



**Welfare state**  
**Il modello europeo dei diritti sociali**  
Seminario di cultura europea

**NERINA DIRINDIN**  
Università di Torino

***Tutela della salute\****  
***Il dibattito sulle politiche sanitarie in Europa***

16 aprile 2004

Il presente intervento sarà centrato sul tema delle politiche sanitarie in Europa, allo scopo di analizzare i problemi che attualmente si presentano nella realtà italiana ed europea, anche alla luce dell'evoluzione dei sistemi sanitari nel corso del Novecento che, nei paesi dell'Europa e del Nord America, hanno registrato enormi progressi, sia sotto l'effettivo profilo delle condizioni di salute della popolazione, sia sotto il profilo della prevenzione e della tutela della salute. Le modificazioni delle condizioni di salute si sono realizzate in primo luogo nella speranza di vita, che è enormemente aumentata, soprattutto per le donne: oggi una persona ha un'aspettativa di vita di circa trent'anni maggiore rispetto a una persona che viveva a inizio Novecento. La speranza di vita è cresciuta soprattutto per effetto di un fattore importante: la drastica riduzione della mortalità infantile. All'inizio del Novecento il tasso di mortalità nel primo anno di vita era molto alto: circa 160-170 bambini ogni 1000 abitanti. Questo tasso si è ridotto di almeno dieci volte nell'arco del secolo, riducendo di conseguenza quell'onere enorme – in termini emotivi e materiali – che la popolazione doveva sopportare per garantirsi una discendenza. Attualmente, l'aumento della speranza di vita dipende sostanzialmente dal fatto che quasi tutti i nascituri riescono a superare le avversità dei primi anni di vita. Quindi, la speranza di vita è aumentata soprattutto perché quasi tutti riusciamo a diventare anziani (e non tanto perché si viva più a lungo, una volta che si è diventati anziani). È tuttavia facile comprendere come questo fenomeno demografico sia determinante per le previsioni sull'aumento della domanda di prestazioni sanitarie e sull'aumento della spesa sanitaria.

---

\* Testo pubblicato in: *Welfare state. Il modello europeo dei diritti sociali*, Modena, 2005, pp. 81-100. Copyright Fondazione Collegio San Carlo di Modena.

Naturalmente è cambiata molto anche l'epidemiologia, cioè sono cambiate le malattie che più frequentemente vengono registrate fra la popolazione. Oggi non sono più predominanti le malattie infettive, che fra l'altro richiedevano l'allontanamento della persona dal suo ambito familiare e quindi la creazione di strutture specificamente deputate al trattamento di queste patologie. Oggi sono nettamente prevalenti le patologie croniche, le quali presentano problemi diversi: esse possono essere trattate più frequentemente a domicilio o comunque non richiedono necessariamente l'istituzionalizzazione delle strutture ad esse particolarmente e specificamente dedicate.

In termini di risorse economiche l'impegno richiesto da queste patologie è comunque molto rilevante, anche a causa della composizione demografica della nostra società, sempre più sbilanciata verso l'età matura. Sono inoltre cambiati i fattori di rischio e le cause delle patologie all'interno della popolazione. I fattori di rischio un tempo erano profondamente legati alle condizioni di vita, cioè alle condizioni igieniche, alimentari, economiche. Di fronte a questi problemi, le soluzioni consistevano nella definizione di politiche che potessero produrre un miglioramento delle condizioni di vita della popolazione. Oggi invece i fattori di rischio che determinano il maggior carico di sofferenza, di malattia o di mortalità prematura sono legati a fattori che non necessariamente possono essere affrontati in modo diretto dai sistemi sanitari. Infatti, i fattori di rischio più frequentemente sottolineati, che si trovano al primo posto nella graduatoria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e che sono indicati come causa della maggiore perdita di benessere da parte degli individui (in termini sia di qualità sia di quantità della vita), sono legati alla diffusione delle droghe, agli incidenti di lavoro e nei trasporti, all'alcool, al fumo. Tutti questi fattori devono allora essere affrontati con politiche intersettoriali della salute.

Nel corso del Novecento sono cambiati radicalmente anche i sistemi di tutela della salute, intesi come sistemi di offerta dei servizi sanitari, di organizzazione e funzionamento degli stessi servizi, con conseguente mutamento dei sistemi di erogazione delle prestazioni. Nei paesi occidentali, i sistemi sanitari sono nati all'incirca nella seconda metà dell'Ottocento, e sono nati principalmente solo come sistemi di tutela della capacità lavorativa dei lavoratori, cioè come società di mutuo soccorso, ovvero come sistemi di solidarietà all'interno di singole categorie di individui, con l'obiettivo principale di garantire al lavoratore, nel momento in cui cadeva in uno stato di malattia, di poter recuperare velocemente la propria salute, così da poter rientrare nel mondo del lavoro, recuperando la propria capacità di guadagnare reddito per la propria famiglia. Queste prime società di mutuo soccorso si espandono e si trasformano nel corso del Novecento, diventando un modo per tutelare non soltanto la salute del lavoratore, ma anche quella dei suoi familiari: cominciano così le prime forme di solidarietà non limitate all'ambiente professionale.

