità, indipendentemente dal luogo dove sono ubicati e dalla propria residenza. Dall'altro, non ugualmente per

tutti gli individui è possibile spostarsi per fruire di un determinato servizio: le caratteristiche demografiche ed economiche degli individui influiscono notevolmente sulla loro mobilità, soprattutto in caso di necessità di ricovero. L'ipotetica equità garantita dalla libera scelta si trasforma così in motivo di discriminazione nell'accesso alle cure poiché una migliore condizione economica e socio-culturale mette l'individuo in grado di compiere la scelta migliore e il vivere in una grande città piuttosto che nelle ASL delle province minori amplifica la possibilità di godere di molteplici servizi quali quelli offerti dalle grandi aziende ospedaliere o universitarie o dagli IRCCS (Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico).

Esiste, quindi, una notevole differenziazione nell'offerta sanitaria, tanto da un punto di vista quantitativo che qualitativo, tra le regioni italiane e tra le diverse aree del paese. Una eterogeneità che diviene iniquità qualora sia tale da produrre, o almeno non compensare, una differenziazione della condizione di salute degli individui in relazione al territorio di residenza.

La geografia della mortalità in Italia è ben nota, essendo stata oggetto di numerosi studi (Caselli, Egidi 1981; Caselli 2002; Osservasalute 2004; Ministero della Salute 2003b). È stato documentato come la speranza di vita sia aumentata notevolmente nell'ultimo dopoguerra facendo sì che oggi l'Italia sia tra i paesi più longevi al mondo. L'evoluzione è stata, in realtà, notevolmente diversificata territorialmente ed ha portato ad una netta riduzione delle differenze regionali. Se da un lato questo può essere letto come l'effetto positivo di strategie sanitarie orientate a rimuovere le diseguaglianze, non va dimenticato che nella fase attuale della transizione sanitaria e a fronte di livelli di mortalità già molto bassi, l'azione dell'effetto soglia determinato dall'approssimarsi dei limiti biologici della vita umana può produrre questo risultato anche come conseguenza di un fisiologico rallentamento dei ritmi di diminuzione della mortalità delle popolazioni più favorite anche in assenza di un reale superamento delle condizioni di diseguaglianza. In effetti, prendendo in considerazione altri indicatori, le diseguaglianze sembrano tutt'altro che superate. Significative differenze territoriali emergono, ad esempio, in relazione alla salute percepita e alla disabilità, rilevate entrambe dall'indagine multiscopo dell'ISTAT (2001). La speranza di vita in buona salute e quella libera da disabilità, mostrano, soprattutto per le donne, un netto svantaggio delle regioni meridionali rispetto alle altre. Altre importanti diseguaglianze emergono in relazione alla mortalità evitabile (Prometeo 2001), ovvero alla quota di mortalità attribuibile a cause che si sarebbero potute evitare grazie a una maggiore prevenzione primaria o secondaria o a una migliore assistenza sanitaria. Un indicatore che meglio di altri mette in luce le carenze del sistema sanitario e il loro impatto negativo sui rischi di morte.

Come per ogni fenomeno complesso, la valutazione delle caratteristiche e della qualità dell'assistenza sanitaria e delle loro relazioni con le condizioni di salute della popolazione comporta la necessità di una lettura congiunta di diversi indicatori, ciascuno dei quali apporta informazioni su un particolare aspetto del fenomeno, senza tuttavia esaurirne le molteplici sfaccettature. Per avere un'idea complessiva delle differenze che caratterizzano tanto la sanità che la salute in Italia è bene, quindi, non limitarsi ad esaminare un solo indicatore alla volta, ma fornire una visione d'insie-

Tab. 4. *Indicatori demografici. Anno 2000*

REGIONI	Mortalità infantile x1000	Speranza di vita		Speranza di vita a 65 anni		Speranza di vita a 65 anni libera da disabilità		Mortalità evitabile (tutte le cause)		Valutazione positiva** stato di salute
		maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	maschi	femmine	
Piemonte	4,8	75,6	81,8	15,9	20,1	13,7	15,3	181,1	75,9	58,4
Valle d'Aosta	2,7	75,6	81,8	15,9	20,1	13,2	16,1	220,1	84,5	62,3
Lombardia	3,7	75,6	82,4	15,8	20,3	13,6	16,2	186,1	72,3	63,3
Trentino-Alto Adige	4,6	76,2	83,2	16,5	21,1	14,3*	17,0*	183,9	65,6	71,7
Veneto	3,9	76,0	82,9	16,1	20,8	14,0	16,5	199,6	67,7	60,5
Friuli-Venezia Giulia	1,8	75,4	82,3	15,8	20,5	13,8	16,4	185,5	67,5	58,5
Liguria	3,5	75,9	82,2	16,3	20,4	14,3	16,4	194,0	81,0	57,1
Emilia-Romagna	4,0	76,6	82,7	16,7	20,9	14,5	16,2	149,8	63,1	56,7
Toscana	4,0	76,9	82,6	16,6	20,6	14,2	15,4	168,4	71,5	54,9
Umbria	5,3	76,9	82,8	16,9	20,7	14,6	15,4	147,6	62,2	55,1
Marche	5,4	77,3	83,2	17,2	21,2	14,3	15,8	152,0	67,3	55,9
Lazio	4,7	75,7	82,0	15,8	20,0	13,6	16,0	144,6	59,2	62,7
Abruzzo	5,3	76,7	82,6	16,7	20,6	13,5	15,5	160,0	71,9	59,1
Molise	4,0	76,7	82,6	16,7	20,6	14,7	14,6	149,0	58,6	59,0
Campania	5,7	74,7	80,8	15,3	19,0	12,8	13,8	165,7	70,3	68,3
Puglia	6,4	76,6	82,0	16,5	20,1	13,3	13,9	189,1	79,5	67,5
Basilicata	8,4	76,9	81,7	17,1	20,2	13,7	14,0	157,1	65,4	59,7
Calabria	5,7	76,6	81,9	16,9	20,1	13,6	13,1	164,8	62,9	54,5
Sicilia	7,2	75,8	80,9	16,0	19,1	12,7	12,1	154,0	64,7	62,8
Sardegna	4,6	75,8	82,2	16,6	20,2	13,1	14,4	162,1	72,9	58,6
ITALIA	4,9	76,0	82,1	16,2	20,2	13,7	15,2	193,4	65,1	61,4

** Valutazione buona o molto buona del proprio stato di salute.

Fonte: ISTAT, HFA- Italia.

me mediante strumenti di analisi statistica ampiamente utilizzati a questo scopo. All'insieme degli indicatori raccolti¹ e opportunamente selezionati per evitare ridondanza informativa è stata applicata un'analisi in componenti principali (ACP), che permette la riduzione delle informazioni fornite da una matrice di variabili in componenti che sintetizzano la matrice originale. Il grafico, risultato dell'ACP, rappresenta le relazioni tra le variabili originali e le nuove componenti identificate dagli assi; esso fornisce, quindi, un'immagine sintetica delle differenze tra regioni considerando simultaneamente diverse variabili che descrivono le caratteristiche essenziali dei sistemi sanitari, le risorse a disposizione, il diverso mix pubblico-privato adottato. Sul piano fattoriale costruito sulla base di queste variabili, sono state poi proiettate, in rosso, quelle, utilizzate come illustrative che descrivono la condizione di salute e le principali caratteristiche demografiche della popolazione. Le prime rappresentano quelli che dovrebbero essere gli effetti delle diverse strategie dei sistemi sanitari regionali, ovvero gli *outcome* dei sistemi, mentre la seconda tipologia di variabili considerate dovrebbero essere delle *proxy* dei potenziali bisogni della popolazione e, quindi, rappresentare degli indicatori della domanda di sanità che dovrebbe essere presa in considerazione per disegnare strategie sanitarie *evidence-based*. L'analisi congiunta di questi indicatori conduce ad un quadro notevolmente complesso, anche se necessariamente rappresenta una semplificazione della realtà, per la cui interpretazione è utile fare riferimento a una rappresentazione grafica che sintetizza i risultati principali.

