



DIPARTIMENTO DI SOCIOLOGIA E RICERCA SOCIALE  
SCUOLA DI DOTTORATO IN  
STUDI COMPARATIVI E INTERNAZIONALI IN SCIENZE SOCIALI

Dottorato di ricerca in  
Sociologia Applicata e Metodologia della Ricerca Sociale  
XXV ciclo

# L'UNIVERSALISMO INCOMPIUTO

## DISUGUAGLIANZE SOCIOECONOMICHE E INIQUITÀ NELL'ACCESSO AI SERVIZI SANITARI IN ITALIA

Tesi di  
Valeria Glorioso

*Supervisore:*  
Prof. Maurizio PISATI  
Dipartimento di Sociologia e  
Ricerca Sociale  
Università degli Studi di  
Milano-Bicocca

*Co-supervisore:*  
Prof. S V SUBRAMANIAN  
Department of Social and  
Behavioral Sciences  
Harvard School of Public Health  
Harvard University

Anno accademico 2011/12

# Abstract

Equity has long been considered an important goal in the health sector. Yet, inequalities between different social groups persist. In particular, lower-status socioeconomic groups tend to suffer higher rates of mortality and morbidity than do higher-status socioeconomic groups. Also, disadvantaged groups often use health care services less, despite generally having higher levels of need. Scholars often argue that these inequalities reflect mainly differences in constraints, rather than differences in preferences, so that they should be considered as inequities, i.e., as an instance of social injustice.

The purpose of this dissertation is to investigate whether, and to what extent, patterns of access to health care services deviate from the ideal of horizontal equity – i.e., equal access for equal need – in a country with a universal and egalitarian health care system: Italy. The Italian National Health Service (Servizio Sanitario Nazionale – SSN) was established in 1978 through a major reform largely inspired by the British NHS, with the declared goal of providing uniform and comprehensive care to all Italian citizens. The reform rested on the egalitarian principle that health care should be financed according to ability to pay – through general taxation – but distributed according to need, thereby setting out equity objectives in terms of both financial contribution and access to care. There is evidence, however, that these goals have not been fully achieved yet.

The present work aims at analyzing this issue and bridging some of the methodological and substantive gaps in existing research. Using large-scale survey data collected in three different years (1994, 2000, and 2005) and multilevel regression modeling, we investigate whether and how the probability of accessing a comprehensive set of health care services varies among individuals with equal need but different socioeconomic status (SES). Along with the standard indicators of health care utilization (GP visits, specialist visits, and inpatient hospital care), we consider two other variables generally neglected in previous research: propensity to take basic medical tests and use of diagnostic services. Moreover, in addition to the

usual estimation of global horizontal inequity, we carry out a stratified analysis aimed at providing distinct estimates of inequity for each level of need, as proxied by health status.

Overall, the results of this study confirm a well-established finding in the international literature on health care: even countries with a universal and egalitarian public health care system, like Italy, exhibit a certain degree of SES-related horizontal inequity in health services utilization. Specifically, we found a significant amount of pro-rich inequity in the utilization of specialist care, diagnostic services, and basic medical tests. Use of primary care was found inequitable, too, but in favor of the less well-off. Finally, we found that hospitalization is essentially equitable.

The stratified analysis of inequity by level of health status uncovers a noteworthy pattern of heterogeneity in the phenomenon of interest: the degree of inequity in health services utilization tends to decrease as health status decreases – and, therefore, as the need for health care increases. Although this trend is neither regular nor strictly monotonic, our tests show that it is not a mere artifact of sampling error. Thus, there are good reasons to assume that as the need for health care increases, its utilization approaches equity.

Finally, our analyses show no substantial difference in inequity of access to health care across regions and time. The articulation of the Italian SSN into twenty different – and relatively autonomous – Regional Health Services was expected to generate some regional variation in inequity of health care utilization. Likewise, the reforms the SSN underwent during the period 1994-2005 were plausible sources of variation over time. However, no systematic evidence of regional or longitudinal heterogeneity was revealed by our analyses, suggesting that socioeconomic inequity of access to health care is a stable, well-structured phenomenon.

Science, we are told, can rescue us all from our shared biological fate. Therefore, we should all unite in supporting a focus on medicine and, if we care about justice, on the equitable access of all to its benefits. Challenging deeper inequalities in society, however, is divisive, not unifying, and it threatens those with the greatest power and the most to lose.

Norman Daniels, *Just Health*, 2008.

# Indice

<b>Elenco delle tabelle</b>	<b>iv</b>
<b>Elenco delle figure</b>	<b>vi</b>
<b>Introduzione</b>	<b>1</b>
<b>1 Salute, opportunità di vita e giustizia sociale</b>	<b>5</b>
1.1 Premessa . . . . .	5
1.2 La salute come bene speciale . . . . .	6
1.2.1 Giustizia: un valore universale? . . . . .	6
1.2.2 Il concetto di giustizia sociale: teorie a confronto . . . . .	7
1.2.3 Il carattere speciale della salute . . . . .	15
1.2.4 Il riconoscimento universale del diritto alla salute . . . . .	16
1.3 Le disuguaglianze di salute . . . . .	21
1.4 Il ruolo dei servizi sanitari . . . . .	25
1.5 Osservazioni conclusive . . . . .	28
<b>2 Il quadro concettuale di riferimento</b>	<b>30</b>
2.1 Premessa . . . . .	30
2.2 L'equità nella salute . . . . .	30
2.3 L'accesso ai servizi sanitari . . . . .	34
2.4 Il bisogno di assistenza sanitaria . . . . .	37
2.5 Lo status socioeconomico . . . . .	39
2.6 Osservazioni conclusive . . . . .	41
<b>3 Breve analisi dei sistemi sanitari occidentali</b>	<b>42</b>
3.1 Premessa . . . . .	42
3.2 Dal mutualismo al servizio sanitario nazionale . . . . .	42
3.3 La copertura sanitaria . . . . .	46

3.4	La spesa sanitaria . . . . .	50
3.5	L'eccezionalità del caso USA . . . . .	56
3.6	Osservazioni conclusive . . . . .	59
<b>4</b>	<b>Il Servizio Sanitario Nazionale italiano</b>	<b>60</b>
4.1	Premessa . . . . .	60
4.2	La grande riforma: la nascita del SSN . . . . .	62
4.2.1	Dall'unità d'Italia alla seconda guerra mondiale . . . . .	62
4.2.2	Dal secondo dopoguerra alla grande riforma . . . . .	65
4.2.3	La Legge 833/1978 . . . . .	72
4.3	La riforma "bis" . . . . .	77
4.3.1	La riforma della riforma . . . . .	77
4.3.2	Dopo la riforma "bis" . . . . .	80
4.4	La riforma "ter" . . . . .	83
4.5	La situazione attuale . . . . .	86
4.6	Osservazioni conclusive . . . . .	89
<b>5</b>	<b>Il disegno della ricerca</b>	<b>92</b>
5.1	Premessa . . . . .	92
5.2	Interrogativi di ricerca . . . . .	92
5.3	Dati . . . . .	93
5.4	Variabili . . . . .	95
5.4.1	Accesso ai servizi sanitari . . . . .	95
5.4.2	Bisogno di assistenza sanitaria . . . . .	96
5.4.3	Status socioeconomico . . . . .	97
5.4.4	Altre variabili . . . . .	103
5.5	Tecniche di analisi . . . . .	104
5.5.1	L'analisi di regressione . . . . .	104
5.5.2	Modelli di regressione: specificazione . . . . .	106
5.5.3	Modelli di regressione: stima . . . . .	111
5.5.4	Modelli di regressione: presentazione dei risultati . . . . .	115
<b>6</b>	<b>Iniquità nell'accesso ai servizi sanitari: il quadro nazionale</b>	<b>121</b>
6.1	Premessa . . . . .	121
6.2	Il quadro nazionale complessivo . . . . .	122
6.3	Nel momento del bisogno: l'analisi stratificata . . . . .	131
6.4	Sanità iniqua: alcune interpretazioni . . . . .	139
6.5	Osservazioni conclusive . . . . .	145

<b>7</b>	<b>Le differenze regionali</b>	<b>147</b>
7.1	Premessa . . . . .	147
7.2	Iniquità disuguali? Il possibile ruolo dei Servizi Sanitari Regionali .	147
7.3	Analisi delle differenze regionali . . . . .	153
7.4	Osservazioni conclusive . . . . .	160
<b>8</b>	<b>Le variazioni nel tempo</b>	<b>163</b>
8.1	Premessa . . . . .	163
8.2	Gli effetti potenziali delle riforme . . . . .	164
8.3	Analisi longitudinale dell'iniquità: 1994-2005 . . . . .	166
8.4	Osservazioni conclusive . . . . .	171
<b>9</b>	<b>Conclusioni</b>	<b>172</b>
9.1	L'universalismo incompiuto . . . . .	172
9.2	Limiti dello studio e possibili sviluppi futuri . . . . .	177
9.3	Prove di universalismo . . . . .	179
	<b>Appendice A Modelli di regressione</b>	<b>182</b>
	<b>Appendice B Rapporti di iniquità</b>	<b>194</b>
	<b>Riferimenti bibliografici</b>	<b>196</b>

# Elenco delle tabelle

3.1	Andamento nel tempo della percentuale di popolazione coperta da assistenza sanitaria in venti paesi OCSE (1960-2010) . . . . .	49
3.2	Andamento nel tempo della spesa sanitaria pubblica, privata e totale in undici paesi OCSE (1960-2010) . . . . .	52
5.1	Numero di casi validi (individui e famiglie) considerati nello studio .	95
5.2	Versione base (2005) dell' <i>Indice di risorse socioeconomiche</i> (IRS) . .	101
5.3	Corrispondenza fra variabili sociodemografiche di controllo e regressori . . . . .	109
6.1	Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, campione complessivo (2005) .	123
6.2	Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	132
7.1	Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	154
8.1	Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005) . . . . .	166
A.1	Modello nazionale base (2005) . . . . .	183
A.2	Modello nazionale stratificato: visite generiche (2005) . . . . .	184
A.3	Modello nazionale stratificato: visite specialistiche (2005) . . . . .	185
A.4	Modello nazionale stratificato: esami clinici di base (2005) . . . . .	186
A.5	Modello nazionale stratificato: esami clinici diagnostici (2005) . . .	187
A.6	Modello nazionale stratificato: ricoveri ospedalieri (2005) . . . . .	188



A.7	Modello regionale (2005) . . . . .	189
A.8	Modello nazionale base: visite generiche (1994, 2000 e 2005) . . . . .	190
A.9	Modello nazionale base: visite specialistiche (1994, 2000 e 2005) . . . . .	191
A.10	Modello nazionale base: esami clinici diagnostici (1994, 2000 e 2005) . . . . .	192
A.11	Modello nazionale base: ricoveri ospedalieri (1994, 2000 e 2005) . . . . .	193
B.1	Rapporti di iniquità . . . . .	195

# Elenco delle figure

1.1	Peso esplicativo dei determinanti della salute . . . . .	25
1.2	I determinanti sociali della salute secondo Dahlgren e Whitehead . .	26
1.3	I determinanti sociali della salute secondo Braveman ed Egerter . .	27
1.4	Modello di fornitura dei servizi sanitari secondo Oleske . . . . .	28
1.5	Quadro concettuale per l'analisi delle iniquità nella salute secondo la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS . .	29
3.1	Percentuale di popolazione coperta da assistenza sanitaria e tipo di sistema sanitario vigente in venti paesi OCSE (2010) . . . . .	48
3.2	Spesa sanitaria totale in venti paesi OCSE (2010) . . . . .	51
3.3	Relazione fra spesa sanitaria pubblica e totale imposte diret- te/indirette in quattordici paesi OCSE (2010) . . . . .	54
5.1	Relazione fra i punteggi delle diverse versioni della scala IRS . . . .	102
5.2	Struttura multilivello dei dati . . . . .	106
6.1	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite generiche (2005) . . . . .	124
6.2	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite specialistiche (2005) . . . . .	126
6.3	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici di base (2005) . . . . .	127
6.4	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici diagnostici (2005) . . . . .	128
6.5	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e ricoveri ospedalieri (2005) . . . . .	129
6.6	Rapporti di iniquità per i diversi indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari (2005) . . . . .	130

6.7	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite generiche, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	133
6.8	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite specialistiche, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	134
6.9	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici di base, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	136
6.10	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici diagnostici, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	137
6.11	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e ricoveri ospedalieri, secondo lo stato di salute (2005) . . . . .	138
6.12	Probabilità di sottoporsi ai diversi tipi di visita specialistica, secondo lo status socioeconomico (2005) . . . . .	141
6.13	Motivi sottostanti alla scelta dell'assistenza pubblica o privata per l'effettuazione di visite specialistiche ambulatoriali (2005) . . . . .	142
7.1	Indicatori di accessibilità/qualità del SSN, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	149
7.2	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite generiche, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	155
7.3	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite specialistiche, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	156
7.4	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici di base, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	158
7.5	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici diagnostici, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	159
7.6	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e ricoveri ospedalieri, secondo la regione di residenza (2005) . . . . .	161
8.1	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite generiche, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005) . . . . .	167
8.2	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e visite specialistiche, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005) . . . . .	168
8.3	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico ed esami clinici diagnostici, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005) . . . . .	169
8.4	Associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e ricoveri ospedalieri, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005) . . . . .	170

# Introduzione

Il carattere universalistico della copertura sanitaria su cui si fonda il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN), e i cui limiti applicativi sono oggetto d'indagine di questo lavoro di ricerca, torna oggi di estrema attualità nel dibattito internazionale sulle politiche di salute pubblica. Infatti, il livello di accesso ai servizi sanitari resta un terreno di misurazione fondamentale delle disuguaglianze in moltissimi paesi del mondo e, sempre più, anche nei paesi industrializzati occidentali, attraversati dalla crisi del welfare state e dal conseguente arretramento degli standard di assistenza pubblica, sanitaria e non solo. Questa retrocessione delle politiche sociali è tanto più problematica in quanto giunge in un momento storico in cui, dopo decenni di politiche neo-liberali, la privatizzazione dei servizi sanitari ha prodotto in molti paesi un aumento dell'esclusione dall'accesso ai servizi sanitari delle fasce più svantaggiate della popolazione: proprio il fenomeno che la lungimirante, quanto disattesa, riforma sanitaria italiana del 1978 istitutiva del SSN si proponeva di contrastare.

Il rinnovato interesse nei confronti dei sistemi sanitari a carattere universalistico come principale strumento di promozione dell'equità e della giustizia sociale è testimoniato anche dalla 66<sup>a</sup> Assemblea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, tenutasi a Ginevra a fine maggio 2013, in cui si è dibattuto proprio sull'urgenza di rilanciare, a livello globale, politiche governative di copertura sanitaria universale. Il concetto di *universal health coverage* appare oggi destinato a diventare la spina dorsale della futura agenda globale per lo sviluppo, come ha sottolineato nel suo intervento a Ginevra la direttrice generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, Margaret Chan: “La copertura sanitaria universale, in base alla quale ognuno deve avere accesso ai servizi sanitari di cui ha bisogno a prescindere dalle proprie possibilità economiche, riflette l'enfasi sull'uguaglianza e la giustizia sociale articolata nella Dichiarazione del Millennio e nei documenti ONU sullo sviluppo sostenibile”. Ancor più pragmatico è stato, nel suo discorso a Ginevra, il presidente della Banca Mondiale, Jim Yong Kim: “Assistiamo a un crescente movimento

globale per la promozione della copertura sanitaria universale. Ogni paese nel mondo può migliorare la performance del proprio sistema sanitario attraverso le tre dimensioni della copertura universale: accesso, qualità ed economicità. Priorità e strategie volte a questo risultato possono variare di paese in paese, ma la pianificazione deve sempre essere legata a dati e misurazioni certi e pertinenti”.

Proprio questo è lo scopo del nostro lavoro di ricerca: misurare, come non è mai stato fatto finora, il livello di iniquità socioeconomica nell’accesso ai servizi sanitari in un paese come l’Italia in cui, ormai da trentacinque anni, vige – almeno sulla carta – un sistema di copertura universalistico e ugualitario. Troppo spesso si dà per scontato che, se esistono alcuni diritti e principi sanciti sulla carta, essi siano di fatto messi in pratica. Nella realtà del nostro paese, almeno per quanto riguarda il sistema sanitario, non è così: non solo la storia del nostro intero sistema di sicurezza sociale ha portato a mantenere alcuni residui del sistema sanitario che vigeva prima dell’istituzione del SSN, ma anche le riforme successive (come la regionalizzazione e l’aziendalizzazione) progressivamente introdotte nel nostro SSN fin dalla sua istituzione – e per ragioni più di contenimento della spesa che di miglioramento del servizio – hanno modificato i principi fondanti del nostro sistema sanitario. Principi che oggi, come raccomanda la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, andrebbero riaffermati con coraggio per non dissipare le importanti conquiste ottenute in passato. Il nostro sistema sembra dunque caratterizzato da una doppia natura: da un lato i principi sanciti con la sua istituzione che promuovono l’equità, la qualità e l’universalità; dall’altro la difficoltà di conciliare tali principi con il nostro sistema culturale, sociale e di welfare, nonché con una disponibilità di risorse limitate. Per questi motivi ci siamo chiesti: esistono in Italia disuguaglianze socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari? Queste disuguaglianze, se presenti, variano al variare del livello di bisogno di assistenza sanitaria? La forma e l’intensità di tali disuguaglianze presentano variazioni rilevanti fra le venti regioni italiane? E sono cambiate nel tempo?

In questo lavoro di ricerca affronteremo tutti questi interrogativi cercando di dare risposte concettualmente strutturate ed empiricamente fondate. Specificamente, analizzando l’evidenza empirica disponibile, cercheremo di stabilire se e in quale misura in un paese come l’Italia, caratterizzato da un sistema sanitario universalistico ed egualitario, esistano forme di iniquità di tipo socioeconomico nell’accesso ai principali servizi sanitari, descrivendone la forma e l’intensità. La discussione si articola in nove capitoli. Il primo e il secondo capitolo sono dedicati all’analisi concettuale: nel primo saranno discusse, alla luce del dibattito sulla giusta distribuzione dei beni e la giustizia sociale, le ragioni dell’importanza

della salute come bene prioritario e fondamentale, e saranno delineati i fattori che contribuiscono a creare e riprodurre le disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi; nel secondo, invece, si fornirà il quadro concettuale di riferimento sul quale si baseranno le successive analisi empiriche, concentrandosi sui concetti di equità, accesso, bisogno e status socioeconomico. Nel terzo e nel quarto capitolo l'attenzione si sposta sul quadro storico-politico dei sistemi sanitari occidentali. In particolare, nel terzo capitolo saranno descritti i sistemi sanitari dei principali paesi occidentali industrializzati, riassumendo e delineando il percorso istituzionale che ha portato all'affermazione della sanità pubblica moderna e dei differenti regimi di welfare vigenti. Nel quarto capitolo, invece, saranno tracciate le tappe del lungo cammino che ha portato all'istituzione del nostro SSN e alle successive riforme che hanno configurato l'attuale assetto del sistema. Nel quinto capitolo saranno presentati gli interrogativi di ricerca, i dati utilizzati nelle analisi, le variabili di interesse e il quadro di riferimento metodologico. Nel sesto, settimo e ottavo capitolo si passerà all'analisi empirica e l'attenzione sarà interamente rivolta alle disuguaglianze socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari in Italia. Specificamente, nel sesto capitolo verranno presentati i risultati delle analisi dell'associazione tra status socioeconomico e accesso ai servizi nell'Italia contemporanea, prima nel suo complesso e poi per livello di bisogno. Nel settimo capitolo saranno, invece, presentati i risultati dei confronti regionali, finalizzati a descrivere se, e in quale misura, le disuguaglianze oggetto di studio si manifestano in modi diversi nelle venti regioni italiane. Infine, nell'ottavo capitolo verranno presentati i risultati dell'analisi longitudinale, volte a indagare se le associazioni di interesse variano nel tempo. Il nono e ultimo capitolo sarà dedicato alle osservazioni conclusive. Due appendici completano il lavoro, documentando i dettagli delle principali analisi empiriche.