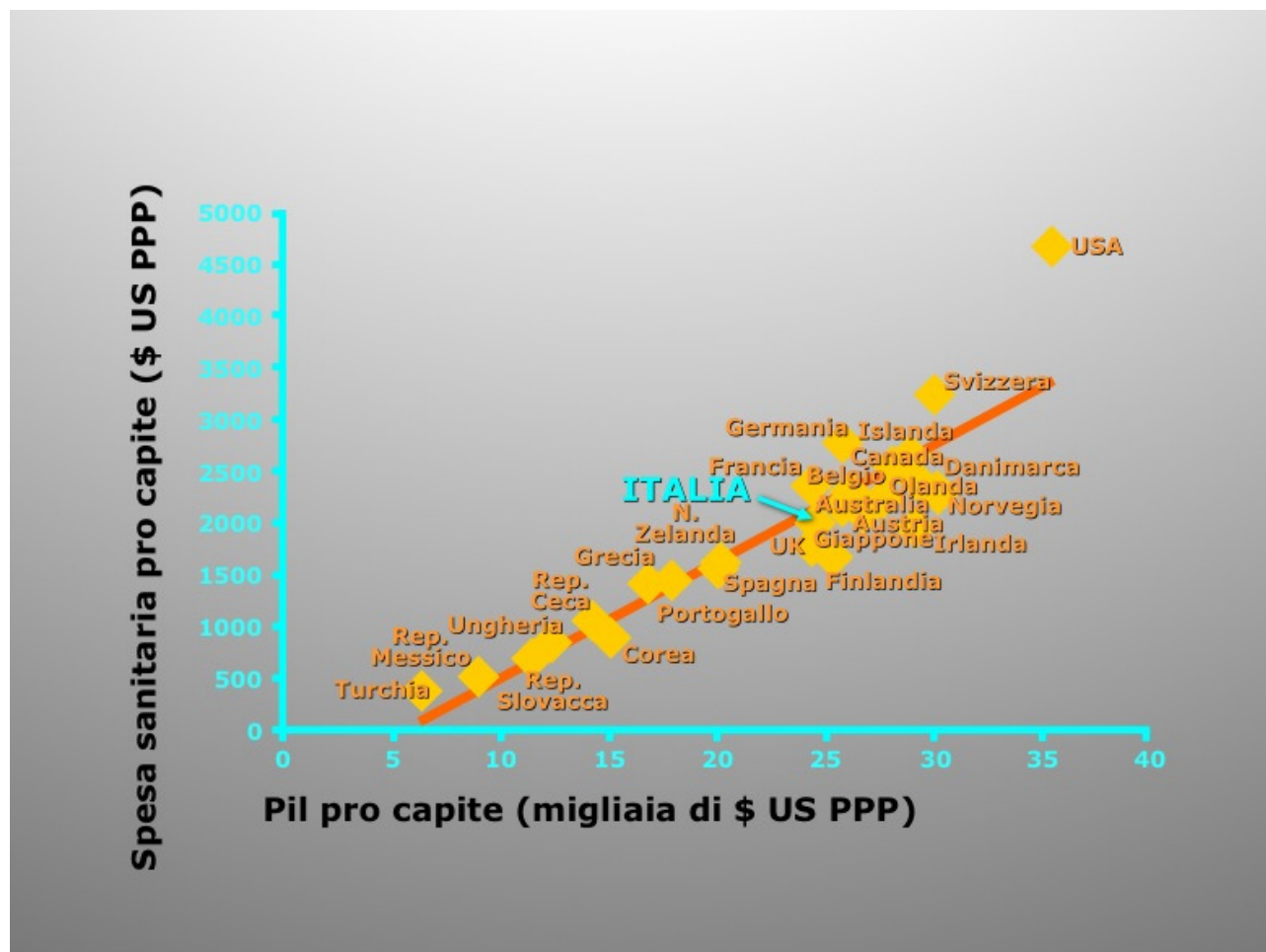
Il decisivo cambiamento dei sistemi di protezione si avrà poi a metà del Novecento, quando le tutele iniziano a comprendere anche la copertura di coloro che escono dal mondo del lavoro, cioè i pensionati: in questo modo, per la prima volta, la solidarietà (anche nel settore sanitario) viene realizzata fra attivi e non attivi, fra lavoratori e coloro che sono usciti dal mondo del lavoro. Questo tipo di solidarietà si è progressivamente esteso nel corso dei decenni fino a pervenire, in quasi tutti i paesi europei, alla formazione di sistemi sanitari con ampi livelli di copertura, a favore cioè della quasi generalità della popolazione. Addirittura nel caso italiano si è determinata una forma universalistica di copertura, grazie alla creazione di un servizio sanitario nazionale che si occupa del 100% della popolazione con un'ampia tipologia di prestazioni garantite.