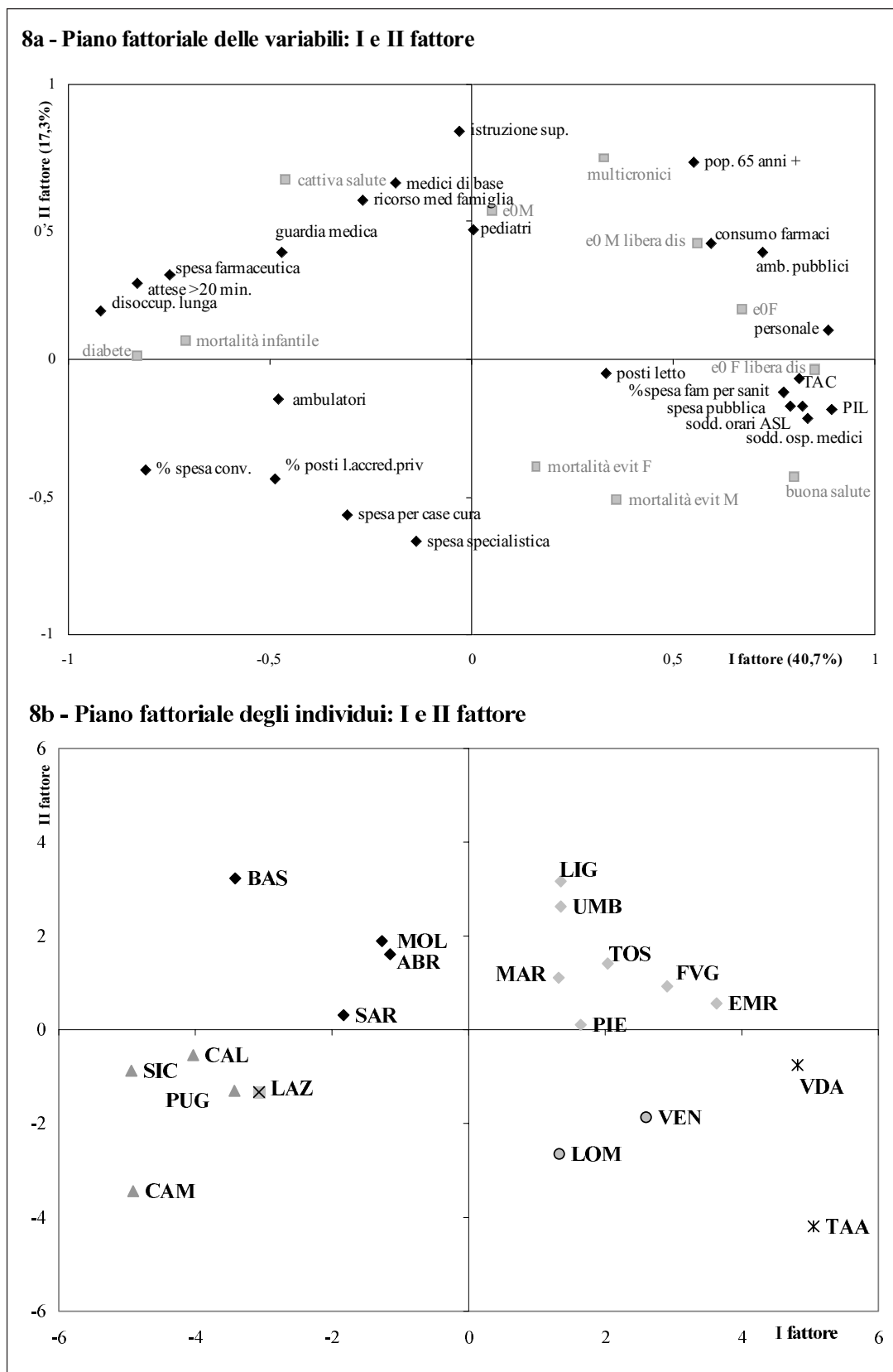
Il primo asse fattoriale, in orizzontale, contrappone variabili che indicano maggiore ricchezza, alta spesa sanitaria pubblica e privata, strutture ospedaliere attrezzate e alti livelli di soddisfazione dei cittadini, a variabili che indicano malessere eco-

nomico e sociale, problemi di organizzazione sanitaria e alta spesa farmaceutica. È, quindi, un asse che esprime il benessere-malessere economico e sociale e, al tempo stesso, le risorse a disposizione del sistema sanitario. Si può osservare come le variabili che rappresentano la salute si orientino in modo netto lungo questo asse: quelle positive accanto agli indicatori di benessere e quelle negative all'estremo opposto. Il secondo asse, sostanzialmente contrappone variabili che rappresentano il tipo di organizzazione sanitaria, in alto gli indicatori che descrivono strutture sanitarie nelle quali è più alta la quota di servizi pubblici gestiti direttamente e in basso gli indicatori relativi ai servizi gestiti in regime di convenzione (fig. 8a).

La proiezione sul piano delle regioni e la loro successiva aggregazione in *cluster*², sintetizza molto bene i differenziali regionali e fa emergere alcuni gruppi significativi. Nel primo quadrante si colloca un gruppo di regioni del nord e del centro dove la ricchezza e gli investimenti in salute sono maggiori e il sistema sanitario risulta caratterizzato da una maggiore incidenza del settore pubblico gestito direttamente, anche se ogni regione si differenzia presentando delle proprie caratteristiche evidenziate dalla diversa posizione sul piano. Mentre l'Emilia-Romagna, ad esempio, appare più caratterizzata sull'asse del benessere e degli investimenti in salute, la Liguria è la regione che presenta una maggiore incidenza del servizio pubblico (un elevato numero di pediatri e medici di famiglia, bassa percentuale di posti letto accreditati e privati, e un maggior invecchiamento). Nel quarto quadrante, la parte inferiore a destra del piano fattoriale, invece, si collocano le regioni, che risultano caratterizzate da una analoga situazione rispetto alle variabili del primo asse, ma che evidenziano una più forte incidenza della spesa pubblica in convenzione. La Lombardia e il Veneto si presentano con caratteristiche tra loro simili: meno caratterizzate dall'asse del benessere e più caratterizzate dalla particolare organizzazione sanitaria. Un gruppo distinto è, invece, formato dal Trentino Alto Adige e dalla Valle d'Aosta che si uniscono in un gruppo che non ha caratterizzazioni particolari rispetto alla seconda dimensione, più attratte dalla dimensione 'benessere'. Infine, a sinistra, si raccolgono tutte le regioni meridionali e le isole, a cui si aggiunge il Lazio, distinte in due *cluster*: il primo, nel secondo quadrante, comprende le regioni dove maggiore è l'incidenza della spesa pubblica gestita direttamente e maggiore è la presenza delle strutture sanitarie di primo livello, e dove è anche più elevato il numero di persone che giudicano il loro stato di salute cattivo; il secondo raggruppamento si trova nel quadrante in basso, il terzo, e mostra una situazione ancora più svantaggiata: alla posizione negativa rispetto al primo asse, ed essendo, quindi, caratterizzate da malessere economico, sociale e sanitario, si associa una bassa disponibilità di servizi pubblici e una maggiore diffusione di servizi convenzionati. È interessante notare che il Lazio si presenta come una regione particolare che non mostra affinità significative con nessuna altra regione, nonostante la prossimità sul primo piano fattoriale con le regioni del sud (fig. 8b).