Il mio interesse per l'equità di accesso ai servizi sanitari è nato diversi anni fa durante un viaggio in India, nel corso del quale ho visto con i miei occhi cosa voglia dire non potere accedere liberamente alle cure mediche. Da quel momento in poi il mio interesse è cresciuto sempre di più, ma è stato grazie a Maurizio Pisati se questo è diventato l'oggetto dei miei studi degli ultimi anni. Lo ringrazio inoltre per avermi guidato e aiutato con preziosi consigli durante tutte le fasi di questo lavoro e, più in generale, del dottorato di ricerca; in particolare, gli sono grata per avermi trasmesso l'interesse per il metodo scientifico e per l'analisi quantitativa dei fenomeni sociali, nonché per avermi insegnato i "sani principi" di un rigoroso lavoro di ricerca empirica – che, ahimé, non sono sempre stata capace di mettere in pratica, ma di cui farò sempre tesoro per ogni lavoro futuro.

Gran parte di questo lavoro è stata svolta a Boston presso la Harvard School of Public Health, dove il mio amore per la sanità pubblica e per l'epidemiologia sociale si è definitivamente consolidato. Sono molto grata a tutti i membri del Department of Social and Behavioral Sciences, diretto da Ichiro Kawachi, per la loro eccellente ospitalità e per avermi dato accesso a tutte le risorse a loro disposizione, inclusi i corsi per dottorandi. Un ringraziamento speciale va a S V (Subu) Subramanian, che mi ha consentito di trascorrere un periodo eccezionale presso la Harvard University, dimostrando un profondo interesse verso il mio lavoro e una costante disponibilità a discuterne ogni aspetto. I suoi consigli sono stati essenziali per la preparazione di questo lavoro, oltre che una continua fonte di motivazione e ispirazione.

Ringrazio anche i professori Michael Reich (Department of Global Health and Population, Harvard School of Public Health), per i preziosi commenti al mio progetto di ricerca e per avermi insegnato come affrontare le spinose questioni legate allo studio dei sistemi sanitari; e Miguel Hernán (Department of Epidemiology e Department of Biostatistics, Harvard School of Public Health), per avermi dato la possibilità di seguire il suo corso che ha cambiato in parte il mio modo di pensare l'analisi empirica dei fenomeni sociali. Vorrei ringraziare, inoltre, i dottorandi dei corsi di "Theories and Methods of Political Inquiry for Health Policy", "Multilevel Statistical Methods" e "Epidemiologic Methods", nonché tutti quelli afferenti al Department of Social and Behavioral Sciences, per avermi offerto innumerevoli occasioni di stimolante confronto scientifico. Meritano una menzione speciale anche i seminari dell'Harvard Center for Population and Development Studies, diretto da Lisa Berkman, che sono stati una preziosa fonte di riflessione su molti temi di mio interesse.

Tornando in Italia, desidero ringraziare i membri di  $\mu$ Lab – Working Group on Quantitative Analysis of Social Phenomena, per gli scambi stimolanti di questi anni; e tutti i dottorandi del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università di Milano-Bicocca, con i quali ho condiviso una parte importante del mio percorso formativo. Ringrazio anche il Centro Studi Assobiomedica per avermi dato l'opportunità di affrontare alcuni temi specifici che mi hanno aiutato ad avere una visione più completa del sistema sanitario italiano.

Infine, un ringraziamento speciale a tutte le persone a me care e vicine che mi hanno sostenuto e che hanno creduto in me, senza le quali non sarei mai stata capace di affrontare e concludere questo percorso perché, come cantavano i Coldplay:

*I was just guessing at numbers and figures,  
Pulling [my] puzzles apart.  
Questions of science, science and progress,  
Do not speak as loud as my heart.*

# Capitolo 1

## Salute, opportunità di vita e giustizia sociale

### 1.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo introduttivo è duplice: da un lato viene evidenziata l'importanza della salute come “bene speciale”, la cui equa distribuzione costituisce un fattore primario di uguaglianza delle opportunità e, più in generale, di giustizia sociale; dall'altro lato viene illustrato il ruolo svolto dall'accesso ai servizi sanitari come determinante dello stato di salute.

Specificamente, nel secondo paragrafo sono discusse brevemente le principali teorie della giustizia sociale alla luce del dibattito che circonda il concetto di giusta distribuzione dei beni, al fine di tracciare un quadro dei principi guida delle pratiche istituzionali e sociali per la tutela e la garanzia della salute pubblica; vengono poi presentate alcune argomentazioni a sostegno della posizione secondo la quale la salute va considerata come un bene differente dagli altri, una risorsa di primaria importanza la cui distribuzione disuguale nella società è inevitabilmente fonte di iniquità; infine, sono passate in rassegna le principali dichiarazioni internazionali che hanno contribuito ad affermare il diritto alla salute come diritto fondamentale. Nel terzo paragrafo sono riassunti i diversi fattori che contribuiscono a creare e riprodurre le disuguaglianze di salute. Nel quarto paragrafo si sottolinea l'importanza dell'accesso ai servizi sanitari nel processo di produzione delle disuguaglianze di salute. Il quinto paragrafo, infine, è dedicato alle osservazioni conclusive.



## 1.2 La salute come bene speciale

### 1.2.1 Giustizia: un valore universale?

Il concetto di giustizia sociale è fondamentale in discipline diverse come la sociologia, la filosofia, la scienza politica, il diritto e l'economia, poiché è utilizzato come concetto chiave per la comprensione dell'evoluzione dei sistemi sociali. Per questo motivo nelle scienze sociali, fin dai tempi più remoti, si è cercato di elaborare teorie che potessero sostenere principi di giustizia sociale condivisibili e accettabili. Diversi sociologi, filosofi e politologi hanno tentato, seppure in modo eterogeneo, di dare sostegno ai principi della giustizia sociale. A fronte delle numerose divergenze esistenti tra i diversi approcci, emerge una questione di fondo: i principi fondamentali su cui poggiano le diverse teorie della giustizia sociale sono tutti validi e, pertanto, non possono essere considerati come principi oggettivi, oppure, al contrario, anche in assenza di basi oggettive bisogna ammettere che esistono valori più fondamentali di altri?

Nella storia dei valori e della loro affermazione ci sono periodi storici e società in cui i valori che si sono affermati sono molteplici e ambivalenti, ma questa molteplicità non è, a ben vedere, un indicatore della loro relatività. Se la giustizia è un valore, il suo affermarsi come valore non è stato un percorso che ne indica il relativismo più di quanto le dispute scientifiche su teorie opposte non siano rivelatrici del relativismo di ciascuna di esse. [Kuhn \(1962\)](#) ha dimostrato come la storia della scienza sia la storia di conflitti tra paradigmi scientifici, e come condividere un paradigma significhi costituire una comunità scientifica che sostiene gli stessi valori scientifici, criteri di giudizio, modelli interpretativi, metodi e contenuti per decidere cosa far rientrare nel campo della scienza e cosa escludere. Allo stesso modo, la storia del mutamento dei valori è la storia delle dispute tra questi. I valori, al pari delle teorie scientifiche, restano giusti fino a quando sono sorretti da una serie di ragioni accettate e condivise: “la vita morale comporta, proprio come la vita scientifica, dei movimenti di innovazione (di creazione delle idee) e dei momenti di selezione delle idee. I principi che la guidano sono sottomessi alla critica del reale e consolidati o rifiutati, proprio come i principi che guidano la decifrazione del reale. I processi di selezione delle idee non sono dunque diversi nel caso del normativo e in quello del positivo; in un caso come nell'altro [...] la selezione operata dalla critica e dalla realtà impone definitivamente alcuni principi, ne squalifica altri e ne pone altri ancora in posizione di attesa” ([Boudon 1999](#), trad. it. 52).

In altre parole, la produzione di certezza nel campo normativo si costruisce

attraverso la circolarità nel processo di affermazione dei valori e dunque, in campo morale, l'affermazione dei valori non è scontata; tuttavia, in alcuni casi diventa possibile vederne il carattere oggettivo e irreversibile sulla base delle loro ragioni intrinseche. In questa prospettiva, il *politeismo dei valori* weberiano appare meno assoluto e, anche se si manifesta in modo chiaramente visibile, non elimina il fatto che gli attori sociali, nell'agire rispetto al valore, si servano di *ragioni forti* per discernere cosa sia giusto e cosa sia ingiusto (Boudon 1999). Secondo Graham (1988) vi sono almeno quattro valori sociali su cui c'è accordo rispetto al loro carattere di importanza oggettiva: la pace, la prosperità, la libertà e la giustizia. Questo non significa, tuttavia, che tali valori siano incontrastabili o che non siano mai stati contestati; significa più semplicemente che, anche se il loro valore non è mai stato messo in discussione, il disaccordo si manifesta solo quando si tratta di darne un'interpretazione. Per questo motivo, cosa si intenda esattamente quando si parla di *società giusta* – o meglio, quando si parla di giustizia sociale – è una questione assai controversa.

### 1.2.2 Il concetto di giustizia sociale: teorie a confronto

Esistono dunque concetti come quello di giustizia che hanno un forte carattere valutativo e normativo. In sociologia il concetto di giustizia sociale si utilizza quando si parla di giustizia delle istituzioni: “norme di proprietà, tasse e trasferimenti di ricchezza, fornitura di istruzione ed assistenza sanitaria, ovvero le pretese dei cittadini nei confronti della società nel suo complesso, o dello Stato” (Hargreaves Heap *et al.* 1992, trad. it. XX). Più in generale, il riferimento è alla definizione aristotelica di giustizia distributiva, ossia quella che si estrinseca nella distribuzione di beni, servizi e risorse tra gli individui parte di una data società (Bobbio *et al.* 1983). Secondo Elster (1992), gli ambiti della società che le teorie della giustizia si propongono di regolare riguardano l'allocazione di alcuni *distribuendum*: risorse primarie quali l'educazione, l'abitazione, il reddito e la salute. Tuttavia, non è esplicito quali siano i criteri in base ai quali un bene o un trattamento debba essere distribuito. Secondo Oppenheim (1983, 477), il paradigma di ogni norma di distribuzione potrebbe essere sintetizzato così: “un determinato (e specificato) beneficio (per es. la franchigia) o onere (per es. una tassa) deve essere assegnato o trattenuto da qualunque persona, a seconda che questa possieda, o le manchino, determinate caratteristiche specifiche (per es. razza, cittadinanza, ricchezza, abilità)”.

Dal concetto di giustizia distributiva deriva quello di equità sociale, associato alla nozione di uguale trattamento e assenza di pregiudizio, generalmente coincidente

con le procedure invece che con i risultati (Hargreaves Heap *et al.* 1992). Infatti, per quanto equità e giustizia siano concetti simili, non sono la stessa cosa: la giustizia è semmai il risultato di una serie di scelte compiute in condizioni di equità. In generale, si parla di equità quando si prendono in esame i criteri di distribuzione delle risorse tra gli individui, in riferimento a una giusta amministrazione della *res publica*. Tuttavia, la scelta dei principi alla base di questa distribuzione rimane un problema estremamente complesso: come si fa a determinare se una certa distribuzione dei beni sia giusta o ingiusta? La risposta a questa domanda è tutt'altro che univoca.

Nel corso della storia del pensiero filosofico e sociologico, ci sono stati numerosi tentativi di elaborare una teoria di giustizia sociale che possa essere utile a valutare quali siano le diversità da utilizzare come base per una differenza di trattamento e, dall'altra parte, quali siano le somiglianze atte a determinare una identità di trattamento (Brandt 1962). Alcune teorie hanno messo in evidenza caratteristiche individuali ascritte sia fisiche (etnia, età, sesso) che sociali (posizione sociale alla nascita, famiglia di origine); altre hanno messo in evidenza caratteristiche acquisite (reddito, posizione sociale di destinazione, livello di istruzione). Se si considerano gli autori classici, emergono posizioni in netto contrasto: se Platone, ad esempio, sosteneva che le norme di distribuzione devono essere inegualitarie, Rousseau sosteneva esattamente il contrario.

Quello di giustizia sociale è un concetto estremamente controverso, al punto che non esiste accordo nemmeno su cosa costituisca esattamente, sia come processo che come risultato (Almgren 2013). Emergono dunque problemi di diversa natura. In primo luogo, nella giusta distribuzione di risorse limitate si presenta il problema di determinare una concezione della giustizia sociale che sia reciprocamente riconosciuta e accettata da gruppi differenti come base legittima per le rivendicazioni su ogni tipo di obbligazione (dovere) e ogni beneficio (diritto) in termini di risorse e servizi. In secondo luogo, esiste il problema di come organizzare le istituzioni sociali in conformità con quella determinata concezione prevalente di giustizia sociale. Questi sono i punti problematici messi in evidenza da Rawls (2001) e ai quali tutte le teorie della giustizia sociale hanno tentato di dare risposta.

A partire dal secondo dopoguerra, in particolare dagli anni Settanta del secolo scorso, diversi autori europei e americani hanno condotto un ampio lavoro di definizione concettuale della giustizia sociale, dedicando particolare attenzione all'aspetto empirico dell'applicazione politica e sociale delle loro teorie. I principali approcci che si sono sviluppati possono essere classificati in tre grandi categorie: libertarismo (Nozick 1974; Rothbard 1973; von Hayek 1960, 1976), neoutilitarismo

(Arrow 1951; Barry 1989; Harsanyi 1955) e neocontrattualismo (Nussbaum 2002; Rawls 1971; Sen 1982, 1999a, 2009; B.A.O. Williams 1981). Illustrare brevemente gli aspetti principali di queste diverse famiglie di teorie, passando in rassegna le argomentazioni fondanti di ciascuna di esse, consente di tracciare un quadro sintetico dei principi che possono essere assunti come guida delle pratiche istituzionali e sociali per la tutela e la garanzia della salute pubblica.

Per quanto riguarda il *libertarismo*, Nozick ne è considerato il principale esponente. Basato su una rivisitazione della filosofia liberale di John Locke e di pensatori più recenti come Ludwig von Mises, il pensiero di Nozick (1974) si articola intorno a tre nozioni principali, strettamente interconnesse tra loro. La prima è quella che recupera dall'impostazione lockiana il concetto di legge di natura, ossia le norme dettate dalla ragione per garantire a ogni essere umano alcuni diritti fondamentali. Questi ultimi sono i *diritti naturali*: il diritto alla vita, il diritto alla proprietà fondato sul lavoro personale e il legittimo possesso dei suoi frutti, il diritto alla libertà. L'unico diritto che non è contemplato tra questi è quello di farsi giustizia da sé. Questo è il punto di raccordo con la seconda nozione fondamentale del pensiero di Nozick, anch'essa mutuata dalla riflessione lockiana: l'amministrazione della giustizia è compito dello Stato. Il potere legislativo dello Stato, che comprende anche quello giudiziario, è l'unico potere legittimo. Lo Stato, però, si deve limitare a proteggere i cittadini dalla violenza, dal furto, dalla frode e dalla violazione dei contratti, evitando di intromettersi in ogni altra questione, compresa la tutela della salute. Il modello di Stato di Nozick emerge in maniera legittima dallo stato di natura, senza violare i diritti di nessun individuo; si tratta di uno *Stato minimo* la cui unica funzione è, appunto, quella di fornire protezione con il monopolio della forza. Per usare le parole dello stesso Nozick (1974, trad. it. XIII): "le nostre conclusioni principali sullo Stato sono che uno Stato minimo, ridotto strettamente alle funzioni di protezione contro la forza, il furto, la frode, di esecuzione dei contratti, e così via, è giustificato; che qualsiasi Stato più esteso violerà i diritti delle persone di non essere costrette a compiere certe cose, ed è ingiustificato; e che lo Stato minimo è allettante oltre che giusto". La terza nozione cardine del pensiero di Nozick, evidentemente legata alle prime due, è quella di società, intesa come una rete di associazioni volontarie tra individui autonomi e uguali che contribuiscono in vario modo ai propri bisogni (Boaz 1997). Secondo questa concezione, è difficile trovare le basi per ritenere che gli individui abbiano qualche tipo di obbligazione verso la società.

Per quanto riguarda specificamente il concetto di giustizia distributiva, secondo Nozick la distribuzione delle risorse di una società si deve considerare giusta se e

solo se è il risultato di un processo nel quale non vengono violati i diritti di alcuno. Inoltre, secondo la nozione di Stato minimo da lui introdotta, allo Stato viene negata la legittimità della fornitura dei beni pubblici, dal momento che se ciascun individuo è libero di disporre della sua proprietà come preferisce, non c'è alcun motivo di aspettarsi che la distribuzione risultante debba uniformarsi a qualsivoglia modello (Hargreaves Heap *et al.* 1992). In quest'ottica uno Stato più esteso, finalizzato a ottenere la giustizia distributiva, è considerato ingiustificato. Nelle parole di Nozick (1974, trad. it. 159): “giustizia distributiva non è un termine neutrale. Quando sente il termine *distribuzione* la maggior parte della gente suppone che qualche cosa o qualche meccanismo usi un principio o un criterio per distribuire una certa quantità di cose. Non esiste una distribuzione centrale, una persona o un gruppo autorizzati a controllare tutte le risorse e a decidere congiuntamente come servono essere ripartite. [...] In una società libera, diverse persone controllano risorse differenti, e nuove proprietà nascono dagli scambi volontari e dalle azioni delle persone. Non c'è una distribuzione di parti più di quanto non ci sia una distribuzione di compagni in una società in cui le persone scelgono chi sposare. Il risultato globale è il prodotto di molte decisioni individuali che i diversi implicati hanno diritto a fare”. Dunque i beni, le posizioni di potere e le risorse sono posseduti legittimamente dagli individui o da singoli gruppi a condizione che essi ne siano entrati in possesso senza violare i diritti naturali di nessun altro individuo.

Se Nozick nega la legittimità di qualsiasi potere redistributivo, Rothbard (1973) giudica immorali le istituzioni pubbliche e le definisce come organizzazioni di ladri con il fine di operare un *furto sistematico* a danno dei singoli individui per mezzo della tassazione. In tal modo, Rothbard arriva ad affermare che tutte le leggi promulgate dallo Stato nel nome dell'interesse della società sono in realtà atti di appropriazione indebita, e che tutti i servizi pubblici possono essere forniti in modo molto più efficiente dal settore privato. Questa concezione liberista della società e dell'organizzazione sociale viene portata al suo massimo sviluppo da von Hayek (1976), con un rifiuto netto verso qualsiasi forma di gestione centralizzata da parte dello Stato e della stessa nozione di giustizia sociale, considerata intrinsecamente incompatibile con una società libera.

La seconda corrente di pensiero, il *neoutilitarismo*, affonda le sue radici nell'utilitarismo classico contrastandone, però, alcuni aspetti. L'utilitarismo, nel suo significato più ampio, è la dottrina che assume l'utilità come criterio dell'azione degli individui e come principio dei valori morali. Il termine fu coniato da John Stuart Mill nella seconda metà del XIX secolo per indicare, appunto, la corrente di pensiero secondo la quale la parola *utilità* denota ciò che produce vantaggio,

piacere o felicità. In quest'ottica, l'interesse della comunità non è un'entità a sé, ma rappresenta la somma degli interessi dei vari individui che la compongono, per cui il criterio fondamentale è massimizzare il piacere totale dei membri della società, da intendere come la somma dei piaceri individuali. L'utilità è ciò che, minimizzando il dolore, massimizza la felicità (il piacere), e le istituzioni sociali sono sia buone che giuste nella misura in cui massimizzano l'utilità complessiva, senza fare nessuna distinzione tra ciò che è buono e ciò che è giusto (Hargreaves Heap *et al.* 1992). In un simile sistema, gli individui hanno come unica pretesa legittima nei confronti dello Stato quella di tenere in considerazione l'utilità di tutti, senza alcuna discriminazione. L'utilitarismo fornisce così un metodo di valutazione: un governo utilitarista deve avere come obiettivo quello di massimizzare l'utilità totale dei suoi cittadini senza applicare un criterio di giustizia indipendente da quello di utilità.