Questo cambiamento dei sistemi sanitari si è realizzato contemporaneamente a un notevole progresso scientifico e tecnologico in campo medico, che ha consentito in primo luogo di individuare e diagnosticare le diverse forme di patologie, e poi di trattarle. Da questo punto di vista è del tutto vero il cosiddetto paradosso della medicina: lungi dal permettere risparmi in termini di risorse economiche, lo sviluppo scientifico della medicina non consente di ridurre la spesa sanitaria ma, al contrario, tende ad aumentare la quantità di risorse necessarie per rispondere alle richieste,

proprio perché permette di intervenire anche nei casi in cui, in precedenza, non era possibile intervenire.

Questa tendenza evolutiva dei sistemi sanitari è abbastanza diffusa, sia nei paesi ad alto sviluppo sia in quelli in via di sviluppo. Il mutamento delle caratteristiche dei sistemi sanitari può essere sintetizzato con il grafico 1 dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. Questo grafico mostra come la spesa sanitaria complessiva pro-capite nei paesi sviluppati tenda a crescere con la crescita del PIL. Questa convergenza si verifica in tutti i paesi dell'Unione Europea, anche se non esiste – e non è mai esistita – una deliberata politica di convergenza intorno alle politiche sanitarie. I paesi meno sviluppati tendono invece a dedicare al settore sanitario una quota di risorse piuttosto limitata anche se, con il loro progressivo sviluppo, tale quota aumenta. In ogni caso, malgrado le differenze tra gli specifici sistemi di *welfare* ed economici, tutti i paesi tendono a destinare alla sanità una quota di risorse che risponde a una regolarità statistica, secondo cui lo sviluppo economico determina una maggiore disponibilità per la spesa del settore sanitario. I motivi sono i più diversi: aumenta la domanda di prestazioni, cambia la demografia, aumentano le possibilità di intervento medico grazie al progresso tecnico, aumentano le aspettative delle persone nei confronti della salute e del proprio benessere (fisico e psichico). La natura di questo legame fra sviluppo economico e spesa sanitaria indica come non sia pensabile un ridimensionamento della quota di risorse, rispetto al PIL, destinata al sistema sanitario che, al contrario, tende a crescere.

Grafico 1



Dal grafico 1 emerge il grado di vicinanza dello sviluppo di ogni paese rispetto alla linea di regressione. Due osservazioni possono essere immediatamente evidenti, la prima riguarda l'Italia, che da sempre occupa una posizione appena al di sotto della linea di regressione, ovvero appena al di sotto della retta che indica la previsione statistica sulla spesa sanitaria in rapporto al PIL. Sostanzialmente l'attuale livello di spesa sanitaria in Italia è in linea con quello degli altri paesi a parità di sviluppo: questo livello è certamente più alto di quello dei paesi poveri, ma è anche più basso dei paesi che hanno un PIL pro-capite più elevato. Questa considerazione permette di eliminare i timori rispetto all'attuale dimensione della spesa sanitaria in Italia (in questo caso stiamo parlando di spesa totale, cioè sia pubblica che privata). Non esistono dunque evidenze statistiche che ci possano portare a concludere che la spesa sanitaria in Italia è nettamente superiore alla spesa dei paesi con simile livello di sviluppo: al contrario, il grafico 1 mostra che alcuni paesi – la Germania e la Francia – hanno un livello di spesa leggermente più elevato, non solo rispetto alla linea di regressione, ma anche rispetto all'Italia. La seconda osservazione riguarda gli Stati Uniti, l'unico paese che è fuori linea in questo grafico, e che lo è da sempre. Molti sono i fattori che contribuiscono all'eccellenza degli Stati Uniti sia rispetto ai paesi con un livello di benessere simile, sia rispetto alla linea di regressione. È però difficile sintetizzare le ragioni che contribuiscono a spiegare l'elevatissimo livello di spesa sanitaria negli Stati Uniti, che ammonta circa a 14-14,5 punti percentuali di PIL, mentre nei paesi europei la spesa complessiva ammonta circa a 8,2-8,4 punti percentuali di PIL. Tre ordini di spiegazioni possono tuttavia essere forniti.

(a) Gli alti costi amministrativi. Negli Stati Uniti esiste un sistema sanitario in buona parte legato al mercato delle polizze assicurative private, che hanno costi amministrativi nettamente superiori a quelli osservabili nei paesi europei con un sistema sanitario pubblico.

(b) L'ampia diffusione delle tecnologie. Questo fattore è giustificato dalla necessità delle strutture di produzione, in particolare degli ospedali, di competere sul mercato e quindi di migliorare la propria specializzazione attraverso un costante aggiornamento tecnologico, che, attraverso l'incremento della domanda, viene progressivamente adottato dall'intero mercato delle strutture sanitarie, visto che l'offerta è in grado di indurre la domanda di prestazioni.