L'analisi svolta fin qui dimostra la presenza di importanti differenziali rispetto sia all'offerta e all'organizzazione dei servizi sanitari, sia alla condizione di salute della popolazione. Le disuguaglianze tra regioni sono ancora forti e, nonostante i continui riferimenti al principio dell'equità delle politiche sanitarie, l'obiettivo dell'equità territoriale sembra ancora molto lontano.

Fig. 8. Risultati dell'analisi in componenti principali



5.2. *Equità sociale.* Si può facilmente ipotizzare che a fare le spese delle differenze territoriali emerse nel paragrafo precedente siano principalmente i meno abbienti, i quali, d'altra parte, sono penalizzati da condizioni di salute peggiore, anche per ragioni non legate alle strategie di politica sanitaria. Le differenze di salute non dipendono, infatti, solo dalle diverse risorse a disposizione del sistema sanitario, dalla sua diversa organizzazione o dalla mancanza di equità nell'accesso alle cure mediche di alta qualità. Esse sono anche il risultato di diversi stili di vita e di diverse condizioni di contesto e ambientali che giocano tanto a livello individuale che di gruppo (Acheson 1998). Parte delle differenze tra le regioni potrebbero, quindi, essere spiegate dalle diverse caratteristiche individuali e dalla diversa presenza dei gruppi economici e sociali più svantaggiati.

Negli ultimi anni, il tema delle diseguaglianze di salute è divenuto molto importante, anche a livello internazionale, e numerose ricerche si sono concentrate sui problemi legati alla loro corretta misurazione e alla ricerca delle cause (Mackenbach *et al.* 2003). Le ipotesi esplicative sono, in realtà, molte e numerosi sono i fattori di volta in volta indicati come potenziali determinanti della salute: dai fattori legati alla biologia dell'individuo (età, sesso, patrimonio genetico, ecc.); agli stili di vita (alimentazione, tabagismo, attività fisica, ecc.); alle relazioni sociali, affettive e alla rete di rapporti che l'individuo instaura a livello familiare, amicale, ecc.; all'insieme delle condizioni di vita e di lavoro che riguardano un'ampia gamma di elementi che vanno dall'istruzione all'abitazione, dal lavoro all'ambiente, ai servizi sanitari, ecc.; fino al livello macro che riguarda il contesto socio-politico-economico del paese e, nel caso italiano, della regione (Maciocco 2002). Numerosi autori sono d'accordo nel sostenere che questi fattori si influenzano tra loro e sono, a loro volta, influenzati dalle condizioni di salute degli individui, ma il dibattito sulle determinanti e sul loro ruolo è ancora aperto e tuttora fervente.

In generale, gli studi condotti tanto in ambito nazionale che internazionale, concordano nel riconoscere che le persone con basso livello socio-economico si ammalano di più e muoiono prima e che questo fenomeno non si osserva solo nelle fasce più svantaggiate della popolazione bensì ad ogni livello della scala sociale, interessando tutte le dimensioni della struttura demografica e sociale (istruzione, tipo di abitazione, famiglia, lavoro) (Cardano 1999).

In Italia, gli studi sui differenziali sociali hanno riguardato prevalentemente la mortalità e hanno evidenziato il ruolo importante dell'istruzione e della condizione professionale (Cadum *et al.* 1999; ISTAT 1990; Cardano *et al.* 1999). Numerosi sono anche gli studi che si sono concentrati sull'incidenza di specifiche patologie, come, ad esempio, i tumori (La Vecchia *et al.* 1992; Faggiano 1995; Demaria 2003). Meno indagate, invece, pur con qualche pregevole eccezione (Costa *et al.* 2003) le relazioni tra caratteristiche individuali e salute.

Un'analisi delle differenze di salute della popolazione italiana oltre i 50 anni di età, condotta sui risultati dell'indagine sulla salute 1999/2000, permette di fare il punto della situazione. L'applicazione di modelli di regressione logistica consente di analizzare diverse dimensioni della non buona condizione di salute e, in particolare la disabilità, la multicronicità (individuata dalla presenza di almeno due malattie

croniche di cui una grave³) e la cattiva salute percepita, in relazione ad alcune possibili determinanti quali, ad esempio, le caratteristiche demografiche degli individui (genere ed età), alcune caratteristiche socio-economiche (istruzione, stato civile, classe socio-professionale) e la zona geografica di residenza (tab. 5). Per tutte le dimensioni della non buona condizione di salute emerge il ruolo giocato dall'età, più forte per le condizioni di salute oggettiva (prendendo come riferimento il rischio tra i 50 e i 64 anni, il rischio di disabilità oltre i 75 anni di età è pari a otto volte e il rischio di multicronicità a 3,5 volte), meno forte per la condizione percepita (solo del 49% più elevato). Anche il genere, a parità delle altre condizioni, esercita un'influenza, in questo caso però lo svantaggio femminile è più forte per le condizioni legate alla percezione (34% più elevato) e meno forte per quelle oggettive (circa del 20% più elevato). Lo stato civile svolge un ruolo diverso per le tre dimensioni considerate: se la multicronicità non sembra esserne influenzata, per la disabilità è soprattutto la condizione di celibe a rappresentare uno svantaggio (a parità di altre condizioni, raddoppia il rischio di disabilità rispetto alla condizione di coniugato) seguita dalla condizione di vedovo (+53%) che, al contrario, si associa con una migliore percezione (il rischio di dichiararsi in cattiva salute è del 23% più basso rispetto a quello dei coniugati). I risultati del modello mostrano, inoltre, a parità delle altre condizioni demografiche e di contesto, la forte differenziazione esistente tra le persone con basso livello di istruzione rispetto ai più istruiti: avere la licenza elementare aumenta del 70% il rischio di essere disabili, dell'89% quello di sentirsi in cattiva salute e raddoppia il rischio di multicronicità. Non avere alcun livello di istruzione triplica il rischio di malattia e di disabilità. Una volta controllato il livello di istruzione, la classe socio-professionale non determina significative differenze, salvo per coloro che non lavorano e non hanno mai lavorato che presentano un rischio maggiore di circa il 50% rispetto a quello della borghesia, la classe socio-professionale più favorita per tutte le dimensioni della salute⁴. È interessante rilevare che la dimensione soggettiva della salute, quella che si basa sulla percezione degli individui, conferma queste differenze anche dopo aver controllato le dimensioni 'più oggettive': le persone con più basso livello di istruzione, coloro che appartengono alle classi socio-professionali più basse, e i residenti al sud manifestano un ulteriore svantaggio in termini di salute percepita. Dal punto di vista territoriale, infine, anche dopo aver eliminato l'effetto sulle diseguaglianze delle determinanti individuali, permangono significative differenze tra il nord e il centro più favoriti e il sud e, soprattutto, le isole in netto svantaggio, confermando, anche per queste dimensioni della salute, quanto emerso in altri studi, ovvero l'esistenza di un fattore di diseguaglianza non spiegabile sulla base delle caratteristiche individuali e da ricollegare, piuttosto, alle condizioni ambientali e di contesto (Costa *et al.*, 2003).