Esistono diverse correnti che si sono sviluppate a partire da questo filone principale e che hanno portato avanti, fino agli anni Settanta del secolo scorso, il dibattito sull'interpretazione di utilità. In particolare, ad Arrow (1951) e alla sua idea di *economia del benessere* si deve una ridefinizione della nozione di utilità secondo la quale è impossibile avere una funzione del benessere sociale che sia la somma delle funzioni di utilità individuali. Secondo Arrow, affinché si possa trovare una funzione collettiva del benessere sociale, è necessario stabilire un criterio condiviso di decisione tra diverse preferenze conflittuali. Un'altra versione recente dell'utilitarismo è quella elaborata dal primo Sen (1979) e da lui denominata *welfarismo*. Secondo questa corrente di pensiero, l'obiettivo di ogni società è il raggiungimento del *benessere sociale*. Tale obiettivo, però, non può essere raggiunto sommando le utilità dei singoli individui, perché in realtà non c'è nulla da sommare: la società è un tutto, e il giudizio dei decisori pubblici può essere rappresentato solo da una particolare funzione che massimizzi il benessere sociale svincolandosi dalla proposizione della misurabilità di piaceri e dolori individuali.

Infine, con il *neocontrattualismo* vengono rivisitate e riadattate le teorie contrattualiste di Locke, Rousseau e Kant. In particolare, la teoria della giustizia di Rawls (1971) costituisce un tentativo unico di rispondere alla domanda fondamentale che non ha ancora trovato risposta univoca, vale a dire quale sia la concezione politica della giustizia più accettabile e condivisibile che garantisca la realizzazione dei principi di giustizia nella distribuzione di costi e benefici tra i membri di una società. La teoria di Rawls della *giustizia come equità* nasce propriamente come teoria della giustizia sociale e come forte critica agli utilitaristi classici e ai welfaristi. L'approccio di Rawls parte dal tentativo di portare a un

livello più alto di astrazione le tradizionali teorie del contratto sociale. In senso strettamente neokantiano, Rawls considera le norme etiche come norme che hanno un valore fondante e contano più di qualsiasi altro criterio, un *dover essere* che porta a osservare le norme a prescindere da qualsiasi altra condizione. Lo studioso concepisce la società come “un’associazione più o meno autosufficiente di persone che, nelle loro relazioni reciproche riconoscono certe norme di comportamento e che, per la maggior parte, agiscono in accordo con esse (supponendo poi che queste norme specifichino un sistema di cooperazione teso ad avvantaggiare coloro che vi partecipano). Quindi, nonostante la società sia un’impresa cooperativa per il reciproco vantaggio, essa è normalmente caratterizzata sia da conflitto che da identità di interessi. [...] Un insieme di principi serve così per scegliere tra i vari assetti sociali che determinano questa divisione dei vantaggi e per sottoscrivere un accordo sulla corretta distribuzione delle quote. Questi principi sono i principi della giustizia sociale: essi forniscono un metodo per assegnare diritti e doveri nelle istituzioni fondamentali della società, e definiscono la distribuzione appropriata dei benefici e degli oneri della cooperazione sociale” (Rawls 1971, trad. it. 22). Quando Rawls parla di sottoscrizione di un accordo si riferisce a un contratto, un patto che i membri della società si impegnano a stipulare sulla base di norme condivise (con esplicito riferimento alla teoria rousseauiana del contratto sociale). La scelta dei principi, in quest’ottica, deve essere non solo razionale ma anche morale, poiché deve essere specificata in modo da garantire l’equità delle condizioni che, a loro volta, possono assicurare l’equità della scelta stessa.

Tuttavia, nonostante queste premesse, un certo grado di accordo sulle concezioni della giustizia non è l’unico prerequisito. Rawls integra la sua teoria con un secondo principio, quello di posizione originaria dietro al *velo di ignoranza*. Questo principio consiste nell’immaginare, operando un’astrazione teorica, una condizione iniziale (non propriamente uno stato di natura) in cui i soggetti, dotati di uguali libertà e reciprocamente disinteressati, debbano impegnarsi formalmente per la distribuzione delle risorse fondamentali (che Rawls chiama beni principali) quali la salute, la libertà, il reddito, l’istruzione. Se essi, in quanto persone auto-interessate e razionali che non hanno alcuna autorità l’uno sull’altro, prenderanno tali decisioni senza sapere quale sarà la loro condizione particolare (velo di ignoranza), si troveranno inevitabilmente d’accordo nel ritenere i principi di giustizia come un insieme dei criteri di libertà, uguaglianza e ricompensa per i servizi che contribuiscono al bene comune (Rawls 1971).

Il terzo principio della teoria rawlsiana della giustizia sociale riguarda il criterio della distribuzione dei beni principali: dal momento che non si può sapere



inizialmente quale posizione potrà capitare di ricoprire, sarà meglio optare per il principio di *maximin*, che consiste nel massimizzare i vantaggi per la posizione più svantaggiata, in modo tale da alleviare questo svantaggio, sia esso sociale o naturale. Questa condizione di scelta porta a selezionare due principi di giustizia: da un lato, il diritto alla libertà individuale compatibile con le libertà altrui; dall'altro, la giustificazione delle sole disuguaglianze che producono vantaggi per gli svantaggiati. La soluzione di Rawls consiste nel determinare la separazione fra la prospettiva privata di ciascun individuo e la prospettiva pubblica della cittadinanza. Alla prospettiva individuale del proprio bene (dell'utilità) si può accedere quando si affrontano le scelte che riguardano questioni individuali e soggettive; alla prospettiva del giusto si deve accedere, invece, quando si affrontano questioni di interesse pubblico. In questo senso il bene (*good*) è separato del giusto (*right*) e il giusto ha la priorità su qualsiasi altra cosa. In altre parole, la politica ha il compito di definire i principi che sono in grado di regolare una società giusta, ma non quello di promuovere i modelli di vita dei cittadini. Ciò implica che le istituzioni pubbliche devono soddisfare il criterio di neutralità rispetto alle diverse concezioni del bene. L'uguaglianza di opportunità diventa così un *prerequisito* garantito dalla giusta distribuzione di beni e servizi da parte delle istituzioni. Proprio questo è il concetto di uguaglianza di opportunità di vita necessario per comprendere perché la salute abbia un posto moralmente speciale rispetto ad altri beni a causa del suo impatto sulle opportunità di vita (così come, prima di essa, i determinanti della salute).

In ambito economico, la rielaborazione dei concetti di scelta, benessere, libertà e giustizia si deve a Sen (1982) che sviluppa la sua teoria delle *capabilities* alla luce di una critica serrata a tutte le correnti di pensiero di matrice utilitarista, dalle quali si allontana definitivamente. In estrema sintesi, per Sen il concetto di capacità come possibilità potenziali indica uno specifico tipo di libertà: l'insieme delle combinazioni alternative di *scelte funzionali* (*functionings*) che un'individuo è in grado di realizzare (Sen 2005). Le scelte funzionali sono da intendere come le scelte effettive che gli individui fanno liberamente. Si tratta, in questa prospettiva, di capacità che la società dà (o nega) all'individuo, proprio perché le effettive scelte funzionali che una persona è in grado di compiere vengono a dipendere sia dagli assetti istituzionali della società di cui tale persona fa parte, sia da determinate caratteristiche personali (Sen 2005). Tale insistenza sulla libertà è giustificata, secondo Sen, dal fatto che molte delle disuguaglianze e condizioni di svantaggio hanno origine dalla mancanza di un'effettiva libertà di scelta da parte delle vittime, ossia dall'impossibilità di essere in grado di scegliere tra diverse alternative (Sen 2005). La negazione delle libertà è strettamente connessa alla



manca di servizi pubblici e di interventi sociali (Sen 1999b). Dalla constatazione della presenza di libertà multiple e interconnesse, Sen deriva la necessità di un approccio ampio e multilaterale, capace di trovare un equilibrio tra una molteplicità di istituzioni: lo Stato, le istituzioni sociali, le istituzioni private, le strutture ibride. In questo senso Stato e società possono ancora svolgere, nella sua concezione, un ruolo importantissimo nel rafforzare le capacità umane, senza perdere di vista la centralità dell'azione individuale (Sen 1999b). In particolare, nel settore dei beni pubblici come la sanità e l'istruzione di base può essere indispensabile, secondo Sen, l'intervento dello Stato, anche per ottenere risultati ottimali sotto il profilo dell'efficienza che il meccanismo di mercato, di per sé, non sarebbe in grado di raggiungere, data la natura particolare di questi beni.

Il contributo di Nussbaum (2002) va nella stessa direzione seguita da Sen e affronta la difficile questione dell'identificare criteri e principi fondamentali che dovrebbero essere rispettati e utilizzati dai governi in tutte le comunità per garantire la dignità umana. Nussbaum, mutuando l'approccio delle capacità di Sen e applicandolo alla condizione femminile nei paesi in via di sviluppo, sostiene che è necessario chiedersi cosa le persone siano in grado di fare e cosa siano in grado di essere in una particolare società. In altre parole, bisogna chiedersi se la dignità umana sia stata riconosciuta e valorizzata e in che misura gli individui siano liberi di scegliere la propria vita nella concretezza delle loro azioni particolari (Nussbaum 2002).

Gli epigoni di Sen e Rawls sono numerosi<sup>1</sup> e hanno contribuito a dare sfumature diverse alle loro teorie, criticandole, integrandole e riformulandole, lasciando però al centro della riflessione l'importanza dell'uguaglianza delle opportunità. Altri due importanti teorici che si iscrivono in questa corrente sono Taylor e Sandel. Taylor estende la sua concezione comunitarista-individuale anche alla sfera della politica, sostenendo l'universalismo politico di matrice kantiana secondo il quale tutti i cittadini devono avere pari dignità. Secondo Taylor (1991), l'equità dovrebbe essere perseguita applicando la politica della pari dignità ricorrendo ad azioni che possano ridare dignità proprio a quei gruppi di individui che soffrono dei maggiori svantaggi socioeconomici, differenziando i principi di giustizia distributiva a seconda della loro applicazione. A sua volta, Sandel (1998) mette in dubbio la priorità della giustizia sulla comunità e ha difeso una concezione della politica che privilegia i valori dell'amicizia, della conoscenza reciproca e del bene comune. Nell'ottica di Sandel, la priorità accordata da Rawls alla giustizia rispetto al bene comune

<sup>1</sup> Si vedano, ad esempio, Dworkin (2000); Nagel (1991); Roemer (1998); Scanlon (1998).

può essere accettata solo se si accetta la priorità dell'individuo rispetto ai suoi fini, questa concezione dell'azione individuale a sua volta è accettabile solo se si considera il ruolo costitutivo svolto dai valori della comunità. Nella sua concezione neocomunitaria della politica, la giustizia occupa un ruolo importante ma non è prioritaria rispetto ai valori della comunità.

In sintesi, dalla breve rassegna delle tre famiglie di teorie prese in esame emergono tre concezioni di giustizia sociale chiaramente distinte: si va dalla giustizia sociale come massimizzazione del benessere sociale, passando per la concezione *minimalista* fondata sul rispetto dei diritti naturali, fino alla giustizia come equità e all'approccio delle capacità. Perché esistono così tante e così diverse teorie della giustizia? In altri termini, è inevitabile scegliere fra una posizione *relativista*, che porta a valutare ogni teoria nella sua specificità ma considerandola alla stregua di tutte le altre, e una posizione *fideista*, che porta a scegliere una teoria scartando tutte le altre (Boudon 1999)? Sebbene non sia sempre facile dare risposta a queste domande, esiste almeno un bene fondamentale rispetto al quale il principio circolare della costruzione di *ragioni forti* accettate e condivise mette tutti d'accordo: la salute.

### 1.2.3 Il carattere speciale della salute

Nel dibattito sulla giustizia sociale la salute emerge generalmente come un bene diverso dagli altri, un "bene speciale" la cui distribuzione disuguale all'interno della società è da intendersi necessariamente come iniqua e, quindi, moralmente inaccettabile. Powers e Faden (2006), in continuità con il pensiero di Sen e Nussbaum e sulla base di un approccio marcatamente empirico, individuano sei dimensioni costitutive del concetto di benessere, tra le quali la salute emerge come elemento essenziale. Ruger (2009), partendo dal punto di vista aristotelico e dall'approccio delle capacità di Sen, delinea i principi che costituiscono il paradigma dell'*Health Capability*, nel quale integra elementi di concezioni diverse per cercare di unificare i contrapposti punti di vista su cosa sia giusto e cosa sia buono. In modo ancora più deciso Daniels (1985, 2008), adottando una prospettiva rawlsiana, include non solo la salute in sé, ma anche l'assistenza sanitaria tra le condizioni necessarie per ottenere giuste ed eque opportunità di vita. Tobin (1970), Sen (2002) e Anand (2002), fra gli altri, sostengono che questo primato della salute deriva dal fatto che essa costituisce il prerequisito necessario affinché le persone possano svilupparsi pienamente come esseri umani. In particolare, secondo Sen (2002) la salute "è tra le condizioni più importanti della vita umana e una significativa componente delle capacità umane alla quale dobbiamo necessariamente dare valore". In breve,

secondo questa posizione ogni società che voglia essere “giusta” dovrebbe sempre tenere nella massima considerazione il miglioramento della salute, la cura della malattia e la disponibilità dei servizi sanitari per tutti indistintamente (O’Donnell *et al.* 2008).

Numerosi studi hanno messo in luce l’esistenza di un gradiente sociale nelle disuguaglianze di salute, per cui i gruppi sociali più svantaggiati tendono a soffrire di tassi di mortalità e morbilità più alti di quelli osservati fra i soggetti con un elevato status socio-economico (Lindholm *et al.* 1996; Marmot e Wilkinson 2006; Starfield 2001; Whitehead 1992; A.H. Williams 1997). Molti studiosi sostengono che tali disparità riflettono principalmente differenze di vincoli (redditi più bassi, costi superiori, minore accesso alle assicurazioni sanitarie, condizioni di vita che favoriscono la possibilità di versare in uno stato di cattiva salute, e così via) anziché differenze nelle preferenze (Le Grand 1987; Whitehead 1992). Tali disparità, cioè, tendono a essere considerate non semplicemente come disuguaglianze, bensì come iniquità e, quindi, come manifestazioni di ingiustizia sociale (Wagstaff e Van Doorslaer 2000b). Partendo da questa constatazione, Daniels *et al.* (1999) si chiedono: quando possiamo dire che le disuguaglianze sociali nella salute sono effettivamente ingiuste? I tre studiosi trovano una risposta al proprio interrogativo nella teoria di Rawls, sostenendo che una società giusta è anche *buona* per la salute degli individui.

Dopo avere passato in rassegna il pensiero degli studiosi che si sono espressamente dedicati al rapporto tra salute e giustizia sociale, risulta evidente come l’equa distribuzione di un bene così prezioso e “speciale” come la salute rappresenti un obiettivo chiave per i governi e per i sistemi sanitari in tutti i paesi avanzati. Il prossimo paragrafo illustra le principali tappe del percorso che ha portato ad affermare il diritto alla salute come diritto fondamentale.

#### 1.2.4 Il riconoscimento universale del diritto alla salute

Come abbiamo appena visto, nonostante la varietà di concezioni e teorie della giustizia sociale, la salute è generalmente considerata come un bene di cui è importante assicurare una giusta distribuzione.

Non ci sono dubbi sul fatto che la salute sia uno dei beni più preziosi, ma il suo percorso di affermazione istituzionale come diritto fondamentale è stato lungo e tortuoso. Ottenere il migliore stato di salute possibile per ogni essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale, è un obiettivo che emerge con forza fin dalle prime

dichiarazioni dei diritti umani. Già a fine Settecento, dopo la rivoluzione francese, con l'adozione della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo e del Cittadino, il legislatore affermava che la salute è un problema più vasto di quello clinico individuale, da affrontare non solo come risposta al bisogno dell'individuo biologico, ma anche come soddisfazione delle esigenze di individui che costituiscono il tessuto sociale. È solo all'inizio del XX secolo, però, che il tema della salute come diritto fondamentale comincia ad emergere in tutta la sua rilevanza. La prima esplicitazione dei principi fondamentali della sanità pubblica si trova in uno scritto del 1920 di Charles Winslow (direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica della Yale University dal 1915 al 1945), esemplare per chiarezza e lungimiranza. Fra le altre cose, in esso si legge:

Public Health is the science and the art of preventing disease, prolonging life, and promoting physical health and efficiency through organized community efforts for the sanitation of the environment, the control of community infections, the education of the individual in principles of personal hygiene, the organization of medical and nursing services for the early diagnosis and preventive treatment of disease, and the development of the social machinery which will ensure to every individual in the community a standard of living adequate for the maintenance of health (Winslow 1920, 30).

Da questo momento in poi il concetto di salute si è progressivamente trasformato da bene individuale (la necessità del singolo di essere curato) a bene collettivo (l'interesse della società verso la salute degli individui), con un relativo adattamento dell'atteggiamento delle istituzioni verso la questione sanitaria. Parallelamente, anche la funzione dello Stato è cambiata, passando da un ruolo meramente assistenzialistico a quello di gestore esclusivo della sanità, con precisi doveri di intervento (Ferrera 1993, 2006; Girotti 1998; Ritter 1996).

Il primo accordo giuridico internazionale in materia di diritto alla salute si concretizza con l'adozione della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), avvenuta a New York nel 1946. Il Preambolo di tale documento fondativo contiene una definizione di salute decisamente moderna:

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> International Health Conference, *Constitution of the World Health Organization*, 1946

Oltre a definire la salute, questo Preambolo costituisce una prima dichiarazione di tutela della salute come diritto fondamentale.

Poco tempo dopo, nel 1948, tale diritto viene riaffermato con vigore nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite. All'articolo 25 si afferma:

Everyone has the right to a standard of living adequate for the health and well-being of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services, and the right to security in the event of unemployment, sickness, disability, widowhood, old age or other lack of livelihood in circumstances beyond his control. Motherhood and childhood are entitled to special care and assistance. All children, whether born in or out of wedlock, shall enjoy the same social protection<sup>3</sup>.

Questo articolo riassume i concetti contenuti in tutti gli altri articoli della Dichiarazione Universale riguardo alla dignità integrale della persona. Il contenuto di questa norma internazionale afferma con forza la centralità dei diritti umani, prestando particolare attenzione ai meno abbienti e ai più bisognosi. Nell'articolo si parla di un tenore di vita che produca e alimenti il benessere integrale della persona. Esso rappresenta la sintesi delle basi dello stato sociale, della sicurezza sociale e dell'intera agenda politica dei diritti umani. La traduzione operativa di questi precetti consiste nel mettere in atto, nei differenti sistemi, politiche sociali e azioni positive nei settori della sanità, della casa, dell'occupazione, dell'assistenza, della speciale protezione dei cittadini senza distinzione alcuna.

Nel 1966, l'Assemblea generale delle Nazioni Unite adotta il Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali, in lavorazione dal 1954. Nell'articolo 12, per la prima volta, si fa riferimento all'impegno degli Stati ad attuare il diritto alla salute mediante la creazione e la garanzia dei servizi sanitari necessari:

The States Parties to the present Covenant recognize the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. The steps to be taken by the States Parties to the present Covenant to achieve the full realization of this right shall include those necessary for: (a) The provision for the reduction of the stillbirth-rate and of infant mortality and for the healthy development of the child; (b) The improvement of all aspects of environmental and industrial hygiene; (c) The prevention,

(<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>).