(c) Le imperfezioni del mercato delle assicurazioni per malattia. Questo terzo fattore spiega forse più dei precedenti l'alto livello della spesa negli Stati Uniti. Il tema è molto complesso, ma in questa sede basta ricordare che la domanda di prestazioni sanitarie presenta alcune caratteristiche che la rendono particolarmente difficile da trattare con le coperture assicurative. Le assicurazioni sanitarie private soffrono degli stessi problemi di cui soffrono le altre tipologie di assicurazione: il rischio di selezione avversa, il rischio di azzardo morale (di comportamenti sleali) da parte dei soggetti economici che operano sul mercato e così via. In particolare un elemento strutturale è all'origine di questa imperfezione: si tratta della "spirale dei premi", secondo cui i premi assicurativi in un mercato privato tendono progressivamente ad aumentare, aumentando gli oneri a parità di copertura e soprattutto escludendo quote di popolazione dalle coperture assicurative. Questo problema è rilevante per comprendere, al di là dell'eccellenza americana, una questione centrale del settore sanitario: l'alta concentrazione della spesa a favore di pochi individui. Secondo alcuni studi – quelli di cui si dispone per gli Stati Uniti e per alcuni paesi europei – quasi la metà della spesa sanitaria viene erogata per prestazioni i cui beneficiari sono circa il 5% della popolazione assistibile. Risulta perciò evidente l'alto livello di concentrazione, le cui ragioni si trovano in vari fattori, epidemiologici e non. Questa concentrazione non riguarda soltanto la popolazione anziana, perché quel 5% di individui che assorbe circa la metà della spesa sanitaria è caratterizzato non tanto dall'età, quanto semplicemente dal fatto di stare percorrendo gli ultimi 12-18 mesi della propria vita. La spesa sanitaria si concentra nelle ultime fasi della vita, a prescindere che si muoia da anziani o che si muoia da giovani, proprio perché qui si concentrano tutti gli sforzi per tentare di recuperare le condizioni di salute. Risulta dunque difficile prevedere il momento in cui avviene questa concentrazione, visto che essa non è strettamente correlata all'età degli individui,

e di conseguenza aumenta il calcolo del premio assicurativo legato alla selezione avversa e al rischio morale, impedendo così ai più poveri di accedere al mercato delle polizze assicurative. Su un piano più generale, questa analisi dimostra che il sistema di copertura privato comporta, sul piano dell'efficienza, un aumento della spesa a parità di copertura e, sul piano dell'equità, l'impossibilità di garantire alla totalità della popolazione l'accesso alle coperture assicurative. Nei casi in cui i vincoli di bilancio personale e familiare impediscono l'accesso alla copertura sanitaria privata, gli individui rischiano di non potersi garantire le prestazioni nel momento in cui subiscono un'improvvisa perdita della propria salute.

Ogni paese è caratterizzato da uno specifico sistema sanitario. Tuttavia, in realtà, i modelli di organizzazione e di finanziamento dei sistemi sanitari sono sostanzialmente tre. Il primo modello è costituito dal servizio sanitario nazionale, che ha la caratteristica di essere universale (copre il 100% della popolazione), globale (è relativo all'intera gamma delle prestazioni necessarie per la tutela della salute) e solidale (in quanto finanziato attraverso la fiscalità generale). Questo sistema è nato in Gran Bretagna e poi è stato adottato da altri paesi, per esempio anche dall'Italia a partire dal 1979. Un secondo modello è quello delle assicurazioni sociali: in questo caso si tratta sostanzialmente di forme di assistenza sanitaria che non coprono l'intera popolazione, ma soltanto alcune aree (per esempio, i lavoratori). Le assicurazioni sociali garantiscono una forma stabile di solidarietà all'interno di determinate categorie di individui o all'interno di determinate aree territoriali e garantiscono, inoltre, una gamma di prestazioni definita sulla base delle regole che caratterizzano i fondi integrativi, i fondi assicurativi, le società di mutuo soccorso o comunque le forme di assicurazione sociale. All'estremo opposto rispetto al modello universalistico del sistema sanitario nazionale si trova l'assicurazione privata, che rispetta la libertà del singolo individuo nello stipulare (o meno) un'assicurazione contro il rischio di perdita della propria salute, modulando i premi in base ai rischi corsi dai singoli individui o dai singoli gruppi di individui, sollevando tuttavia problemi di equità.