6. Rischi e opportunità per il futuro. La vita degli italiani continua ad allungarsi, migliora la condizione di salute, la malattia e la disabilità tendono a concentrarsi negli ultimi anni della vita. Per il futuro, il positivo legame tra buona salute e livello di istruzione suggerisce un ulteriore miglioramento quando arriveranno in età

Tab. 5. *Modello di regressione logistica su tre dimensioni della salute*

	Disabilità	Almeno 2 malattie croniche di cui almeno una grave	Cattiva salute
Età			
50-64	1	1	1
65-74	2,14 **	1,81 **	1,37 **
75+	8,31 **	3,51 **	1,49 **
Sesso			
M	1	1	1
F	1,19 **	1,20 **	1,34 **
Stato civile			
Celibe	2,17 **	1,14	0,99
Coniugato	1	1	1
Vedovo	1,53 **	0,99	0,77 **
Separato/divorziato	1,34 *	1,15 *	1,08
> = 2 croniche e > = 1grave	3,45 **		3,48 **
Disabilità			8,14 **
Ripartizione territoriale			
Centro	1	1	1
Nord-ovest	0,99	0,68 **	0,63 **
Nord-est	0,86 *	0,70 **	0,67 **
Meridione	1,31 **	1,01	0,93
Isole	1,68 **	1,33 **	1,23 **
Istruzione			
Universitaria	1	1	1
Secondaria superiore	1,09	1,14	1,18
secondaria inferiore	1,19	1,39 *	1,45 *
Elementare	1,71 **	2,05 **	1,89 **
nessun titolo	2,79 **	3,01 **	2,27 **
Classe socio-professionale			
Borghesia	1	1	1
media impiegatizia	1,25	1,16	1,11
piccola borghesia urbana e rurale	1,25	1,14	1,07
operaia urbana e rurale	1,15 *	1,32	1,30 *
non lavora	1,57 **	1,44 **	1,33 *

** molto significativo ($p < 0,01$); * significativo ($p < 0,05$)

Nota: Borghesia: imprenditori, liberi professionisti, direttivi-quadri, dirigenti; classe media impiegatizia: impiegato; piccola borghesia urbana e rurale: lavoratori in proprio, soci di cooperative, coadiuvanti; classe operaia urbana e rurale: operaio, altro lavoratore dipendente, apprendista, lavoratore a domicilio; non lavora: in cerca di prima occupazione, in servizio di leva o civile sostitutivo, casalinga, studente, inabile (Cobalti, Schizzerotto 1997).

anziana le generazioni più istruite del dopoguerra. Sulla base di questa evoluzione è possibile che, nonostante l'invecchiamento demografico, l'incidenza della spesa della sanità sulle risorse disponibili possa rimanere costante, se non ridursi (Baldacci, Lugaresi, Raffaelli 1997). Altre forze, di natura sia economica sia sociale

e demografica, si contrappongono però al contenimento della spesa sanitaria: da un lato la pressione dell'offerta e dell'innovazione tecnologica, che si fanno sempre più agguerrite proponendo soluzioni nuove e alimentando una domanda crescente, soprattutto nelle zone d'Italia dove maggiore è la ricchezza e la capacità di spesa delle famiglie (Atella, Bernardi, Rossi 2003a); dall'altro, l'invecchiamento della popolazione e le crescenti aspettative degli individui che portano il concetto di salute a divenire sempre più simile a quello, illimitato, di benessere.

A fronte di queste dinamiche, non è difficile prevedere che i problemi che la sanità italiana si troverà ad affrontare, e che si cumuleranno ai tanti e irrisolti problemi ereditati dall'evoluzione passata, saranno numerosi e complessi.

In primo luogo, e sempre che l'obiettivo dell'equità territoriale sia ancora un obiettivo del sistema, si tratterà di governare efficacemente la diversità dei sistemi regionali. Almeno nel breve e medio periodo questa sembra destinata ad aumentare, creando nuove disuguaglianze e rafforzando quelle già esistenti: la sfida è quella di trasformare la spinta innovatrice che potrebbe essere generata dal nuovo assetto da un potenziale rischio di iniquità in uno stimolo per la ricerca di nuove e più efficienti soluzioni, con maggiore soddisfazione dei cittadini-utenti e migliore efficacia del sistema.

In secondo luogo, per migliorare realmente la condizione di salute della popolazione e, al tempo stesso, contenere i costi del sistema, sarà sempre più necessario adottare un'ottica globale e integrata ai problemi di salute, sviluppando maggiormente, da un lato, quelle azioni di educazione sanitaria, e prevenzione primaria e secondaria che consentono di agire sull'incidenza delle malattie e dall'altro, quegli interventi di riabilitazione e assistenza che consentirebbero di far fronte alle esigenze degli anziani alleggerendo il compito delle famiglie. In ogni caso si tratta di integrare meglio gli interventi sociali a quelli sanitari e la sfida è, quindi, quella di migliorare il funzionamento dei distretti territoriali che potrebbero ridurre la pressione nei confronti delle strutture di più alto livello di tutti quegli interventi di natura prevalentemente assistenziale, la cui esigenza è destinata ad aumentare anche come conseguenza dell'invecchiamento demografico.

Si tratterà, inoltre, di governare i costi, che lasciati alla loro spontanea evoluzione non potranno che essere crescenti per i due ordini di ragioni già citati. Tutte le valutazioni effettuate, anche in sede internazionale, indicano il progresso tecnologico come il primo fattore della crescita dei costi sanitari (Moïse, Jacobzone 2002). Ovviamente, non si può che auspicare che il progresso continui e consenta un sempre maggiore controllo dei processi di malattia. Sarà necessario, comunque, verificare che non si producano eccessi che sono nocivi tanto da un punto di vista economico che da un punto di vista etico. Anche l'invecchiamento demografico, determinato dalla crescente sopravvivenza e dall'allungamento della vita proprio nelle età anziane, e le cresciute aspettative degli individui spingono per un aumento delle spese sanitarie.