<sup>3</sup> United Nations General Assembly, *Universal Declaration of Human Rights*, 1948 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

treatment and control of epidemic, endemic, occupational and other diseases;  
(d) The creation of conditions which would assure to all medical service and medical attention in the event of sickness<sup>4</sup>.

Il tema dell'assistenza sanitaria assume un ruolo centrale nella Conferenza Internazionale sull'Assistenza Sanitaria di Base svoltasi nel 1978 ad Alma Ata sotto gli auspici delle Nazioni Unite. In quell'occasione viene fatto il punto sui servizi sanitari nel mondo, si definiscono i principi alla base del concetto di assistenza sanitaria e si stabiliscono il ruolo e gli obiettivi dei governi nella promozione e nella garanzia dell'assistenza sanitaria di base. Ad Alma Ata, per la prima volta, viene stabilita dai rappresentanti di tutti i Paesi del mondo la necessità di promuovere e sviluppare un'assistenza sanitaria onnicomprensiva e rivolta a tutti indiscriminatamente. Inoltre, si ribadisce e si sottolinea ciò che era stato stabilito a New York nel 1946, in occasione della Conferenza Internazionale della Sanità: la salute è definita come “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale che non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità” e sancita come “un diritto fondamentale dell'uomo”, in virtù del quale “l'accesso ad un livello più alto di salute è un obiettivo sociale estremamente importante e presuppone la partecipazione interdisciplinare di numerosi settori socio-economici oltre che quelli sanitari”<sup>5</sup>. Questa definizione ampia e generale rimuove ogni dualismo concettuale del binomio salute-malattia, offrendo una visione più ampia e, allo stesso tempo, più alta di *stato di benessere*, non unicamente correlato all'intervento sanitario, sia esso preventivo o curativo (Maciocco 2009). Si arriva così a un accordo internazionale rispetto alla responsabilità dei governi nel garantire ai propri cittadini servizi sanitari e sociali appropriati. In questo modo si affermano come compiti dello Stato la prevenzione e il contenimento delle situazioni di non-benessere, che possono impedire ai soggetti una vita dignitosa. Il diritto alla salute rappresenta, quindi, uno dei diritti fondamentali della persona a livello internazionale, che deve essere salvaguardato anche attraverso l'azione dei pubblici poteri. Lo stato sociale ha come compito quello di garantire a tutti l'accesso ai diritti fondamentali, mettendo i cittadini nelle condizioni di poterne fruire in eguale misura, e tutelare i soggetti più deboli. Infatti, nella dichiarazione di Alma Ata, è contenuto un messaggio ancora più forte e significativo: “L'assistenza sanitaria [...] deve essere resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie di una comunità [...]”. Essa

<sup>4</sup> United Nations General Assembly, *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, 1966 (<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>).

<sup>5</sup> International Conference on Primary Health Care, *Alma Ata Declaration*, 1978 ([http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf)).

è parte integrante sia del Sistema sanitario nazionale, di cui è il perno e il punto focale, che dello sviluppo economico e sociale globale delle comunità. Garantire l'assistenza sanitaria primaria è parte dello sviluppo nel raggiungimento della giustizia sociale”.

Nel 1986, in occasione della prima Conferenza Mondiale per la Promozione della Salute organizzata dall'OMS, la Carta di Ottawa codifica per la prima volta il concetto di *promozione della salute*, inteso come insieme di politiche e attività finalizzate a raggiungere l'uguaglianza nelle condizioni di salute, riducendo la stratificazione sociale della salute e dichiarando la necessità di offrire pari opportunità e risorse per conseguire il massimo potenziale di salute. Nelle successive Conferenze Mondiali per la Promozione della Salute, svoltesi ad Adelaide nel 1988 e a Sundsvall nel 1991, vengono chiarite ulteriormente le strategie per la promozione della salute che riguardano le politiche pubbliche. La quarta Conferenza Mondiale, tenutasi a Jakarta nel 1997, è la prima che coinvolge il settore privato a sostegno della promozione della salute e costituisce un'opportunità per riflettere sui determinanti della salute e sull'efficacia della promozione della salute; inoltre, in essa si sottolinea che la salute è un diritto umano fondamentale ed è essenziale per lo sviluppo sociale ed economico. Questi concetti vengono ribaditi nelle tre successive edizioni della Conferenza Mondiale per la Promozione della Salute, svoltesi rispettivamente a Città del Messico nel 2000, a Bangkok nel 2005 e a Nairobi nel 2009.

A livello istituzionale europeo, le politiche di tutela della salute vengono prese in esame per la prima volta con il Trattato sull'Unione Europea firmato a Maastricht del 1992, nel quale viene introdotto un articolo specifico dedicato alla sanità pubblica. Sempre a livello europeo, nel 1996, con la Carta di Lubiana sulle Riforme della Sanità, si elencano una serie di principi che costituiscono parte integrante degli attuali sistemi sanitari e avrebbero dovuto migliorare l'assistenza sanitaria negli Stati europei dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. L'equità nell'accesso alle cure viene esplicitamente richiamata nell'articolo 3 della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina del 1997, con la quale gli Stati firmatari si impegnano a prendere “le misure appropriate in vista di assicurare, ciascuna nella propria sfera di giurisdizione, un accesso equo a cure della salute di qualità appropriata”<sup>6</sup>. Il diritto all'accesso all'assistenza sanitaria è sancito anche nell'articolo 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, proclamata a Nizza nel dicembre 2000, in cui si afferma che “ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione

<sup>6</sup> Council of Europe, *Convention on Human Rights and Biomedicine*, 1997 (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/164.htm>).



sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana”<sup>7</sup>.

Infine, nel 2008, con la Carta di Tallinn tutti i paesi membri dell'OMS si impegnano a migliorare la salute dei propri cittadini attraverso il rafforzamento dei sistemi sanitari; inoltre, riaffermando i valori enunciati nelle precedenti carte, convenzioni e dichiarazioni, riconoscono le differenze sociali, economiche e culturali tra i propri cittadini in termini di salute e accesso all'assistenza. È questa l'ultima tappa – per ora – di un lungo percorso che, negli ultimi sessant'anni, ha portato la salute ad acquisire lo statuto di diritto fondamentale a livello internazionale e a essere considerata come un diritto individuale e, allo stesso tempo, sociale.

### 1.3 Le disuguaglianze di salute

I fattori che contribuiscono a generare le disparità di salute fra gli individui sono molteplici ed esistono differenti concezioni dei determinanti della salute (Ardigò 1997; Braveman e Egerter 2008; Breilh 1989; Dahlgren e Whitehead 1991; McGinnis *et al.* 2002; The Institute for the Future 2003; WHO 2010a)<sup>8</sup>. Le relazioni tra i vari determinanti e l'importanza di ognuno di essi sono contenute e riassunte in alcuni schemi concettuali ormai affermati, come quello di Dahlgren e Whitehead (1991) nel quale troviamo in ordine: caratteristiche individuali; stili di vita; relazioni sociali; condizioni di vita e di lavoro; condizioni socio-economiche, culturali e ambientali generali. Al netto dei possibili effetti di fattori genetici e di condizioni ascritte, nella catena causale che conduce alle differenze di mortalità e morbilità i principali fattori di rischio restano le caratteristiche socioeconomiche, culturali e ambientali. Un risultato consolidato della ricerca epidemiologica, infatti, è che in tutte le popolazioni esiste un'associazione significativa tra la posizione sociale degli individui e il loro stato di salute (Kawachi *et al.* 2002; Subramanian, S V e Kawachi 2004). Dall'affermazione dell'esistenza di questo fenomeno si è sviluppata una specifica branca dell'epidemiologia detta *epidemiologia sociale* (Berkman e Kawachi 2000; Krieger 2011). Questo filone di studi ha generato un ampio corpus di ricerche empiriche che hanno dimostrato come in tutte le società, anche nelle più egualitarie,

<sup>7</sup> European Parliament – Council of the European Union and the European Commission, *Charter of Fundamental Rights of the European Union*, 2000 (<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:EN:PDF>).

<sup>8</sup> Per una rassegna critica si vedano Bartley (2004) e Krieger (2011).



le disuguaglianze di salute continuano a esistere e siano determinate in parte da fattori socioeconomici (Macintyre 1997; Marmot 2006; Marmot e Wilkinson 2006; Subramanian, S V *et al.* 2002). In realtà, la relazione tra le opportunità individuali di vita o di malattia e la classe sociale è nota fin dai primi studi di metà Ottocento (Villermé 1840, cit. in Lynch *et al.* 1998) e la letteratura su questo tema è quindi ormai vasta. Si è osservato che più è alta la posizione sociale degli individui (qualunque sia l'indicatore utilizzato per misurarla) più sono alte le aspettative e la qualità della vita in assenza di malattia. Tuttavia, non sono ancora chiare le cause che portano alla determinazione di questo gradiente.

Le teorie eziologiche esistenti in materia sono classificabili in quattro categorie (Bartley 2004): modello comportamentale-culturale, modello psico-sociale, modello materialista e modello dei corsi di vita. Secondo il *modello comportamentale-culturale* l'adozione di particolari comportamenti rappresenta uno dei principali determinanti sociali della salute. Questa affermazione si basa sulla teoria della transizione epidemiologica, secondo cui tutte le società sviluppate hanno subito un cambiamento di lungo periodo nei modelli di malattia e mortalità, in virtù del quale le malattie infettive hanno sempre più lasciato il campo alle malattie croniche e degenerative come causa primaria di morbilità e di morte (Omran 1971). In seguito a questa transizione, le società sviluppate contemporanee sono entrate in un'*era post-medica* (Health Education Unit 1986), in cui l'adozione di certi comportamenti è riconosciuta come un fattore sempre più determinante della salute e, pertanto, come un obiettivo chiave della politica sanitaria (Berkman e Breslow 1983; Blaxter 1990; Cockerham 2007). Negli ultimi decenni, gli studi medici ed epidemiologici che hanno utilizzato questo tipo di approccio all'analisi delle disuguaglianze di salute si sono moltiplicati. Questo ampio corpus di ricerche empiriche, inaugurato dallo studio di Alameda County (Belloc e Breslow 1972; Berkman e Breslow 1983; Housman e Dorman 2005), ha preso in esame una vasta gamma di comportamenti correlati con la salute, mostrando che molti di essi sono associati alla morbilità e mortalità dovute a malattie croniche come il cancro, le malattie cardiovascolari e il diabete di tipo 2. In particolare, quattro comportamenti sono emersi come importanti fattori che condizionano lo stato di salute degli individui: abitudine al fumo, consumo di alcol, attività fisica e regime alimentare (Berkman e Breslow 1983; Ezzati *et al.* 2003; Khaw *et al.* 2008; McGinnis e Foege 1993; WHO 2002).

Come si può notare, in pratica questo modello appare più comportamentale che culturale (Osler *et al.* 2002; Woodward *et al.* 1992). Per questo motivo Bartley (2004) preferisce definirlo *modello direttamente comportamentale* e identificarlo con l'assunto secondo il quale gli individui con uno status socioeconomico più

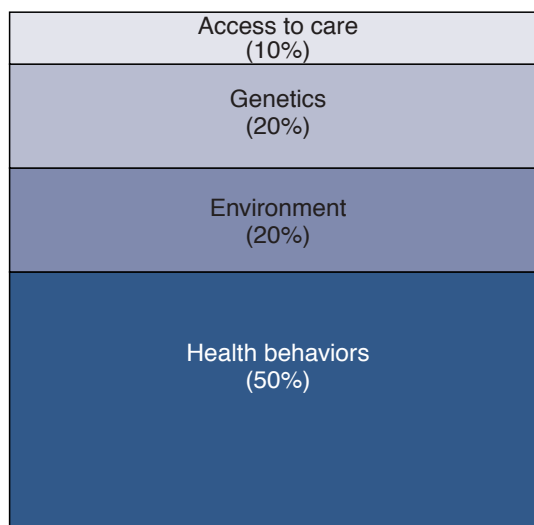
basso non sono capaci di introiettare correttamente i messaggi di educazione alla salute trasmessi da governi e specialisti, e anche quando riescono a farlo sono meno disciplinati nel seguirli. In sostanza, l'idea è che le risorse economiche, culturali e sociali che gli individui traggono dalla propria posizione sociale influenzino il loro stile di vita; questo, a sua volta, influisce sul loro stato di salute, trattenendoli dall'adottare pratiche di buona salute. In realtà, se leggiamo questo fenomeno in chiave bourdieusiana, la componente culturale del modello è tutt'altro che assente. In breve, nell'apparato concettuale tracciato da Bourdieu (1979), lo stile di vita di un individuo è definito come un insieme di pratiche generate più o meno regolarmente dal suo *habitus*; questo, a sua volta, è un sistema durevole di predisposizioni verso l'azione che nasce dall'interazione tra scelte individuali (agenzia) e opportunità di vita (struttura), entrambi prodotto diretto o indiretto della posizione sociale dell'individuo. In questa prospettiva, dunque, la posizione sociale occupata da un individuo influenza i suoi comportamenti correlati alla salute non in modo estemporaneo o superficiale, bensì attraverso l'interiorizzazione delle condizioni sociali (strutturali) e la loro trasformazione in un modello stabile (culturale) di pratiche routinarie.

Il *modello psico-sociale* – definito da alcuni studiosi anche come *bio-psico-sociale* – annovera tra i determinanti sociali delle disuguaglianze di salute tutti i fattori psicologici, biologici e sociali legati a una vita quotidiana stressante (Marmot e Wilkinson 2006). Gli studiosi che seguono questo tipo di approccio non scindono la realtà psichica (biologica) da quella sociale e contestualizzano la valutazione dello stato di salute attraverso un approccio sistemico (Stansfeld e Marmot 2002). Le relazioni sociali acquisiscono così un'importanza di primo piano per il loro legame con il benessere psico-fisico, mentre gli stili di vita passano in secondo piano nella spiegazione delle differenze di salute tra gruppi sociali (Marmot *et al.* 1978). In questa prospettiva, lo stress è visto come causa indiretta della motivazione ad abitudini considerate fattori di rischio per diverse patologie, come il consumo elevato di alcol, la voracità nel consumo di cibi ricchi di grassi e l'abitudine al fumo. Inoltre, si sottolinea il fatto che lo stress attiva la produzione nel corpo di alcune sostanze potenzialmente nocive come l'adrenalina, che porta ad aumentare il battito cardiaco e, di conseguenza, i rischi di malattie cardiovascolari e coronariche. Ad esempio, diversi studi hanno dimostrato che gli individui appartenenti ai gruppi sociali più svantaggiati hanno livelli di pressione sanguigna e di fibrinogeni più alti della media (Myllykangas-Luosujärvi *et al.* 1995; Wilson *et al.* 1993). Un'altra ragione per cui è importante considerare questa spiegazione è che certi gruppi sociali, in alcune società, hanno una sicurezza sociale garantita da sistemi di ammortizzazione

sociale, al contrario di altri che non godono dello stesso tipo di aiuto da parte delle istituzioni (Bartley 2004; Power e Matthews 1997). Insomma, come spiega Bartley (2004), gli epidemiologi sociali hanno concluso che ci potrebbe essere un legame causale tra le circostanze sociali stressanti e l'aumento del rischio di insorgenza di alcune patologie. I ricercatori si sono concentrati prevalentemente sull'analisi di alcuni ambienti di vita – domestico, lavorativo e comunitario – dimostrando come il supporto sociale possa essere un elemento protettivo dello stato di salute. Tuttavia, questi fattori non sono sempre facili da misurare e analizzare, cosicché il modello bio-psico-sociale risulta talvolta insostenibile (Marmot 2004, 2005).

Il *modello materialista* mette in primo piano, fra i determinanti sociali della salute, fattori come reddito, alimentazione, qualità dell'abitazione e dell'ambiente (Blane *et al.* 1997; Coburn 2006). Gli studiosi che sostengono questo approccio affermano che le disuguaglianze nel reddito si associano a disuguaglianze nelle altre sfere della vita che hanno ricadute sullo stato di salute. Specificamente, gli effetti delle disuguaglianze di reddito sulla salute sono visti come conseguenza dell'accesso differenziato a vari tipi di risorse economiche, sia individuali che collettive (ad esempio, le infrastrutture e i servizi sanitari). Questo approccio, dunque, pone al centro dell'analisi la relazione tra la posizione socioeconomica degli individui e l'accesso a condizioni materiali tangibili, siano esse considerate fondamentali per lo stato di salute (il cibo, la casa, l'accesso ai servizi sanitari) o secondarie (ad esempio, il possesso di un'auto, del computer, di una connessione a internet, di mezzi di trasporto veloci). Più in generale, nel modello materialista si fa riferimento a esperienze di vita condizionate dalla struttura sociale e dalle organizzazioni sociali, nei confronti delle quali l'individuo non possiede alcun controllo (Blane *et al.* 1997). Come osserva Bartley (2004), questa prospettiva è un richiamo evidente al concetto weberiano di opportunità di vita, distribuite in base alla posizione occupazionale e al potere contrattuale nel mercato del lavoro. Per questo motivo è anche detta *posizione strutturalista*: è la posizione nella struttura sociale ad influenzare l'accesso alle risorse e, di conseguenza, alla salute.

Infine, il *modello dei corsi di vita* si fonda sull'idea che sia necessario mettere in evidenza un gradiente sociale a grana fine, nel quale la salute nell'età adulta deve essere considerata il risultato di una combinazione complessa di fattori e circostanze avvenuti nel tempo, a cominciare dall'infanzia (Kuh *et al.* 1997; van de Mheen *et al.* 1998). Invece di parlare di selezione tra i gruppi in base a determinati criteri, i ricercatori che adottano questo modello esplicativo fanno riferimento all'accumulazione di svantaggi (Bartley 2004). Un'altra novità di questo approccio è che non richiede l'individuazione di un insieme di cause specifiche del gradiente



Fonte: The Institute for the Future (2003, 23).

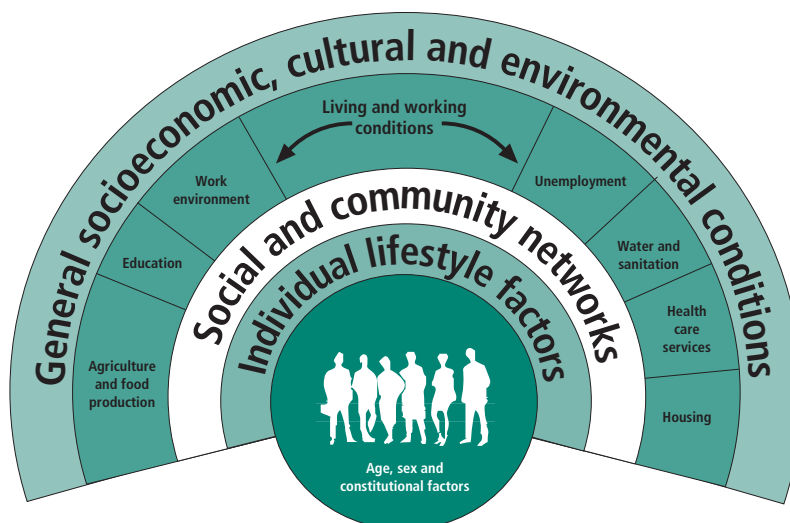
FIG. 1.1. Peso esplicativo dei diversi tipi di determinanti della salute secondo il modello elaborato dai *Centers for Disease Control and Prevention*.

sociale; piuttosto, cerca di individuare processi che diventano specifici e cambiano a seconda della malattia presa in esame.