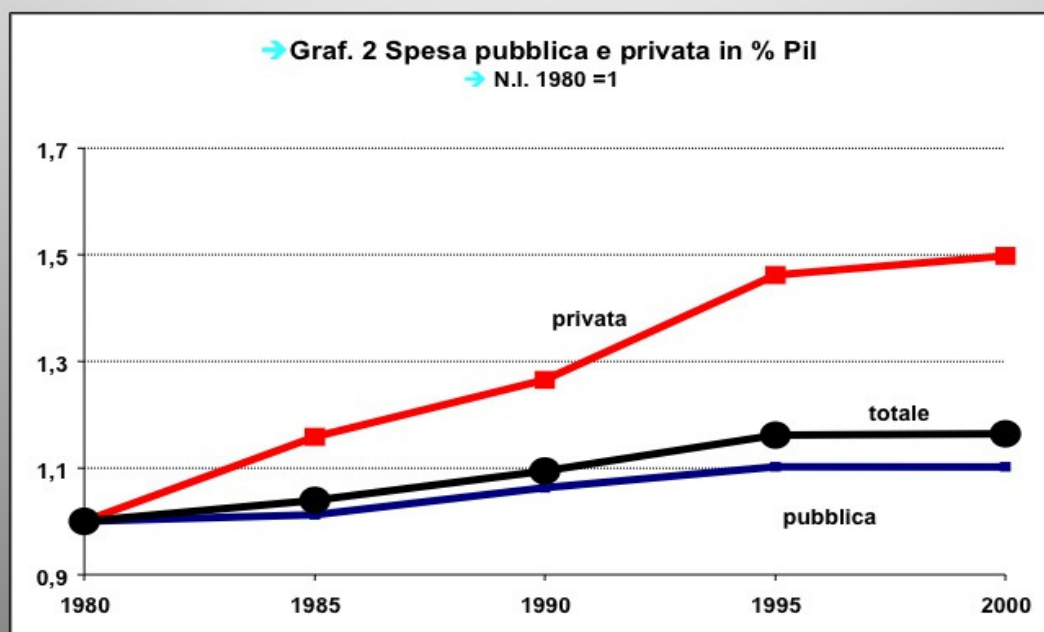
Nella concreta realtà non esiste alcun paese in cui questo modello si presenti in forma 'pura', visto che questi tre sistemi sono adottati, almeno in parte, da tutti i paesi. Non esiste infatti un paese in cui esista solo il servizio sanitario nazionale, né un paese in cui ci siano solo assicurazioni private o assicurazioni sociali. Anzi, a ben vedere, il paese in cui è presente la maggiore quota di assicurazioni private, gli Stati Uniti, vede attestarsi il peso dell'intervento pubblico nel sistema sanitario a una cifra intorno al 50% del totale della spesa. Quindi l'intervento pubblico è centrale anche in un paese che sceglie di tutelare la salute lasciando liberi i cittadini di sottoscrivere o non sottoscrivere una polizza assicurativa. La regola condivisa dei diversi sistemi sanitari consiste dunque nella compresenza dei tre diversi modelli.

In effetti, se osserviamo i paesi sviluppati (e in particolare quelli europei), possiamo notare che negli ultimi dieci anni il rapporto tra pubblico e privato nel finanziamento del sistema sanitario è caratterizzato dalla seguente distribuzione: il finanziamento pubblico si attesta tra il 70 e l'80% (la media dei paesi europei è intorno al 74-75%, mentre il restante 25-26% è finanziamento privato, ovvero *out of pocket*, a qualunque titolo). In realtà i paesi del mondo sviluppato, nell'arco degli ultimi quindici anni, hanno seguito un comportamento che, in merito al rapporto tra pubblico e privato, la letteratura specializzata ha definito come "pendolo". Infatti, i paesi che erano caratterizzati da un forte intervento pubblico nel finanziamento della spesa sanitaria, in particolare i paesi scandinavi in cui il finanziamento pubblico arrivava anche a punte del 90%, hanno recentemente ridotto la presenza pubblica all'interno del settore sanitario in favore del finanziamento privato. Al contrario, i paesi che erano caratterizzati tradizionalmente da una maggiore presenza di finanziamento privato hanno aumentato in modo rapido il finanziamento pubblico (per esempio gli Stati Uniti). Il cosiddetto "pendolo" deve allora essere interpretato come la ricerca di una convergenza, nei paesi ad alto livello di sviluppo, verso un *mix* tra pubblico e

privato che sostanzialmente sembra stabilizzarsi nella quota di 3/4 di finanziamento pubblico e 1/4 di finanziamento privato.

Negli ultimi anni i paesi sviluppati hanno registrato un'altra, nuova, tendenza che può essere utile prendere in considerazione. Il grafico 2 riporta l'aumento della spesa pubblica e della spesa privata nei paesi dell'area OCSE dell'Europa negli ultimi venti anni. La spesa sanitaria è naturalmente cresciuta, ma è cresciuta in maniera relativamente modesta nel corso degli anni Ottanta e Novanta rispetto alla crescita registrata negli anni Sessanta e Settanta, nei quali la spesa cresceva a ritmi molto accelerati. Gli ultimi venti anni sono stati dunque caratterizzati da un evidente rallentamento del tasso di crescita della spesa sanitaria totale, frutto di due diverse tendenze: da un lato la spesa privata ha teso a crescere molto rapidamente, dall'altro la spesa pubblica è cresciuta molto più lentamente. Il fattore-chiave che spiega questa inversione di tendenza della spesa sanitaria si trova sostanzialmente nelle condizioni generali delle finanze pubbliche. Infatti, soprattutto a partire dal 1985, in tutti i paesi europei (e in particolare in Italia) le finanze pubbliche sono state caratterizzate da politiche di rigore nella spesa, e ovviamente anche nella spesa sociale. Negli anni Ottanta e Novanta la spesa sanitaria complessiva è cresciuta di meno proprio in quei paesi che erano caratterizzati da un forte intervento pubblico, visto che la spesa ha risentito della tendenza delle politiche volte al risanamento della finanza pubblica con programmi di controllo della spesa e dei comportamenti al consumo. Al contrario, nei paesi caratterizzati da una più alta quota di finanziamento privato la spesa sanitaria complessiva è cresciuta più rapidamente, proprio perché minori sono stati gli effetti delle politiche di rigore messe in atto dalla finanza pubblica. L'esatto contrario era accaduto negli anni Sessanta e Settanta, in cui erano stati soprattutto i paesi con più ampio settore pubblico a veder crescere più rapidamente la propria spesa sanitaria complessiva, soprattutto grazie al progressivo aumento del finanziamento pubblico della copertura sanitaria, sia in termini di gamma di prestazioni sia in termini di quota di cittadini garantiti.