Al momento, sembra verificarsi in Italia una congiuntura relativamente favorevole che andrebbe utilizzata per pianificare soluzioni prima che il problema diventi un'emergenza. Nonostante il notevole e crescente invecchiamento demografico,

infatti, alcuni indicatori di morbosità si mantengono stabili o aumentano lievemente, e l'Italia si trova ancora in posizione di relativo vantaggio rispetto agli altri paesi europei. Dal 1994 al 1999/2000, anni nei quali si è tenuta l'indagine dell'ISTAT sulla condizione di salute e sul ricorso ai servizi sanitari, la speranza di vita libera da disabilità è aumentata con lo stesso ritmo della speranza di vita complessiva e, a 15 anni, incide per circa il 95% della durata media della vita degli uomini e per il 92% di quella delle donne. Questo non significa, ovviamente, che la pressione sul sistema della domanda sanitaria generata dalle persone con disabilità sia rimasta costante: il numero medio di anni vissuti con disabilità è, in effetti, aumentato per gli uomini da 2,9 a 3,3 anni e per le donne da 5,6 a 5,9 anni, ma l'aumento è stato piuttosto contenuto e non in grado di produrre significativi squilibri.

Anche il confronto con gli altri paesi induce a un moderato ottimismo: nonostante la più lunga durata media della vita, l'Italia si trova infatti in posizione di assoluto vantaggio, tanto per gli uomini che per le donne che vantano un numero medio di anni vissuti senza disabilità nettamente più alta (in termini assoluti e relativi) della media (Robine *et al.* 1998).

Altri indicatori, e soprattutto quelli basati sulla percezione che gli individui hanno della propria salute, lanciano tuttavia segnali preoccupanti che non debbono essere sottovalutati. Si conosce il legame tra la salute percepita e la domanda sanitaria e, al tempo stesso, i legami che la percezione intrattiene con altri aspetti del malessere, anche non legati alla condizione di salute.

La speranza di vita in buona salute, misurata come numero medio di anni vissuti in condizioni di salute percepite come buone o molto buone, sta diminuendo in modo generalizzato tanto in termini assoluti che relativi (tab. 7) e questo determina una pressione impropria sul settore sanitario creando una domanda che necessita di risposte ben più articolate. Anche in questo caso, il nuovo accento posto sull'integrazione

Tab. 6. *Speranza di vita senza disabilità e speranza di vita a 15 anni. Anni 1994 e 1999/2000*

	1994		1999/2000	
	M	F	M	F
Speranza di vita libera da disabilità a 15 anni	57,3	61,1	58,8	62,3
Speranza di vita a 15 anni	60,2	66,7	62,1	68,0
%	95,2	91,6	94,7	91,6

Fonte: ISTAT, HFA.

Tab. 7. *Speranza di vita in buona salute e speranza di vita alla nascita. Anni 1994 e 1999/2000*

	1994		1999/2000	
	M	F	M	F
Speranza di vita in buona salute a 0 anni	50,2	50,0	47,5	46,6
Speranza di vita a 0 anni	74,1	80,6	76,5	82,5
%	67,7	62,0	62,1	56,5

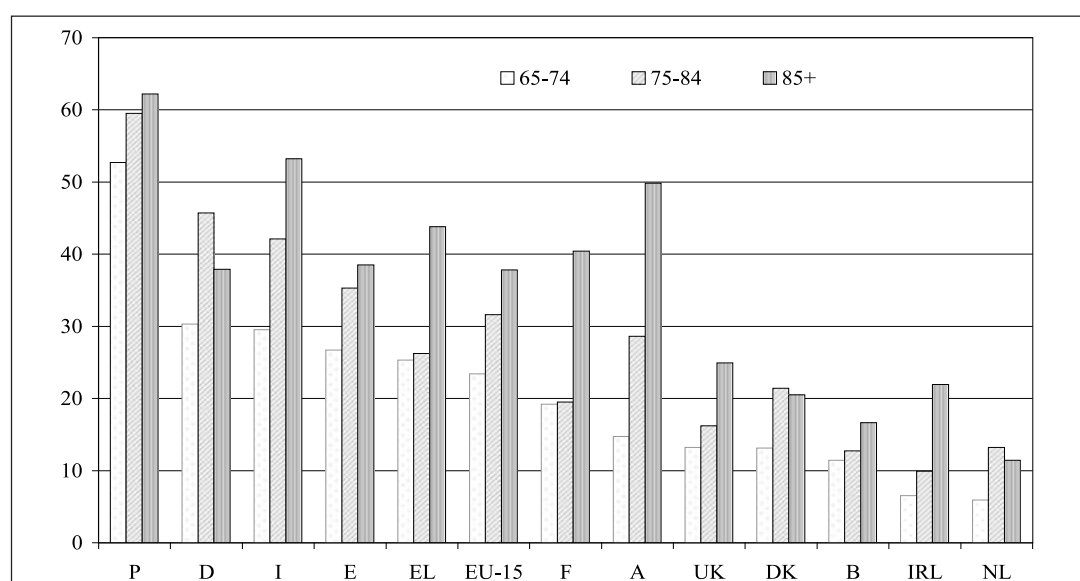
Fonte: ISTAT, HFA.

socio-sanitaria e sul ruolo delle strutture territoriali può essere la risposta adeguata se riuscirà effettivamente a dispiegare le risorse necessarie.

Anche il confronto con gli altri paesi europei sottolinea la centralità di questo problema. Nella figura 9 è rappresentata la proporzione di anziani che hanno dichiarato di sentirsi male o molto male distintamente per tre classi di età. Gli italiani, e soprattutto gli italiani molto anziani di età superiore agli 85 anni, sono secondi solo al Portogallo per quota di persone che percepiscono la propria salute come cattiva o molto cattiva e sono al terzo posto, dopo il Portogallo e la Germania, considerando il complesso degli anziani oltre i 65 anni di età.

I problemi che si pongono per il governo del nuovo sistema sanitario distribuito e, al tempo stesso, per il miglioramento delle condizioni di salute della popolazione sono quindi numerosi e complessi, ma alcuni segnali sembrano indicare la possibilità di ottenere positivi risultati, soprattutto se si riuscirà ad agire in fretta e con la necessaria determinazione. Ma per rendere raggiungibile questo obiettivo, alcune condizioni dovrebbero essere aggiunte alle molte emerse durante l'analisi. La prima è quella di superare la logica di prodotto che ha caratterizzato negli ultimi vent'anni la sanità italiana per passare, con sempre maggiore decisione, ad un'ottica di risultato per disegnare ed attuare una politica sanitaria basata sulle reali necessità della popolazione. Si tratta in sostanza di affiancare alla ricerca di una sempre maggiore efficienza nella produzione dei servizi sanitari, la ricerca della efficacia degli interventi, riportando il sistema a riappropriarsi del suo primario obiettivo che è la tutela della salute della popolazione. La seconda condizione, conseguenza diretta della prima e generalizzabile al complesso delle decisioni politiche, è che si consolidi e si sviluppi una politica sanitaria basata sull'evidenza empirica, sul monitoraggio delle decisioni e sulla valutazione. Ma per far questo sarà necessario

Fig. 9. Salute percepita come cattiva e molto cattiva per classi di età. Anno 1998. Valori percentuali