I quattro modelli qui riassunti brevemente non esauriscono il panorama delle spiegazioni sociali delle disuguaglianze di salute; inoltre, come si è visto, non sono mutuamente esclusivi ma possono essere variamente combinati fra loro. In ogni caso, qualunque sia lo specifico schema concettuale adottato, e a prescindere dall'importanza attribuita a ciascun determinante, non vi è dubbio che esista un legame fra la posizione sociale e le opportunità di vita o di malattia degli individui, e che sistemi sanitari e accesso a essi siano inclusi nell'insieme dei fattori che contribuiscono a influenzare lo stato di salute di una popolazione.

## 1.4 Il ruolo dei servizi sanitari

Pur essendo unanimemente ritenuto rilevante, il ruolo dei servizi sanitari nel processo di produzione delle disuguaglianze di salute è concepito in modi diversi. Un primo modello interpretativo è quello proposto dai *Centers for Disease Control and Prevention* di Atlanta (USA), che attribuisce un peso esplicativo a ogni categoria di determinanti della salute (fig. 1.1). Come si può vedere, secondo tale modello lo stato di salute è condizionato per il 50% dagli stili di vita legati alla salute, per il 20% da fattori ambientali, per un altro 20% da fattori genetici e per il rimanente



Fonte: Watt (2005, 714).

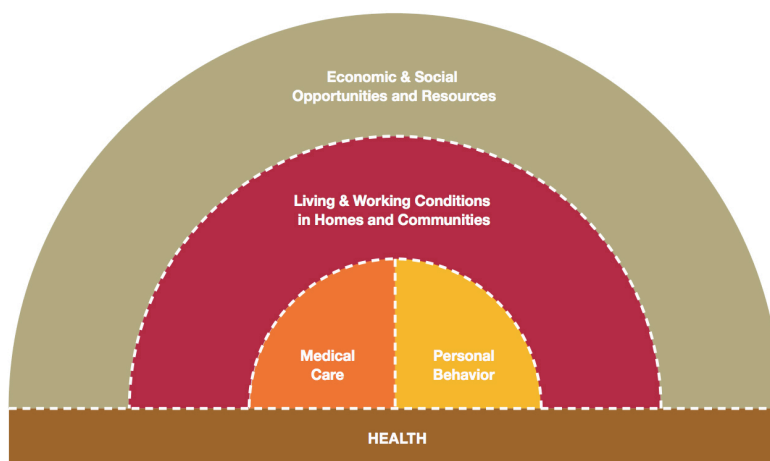
FIG. 1.2. I determinanti sociali della salute secondo Dahlgren e Whitehead.

10% dall'assistenza sanitaria. Tenendo conto del fatto che le altre tre categorie sono molto eterogenee al loro interno e includono numerosi determinanti singoli, il peso assegnato da questo modello all'assistenza sanitaria risulta piuttosto consistente.

Un modello più complesso è quello proposto da Dahlgren e Whitehead (fig. 1.2). Tale modello, formato da semicerchi concentrici collocati in ordine gerarchico di importanza (dall'interno all'esterno), riflette la rappresentazione multidimensionale della tutela della salute contenuta nella Dichiarazione di Alma Ata (Maciocco 2009). Come si può notare, i servizi sanitari sono posizionati nel terzo anello e a essi è attribuito lo stesso valore riconosciuto all'istruzione, alla condizione occupazionale, all'ambiente di lavoro e alle condizioni abitative.

Un altro modello a semicerchi concentrici è stato proposto da Braveman e Egerter (2008) nello studio preparato per la Robert Wood Johnson Foundation (fig. 1.3). In questo modello l'assistenza sanitaria e le cure sono collocate nel primo anello – quello più centrale – insieme agli stili di vita individuali, precedendo sia le condizioni di vita domestiche ed entro la comunità di riferimento, sia il più generale ambiente sociale ed economico circostante. Dunque, in questo modello l'accesso ai servizi sanitari è ritenuto esercitare un'influenza primaria sullo stato di salute.

Seppure con modalità diverse, anche Oleske (2009) propone un modello nel quale l'utilizzo dei servizi sanitari occupa un posto centrale nella catena causale che determina lo stato di salute (fig. 1.4). In questo modello, la posizione socioe-



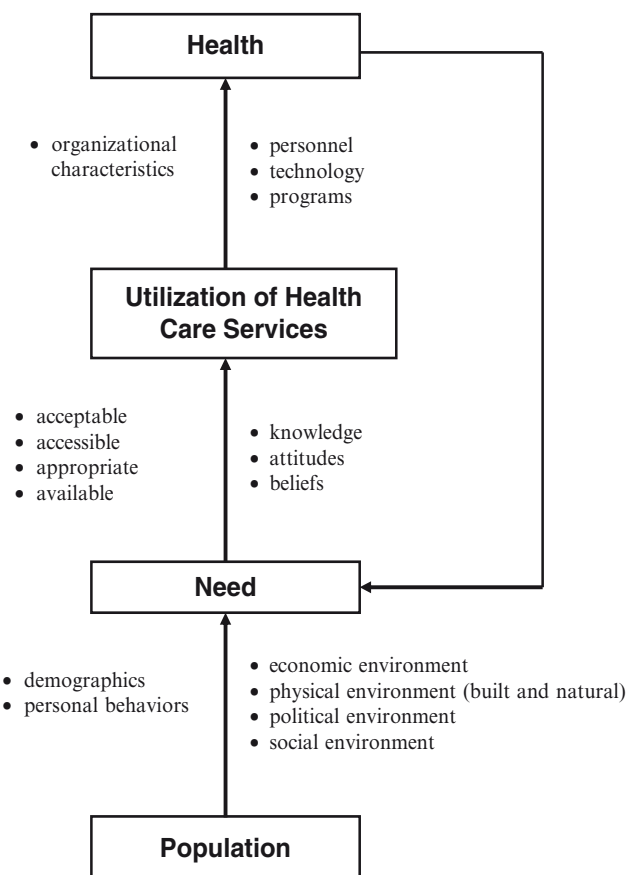
Fonte: Braveman e Egerter (2008, 50).

FIG. 1.3. I determinanti sociali della salute secondo Braveman ed Egerter.

conomica (intesa nel senso più ampio del termine) esercita un'influenza esogena sul bisogno di assistenza sanitaria che, a sua volta, condiziona l'utilizzo dei servizi sanitari. Quest'ultimo esercita un effetto sullo stato di salute che, infine, retroagisce sul bisogno di assistenza sanitaria, chiudendo così la catena causale ipotizzata.

Infine, il modello proposto dall'OMS nella relazione finale della Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (WHO 2008) include un ampio insieme di determinanti sociali, strutturali e culturali della salute (fig. 1.5). In questo caso, il ruolo dell'assistenza sanitaria è concettualizzato in modo circolare e in rapporto dialettico con tutti gli altri fattori considerati. In ogni caso, al sistema sanitario è attribuito ancora una volta un ruolo di primo piano all'interno dei processi che generano lo stato di salute degli individui le iniquità a esso correlate.

I cinque modelli qui brevemente illustrati mostrano chiaramente che, qualunque sia l'approccio prescelto per concettualizzare e rappresentare i determinanti sociali della salute, la fornitura di assistenza sanitaria e l'accesso ai servizi sanitari sono sempre presi in debita considerazione e riconosciuti come fattori rilevanti nel processo di produzione delle disuguaglianze di salute. In particolare, i servizi sanitari sono compresi fra i fattori che si possono controllare/modificare attraverso l'azione delle politiche pubbliche. È questa loro caratteristica a far sì che l'analisi delle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari svolga un ruolo importante nella descrizione del fenomeno più generale delle disuguaglianze sociali di salute. La conoscenza dei modi e della misura in cui le opportunità di accedere ai servizi sanitari sono distribuite in modo disuguale, infatti, può consentire ai decisori politici



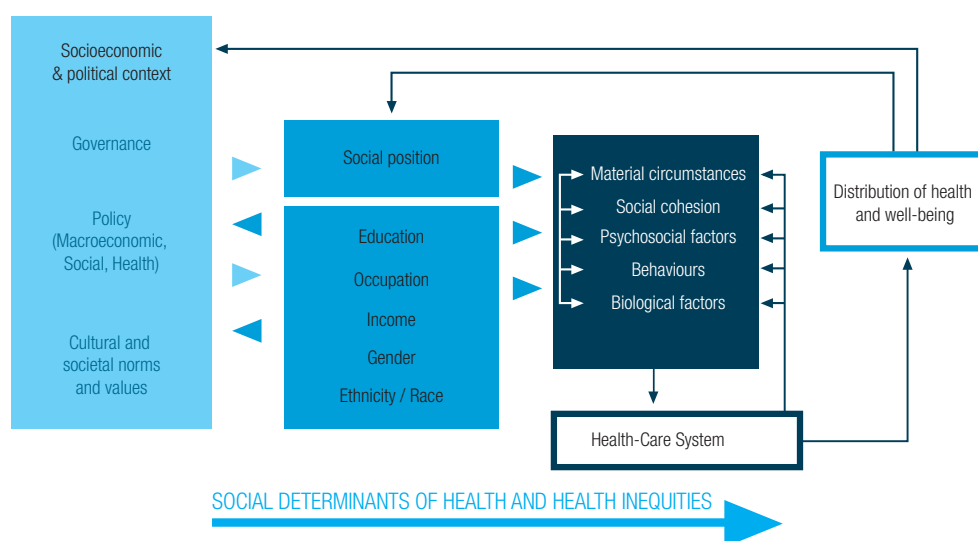
Fonte: Oleske (2009, 4).

FIG. 1.4. Modello epidemiologico di fornitura dei servizi sanitari secondo Oleske.

di orientare meglio le politiche pubbliche in materia di sanità, in particolare al fine di aumentare o migliorare la prestazione di servizi sanitari ai più bisognosi e modificare i meccanismi di finanziamento (Macinko e Starfield 2002).

## 1.5 Osservazioni conclusive

Il nostro breve esame del dibattito sulla giustizia sociale ci ha permesso di evidenziare come le disuguaglianze di salute risultino inique quando emergono da una ingiusta distribuzione di fattori controllabili e interrelati con lo stato di salute di una popolazione. Abbiamo usato il principio di giustizia come equità di Rawls, nella versione estesa di Daniels, per sottolineare come si possa perseguire l'equità delle opportunità di vita anche attraverso un'appropriata sanità pubblica



Fonte: WHO (2008, 43).

FIG. 1.5. Quadro concettuale per l'analisi delle iniquità nella salute secondo la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute dell'OMS.

che garantisca l'accesso universale all'assistenza sanitaria.

Abbiamo anche visto che il diritto alla tutela della salute si è progressivamente affermato, a livello internazionale, a partire dal secondo dopoguerra. Il percorso di affermazione di tale diritto è stato lungo e tortuoso, ed è passato attraverso diverse nozioni di salute. Tuttavia, il punto di arrivo di tale percorso è inequivocabile: la salute è unanimemente considerata un "bene speciale", una risorsa fondamentale necessaria per sviluppare tutte le altre capacità umane, e la sua distribuzione diseguale nella società non può che essere ritenuta iniqua.

Ciononostante, le disuguaglianze di salute sono un fenomeno presente in tutte le società. Esse sono determinate da diversi fattori, e gli studiosi hanno elaborato diversi modelli per analizzarle e spiegarle. In particolare, il modello materialista pone al centro dell'attenzione la relazione tra la posizione socioeconomica degli individui e le loro opportunità di accesso a risorse fondamentali per il proprio stato di salute, in primo luogo i servizi sanitari. L'utilizzo di questi servizi, dunque, emerge come un elemento chiave per la comprensione delle disuguaglianze di salute, la cui regolazione può fornire un contributo rilevante al miglioramento dello stato di salute della popolazione e del grado di giustizia sociale di una data società.



## Capitolo 2

# Il quadro concettuale di riferimento

### 2.1 Premessa

Come dichiarato nell'Introduzione, l'obiettivo di questo lavoro è stabilire se e in quale misura un paese come l'Italia, dotato di un sistema sanitario in linea di principio universalistico ed egualitario, esibisce forme di iniquità socioeconomica nella distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno. Sulla base di questo obiettivo, il presente capitolo si propone di presentare i quattro concetti fondamentali da esso implicati: equità, accesso, bisogno e status socioeconomico. Tali concetti sono qui illustrati nelle loro linee essenziali, privilegiandone gli aspetti più rilevanti ai fini di questa ricerca. Nel secondo paragrafo viene trattato il concetto di equità nell'accesso ai servizi sanitari, con particolare attenzione all'equità orizzontale. Il terzo paragrafo è dedicato all'accesso ai servizi sanitari, concetto perno dell'impianto analitico di questo studio. Il quarto paragrafo prende in esame i diversi modi in cui si può specificare e misurare il bisogno di assistenza sanitaria. Il quinto paragrafo discute l'approccio prescelto nella definizione dello status socioeconomico. Infine, il sesto paragrafo è dedicato alle osservazioni conclusive.

### 2.2 L'equità nella salute

Come abbiamo visto nel capitolo precedente (par. [1.2.4](#)), la tutela della salute si è realizzata ed è stata definita nel corso del tempo attraverso l'affermazione del diritto

alla salute e del diritto all'assistenza sanitaria. Sebbene esistano posizioni diverse riguardo all'interpretazione appropriata di tali diritti, il loro valore fondamentale e la responsabilità della società nei loro confronti sono universalmente condivisi. A questo proposito, come abbiamo argomentato in precedenza (par. 1.2.3), diversi autori attribuiscono un'importanza centrale alla salute perché la considerano come il prerequisito essenziale affinché tutte le altre capacità individuali possano essere sviluppate. In questa prospettiva, l'*equità nella salute* assume una rilevanza particolare perché costituisce una delle condizioni necessarie per realizzare la piena uguaglianza delle opportunità di vita fra i membri di una data società (Sen 2002).

L'equità nella salute è stata definita dall'*International Society for Equity in Health* (ISEqQ) come “the absence of potentially remediable, systematic differences in one or more aspects of health across socially, economically, demographically, or geographically defined population groups or subgroups” (Macinko e Starfield 2002, 1). Il raggiungimento di tale equità dipende sia da una concezione condivisa della giusta distribuzione dell'assistenza sanitaria, sia dalla presenza di meccanismi efficaci per garantire che questo si realizzi nella pratica (Gulliford e Morgan 2003). In tal senso Braveman *et al.* (2001) considerano l'equità nella salute come un valore etico, definibile operativamente come l'impegno a ridurre le disparità nella salute tra i gruppi sociali più avvantaggiati e quelli svantaggiati, nei paesi e tra i paesi di tutto il mondo. Secondo Whitehead (1992) l'equità nella salute implica che idealmente tutti dovrebbero avere la stessa possibilità di raggiungere un pieno potenziale di salute o, più pragmaticamente, che nessuno dovrebbe essere svantaggiato nel raggiungimento di questo potenziale. Whitehead, inoltre, propone che i criteri di valutazione delle iniquità nella salute comprendano anche le variazioni biologiche derivanti da scelte individuali o potenzialmente evitabili. In quest'ottica, dunque, l'equità riguarda la creazione di pari opportunità per la salute e il raggiungimento del più basso livello possibile nelle differenze esistenti. Analogamente, per Starfield (2001) le iniquità nella salute sono tutte le disuguaglianze di salute potenzialmente sanabili che influiscono sistematicamente sulle condizioni di salute di determinati gruppi sociali.

Dal concetto di equità nella salute deriva logicamente un altro principio alla base di gran parte delle democrazie moderne: l'equità nell'accesso ai servizi sanitari. Secondo tale principio, l'accesso all'assistenza sanitaria dovrebbe essere equo, nel senso che a tutti i cittadini dovrebbe essere garantita la stessa opportunità di ricevere un'assistenza adeguata alle loro necessità, indipendentemente dalle loro caratteristiche individuali come il sesso, l'età, la razza, il luogo di residenza o lo status socioeconomico (Daniels 1985; Denier 2007; Ruger 2009; A.H. Williams 1993).

Per fare solo un esempio, fra i tanti possibili, il *Department of Health* irlandese, nei primi anni Novanta del secolo scorso, ha formulato una strategia per la tutela e la promozione della salute nazionale nella quale il principio di equità prescelto afferma che i servizi sanitari debbano essere accessibili in base alla necessità di cure piuttosto che alla posizione geografica o alla capacità di sostenere i costi dei servizi. Un concetto analogo riecheggia nel documento riassuntivo del *Working Group on the National Anti-Poverty Strategy* (sempre irlandese) stilato agli inizi di questo secolo, nel quale si afferma che non è sufficiente formalizzare il diritto di accesso ai servizi sanitari e che il perseguimento dell'equità deve estendersi al di là della questione dell'accesso al trattamento, tenendo in seria considerazione i differenti livelli dello stato di salute dei diversi gruppi della società (Harkin 2001). Dunque, il raggiungimento dell'equità nell'accesso ai servizi sanitari comporta non solo la garanzia formale dell'equità, ma anche il suo raggiungimento effettivo, che coinvolge misure come la riduzione dei tempi d'attesa dei servizi pubblici e una particolare attenzione a determinati gruppi svantaggiati.

Gulliford (2003) ha individuato due principali gruppi di ricerche sull'equità nell'accesso ai servizi sanitari: gli studi generici e quelli specifici. Il primo gruppo, dominato dagli economisti, ha come principale oggetto di ricerca la definizione e la misurazione di vari tipi di equità (Van Doorslaer *et al.* 1993). Gli studiosi aderenti a questo filone di studi hanno evidenziato come, nel contesto dell'analisi dei servizi sanitari, il termine equità possa essere applicato con significati diversi sia all'accesso, sia alle forme di finanziamento. L'equità nel finanziamento esiste quando il contributo complessivo dei cittadini al sistema sanitario è proporzionato alle loro possibilità economiche; l'equità nell'accesso, invece, si manifesta quando non ci sono barriere di alcun tipo nell'accesso ai servizi sanitari di cui si ha bisogno. A sua volta, l'equità nell'accesso viene distinta in due categorie: orizzontale e verticale. Per *equità orizzontale* si intende la parità di trattamento a parità di bisogno; per *equità verticale*, invece, si intende che i trattamenti siano proporzionati ai bisogni e che il pagamento delle prestazioni sanitarie sia proporzionato al reddito disponibile (Culyer e Wagstaff 1993; Gulliford e Morgan 2003; Le Grand 1987; Mooney 1983; Wagstaff e Van Doorslaer 2000a).

L'equità orizzontale nell'accesso ai servizi sanitari è quella che ha ricevuto più attenzione da parte degli studiosi e, come accennato nell'Introduzione, rappresenta l'oggetto di indagine del presente lavoro. Essa può essere analizzata in termini di disponibilità dei servizi, di uso effettivo dei servizi stessi o dell'effetto di tale uso sulle condizioni di salute. In questo studio l'attenzione viene focalizzata esclusivamente sull'equità del secondo tipo che, in termini di politiche pubbliche, riveste un

particolare interesse perché ritenuta un requisito essenziale per il miglioramento delle condizioni di salute delle popolazioni (WHO 2000, 2010b). In questa prospettiva, il grado di *iniquità orizzontale* nell'utilizzazione dei servizi sanitari di un dato paese – cioè la misura in cui la distribuzione delle opportunità di utilizzazione dei servizi a parità di bisogno si discosta dalla situazione ideale di perfetta equità – è considerato uno degli indicatori chiave per la misurazione delle prestazioni del sistema sanitario di quel paese, cosicché il suo studio viene ad assumere una particolare importanza (Allin *et al.* 2009).