*Grafico 2*



Un problema-chiave per il funzionamento dei sistemi sanitari riguarda la produzione delle prestazioni. Ovviamente, nei paesi in cui il mercato delle prestazioni sanitarie è prevalentemente privato, il sistema genera maggiori incentivi a minimizzare i costi e a rendere efficiente la produzione, ma non ha alcun interesse a contenere la dimensione complessiva della spesa sanitaria e a contenere la crescita del settore. Al contrario, nei paesi in cui è presente una maggiore quota di intervento pubblico, oggi vincolato al rispetto dei tetti di spesa, il sistema genera un maggior controllo delle dinamiche di spesa: in questo senso, pur non avendo livelli di efficienza microproduttiva elevati come nei sistemi privati, la spesa complessiva tende a crescere meno rapidamente. In definitiva: i sistemi privati di finanziamento della spesa sanitaria garantiscono una elevata microefficienza, mentre a livello macro tendono a far crescere la spesa. Al contrario, il sistema pubblico è meno efficiente sul piano micro, ma riesce ad attuare politiche di rigore in grado di garantire un maggiore controllo della dinamica della spesa complessiva.

Qual è la posizione dell'Italia in questo contesto? Le dinamiche della spesa sanitaria e del sistema sanitario italiano negli ultimi venti anni sono in linea di massima molto simili a quelle che si sono verificate negli altri paesi europei. Anche in assenza di una scelta deliberata di convergenza verso un unico modello, di fatto i singoli paesi europei hanno dinamiche molto simili. La spesa sanitaria totale in Italia è cresciuta molto negli anni Sessanta e Settanta, mentre è cresciuta molto di meno negli anni Ottanta, per poi infine diminuire, in termini percentuali, nei primi anni Novanta. In particolare, la spesa sanitaria pubblica era di circa il 6,3% del PIL nel 1992, per poi diminuire di circa un punto percentuale negli anni fino al 1995. È evidente che il risanamento della finanza pubblica ha pesato enormemente sulla spesa sanitaria italiana. Solo a partire dal 1996 la spesa sanitaria pubblica ha ricominciato a crescere, raggiungendo nel 2002 la stessa quota, in termini percentuali sul PIL, del 1992: il 6,3%. Questo andamento a V della spesa sanitaria pubblica italiana negli anni Novanta, con una rapida discesa e con un primo recupero della quantità di risorse destinate alla sanità, non è stato proprio analogo a quello osservato in altri paesi europei. Inoltre, in Italia si è stabilizzata una considerevole forbice tra la spesa sanitaria totale e la spesa sanitaria pubblica, al contrario di quanto avviene negli altri paesi europei, in cui la dinamica della spesa pubblica e della spesa totale tende ad essere parallela: in Italia la quota di spesa privata – rispetto alla quota di spesa pubblica – è cresciuta soprattutto nella prima parte degli anni Novanta.

Questo aumento della spesa privata italiana in confronto all'andamento degli altri paesi europei è dovuto al fatto che gli altri paesi avevano già in precedenza una maggiore quota di spesa privata, del tutto minoritaria in Italia fino all'inizio degli anni Novanta, quando invece ha raggiunto circa il 30% della spesa sanitaria complessiva (a fronte di una media europea del 26-27%). In quegli anni dunque, a fronte del calo delle risorse pubbliche, in Italia è cresciuta la spesa sanitaria privata, la cui conseguenza è stata evidente nell'aumento della spesa sanitaria complessiva. Successivamente, anche la spesa privata ha incominciato a ridursi, soprattutto a causa degli oneri rilevanti.

Il punto fondamentale su cui vale la pena di riflettere riguarda il confronto tra la spesa sanitaria italiana e la spesa sanitaria europea negli ultimi quindici anni: nel suo complesso, il settore sanitario italiano è stato un settore che non è cresciuto, che di fatto è da considerarsi 'stagnante', mortificato da politiche di rigore e di risanamento che ne hanno impedito lo sviluppo. Il mercato delle prestazioni sanitarie e l'insieme delle risorse destinate al settore sanitario sono rimasti sostanzialmente stabili. La quota di spesa sanitaria nel 2002 è la stessa del 1992, il 6,3%. Questo dato è estremamente importante, soprattutto se lo si giudica alla luce delle caratteristiche generali dei sistemi sanitari, che tendenzialmente crescono con il crescere dello sviluppo economico e del progresso scientifico. Da tenere inoltre presente che questo stato di crisi del sistema sanitario italiano non riguarda 'solo' la tutela della salute dei cittadini, ma anche lo sviluppo dell'industria della salute, ovvero del settore sanitario inteso come settore produttivo che contribuisce all'occupazione, al valore aggiunto, allo sviluppo economico.