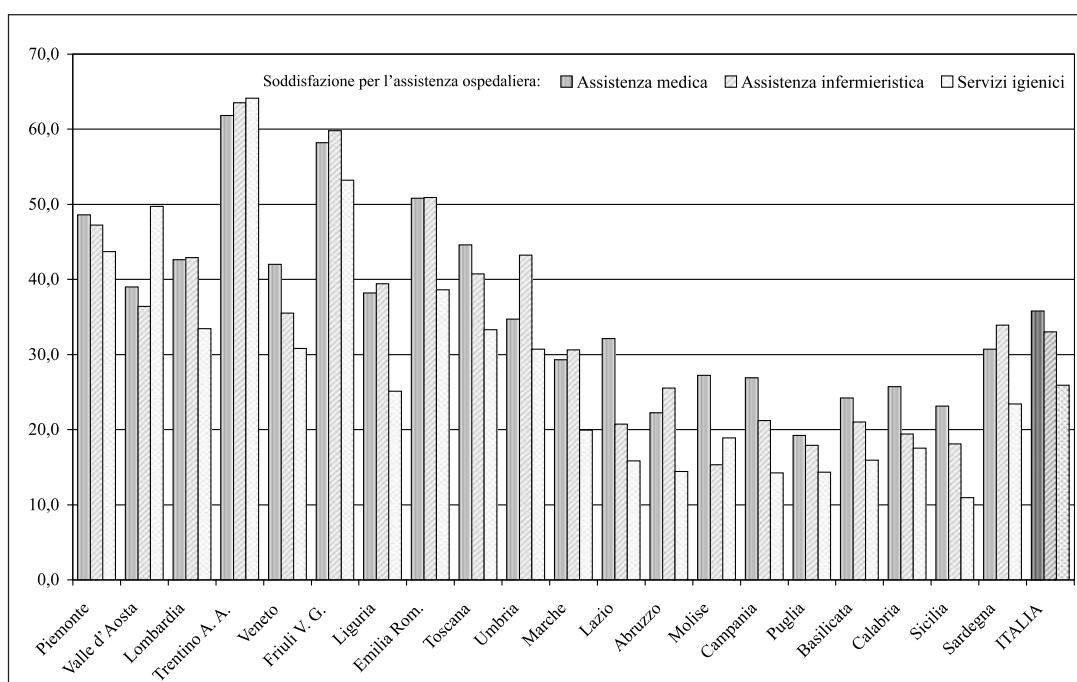
Fonte: Eco-Salute OECD 2004, 1ª edizione.

valorizzare e sviluppare l'informazione statistica, per cogliere meglio e con maggiore tempestività i bisogni della popolazione e la *performance* del sistema. Soprattutto a livello internazionale, c'è una crescente attenzione alla misurazione e al confronto sia dei livelli di salute sia delle *performance* dei sistemi sanitari; un trend testimoniato anche dalla crescente attenzione per i sistemi di indicatori comparabili che sono stati messi a punto da diversi organismi internazionali. La tendenza al crescente decentramento dei sistemi sanitari aumenterà sensibilmente la necessità delle analisi comparative e, con essa, la necessità di disporre di informazioni statistiche adeguate (Wait 2004). Inoltre, in questo settore, non potendo confidare nelle taumaturgiche capacità della concorrenza e del mercato a regolare il funzionamento del sistema sanitario e a migliorare la qualità del servizio, è assolutamente necessario affinare gli strumenti che consentono di operare scelte informate da parte di tutti coloro che sono chiamati ad operare e a tentare di rendere compatibili le scarse risorse disponibili e con i crescenti bisogni di salute e, soprattutto, di 'benessere'.

Anche in Italia, affinché una vera devoluzione possa essere ottenuta e governata e, al contempo, possa essere garantita l'auspicata equità territoriale è assolutamente necessario mantenere e sviluppare il patrimonio informativo con dati sempre più pertinenti e di alta qualità. È, inoltre, necessario sviluppare ulteriormente la ricerca per l'identificazione degli indicatori più adeguati a misurare le diverse dimensioni della salute e della sanità e a valutare la *performance* dei sistemi sanitari. Tale identificazione diventa un elemento cruciale in una politica della salute che intenda sviluppare la responsabilità e la buona amministrazione anche mediante l'indicazione di *target* realistici e fortemente ancorati alle effettive necessità. A questo fine, ancora molti sforzi devono essere dedicati allo sviluppo di quadri concettuali in grado di rappresentare al meglio le dimensioni rilevanti della salute e della sanità e di attribuire significato agli indicatori adottati. È forse banale sottolineare che tanto gli obiettivi che gli indicatori possono essere degli potenti ausili del 'buon governo' ma non possono in alcun modo sostituirsi – come non di rado è avvenuto in passato – alle scelte e alle strategie politiche. Al contrario, obiettivi politici chiari e solide basi concettuali attribuiscono significato agli indicatori e ai *target* e guidano la raccolta e l'elaborazione di informazioni utili al governo della salute.

I cittadini-utenti del sistema, nonostante la perdurante e, per certi versi, ineliminabile asimmetria informativa e di potere rispetto agli operatori nel momento della richiesta e della fornitura di prestazioni sanitarie, sono sempre meno disposti a giocare un ruolo solo passivo nel rapporto con la classe medica e gli operatori sanitari. Si fa strada, anche in sanità, la richiesta di un requisito di qualità non più limitato al successo terapeutico ma anche alle capacità relazionali e umane dell'assistenza sanitaria. La figura riporta con chiarezza gli ampi margini di miglioramento del rapporto dei cittadini con la sanità, anche con quella ospedaliera che da altri indicatori risulta essere la migliore e la più apprezzata. I livelli di insoddisfazione per le diverse dimensioni del servizio (assistenza medica, assistenza infermieristica, servizi igienici) sono alti e con forti differenze territoriali che ripercorrono da presso, come avviene in tutti i paesi (Prometeo 2003), i differenziali della spesa sanitaria pro-capite (il coefficiente di correlazione tra la spesa pubblica e le diverse variabili di soddisfazione dei cittadini varia tra il 65 e il 70%).

Fig. 10. La soddisfazione dei cittadini per i servizi ospedalieri in Italia. Anno 1999/2000. (Valori percentuali)



Fonte: ISTAT, HFA-Italia.

È possibile che proprio su questo fronte il federalismo sanitario possa dare i contributi più positivi liberando potenzialità in grado di ripensare i fondamenti, anche concettuali, del sistema e imprimere una svolta positiva alla qualità del servizio sanitario (Cavicchi 2001). Il federalismo potrebbe, inoltre, apportare, ed è questa la scommessa dei prossimi anni, strumenti adeguati per raggiungere tanto gli obiettivi di equità che quelli di maggiore efficienza della spesa, in una dinamica che potrebbe portare a colmare gradualmente i tradizionali e cronici differenziali tra le regioni italiane. Una possibilità che non fornisce alcuna certezza: i rischi di coniugare il decentramento delle funzioni e del finanziamento con i mali della gestione pre-federalista non sono da sottovalutare e vanno attentamente monitorati (Vineis, Dirindin 2004). Allo stesso tempo, vanno monitorati i possibili nuovi rischi che da questo nuovo approccio possono derivare: in particolare il rischio di un ampliamento dei differenziali territoriali e di un'ulteriore diminuzione dell'equità territoriale del sistema sanitario italiano. Che si tratti di un rischio reale è suggerito dalla perdurante scarsa attenzione del sistema, tanto a livello centrale che locale, nei confronti dell'informazione statistica che dovrebbe garantire il governo della sanità e il monitoraggio delle tendenze.