Misurare il grado di iniquità orizzontale nell'utilizzazione dei servizi sanitari, tuttavia, non è un'operazione univoca. Mackenbach e Kunst (1997) suggeriscono che dovrebbero essere sempre usate misure sia relative che assolute, in modo da mettere in luce ogni aspetto del fenomeno. Più in generale, gli economisti sostengono la necessità di andare oltre le misure più semplici per sviluppare modelli statistici elaborati, in grado di tenere in debita considerazione tutti i fattori di eterogeneità del fenomeno. Accanto a queste considerazioni generali, gli studiosi hanno sviluppato misure specifiche di vario tipo. Una delle misure relative più diffuse è l'*indice di concentrazione*, elaborato da Wagstaff *et al.* (1991), in cui la probabilità cumulata della popolazione di appartenere a gruppi diversi ordinati in base al reddito è messa in relazione con la probabilità cumulata di utilizzo dei servizi, stimata al netto del bisogno e di altre caratteristiche individuali; la distanza di queste due probabilità cumulate dalla situazione di perfetta proporzionalità esprime il grado di iniquità orizzontale nell'utilizzazione dei servizi sanitari.

I risultati degli studi generici aiutano a descrivere le iniquità nell'accesso ai servizi sanitari a livello di sistema sanitario complessivo, ma lasciano irrisolte le questioni più specifiche legate ai singoli servizi. Inoltre, come ha suggerito Gulliford (2003), gli studi di questo tipo presentano quattro limiti particolari. Innanzitutto, sono tipicamente soggetti a errori di classificazione nella valutazione del bisogno di cure e dell'utilizzo dei servizi, che possono creare una certa distorsione nella rilevazione dell'iniquità (O'Donnell e Propper 1991; Sutton *et al.* 1999). In secondo luogo, tendono a valutare l'utilizzo dei servizi nel loro insieme, senza descriverne la qualità o la singolarità. In terzo luogo, il reddito è utilizzato come unico (o prevalente) indicatore di status socioeconomico nella misurazione della disuguaglianza. Infine, in questi studi è consolidato l'assunto secondo il quale il reddito divide la popolazione in gruppi omogenei al loro interno.

Per ovviare ad alcuni di questi limiti, alcuni ricercatori hanno sviluppato il secondo filone di studi, quello finalizzato ad analizzare le iniquità di accesso ai servizi sanitari prendendo in esame, di volta in volta, specifici servizi e specifiche

patologie. I servizi presi più frequentemente in esame sono le visite presso i medici di medicina generale (ad es. Gravelle e Sutton 2001; Shi e Starfield 2001; Shi *et al.* 1999), le visite specialistiche ambulatoriali, soprattutto di tipo cardiologico (ad es. Feder *et al.* 2002; Payne e Saul 1997), i ricoveri ospedalieri (ad es. Powell 1992) e i servizi di prevenzione (ad es. Carrieri e Wuebker 2012; Lorant *et al.* 2002; Rodin *et al.* 2012). Nel presente lavoro vengono prese in esame tutte e quattro queste categorie di servizi sanitari, più una quinta categoria costituita dai servizi diagnostici ambulatoriali – solo parzialmente compresa nei servizi di prevenzione (cfr. par. 5.4.1).

## 2.3 L'accesso ai servizi sanitari

L'utilizzo dei servizi sanitari è il punto di incontro tra il bisogno di cure e il sistema sanitario. A parte i fattori che determinano il bisogno, infatti, l'uso dei servizi sanitari è indotto e dipende fortemente dalla struttura del sistema sanitario. Inoltre, molti studi hanno evidenziato differenze nell'utilizzo dei servizi sanitari associate a varie caratteristiche sociali dei pazienti e hanno sviluppato diversi modelli concettuali per analizzare tale fenomeno.

Uno di quelli più riconosciuti e ampiamente utilizzati è il cosiddetto *modello socio-comportamentale* (*Social Behavioural Model*), sviluppato a partire dalla fine degli anni Sessanta del secolo scorso dal sociologo statunitense Ronald M. Andersen, prima da solo (Andersen 1968) e poi in collaborazione con altri studiosi (Aday e Andersen 1974, 1975, 1981; Aday *et al.* 1980; Davidson *et al.* 2004). Si tratta di un modello concettuale multilivello che incorpora determinanti sia individuali che contestuali. Nello specifico, l'utilizzo dei servizi sanitari è visto come condizionato dalle predisposizioni individuali all'uso dei servizi (fattori demografici, posizione sociale, cultura medico-sanitaria), dalle risorse che ne consentono o impediscono l'uso (risorse individuali, familiari e comunitarie) e dal bisogno di assistenza sanitaria (percepito o valutato dal parere di professionisti).

Fin dalla sua prima versione (Andersen 1968), il modello socio-comportamentale di Andersen e colleghi traccia l'importante distinzione fra *accesso potenziale* e *accesso realizzato* ai servizi sanitari. Qualche anno più tardi, Aday e Andersen (1975) ribadiscono che il termine *accesso* denota non solo il potenziale, ma anche l'effettivo utilizzo del sistema sanitario da parte di un determinato individuo o gruppo. In quest'ottica, *avere accesso* indica un valore di potenziale utilizzo dei servizi sanitari quando necessario (disponibilità del servizio), mentre *ottenere*

*l'accesso* indica l'avvio effettivo del processo di utilizzazione dei servizi sanitari. Nella terminologia di [Aday e Andersen \(1981\)](#), ciò che conta realmente è la misura in cui l'accesso potenziale si trasforma in accesso realizzato ([Babitsch et al. 2012](#)). Come sottolinea [Donabedian \(1972\)](#), la prova dell'accesso è l'uso del servizio, e non semplicemente la presenza di un sistema sanitario che lo fornisce. Questa idea è stata ulteriormente sviluppata da [Penchansky e Thomas \(1981\)](#), per i quali il concetto di accesso denota il *grado di adattamento* tra il sistema sanitario e gli utenti, ossia l'equilibrio tra la disponibilità dei servizi e il loro reale utilizzo.

Chiarita questa fondamentale differenza fra accesso potenziale (disponibilità dei servizi) e accesso realizzato (utilizzazione dei servizi), è importante sottolineare che nel modello socio-comportamentale di Andersen esiste una chiara distinzione concettuale tra accesso *equo* e accesso *iniquo*. Nel primo caso (accesso equo) la variabilità del fenomeno è attribuibile per la maggior parte alle caratteristiche demografiche e al bisogno di cure, mentre nel secondo caso (accesso iniquo) prevalgono fattori quali la posizione sociale, la cultura medico-sanitaria e le risorse socioeconomiche. Per [Andersen \(1995\)](#) solo alcuni di questi fattori possono essere, per loro natura, oggetto di politiche pubbliche volte a rendere meno iniquo l'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione. Proprio per questa ragione, nella seconda fase di elaborazione del modello comportamentale, Andersen e colleghi danno maggior peso al sistema sanitario nazionale e alle politiche pubbliche capaci di migliorare l'uso dei servizi. Specificamente, nella versione più recente del modello [Andersen e Davidson \(2007\)](#) descrivono i principali determinanti dell'accesso ai servizi sanitari dividendoli in tre categorie: fattori predisponenti (caratteristiche biologiche, sociodemografiche, culturali e politiche), abilitanti (risorse economiche individuali e collettive, risorse strutturali, organizzazione e distribuzione dei servizi sanitari) e di bisogno (necessità di cure percepita e professionalmente valutata, a livello sia individuale che di popolazione).

Per la sua capacità di distinguere chiaramente fra accesso potenziale e accesso realizzato ai servizi sanitari, e per l'importanza da esso data a quest'ultimo, il modello socio-comportamentale è assunto come punto di riferimento per le analisi del presente lavoro. Anche se i fattori che riguardano la distribuzione dei servizi sul territorio e che determinano l'accessibilità geografica ai servizi sanitari sono da tenere in seria considerazione, essi riguardano esclusivamente l'accesso potenziale e, in questa sede, sono trattati prevalentemente come variabili di controllo. Questa scelta è giustificata anche dal fatto che in paesi come il Regno Unito o l'Italia, nei quali si è raggiunta una distribuzione relativamente standardizzata e uniforme su tutto il territorio nazionale, il fattore geografico svolge un ruolo minore ([Haynes](#)

2003).

L'accesso realizzato – la dimensione di nostro interesse – può essere problematico da misurare. Per esempio, il numero di visite dal medico di medicina generale può essere impiegato come misura di accesso alle cure primarie e, nonostante questo, non può essere considerato *tout court* una buona misura di qualità delle cure sanitarie ricevute. Un'altra difficoltà, quando si parla di accesso realizzato, è data dall'uso inappropriato dei servizi da parte degli utenti: sia i casi di sottoutilizzo, sia quelli di sovrautilizzo, infatti, generano errori di misurazione che possono falsare in misura maggiore o minore la rappresentazione del fenomeno (Morgan 2003). A questo proposito, si possono individuare quattro approcci nella spiegazione del comportamento degli utenti nell'uso dei servizi sanitari. L'approccio *individualistico*, derivato dalla psicologia sociale, focalizza l'attenzione sulle caratteristiche individuali che scoraggiano o incoraggiano la richiesta di assistenza sanitaria a livello sia di prevenzione, sia di risposta alla presenza di sintomi (Campbell e Roland 1996; Conner e Norman 2005). L'approccio delle *barriere sociali* spiega la non conformità del comportamento degli utenti alle aspettative dei professionisti della sanità in termini di appropriatezza, considerando i fattori – economici, geografici, organizzativi e culturali – che esercitano una spinta coercitiva sulle decisioni individuali (Goddard e Smith 2001; Rogers *et al.* 1999). Nell'approccio *orientato al paziente* si accetta la differenza fondamentale tra patologia (*disease*), con la quale si fa riferimento a differenti disordini organici, e malattia (*illness*), intesa come esperienza individuale sintomatica di malessere nella vita quotidiana; questo approccio considera gli utenti come attori razionali in grado di identificare il proprio stato di salute, e spiega il ritardo nell'accesso ai servizi in termini di stigmatizzazione della malattia o scarsa conoscenza dei sintomi (Shaw *et al.* 2001; Walters *et al.* 2001). Infine, l'approccio della *strategia sociale* dà particolare rilevanza alle reti sociali e ai processi culturali di routine e di habitus, piuttosto che al tradizionale quadro interpretativo della scelta razionale (Pescosolido 1992).

Nonostante i problemi concettuali e operativi accennati sopra, nel complesso esiste un'esperienza consolidata nella scelta degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari, sulla quale ci siamo basati nella definizione delle variabili dipendenti di questo lavoro (cfr. par. 5.4.1).



## 2.4 Il bisogno di assistenza sanitaria

Come abbiamo appena visto (par. 2.2, studiare l'iniquità orizzontale nell'accesso realizzato ai servizi sanitari significa verificare se e in quale misura le opportunità di utilizzare tali servizi variano fra gruppi sociali diversi *a parità di bisogno*. Il concetto di *bisogno di assistenza sanitaria*, dunque, rappresenta un altro tassello importante del nostro quadro analitico di riferimento.

Come quello di accesso, anche il concetto di bisogno è tutt'altro che univoco e, negli studi sulle iniquità di accesso ai servizi sanitari, viene talvolta trattato senza la dovuta attenzione, dando per scontati troppi assunti di fondo (Culyer 1993, 1995; Culyer e Wagstaff 1993). Per esempio, in alcuni casi i livelli di bisogno sono stabiliti sulla base di misure biomediche dello stato di salute degli individui, assumendo implicitamente che non ci sia alcuna variazione sistematica nel modo in cui tali misure sono costruite; inoltre, in questo modo alcuni fattori che potrebbero essere rilevanti non vengono considerati, ritenendo erroneamente che siano trascurabili. In questo campo di studi non si dovrebbe mai dare nulla per scontato, per non commettere l'errore di partire da assunti che possono essere operativamente accettabili ma concettualmente inadeguati. Quindi, è necessario sviluppare una definizione operativa del concetto di bisogno di assistenza sanitaria che sia in grado di rappresentare in modo appropriato gruppi di individui caratterizzati da specifiche circostanze cliniche e sociali (Goddard e Smith 2001).

Sul piano empirico, i ricercatori hanno generalmente affrontato questo problema approssimando il livello di bisogno di assistenza sanitaria degli individui con qualche misura oggettiva o soggettiva del loro stato di salute o di morbilità, nell'assunto che il bisogno sia in gran parte determinato dalle condizioni di salute e che, quindi, queste due variabili siano fortemente correlate (O'Donnell *et al.* 2008). Le misure oggettive, tuttavia, sono difficili da raccogliere con la dovuta accuratezza e, quindi, molto spesso devono lasciare il posto alle più abordabili misure soggettive. A tale proposito, la misura più usata è un singolo indicatore di stato di salute auto-percepita articolato in cinque categorie ordinate, spesso accorpate in tre livelli di salute ben distinti (buona, discreta, cattiva). Questo indicatore è stato spesso criticato perché ritenuto in grado di rilevare più i desideri degli individui che i loro reali bisogni. Tuttavia, la sua validità e attendibilità sono state dimostrate in vari studi. Mossey e Shapiro (1982), ad esempio, hanno mostrato che l'indicatore singolo di salute auto-percepita è un buon predittore del rischio di mortalità sia precoce che tardiva, anche al netto di altre variabili come la sicurezza sul lavoro,



l'età, il sesso, la soddisfazione di vita, il reddito e la zona di residenza. Un risultato simile è emerso dallo studio di [Idler e Angel \(1990\)](#), che hanno mostrato come il potere predittivo di tale indicatore rimanga significativo anche dopo avere tenuto sotto controllo le valutazioni mediche oggettive.

Un'altra misura soggettiva dello stato di salute, ma decisamente più raffinata, è quella basata sul questionario SF-36, che rileva le condizioni di salute degli individui mediante una batteria di 36 domande selezionate al termine di un accurato processo di validazione ([McHorney et al. 1993](#); [Ware Jr e Sherbourne 1992](#)). Le 36 domande che compongono il questionario si riferiscono concettualmente a otto dimensioni della salute: attività fisica (dieci domande), limitazioni dovute alla salute fisica (quattro) e allo stato emotivo (tre), dolore fisico (due), percezione dello stato di salute generale (cinque), vitalità (quattro), attività sociali (due), salute mentale (cinque) e mutamento dello stato di salute (una). Da queste batterie di domande si possono ricavare due indici sintetici: l'indice di componente fisica (*Physical Component Summary* – PCS) e l'indice di componente mentale (*Mental Component Summary* – MCS). Esiste anche una versione breve del questionario formata da una selezione di 12 domande (SF-12), anch'essa finalizzata a calcolare – seppure con attendibilità leggermente minore rispetto alla versione completa – i due indici sintetici PCS-12 e MCS-12 ([Ware Jr et al. 1996](#)).

Alla fine degli anni Ottanta del secolo scorso l'*EuroQol Group* ha elaborato un'altra misura soggettiva dello stato di salute, l'EQ-5D, che fornisce un semplice profilo descrittivo e un singolo indice sintetico di salute utilizzabili nella valutazione clinica ed economica dei servizi sanitari, nonché nei sondaggi sulla salute della popolazione ([The EuroQol Group 1990](#)). Confrontato con l'indicatore singolo di stato di salute auto-percepita e con gli indici SF-36 e SF-12, l'indice EQ-5D appare più accurato del primo ma meno sensibile dei secondi ([Brazier et al. 1993](#); [Johnson e Coons 1998](#)).

Sulla base di queste indicazioni, e considerando i risultati positivi di alcune ricerche valutative realizzate nel contesto italiano ([Gandek et al. 1998](#); [Kodraliu et al. 2001](#)), nel presente lavoro abbiamo misurato il bisogno di assistenza sanitaria con un indicatore di stato di salute ricavato dall'indice PCS-12. Quando questa informazione non era disponibile, abbiamo fatto ricorso all'indicatore singolo di stato di salute auto-percepita (cfr. par. 5.4.2).

## 2.5 Lo status socioeconomico

Sebbene l'equità orizzontale nell'accesso ai servizi sanitari rappresenti, come abbiamo visto, un obiettivo fondamentale di tutti i sistemi sanitari universalisti, la sua piena realizzazione può incontrare numerosi ostacoli, tipicamente legati all'esistenza di varie forme di discriminazione o disuguaglianza sociale. A tale proposito, la maggior parte delle ricerche empiriche realizzate in quest'area di studi ha focalizzato la propria attenzione sulle barriere all'equità orizzontale poste dalle *disuguaglianze di status socioeconomico*. Specificamente, queste ricerche hanno mostrato che la distribuzione disuguale di risorse come il reddito, l'istruzione e il capitale sociale può generare un certo grado di iniquità orizzontale nell'accesso ai servizi sanitari in ogni parte del mondo, dall'occidente avanzato (Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004) all'Africa (Cissé *et al.* 2007), dall'Asia (Balarajan *et al.* 2011; Ikegami *et al.* 2011; Liu *et al.* 2002; Lu *et al.* 2007; Somkotra 2011) all'America Latina (Balsa *et al.* 2011; Vásquez *et al.* 2013; Wallace e Gutiérrez 2005). Nella maggior parte dei casi, l'iniquità orizzontale su basi socioeconomiche assume la forma già descritta per le disuguaglianze sociali di salute (cfr. par. 1.3): a parità di bisogno, maggiore è lo status socioeconomico, maggiori sono le opportunità di accedere ai servizi sanitari (Gulliford e Morgan 2003). In alcuni casi, tuttavia, l'iniquità può assumere una forma positiva, cioè favorire i gruppi socioeconomici più svantaggiati (Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004)<sup>1</sup>.

Il concetto di status socioeconomico è molto sfaccettato e presenta definizioni analitiche e operative che, spesso, variano a seconda della disciplina o dell'approccio teorico di riferimento. In particolare, negli studi sulle disuguaglianze di salute o di accesso ai servizi sanitari il concetto di status socioeconomico viene generalmente usato in un'accezione molto ampia e variamente inteso in termini di livello di istruzione, reddito, classe sociale, condizione occupazionale o ricchezza (Adler e Ostrove 1999; Braveman *et al.* 2005; Carpiano *et al.* 2008; Geyer *et al.* 2006; Winkleby *et al.* 1992). Il dibattito in materia è ampio e articolato, ma in questa sede ci limitiamo a delineare i tratti essenziali della questione e a indicare l'approccio seguito nel presente lavoro.

In breve, idealmente ogni società può essere vista come uno spazio sociale suddiviso in un certo numero di *posizioni socioeconomiche*, all'interno delle quali

<sup>1</sup> Questi casi di "iniquità positiva" si verificano prevalentemente nell'accesso all'assistenza ambulatoriale di base che, essendo quasi sempre gratuita al momento dell'erogazione, può costituire una sorta di succedaneo a costo zero delle visite specialistiche o di altre forme di assistenza più costose.

si collocano e agiscono i membri della società stessa. Tali posizioni conferiscono a coloro che le occupano differenti panieri di *risorse socioeconomiche*, materiali e simboliche: reddito, ricchezza, prestigio, potere, capitale culturale, relazioni sociali, e così via. A loro volta, queste risorse tendono a tradursi in diverse opportunità di vita, cioè in possibilità maggiori o minori di accedere a beni e servizi primari o voluttuari come il cibo, l'abitazione, le vacanze o, per quanto riguarda questo lavoro, l'assistenza sanitaria (Pisati 2000).

In questi termini, studiare l'inequità orizzontale di tipo socioeconomico nell'accesso ai servizi sanitari significa indagare il modo e la misura in cui le opportunità di utilizzare tali servizi variano, a parità di bisogno, al variare delle risorse socioeconomiche disponibili. Affinché questa analisi possa essere realizzata, dunque, è necessario disporre di una misura soddisfacente delle risorse socioeconomiche di cui ogni individuo può disporre ai fini dell'accesso ai servizi sanitari. Una tipica misura di questo tipo è il reddito individuale o familiare che, oltre a essere un ottimo indicatore delle risorse materiali disponibili, può essere rilevato a grana molto fine e, quindi, consentire una differenziazione precisa degli individui. Il reddito, però, è un'informazione difficile da raccogliere in modo attendibile, per cui molto spesso non è accessibile al ricercatore. Il livello di istruzione rappresenta un'altra misura molto utilizzata, in quanto facile da rilevare e buon indicatore di vari tipi di risorse materiali e simboliche; questa variabile, tuttavia, assume quasi sempre la forma di una classificazione articolata in un numero limitato di categorie (i titoli di studio), consentendo così una differenziazione degli individui relativamente grossolana.