In Italia la crisi della sanità ha contribuito a determinare gli allarmi, in gran parte ingiustificati, sulla sostenibilità del settore sanitario e del servizio sanitario nazionale. Gli allarmi sono ingiustificati in quanto l'entità della spesa pubblica e complessiva dell'Italia in questo momento è in linea con quella degli altri paesi europei. Gli allarmi non sono giustificati nemmeno se consideriamo la dinamica della spesa sanitaria e le previsioni della sua crescita nei prossimi decenni. In questa analisi è di aiuto il lavoro della Ragioneria Generale dello Stato, che ha fatto una previsione, su richiesta della Commissione Europea, sulla dinamica della spesa sanitaria pubblica alla luce dell'evoluzione della demografia in Italia. Queste previsioni mostrano che, pur tenendo conto della sfavorevole evoluzione demografica, nel 2050 la spesa sanitaria pubblica arriverebbe intorno agli 8-8,1 punti percentuali di PIL, il livello dell'attuale spesa tedesca e francese. Quindi, anche in presenza di necessarie politiche rigorose sulla spesa pubblica, gli allarmi sulla sostenibilità del sistema sanitario italiano risultano ingiustificati.

Gli allarmi sono invece del tutto giustificati sul piano della crisi del settore sanitario che produce prestazioni, tecnologie, farmaci e diagnostica. Pur operando in un settore che ha tutte le possibilità di crescere a tassi relativamente elevati (visto che la domanda di prestazioni è in crescita), gli industriali e gli operatori sanitari hanno visto frustrate le loro legittime aspettative di crescita. In Italia, infatti, più che in altri paesi, è evidente il conflitto sulle politiche sanitarie. Da un lato esse sono considerate come politiche di tutela della salute dei cittadini, o meglio politiche di copertura contro il rischio di spesa per la salute. Dall'altro lato, però, le politiche sanitarie sono politiche economiche che riguardano un'industria, un settore produttivo con molte potenzialità di crescere, soprattutto in alcune aree territoriali, e che vuole trovare modalità alternative o integrative di finanziamento rispetto a un mercato che, altrimenti, non ha grandi possibilità di crescita, visto che il settore privato risente di crescenti vincoli di bilancio da parte dei consumatori.

Oltre alla crisi che caratterizza il bilancio economico del suo sistema sanitario, l'Italia ha un'altra particolarità, rispetto agli altri paesi europei, che verosimilmente svolge un ruolo importante nel disegnare le politiche sanitarie. L'Italia soffre di un eccesso di medici. Gli ultimi dati dell'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico attestano che il numero di medici in Italia per mille abitanti è 5,9 (in Francia è 3, in Germania 3,4, negli Stati Uniti 2,7). Questo eccesso di offerta di medici è affiancato in Italia dalla forte carenza di personale infermieristico. In Italia il numero di infermieri per mille abitanti è pari a 4,6 (negli Stati Uniti è 8,3, in Germania è 9,6, in Francia è 6). L'Italia è quindi il paese che ha il più alto numero di medici, quasi il doppio rispetto alla media degli altri paesi con simile livello di sviluppo, e il più basso numero di infermieri. Con il risultato che tutto ciò incide enormemente sull'equilibrio finanziario e sulla qualità delle prestazioni offerte dal sistema sanitario pubblico.

Un tema decisivo per la riflessione sulle politiche sanitarie riguarda la questione delle disuguaglianze. Infatti in Europa, nonostante i sistemi di *welfare* ampiamente diffusi attraverso modelli solidaristici, è possibile registrare ancora una rilevante presenza di disuguaglianze nelle condizioni di salute e nell'accesso alle prestazioni sanitarie. I dati europei indicano che, ad esempio, il livello di istruzione oppure il livello di reddito (ma ovviamente anche l'età o il luogo di residenza) costituiscono fattori decisivi per le differenze tra le condizioni di salute. Più rilevante è tuttavia la persistenza delle disuguaglianze nell'accesso alle cure sanitarie: si tratta in questo caso di un problema segnalato da tutte le agenzie responsabili delle politiche sanitarie e in tutte le raccomandazioni internazionali dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'OCSE.