¹ Gli indicatori considerati nell'analisi, relativi all'anno 2000, possono essere raccolti nei seguenti gruppi (tra parentesi sono riportate le etichette utilizzate in fig. 8):

- 1) indicatori della spesa: spesa sanitaria pubblica pro capite in euro (spesa pubblica); e percentuale di spesa sanitaria in convenzione sul totale della spesa sanitaria (% spesa conv.); spesa per le case di cura pro-capite in euro (spesa per case di cura); spesa farmaceutica pro capite in euro (spesa farmaceutica); percentuale della spesa delle famiglie per sanità (% spesa fam. per sanit.); spesa medico specialistica pro-capite in euro (spesa specialistica);
- 2) indicatori delle risorse: ambulatori pubblici e privati per 100.000 abitanti (ambulatori); percentuale di ambulatori pubblici (amb. pubblici); guardia medica per 100.000 ab. (guardia medica); il numero di medici di base per 10.000 ab. (medici di base); numero di pediatri di base per 10.000 ab. con meno di 14 anni (pediatri); personale del SSN per 1.000 ab. (personale); posti letto totale per 1.000 ab. (posti letto); percentuale di posti letto privati e accreditati (% posti l. accred. priv.); numero di ecotomografi TAC e risonanze magnetiche negli istituti di cura pubblici e privati accreditati per 100.000 ab. (TAC);
- 3) utilizzazione delle risorse e consumi sanitari: persone che si rivolgono regolarmente medico di famiglia, tassi per 100 persone (ricorso med. famiglia); consumo di farmaci negli ultimi due giorni, tassi per 100 persone (consumo farmaci);
- 4) indicatori di contesto: disoccupazione di lunga durata (disoccup. lunga); partecipazione all'istruzione secondaria (istruzione sup.); PIL pro-capite in euro (PIL); percentuale di individui di 65 anni e più sul totale della popolazione (pop. 65 anni +);
- 5) efficienza e soddisfazione: proporzione di persone di 18 anni e più che si sono recate alla ASL e hanno atteso oltre i 20 minuti

(attese > 20 min.), proporzione di persone di 18 anni e più che si sono recate alla ASL e hanno dichiarato comodi gli orari (sodd. orari ASL); proporzione di persone molto soddisfatte dei servizi ospedalieri (assistenza medica sodd. osp. medici).

Come illustrative sono state considerate variabili legate alle condizioni di morbosità e mortalità della popolazione. In particolare: tassi di mortalità infantile per 1.000 ab. (mortalità infantile); cronici in buona salute, tassi per 100 persone (cr. buona salute); popolazione con tre malattie croniche o più, tassi per 100 persone (multicronici); persone malate di diabete, tasso standardizzato per 100 persone (diabete); speranza di vita maschile (e0 M); speranza di vita femminile (e0 F); tasso di mortalità evitabile per gli uomini (mortalità evit. M); tasso di mortalità evitabile per le donne (mortalità evit. M); speranza di vita libera da disabilità per gli uomini (e0 M libera dis.); la speranza di vita libera da disabilità per le donne (e0 F libera dis.); valutazione cattiva del proprio stato di salute, tassi per 100 persone (cattiva salute).

Numerosi altri indicatori erano stati inizialmente considerati con riferimento sia all'offerta di servizi sia alle caratteristiche della popolazione e delle sue condizioni di salute. Essi sono stati successivamente esclusi dall'analisi in quanto troppo correlati con gli indicatori selezionati e, quindi, senza un autonomo contributo informativo.

² I raggruppamenti delle regioni sono stati creati a partire dai primi tre assi fattoriali che spiegano circa il 70% della variabilità totale.

³ Malattie croniche gravi: diabete; infarto del miocardio; angina pectoris; altre malattie del cuore; trombosi; embolia; emorragia cerebrale; bronchite, enfisema, insufficienza respiratoria; cirrosi epatica; tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia); parkinsonismo, Alzheimer, epilessia, perdita della memoria.

⁴ Si fa riferimento alla classificazione in classi socio-sociali proposta da Cobalti e Schizzerotto (1997).

Riferimenti bibliografici

- D. Acheson 1998, *Our Healthier Nation. A Contract for Health*, UK Ministry for Public Health, London.
- V. Atella, B. Bernardi, M. Rossi 2003a, *Le previsioni di spesa sanitaria a livello nazionale e regionale: i risultati del modello econometrico SANIMOD*, in *Rapporto CEIS-Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie*, Italtromo Esis Publishing, Roma,
- V. Atella, B. Bernardi, M. Rossi 2003b, *La spesa sanitaria privata e gli effetti redistributivi delle politiche sanitarie*, *Rapporto CEIS-Sanità 2003, Bisogni, risorse e nuove strategie*, Italtromo Esis Publishing, Roma.
- V. Atella, F. Scacciavillani 2002, *Il federalismo fiscale*, www.lavoce.info.
- E. Baldacci, S. Lugaresi, F. Raffaelli 1997, *Tendenze demografiche e Stato sociale*, in D. Da Empoli, G. Muraro (a cura di), *Verso un nuovo stato sociale*, Angeli, Milano.
- G. Berlinguer, S. Delogu 1959, *La medicina è malata*, Laterza, Bari.
- W. Beveridge 1942, *Social insurance and allied services*, HMSO, London.
- G. Brosio 2004, *Diversità e uguaglianza nella trasformazione federalista dell'Italia*, in *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*, MIPA, Roma.
- E. Buglione 2004, *L'accountability in sanità esiste? L'incerto ruolo di Stato e Regioni e il vincolo di bilancio*, in *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*, MIPA, Roma.
- E. Cadum, G. Costa, A. Biggeri, M. Martuzzi 1999, *Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica*, «Epidemiologia e Prevenzione», 23, 175-187.
- M. Cardano, G. Costa, M. Demaria, E. Merler, A. Biggeri 1999, *Le disuguaglianze di mortalità negli studi longitudinali italiani*, «Epidemiologia e Prevenzione», 23, 141-152.
- G. Caselli 2002, *Evoluzione della geografia della mortalità in Italia. Tavole provinciali e probabilità di morte per causa. Anni: 1971-1973, 1981-1983, 1991-1993*, Dipartimento di Scienze Demografiche, Università di Roma "La Sapienza", Fonti e strumenti 4.
- G. Caselli, V. Egidi 1981, *La géographie de la mortalité italienne: différences territoriales et milieu*, «Genus», 37, 3-4, 235-249.
- I. Cavicchi 1999, *Dal trade-off all scelta*, «Kéiron» 2.
- I. Cavicchi 2001, *Salute e federalismo. Forma e contenuti dell'emancipazione*, Bollati Boringhieri, Torino.
- A. Cobalti, A. Schizzerotto 1997, *La mobilità sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.
- CEIS (2003), *Rapporto CEIS-Sanità 2003. Bisogni, risorse e nuove strategie*, Italtromo Esis Publishing srl, Roma.
- CEIS (2004), *Rapporto CEIS-Sanità 2004. Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza*, Italtromo Esis publishing srl, Roma.
- CENSIS 2001, *35° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. La società italiana al 2001*.
- G. Cosmacini 1989, *Medicina e Sanità in Italia nel Ventesimo Secolo. Dalla spagnola alla Seconda guerra mondiale*, Laterza, Roma-Bari.
- G. Cosmacini 1994, *Storia della medicina e della sanità nell'Italia contemporanea*, Laterza, Roma-Bari.
- G. Costa, C. Peducci, N. Dirindin 1999, *Le disuguaglianze nella salute e nel Piano Sanitario* «Epidemiologia e Prevenzione», 23, 133-140.
- G. Costa, C. Marinacci, A. Caiazzo, T. Spadea 2003, *Individual and contextual determinants of inequalities in health: the Italian Case*, «International Journal of Health Services», 33, 4, 635-667.
- G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (a cura di) 2004, *Diseguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiologia e Prevenzione», 28, 3, supplemento.
- S. Delogu 1974, *Nascita ed evoluzione dell'organizzazione sanitaria in Italia*, in *Crisi della medicina. Proposta di iniziativa politica di massa*, Roma, Editori Riuniti.
- M. Demaria, P. Vicari, G. Costa, S. Rosso, T. Spadea, R. Zanetti 2003, *Le disuguaglianze sociali nell'incidenza e nella sopravvivenza dei tumori a Torino*, Dattiloscritto.
- N. Dirindin 2003, *Le riforme del sistema sanitario e le innovazioni nell'erogazione dell'assistenza*, (sito web: www.aniarti.it/atti2003/12m/relazioni/5.HTM).
- N. Dirindin, E. Pagano 2001, *Governare il federalismo. Le sfide per la Sanità*, Pensiero Scientifico, Roma.
- E. Docteur, H. Oxley 2003, *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience*, OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA.
- F. Faggiano, R. Zanetti, G. Costa 1994, *Cancer Risk And Social Inequalities In Italy*, «Journal of Epidemiology and Community Health», 48, 447-452.
- A. Giovanardi 1978, *La riforma sanitaria del CLN del Veneto*, in *Sanità e resistenza*, Edizioni delle Autonomie, Roma.