Reddito e livello di istruzione sono due misure *dirette* di risorse socioeconomiche, cioè rappresentano in modo esplicito la quantità di risorse di un dato tipo a disposizione di ciascun individuo. Tali risorse, però, possono essere misurate anche in modo *indiretto*, cioè mediante qualche indicatore della posizione socioeconomica degli individui. L'approccio indiretto, dunque, presuppone l'identificazione di un sistema di posizioni socioeconomiche sufficientemente omogenee al proprio interno ma ben distinte fra loro in termini dell'insieme di risorse socioeconomiche di cui possono godere, in media, coloro che le occupano. Sebbene i criteri su cui fondare tale identificazione siano potenzialmente numerosi, gli studiosi sono generalmente d'accordo nel ritenere che la principale fonte di differenziazione socioeconomica sia costituita dalla divisione sociale del lavoro e che, pertanto, il principale indicatore della posizione socioeconomica di un individuo sia la sua *posizione occupazionale* (Crompton 2008; Pisati 2000).

Il modo di considerare questo indicatore varia a seconda del modo di concepire la divisione sociale del lavoro. Secondo gli approcci relazionali di origine marxiana

o weberiana, le posizioni occupazionali formano uno spazio multidimensionale suddiviso in un numero relativamente limitato di categorie qualitativamente distinte denominate *classi sociali* (Dahrendorf 1959; Erikson e Goldthorpe 1992; Wright 1985, 2005). Secondo l'approccio funzionalista, invece, le posizioni occupazionali formano un *continuum* verticale, cioè una singola dimensione gerarchica lungo la quale esse sono gradualmente ordinate in base al loro *status socioeconomico*, variamente definito in termini di reddito, prestigio, capitale culturale o combinazioni ponderate di tali risorse (Davis e Moore 1945; North e Hatt 1947; Parsons 1940; Reiss 1961; Treiman 1977).

Come si è detto, negli studi sulle disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari le posizioni occupazionali vengono rappresentate in termini sia di classi sociali che di status socioeconomico propriamente detto (Braveman 2006; Braveman *et al.* 2005). Ai fini del presente lavoro, tuttavia, il secondo approccio offre almeno due vantaggi rispetto al primo: (a) permette di cogliere in modo più fine la dimensione gerarchica delle disuguaglianze socioeconomiche; e (b) esprimendo le risorse disponibili in termini quantitativi, consente di massimizzare il potere statistico delle analisi, cioè la probabilità di individuare il fenomeno di interesse anche quando assume intensità limitata. Per una illustrazione dettagliata della procedura seguita in questo studio per misurare lo status socioeconomico, si rimanda al quinto capitolo (par. 5.4.3).

## 2.6 Osservazioni conclusive

In questo capitolo abbiamo presentato, nei loro tratti essenziali, i quattro concetti fondamentali implicati dall'oggetto di ricerca del presente lavoro: l'equità di accesso ai servizi sanitari, l'accesso ai servizi sanitari, il bisogno di assistenza sanitaria e lo status socioeconomico. Come abbiamo cercato di sottolineare, ognuno di questi concetti presenta molte sfaccettature, sia teoriche che operative, nonché svariate ambiguità semantiche e difficoltà di misurazione. Nel complesso, però, si tratta di concetti ampiamente consolidati che offrono al ricercatore la possibilità di costruire un quadro analitico di riferimento strutturato e coerente. I principali problemi posti da tali concetti riguardano la loro definizione operativa e la disponibilità delle informazioni necessarie per utilizzarli in modo appropriato nell'analisi empirica. A tale proposito, in questo capitolo abbiamo indicato e giustificato le scelte compiute nel presente lavoro, rimandando al quinto capitolo per una illustrazione più dettagliata delle procedure di misurazione seguite.

# Capitolo 3

## Breve analisi dei sistemi sanitari occidentali

### 3.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo è offrire una breve descrizione di alcuni aspetti dei sistemi sanitari occidentali rilevanti ai fini del presente lavoro. Il prossimo paragrafo riassume le principali tappe che hanno portato alla nascita degli attuali sistemi sanitari occidentali e alla loro evoluzione verso tre tipi fondamentali. Nel terzo paragrafo viene preso in esame, in chiave comparativa, il grado di copertura sanitaria, cioè il modo e la misura in cui i cittadini dei vari paesi godono dell'assistenza sanitaria. Il quarto paragrafo è dedicato a una breve analisi generale della spesa sanitaria e delle sue variazioni nel tempo e nello spazio, nonché ad alcune considerazioni più specifiche sul caso italiano. Nel quinto paragrafo si getta un rapido sguardo al sistema sanitario statunitense che, per le sue caratteristiche peculiari, rappresenta un caso unico nel panorama dei paesi occidentali. Infine, il sesto paragrafo è dedicato alle osservazioni conclusive.

### 3.2 Dal mutualismo al servizio sanitario nazionale

I sistemi sanitari contemporanei presentano assetti organizzativi variegati. Solo accurate ricostruzioni storiche possono individuare i fattori responsabili dei diversi percorsi di istituzionalizzazione nazionale di tali sistemi; tuttavia, ai nostri fini, è utile illustrare e identificare le principali trasformazioni che hanno portato al quadro

istituzionale attuale nei principali paesi occidentali: la nascita del mutualismo sanitario, l'introduzione dell'assicurazione pubblica e obbligatoria, e l'istituzione del servizio sanitario nazionale.

Le attività connesse alla cura delle malattie sono antiche quanto l'uomo, ma la loro differenziazione rispetto ad altri campi della vita sociale è un fenomeno decisamente recente. È solo a partire dal XIX secolo che si può parlare di un'autonoma sfera istituzionale che ha assunto il nome di "sanità" (Ferrera 2006; Maino 2001). Inizialmente, la sanità intesa in senso moderno nacque per rispondere a bisogni contingenti come il controllo dei rischi di epidemie e di contagi dilaganti; l'epidemia di colera del 1832, ad esempio, fu uno dei volani che permisero ai sistemi sanitari di svilupparsi e il punto di svolta storico che diede inizio all'attuazione delle prime misure di politica sanitaria. Proprio a partire dagli anni Trenta dell'Ottocento, in diversi paesi europei si delinearono i primi obiettivi e le prime misure su vasta scala per riorganizzare l'intervento medico e regolare l'intervento dello Stato per attuare misure di prevenzione e assistenza (Krieger 2011).

La prima tappa dell'istituzionalizzazione della sanità corrisponde alla sperimentazione di forme di mutualismo sanitario tramite l'istituzione, ad opera di movimenti politico-religiosi, di appositi fondi assicurativi a iscrizione volontaria. Mentre le Chiese e gli istituti di beneficenza si dedicavano principalmente ai bisognosi e ai meno abbienti, furono i movimenti politico-religiosi a sperimentare le prime forme di mutuo soccorso (Ferrera 2006). La nascita delle società di mutuo soccorso segnò così un momento di rottura e di innovazione sia per la solidarietà tra lavoratori, sia per il progressivo indebolimento della logica della beneficenza pubblica, costituendo la prima forma di espressione di solidarietà spontanea e mutua assistenza (Girotti 1998; Ritter 1996).

Al mutualismo sanitario fece seguito un'altra importante tappa: l'introduzione dell'assicurazione pubblica e obbligatoria contro malattia, infortunio, invalidità e vecchiaia, una delle invenzioni più importanti per lo Stato sociale (Ritter 1996)<sup>1</sup>. Fino ad allora, infatti, l'assistenza era legata a fortissime discriminazioni politiche e sociali e, troppo spesso, anche a rigidi controlli della sfera privata. Come ha osservato Ferrera (1984, 21), "[l]'assistenza ai poveri si basava su interventi occasionali, residuali e discrezionali; questi erano considerati delle 'elargizioni' che

<sup>1</sup> Con l'espressione "Stato sociale" (o *welfare state*) si intende il sistema di norme con il quale lo Stato cerca di eliminare le disuguaglianze sociali ed economiche fra i cittadini, aiutando in particolar modo i ceti meno abbienti. Lo Stato sociale è un sistema che si propone di fornire servizi e garantire diritti considerati essenziali; tra questi servizi, uno dei principali è certamente l'assistenza sanitaria (Ritter 1996).

la società concedeva a persone quasi sempre ritenute immeritevoli e per lo più comportavano l'emarginazione politica e civile dei beneficiari". Con l'assicurazione sociale, introdotta per la prima volta nella Germania di Bismarck nel 1883, si arrivò finalmente a determinare e a riconoscere (almeno implicitamente) che esistevano cause sociali del bisogno di cui il singolo individuo non è direttamente responsabile, e si arrivò a dichiarare formalmente che "il perseguimento del benessere individuale, rispettoso della dignità e della libertà del singolo, era compito della società" (Ritter 1996, 62).

Per quanto a quell'epoca potesse essere innovativa e avanzata la legislazione tedesca, è importante sottolineare che ai suoi albori l'assicurazione obbligatoria sulla malattia copriva una quota limitata di lavoratori subordinati, in principio solo i lavoratori dei trasporti e gli operai dell'industria. Nel 1895, infatti, appena il 20% della popolazione tedesca era coperto dal sistema assicurativo, e si dovette attendere la metà del Novecento perché tale copertura venisse estesa al resto della popolazione (Bärnighausen e Sauerborn 2002). L'esempio tedesco, tuttavia, si può considerare il punto di partenza per un miglioramento dell'assistenza sanitaria e per un passaggio graduale dalla vecchia assistenza repressiva alla moderna assistenza sociale (Ritter 1996). Con l'introduzione dell'obbligo assicurativo anche in campo sanitario e la costituzione di programmi di assicurazione sociale contro i rischi di malattia, il settore sanitario sperimentò in tutti i principali paesi europei una fase di crescita, sotto il profilo sia qualitativo che quantitativo, che contribuì a rafforzare il peso istituzionale della sanità, portando a una progressiva estensione della copertura e dell'offerta di prestazioni e servizi da parte dello Stato.

Tra il 1938 e il 1948 avvenne la svolta fondamentale nella costruzione del concetto di salute e di assistenza sanitaria come diritti universali: l'istituzione di un servizio sanitario onnicomprensivo volto a garantire il miglioramento della salute fisica e psichica delle persone attraverso interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle malattie (Ferrera 2006; Maino 2001). Il primo paese a procedere in questa direzione fu la Nuova Zelanda che, nel 1938, introdusse il servizio sanitario nazionale. Tuttavia, la nascita di questo tipo di sistema sanitario è associata alla figura di William Beveridge e all'istituzione, nel 1948, del servizio sanitario nazionale britannico (*National Health Service*). L'istituzione dei servizi sanitari nazionali rappresenta il punto di svolta nel processo di istituzionalizzazione della sanità, senza per questo implicare uno stadio evolutivo "superiore" e obbligato rispetto ai sistemi sanitari mutualistici (Ferrera 2006).

Alla luce di questi passaggi storici, si può comprendere come il percorso di istituzionalizzazione dei sistemi sanitari non sia stato sempre lo stesso nei paesi

occidentali. In questi paesi, dunque, attualmente esistono diversi tipi di sistema sanitario, classificabili secondo varie prospettive (Bertin 2012). Una classificazione di tipo macro-sociologico è, ad esempio, quella proposta da Martinelli (1983); se si considerano, in maniera congiunta, anche gli studi di Donzelli (1998) e Ferrera (2006), si possono identificare alcune dimensioni in base alle quali elaborare una tassonomia dei sistemi sanitari esistenti. Queste dimensioni analitiche, così come vengono riassunte da Giarelli (2003), sono otto: modalità di finanziamento; proprietà delle strutture sanitarie; status e modalità di remunerazione del personale; potere delle associazioni professionali; ruolo dello stato; grado di copertura della popolazione; ruolo del paziente; orientamento culturale dominante. Combinando le otto dimensioni sopraelencate, e considerando la ricostruzione dello sviluppo storico dell'assistenza sanitaria, è possibile individuare tre tipi fondamentali di sistema sanitario (Ferrera 2006; Maino 2001; Rothgang *et al.* 2010):

1. I *sistemi bismarchiani*, fondati sulle assicurazioni sociali obbligatorie.
2. I *sistemi Beveridgeiani*, basati sul servizio sanitario nazionale.
3. I *sistemi liberisti*, incentrati sulle assicurazioni private volontarie.

A ognuno di questi tre tipi di sistema sanitario può essere associata una diversa teoria dei diritti sociali: la teoria utilitaristico-selettiva ai sistemi fondati sulle assicurazioni sociali obbligatorie; la teoria universalista ai sistemi basati sul servizio sanitario nazionale; e la teoria liberista ai sistemi incentrati sulle assicurazioni private volontarie.

La *teoria utilitaristico-selettiva* prevede un equilibrio sostenibile tra bisogni di assistenza e migliore risultato con costi più bassi possibili. L'uguaglianza nella fruizione delle prestazioni è rapportata alla garanzia del massimo successo a fronte delle condizioni di bisogno. In questo quadro si assicurano risposte solo a coloro che possono fornire maggiori possibilità di successo nella remunerazione delle prestazioni, privilegiando alcune posizioni occupazionali rispetto ad altre. Lo Stato ha un ruolo complementare al mercato e fornisce prestazioni soltanto a coloro che partecipano al mercato del lavoro (e, eventualmente, ai loro familiari). In questo caso, alcuni gruppi svantaggiati (ad esempio, alcune categorie di soggetti non occupati) restano esclusi e non tutelati (Almgren 2013).

La *teoria universalista* prevede che l'assistenza sanitaria sia garantita a tutti coloro che ne hanno bisogno, salvaguardando anche le fasce più deboli della popolazione. In questo caso prevale il principio di efficacia, perché si privilegia la risposta al bisogno di salute. Nello stesso tempo però, nel tentativo di assicurare la fruibilità



universale delle prestazioni, si rischia di creare le condizioni per un razionamento implicito iniquo (ad esempio, le liste d'attesa). Dunque, il punto debole di questo sistema è la vulnerabilità di alcune fasce socioeconomiche a prestazioni inefficaci e inappropriate, con conseguente aumento delle disuguaglianze di salute a danno di quelle fasce della popolazione.

Infine, la *teoria liberista*, privilegiando il libero mercato, non prevede la garanzia da parte dello Stato di equità e solidarietà nella risposta ai bisogni di salute dei propri cittadini. Offre, d'altra parte, libertà di scelta ai singoli sul tipo di servizio desiderato e sull'assicurazione da sottoscrivere. L'applicazione di questo principio determina che chi occupa una posizione socioeconomica più elevata ottiene la possibilità di accedere ai servizi migliori (Marmot e Wilkinson 2006). Il servizio pubblico è residuale e spesso di qualità inferiore, con poche risorse disponibili; ne usufruiscono le fasce più deboli della popolazione con prestazioni garantite minime, spesso al di sotto della tollerabilità. Le disuguaglianze, in questo modello, tendono a ingigantirsi progressivamente a svantaggio dei gruppi sociali più svantaggiati.

Nel prossimo paragrafo illustreremo brevemente le differenze essenziali fra questi tre tipi di sistema sanitario in termini di uno degli aspetti più rilevanti per il presente lavoro: la copertura della popolazione.

### 3.3 La copertura sanitaria

Ai fini di questo lavoro, il grado di copertura sanitaria della popolazione – cioè, il modo e la misura in cui i cittadini di un dato paese godono dell'assistenza sanitaria – costituisce l'aspetto più rilevante dei sistemi sanitari.

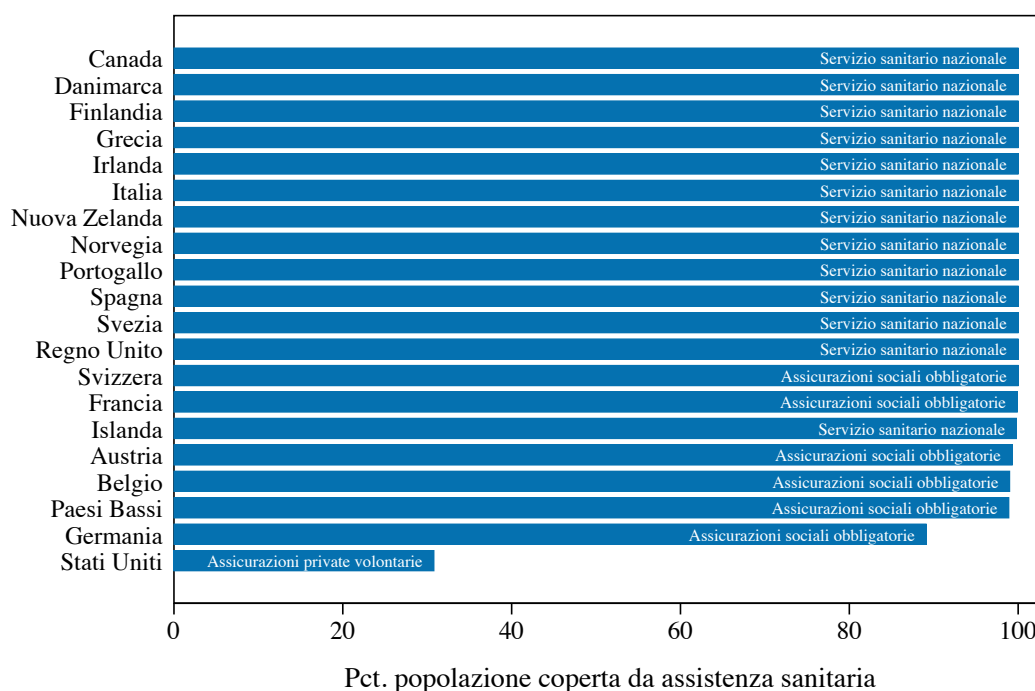
I *sistemi bismarchiani*, fondati sulle assicurazioni sociali obbligatorie, prevedono per i cittadini un obbligo di sottoscrizione a un'assicurazione, sia essa pubblica o privata. Il primo paese ad adottare questo tipo di assicurazione sociale, come abbiamo già accennato nel paragrafo precedente, fu nel 1883 la Germania, seguita nel 1888 dall'Austria. Si tratta degli unici due paesi che hanno introdotto un'assicurazione obbligatoria contro i rischi di malattia prima della fine del XIX secolo, mentre la maggior parte degli altri paesi ha raggiunto questo traguardo con un ritardo più che ventennale: la Norvegia nel 1909, la Gran Bretagna nel 1911, e poi a seguire gli altri Stati. Oggi, tra i paesi occidentali che adottano questo tipo di sistema ci sono Germania, Austria, Francia, Belgio, Paesi Bassi e Svizzera. Anche se sono molte le varianti adattate ai diversi contesti nazionali, l'elemento principale di questo sistema a base corporativa può essere identificato nella copertura obbligatoria che

viene realizzata per ogni categoria professionale. Un tale metodo di contribuzione, ripartita in genere in parti uguali tra lavoratori e datori di lavoro, è non-profit e, pertanto, si basa essenzialmente su un principio solidaristico (Giarelli 2003). In questo tipo di welfare manca però una dotazione minima garantita alle fasce più deboli della popolazione, svincolata dagli anni di contribuzione o dallo status occupazionale.