Naturalmente si tratta di disuguaglianze inferiori a quelle che si registrano nei paesi con sistemi privatistici, nei quali l'accesso alle cure è direttamente determinato dal reddito e dal patrimonio. In ogni caso, nei paesi europei con sistemi ampiamente pubblici e solidaristici sono ancora estremamente diversificati gli accessi alle prestazioni di qualità, in grado di garantire l'esito migliore nello spazio di tempo più breve. Le disuguaglianze persistono nonostante gli sforzi fatti da tutti i paesi europei per tentare di garantire un accesso alle cure che non sia discriminante nei



confronti di coloro che sono più deboli. È poi evidente che continuano ad essere estremamente rilevanti soprattutto le diseguaglianze fra il nord e il sud del mondo. L'ultimo rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità mette in evidenza le principali cause di malattia o morte precoce nel mondo, sottolineando come esse siano distribuite fra il nord e il sud del mondo in modo completamente diverso. La prima causa di disabilità, di sofferenza e di morte prematura nel sud del mondo è la malnutrizione e il ridotto peso alla nascita dei bambini. Al contrario, l'obesità è una causa importante per lo sviluppo delle patologie e dei fattori di sofferenza e di morte prematura nel nord del mondo. Quindi: grandi diseguaglianze all'interno dei paesi sviluppati fra classi sociali, e grandi diseguaglianze fra i diversi paesi, in particolare fra i paesi sviluppati e i paesi sottosviluppati.

Un aspetto che invece accomuna tutti i paesi sviluppati è l'attenzione nei confronti della qualità delle cure, non soltanto per quanto riguarda il comfort e gli aspetti di relazione, ma soprattutto in termini di appropriatezza rispetto agli specifici bisogni di salute della popolazione. Questo problema è centrale: non a caso, la Banca Mondiale ha sottolineato come il fattore principale di spreco di risorse nella sanità sia legato all'inefficacia di molte procedure diagnostiche e terapeutiche, o comunque all'efficacia non dimostrata di molte prestazioni sanitarie che vengono normalmente erogate, sia nei paesi ricchi sia nei paesi poveri. È il problema dell'appropriatezza rispetto allo specifico bisogno di salute dell'individuo, ed è il problema della pertinenza rispetto agli obiettivi che si pone un sistema sanitario che intende tutelare davvero concretamente la salute, e non semplicemente rimborsare le spese sanitarie che sostengono gli individui nel momento in cui il medico prescrive una qualche prestazione. Questi problemi riguardano il tema ampio e delicato, anche sotto il profilo etico, della "prioritarizzazione", cioè la scala di valori attraverso cui si definiscono le priorità sulla base dell'appropriatezza.

In Europa il tema delle priorità è stato affrontato a partire dai primi anni Novanta (in particolare in Svezia, poi in Olanda e in Inghilterra), con il timore relativo alla sostenibilità della crescita della spesa sanitaria, in particolare pubblica. Ma, come hanno sostenuto autorevoli organizzazioni internazionali (OMS, ONU ecc.), il tema delle priorità avrebbe dovuto essere affrontato a prescindere dalle pressioni imposte dal riordino della finanza pubblica, proprio perché il tema delle priorità riguarda appunto l'appropriatezza delle prestazioni a partire, da un lato, dal diritto dei cittadini ad essere tutelati attraverso risorse della collettività, ovvero attraverso la fiscalità generale; dall'altro, dagli obblighi che hanno nei confronti dei cittadini i singoli organismi e le amministrazioni (nel caso italiano, le Regioni) deputate all'organizzazione e al funzionamento del sistema sanitario. La soluzione del tema delle priorità richiede la collaborazione interdisciplinare di epidemiologi, clinici, operatori sanitari (non necessariamente medici), economisti ed esperti di organizzazione. Ed è un tema rischioso, soprattutto in una fase di controllo della spesa sanitaria, perché può essere interpretato soltanto in termini di riduzione dei costi e non di definizione delle garanzie strettamente legate al diritto di tutela della salute.

Il tema delle priorità – inteso non come un modo per 'tagliare' i servizi, ma come forma di razionalizzazione dell'offerta attraverso la riduzione delle prestazioni non efficaci o di efficacia non dimostrata o comunque a bassa priorità – costituisce perciò la sfida principale che deve essere affrontata da tutti i sistemi sanitari: è la sfida dell'appropriatezza e dell'efficacia, che deve essere condotta affinché i sistemi sanitari possano restare sostenibili e possano continuare ad avere quelle caratteristiche di solidarietà e di globalità che in Europa hanno sempre avuto.

#### Riferimenti bibliografici

AA.VV., *Pubblico e privato a confronto. Spesa sanitaria e qualità dei servizi*, in «Salute e territorio», XVI, n. 90, 1994, pp. 20-58.

N. Dirindin, *Chi paga per la salute degli italiani?*, il Mulino, Bologna 1996.

N. Dirindin (a cura di), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, il Mulino, Bologna 2004.

N. Dirindin, P. Vineis, *Elementi di economia sanitaria*, il Mulino, Bologna 2004.

N. Dirindin, P. Vineis, *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Einaudi, Torino 2004.

N. Falcitelli, M. Trabucchi, F. Vanara (a cura di), *Rapporto sanità 2003*, il Mulino, Bologna 2003.

M. La Rosa, R. Raboni (a cura di), *Innovazione e trasformazione nelle politiche sanitarie europee*, Franco Angeli, Milano 2001.

J. Le Fann, *The Rise and Fall of Modern Medicine*, Abacus, London 2000.

F. Maino, *La politica sanitaria*, il Mulino, Bologna 2001.

F. Maino, *La sanità fra Stato e Regioni*, in «il Mulino», LII, n. 405, 2003, pp. 100-107.