- ISTAT 1990, *La mortalità differenziale secondo alcuni fattori socio-economici 1981-82*, ISTAT, Roma.
- ISTAT 2000, *Rapporto annuale 1999*, ISTAT, Roma.
- ISTAT 2001, *Le condizioni di salute della popolazione. Indagine Multiscopo sulle famiglie, "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" Anni 1999-2000*, ISTAT, Roma.
- ISTAT 2004, *Rapporto annuale 2003*, ISTAT, Roma.
- C. La Vecchia, E. Negri, S. Frateschi, *Education and cancer risk*, «Cancer», 70, 2935-41.
- S. Luzzi 2004, *Salute e sanità nell'Italia repubblicana*, Donzelli, Roma.
- G. Maciocco 2002, *La salute nell'era della globalizzazione: disuguaglianze e politiche di welfare*, (sito web: www.ausl.mo.it/pps/approf/disuguaglianze/maciocco.html).
- J.P. Mackenbach, M.J. Bakker and the European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequality in Health 2003, *Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experience*, «Lancet», 362, 1409-1414.
- F. Maino 2001, *La politica sanitaria*, Il Mulino, Bologna.
- V. Mapelli 1999, *Il sistema sanitario italiano*, Il Mulino, Bologna.
- Ministero della Sanità (2000), *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 1999*, Ministero della Sanità, Roma.
- Ministero della Salute (2003a), *Relazione sullo stato sanitario del Paese. 2000-2001*, Ministero della Salute, Roma.
- Ministero della Salute, (2003b), *Compendio del servizio sanitario nazionale. 1998-2001*, Ministero della Salute, Roma.
- P. Moise, S. Jacobzone 2003, *Population Ageing, Health Expenditure and Treatment: An ARD Perspective*, in OECD, *A Disease-Based Comparison of Health Systems. What is Best and at What Cost?*, OECD, Paris.
- G. Muraro 1994, *Equità in campo sanitario* in G. Costa, F. Faggiano (a cura di), *L'equità nella salute in Italia*, Angeli, Milano.
- Muraro, G. (2004), *Il federalismo e la sanità*, in MIPA, *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*, MIPA, Roma.
- Osservasalute 2003, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza sanitaria nelle regioni italiane*, Vita e Pensiero, Milano.
- Osservasalute 2004, Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza sanitaria nelle regioni italiane*, Vita e Pensiero, Milano.
- R. Perez 2004, *Spesa sanitaria e patto di stabilità e crescita*, in MIPA, *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*, MIPA, Roma.
- C. Perucci 2002, *Dal razionamento implicito iniquo alla razionalizzazione equa*, in *Epidemiologia e i cambiamenti del sistema sanitario*, AIE (sito web: www.epicentro.iss.it/web_conf/17/pdf/perucci1.pdf).
- C. Perucci 2004, *Prefazione*, in G. Costa, T. Spadea, M. Cardano (a cura di), *Disuguaglianze di salute in Italia*, «Epidemiologia e Prevenzione», 28, 3, supplemento.
- Prometeo 2001, *Atlante della Sanità Italiana*, ESIS, Roma.
- J.M. Robine, I. Romieu, C. Jagger, V. Egidi 1998, *Les espérances de santé dans l'Union Européenne. Analyse des données du Panel des Ménages de la Communauté Européenne*, REVES, Paper 320.
- A. Solipaca 2004, *Federalismo e decentramento nel settore sanitario*, in *L'impatto delle riforme amministrative. Relazioni e materiali per l'analisi dei processi innovativi nella Pubblica Amministrazione*, MIPA, Roma.
- A. Tomassini, C. Signorelli (a cura di) 1999, *La terza riforma sanitaria. Il decreto Bindi e le normative collegate*, Società Editrice Universo, Roma.
- P. Travis, D. Egger, P. Davies, A. Mechbal 2002, *Towards better stewardship: concepts and critical issues*, in WHO, *Evidence and Information for Policy*, WHO, Geneva.
- P. Vineis, N. Dirindin 2004, *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino.
- S. Wait 2004, *Benchmarking. A policy analysis*, The Nuffield Trust, London.
- M. Whitehead 1992, *The health divides*, in P. Townsend, N. Davidson, M. Whitehead (eds.), *Inequalities in health*, Penguin, London.
- WHO 1978, *Primary Health Care., Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978*, WHO, Geneva.
- WHO 1981, *Global strategy for health for all by the year 2000*, WHO, Geneva.
- WHO 1985, *The health for all by the year 2000*, WHO, Geneva.
- R.G. Wilkinson 1992, *National mortality rates: the impact of inequality?*, «American Journal of Public Health», 82, 1082-1084.