I *sistemi beveridgiani*, basati sul servizio sanitario nazionale, trovano il proprio prototipo storico nel *National Health Service* inglese, istituito nel 1948 come una delle manovre di risanamento del Piano Beveridge. Questo modello di sistema sanitario è storicamente il più giovane e, fin dalle sue origini, è stato il frutto di uno storico compromesso tra interessi molto diversi, incorporando diversi principi come il collettivismo (mediante la nazionalizzazione degli ospedali), la comprensività (attraverso l'integrazione delle cure), l'uguaglianza (attraverso il finanziamento basato sulla fiscalità generale) e l'universalismo (nell'accesso ai servizi mediante l'erogazione di prestazioni gratuite) (Allsop 1995). Sebbene questi principi siano stati poi tradotti e applicati in maniera differente nei diversi contesti nazionali, questo modello di assistenza sanitaria generale e gratuita costituisce una conquista notevole delle politiche sanitarie moderne. Esso, infatti, può essere considerato a pieno titolo l'innovazione più rilevante del lungo ciclo post-bellico di espansione dei sistemi di welfare (Ferrera 2006). In sostanza, l'innovazione più importante consiste nell'intervento da parte dello Stato nella tutela della sicurezza sociale dei cittadini e nella protezione e tutela dal rischio di malattia (Titmuss 1959).

Tra i paesi occidentali che, attualmente, adottano qualche forma di sistema sanitario nazionale troviamo, oltre al Regno Unito, il Canada, la Nuova Zelanda, l'Irlanda, l'Islanda, la Finlandia, i paesi scandinavi (Svezia, Norvegia, Danimarca) e i paesi dell'Europa meridionale (Italia, Spagna, Grecia, Portogallo). Nella struttura di questo sistema i destinatari sono tutti i cittadini, in base al principio universalistico di cittadinanza (o di residenza), e la modalità di finanziamento è basata sul prelievo fiscale alimentato dalla tassazione. Tutti i cittadini contribuenti, utenti del servizio, vedono il proprio diritto alla salute garantito dallo Stato e, di conseguenza, acquisiscono il diritto di ricevere un'adeguata assistenza sanitaria. In sintesi, per sistema sanitario nazionale si intende un sistema pubblico, finanziato principalmente dalla fiscalità generale, che garantisce a tutti i cittadini un'ampia gamma di prestazioni sanitarie gratuite o semi-gratuite.

Infine, i *sistemi liberisti*, incentrati sulle assicurazioni private volontarie, possono essere visti come "casi anomali" rispetto ai due tipi precedenti, al punto da essere stati adottati in due soli paesi occidentali: la Svizzera (ma solo fino a metà degli



Fonte: Elaborazione dati tratti da *OECD Health Data 2012*.

FIG. 3.1. Percentuale di popolazione coperta da assistenza sanitaria e tipo di sistema sanitario vigente in venti paesi OCSE (2010).

anni Novanta del secolo scorso, in quanto l'obbligo assicurativo è diventato legge federale nel 1994) e gli Stati Uniti d'America. Nei sistemi di questo tipo il ruolo centrale è svolto dalle compagnie di assicurazioni private, che hanno una natura principalmente orientata al profitto, e il sistema di pagamento è quello della *fee for service*: l'assicurato versa un premio all'assicurazione che, a sua volta, si impegna a coprire le spese mediche in caso di malattia (Jacobs e Skocpol 2012; Maciocco 2009). La copertura è fortemente disuguale, in quanto è legata alla condizione socioeconomica dei singoli individui. Questo tipo di struttura porta a considerare la salute come una questione individuale e non come un diritto sociale; pertanto, la salute e la sanità sono trattate come qualsiasi altro tipo bene e acquistare la tutela della propria salute diventa responsabilità individuale.

Se si mettono a confronto i tre tipi di sistema sanitario, si può notare che il livello di copertura della popolazione si è avvicinato progressivamente al suo valore massimo in tutti i paesi occidentali che hanno adottato sistemi bismarchiani o beveridgiani (cfr. fig. 3.1). Specificamente, se focalizziamo l'attenzione sui principali paesi membri dell'OCSE, possiamo vedere che, negli ultimi cinquant'anni,

TAB. 3.1. Andamento nel tempo della percentuale di popolazione coperta da assistenza sanitaria in venti paesi OCSE (1960-2010).

	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Austria	78,0	91,0	99,0	99,0	99,0	99,3
Belgio	58,0	97,8	99,9	97,3	99,9	99,0
Canada	68,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Danimarca	95,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Finlandia	55,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Francia	76,0	95,6	99,1	99,4	99,9	99,9
Germania	85,2	89,2	92,3	88,8	90,7	89,1
Grecia	–	55,0	88,0	100,0	100,0	100,0
Irlanda	–	85,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Islanda	99,8	99,8	100,0	100,0	100,0	99,8
Italia	87,0	93,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Norvegia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Nuova Zelanda	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Paesi Bassi	71,0	69,0	68,3	61,4	64,5	98,9
Portogallo	18,0	40,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Regno Unito	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Spagna	–	–	–	–	–	100,0
Stati Uniti	–	–	–	–	22,5	30,8
Svezia	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Svizzera	74,0	89,0	96,5	99,5	100,0	100,0

Fonte: Elaborazione dati tratti da *OECD Health Data 2012*.

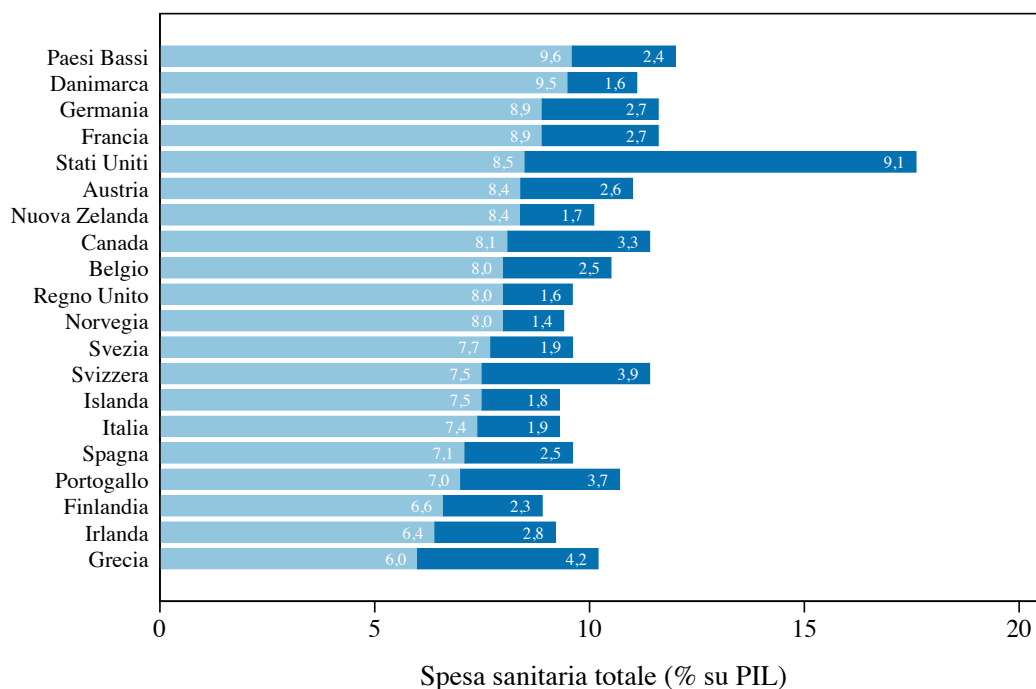
quelli dotati di sistema sanitario nazionale hanno rapidamente raggiunto – con la sola eccezione dell’Islanda – un tasso nominale di copertura pari al 100% della popolazione nazionale (cfr. tab. 3.1). Per quanto riguarda, in particolare, il caso italiano, la copertura totale è stata raggiunta solo negli anni Ottanta del secolo scorso, proprio con l’introduzione del sistema sanitario nazionale (cfr. cap. 4); nei due decenni precedenti, invece, la quota di popolazione coperta si aggirava intorno al 90%. Anche nei paesi in cui è stato adottato un sistema di assicurazione sociale obbligatoria, comunque, si arriva spesso a una copertura totale o quasi totale della popolazione, come nel caso di Svizzera (100%), Francia (99,9%), Austria (99,3%), Belgio (99%) e Paesi Bassi (98,9%). Al contrario, nell’unico paese caratterizzato da un sistema sanitario fondato sulle assicurazioni private volontarie – gli Stati Uniti – il livello di copertura della popolazione, pur essendo cresciuto nel tempo, si mantiene su livelli decisamente bassi (30,8%).

### 3.4 La spesa sanitaria

Nel corso del XX secolo il settore sanitario dei paesi occidentali è stato protagonista di una rapida espansione sotto il profilo sia qualitativo che quantitativo. Il peso istituzionale da esso rivestito è cresciuto in modo esponenziale e ha comportato numerose misure di riordino della spesa pubblica investita in questo settore. Tale crescita, però, ha portato i sistemi sanitari occidentali attuali ad affrontare due ordini di problemi fondamentali: la sostenibilità economica e l'equilibrio tra organizzazione dei servizi e garanzie di uguaglianza e omogeneità (Balduzzi 2009). La sfida maggiore, quindi, si gioca nel garantire la sostenibilità della sanità pubblica senza pregiudicare la qualità delle cure erogate dai sistemi sanitari e l'equità di accesso alle cure (Rebba 2012).

Come hanno osservato vari studiosi (Ferrera 2006; Huber 1999; Mapelli 2012; Taroni e Nobilio 2004), un modo efficace per confrontare i settori sanitari di paesi diversi consiste nell'utilizzare un piccolo gruppo di indicatori quantitativi sintetici: la percentuale di spesa sanitaria totale, pubblica e privata sul prodotto interno lordo (PIL). Il solo dato di incidenza della spesa sanitaria sul PIL, e la sua scomposizione in quota pubblica e quota privata, rendono immediatamente visibili le differenze tra i livelli aggregati di spesa sanitaria dei paesi posti a confronto.

La figura 3.2 illustra i valori più recenti di questi indicatori per i venti paesi OCSE già presi in esame nel paragrafo precedente. Come si può notare, nella maggioranza dei paesi in cui vige un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sociali obbligatorie (Austria, Belgio, Francia, Germania, Paesi Bassi, Svizzera) o sulle assicurazioni private volontarie (Stati Uniti) la tendenza è quella di destinare alla sanità una quota relativamente elevata del proprio PIL, diminuendo così le risorse pubbliche destinate ad altri settori. Perfino negli Stati Uniti, dove – unico caso fra quelli considerati – la spesa sanitaria privata supera quella pubblica, quest'ultima arriva all'8,5%, oltrepassando ampiamente la media dei paesi OCSE (6,8%). Al contrario, nei paesi in cui vigono sistemi fondati sul servizio sanitario nazionale, la quota del PIL destinata alla spesa sanitaria pubblica è generalmente più bassa. Ci troviamo di fronte, dunque, a un apparente paradosso, già messo in luce da Donzelli (1998, 42) quindici anni fa: i paesi con sistemi sanitari basati sulle assicurazioni, pur fornendo prestazioni complessivamente un po' meno efficaci, superano i paesi dotati di servizio sanitario nazionale in termini non solo di spesa sanitaria totale, ma anche di spesa sanitaria pubblica. In questo quadro generale, l'Italia presenta una spesa sanitaria totale leggermente inferiore alla media OCSE



Fonte: Elaborazione dati tratti da *OECD Health Data 2012*.

FIG. 3.2. Spesa sanitaria totale (% su PIL) in venti paesi OCSE (2010). La barra chiara indica la spesa pubblica, mentre la barra scura indica la spesa privata.

(9,3 vs. 9,5% del PIL), ma una spesa sanitaria pubblica un po' superiore (7,4 vs. 6,8%).

Oltre ad analizzare i livelli attuali della spesa sanitaria, è utile considerarne la crescita nel tempo. Da questo punto di vista è interessante osservare che, dal 1960 a oggi, nella maggior parte dei paesi occidentali la spesa sanitaria pubblica è aumentata costantemente, seguendo un ritmo superiore ai tassi di crescita dell'economia nel suo complesso (Rebba 2012). Tale aumento può essere concepito come diretta conseguenza dell'evoluzione e dell'interazione reciproca di tre fattori principali (Atella *et al.* 2013; Dormont *et al.* 2006; Esping-Andersen 2005; Ferrera 2007; Gerdtham e Jönsson 2000; Schieber e Poullier 1991): il primo, di tipo demografico, è connesso al numero e alla struttura per sesso e per età della popolazione; il secondo, di tipo economico, è imputabile a una propensione – riscontrabile in tutte le società avanzate – a una crescita della spesa sanitaria complessiva più che proporzionale rispetto alla crescita del PIL; il terzo, di tipo strutturale, riguarda la progressiva estensione della copertura sanitaria e l'ampliamento della gamma di rischi protetti che aumentano la domanda di prestazioni e servizi. Tuttavia,

TAB. 3.2. Andamento nel tempo della spesa sanitaria pubblica, privata e totale (% su PIL) in undici paesi OCSE (1960-2010).

	1960			2002			2010		
	Spesa pubbl.	Spesa privata	Spesa totale	Spesa pubbl.	Spesa privata	Spesa totale	Spesa pubbl.	Spesa privata	Spesa totale
Belgio	1,3	2,1	3,4	6,5	2,6	9,1	8,0	2,5	10,5
Canada	2,3	3,1	5,4	6,7	2,9	9,6	8,1	3,3	11,4
Francia	2,4	1,8	4,2	7,4	2,3	9,7	8,9	2,7	11,6
Germania	3,2	1,6	4,8	8,6	2,3	10,9	8,9	2,7	11,6
Italia	3,0	0,6	3,6	6,4	2,1	8,5	7,4	1,9	9,3
Paesi Bassi	1,3	2,5	3,8	5,7	2,8	8,5	9,6	2,4	12,0
Regno Unito	3,3	0,6	3,9	6,4	1,3	7,7	8,0	1,6	9,6
Spagna	0,9	0,6	1,5	5,4	2,2	7,6	7,1	2,5	9,6
Stati Uniti	1,3	4,0	5,3	6,6	8,0	14,6	8,5	9,1	17,6
Svezia	3,4	1,3	4,7	7,9	1,3	9,2	7,7	1,9	9,6
Svizzera	2,0	1,3	3,3	6,5	4,7	11,2	7,5	3,9	11,4

Fonte: Elaborazione dati tratti da *OECD Health Data 2012*.

l'evoluzione della spesa sanitaria è influenzata anche da fattori esogeni, come le scoperte scientifiche e le evoluzioni tecnologiche, il loro impatto sull'efficacia e sui costi delle prestazioni sanitarie, le politiche di contenimento della spesa sanitaria stessa, le scelte in tema di organizzazione delle modalità di fornitura di servizi sanitari o di investimento in nuove prestazioni sanitarie che assicurino una maggiore efficacia e/o efficienza (Barros 1998; Dormont *et al.* 2006; Hartwig 2008).

In questa sede non è possibile fare un'analisi approfondita dei fattori endogeni ed esogeni sottostanti all'incremento costante della spesa sanitaria. Tuttavia, è interessante evidenziare la relazione tra crescita della spesa sanitaria e modello di sistema sanitario vigente in alcuni paesi occidentali. A questo proposito, la tabella 3.2 – relativa a undici paesi OCSE – ci mostra innanzitutto che, fra il 1960 e il 2010, la quota di spesa sanitaria totale sul PIL è più che raddoppiata nei paesi considerati. Gli Stati Uniti sono il paese in cui la spesa sanitaria è cresciuta maggiormente, passando da 5,3% nel 1960 a un rilevante 17,6% nel 2010 (+12,3 punti percentuali). Subito dopo vengono i Paesi Bassi (+8,2 punti percentuali), la Svizzera (+8,1), la Spagna (+8,1), la Francia (+7,4), il Belgio (+7,1) e la Germania (+6,8). Come si può notare, tutti questi paesi – ad eccezione della Spagna – sono dotati di sistemi sanitari basati sulle assicurazioni. In Italia, come negli altri paesi con servizio sanitario nazionale, nello stesso arco di tempo la spesa sanitaria totale è cresciuta a un ritmo decisamente minore, passando da 3,6 a 9,3%.

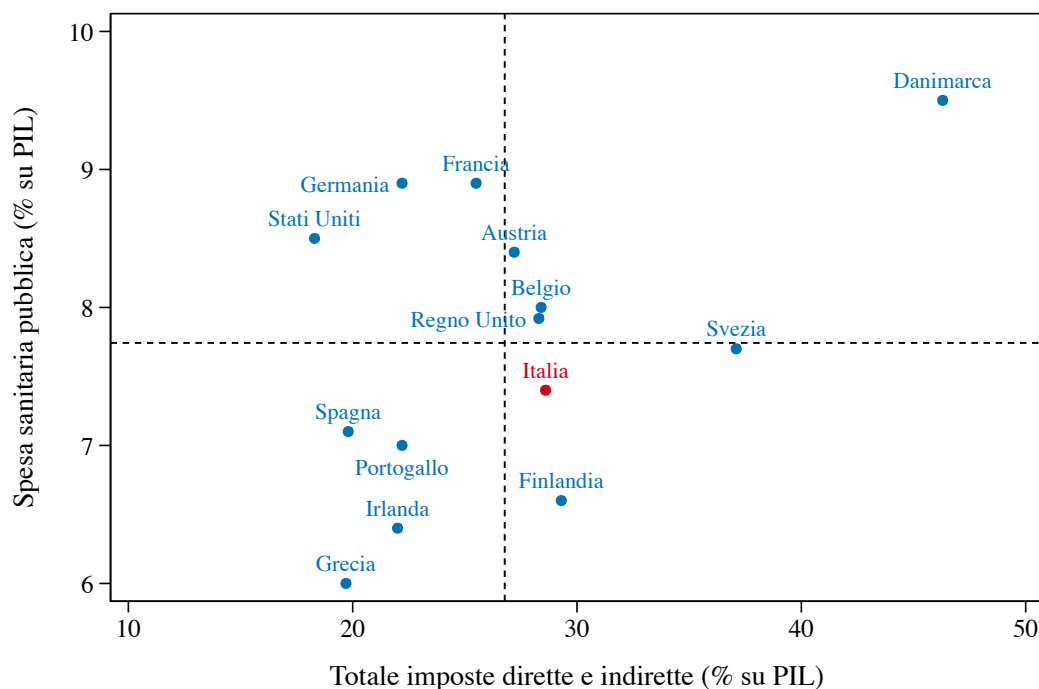
La tabella 3.2 mostra anche che mentre la quota di spesa sanitaria privata è

cresciuta in misura limitata nel periodo 1960-2010 (con l'unica eccezione degli Stati Uniti), la quota pubblica è aumentata in misura sensibile e, quindi, è la principale responsabile della crescita della spesa sanitaria totale evidenziata sopra. L'aumento della quota di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria testimonia il crescente intervento statale in questo settore. Fino agli anni Ottanta del secolo scorso, una delle ragioni principali dell'aumento della componente pubblica è riscontrabile nella progressiva estensione della copertura sanitaria a tutta la popolazione. Dopo che un'ampia maggioranza della popolazione ha acquisito il diritto all'assistenza sanitaria, la spesa pubblica ha conosciuto un aumento in genere più contenuto, subendo talvolta una battuta d'arresto (Maino 2009). Attualmente, si prevede che tale spesa sia destinata a crescere nei prossimi quarant'anni (Coady *et al.* 2012). Le politiche di contenimento della spesa sanitaria pubblica, infatti, sono in gran parte politiche di breve periodo che non puntano a garantire la sostenibilità economica nella direzione della ricerca di un equilibrio tra finanziamento pubblico e privato della sanità, il cui raggiungimento dovrebbe avere lo scopo principale di migliorare il livello di efficienza del sistema sanitario preservando l'equità nell'accesso (OECD 2010).

La pesante crisi economica che ha recentemente interessato l'Italia, così come quasi tutti gli altri paesi occidentali, ha costretto il nostro paese a pesanti misure di rigore e di austerità finalizzate al contenimento della spesa pubblica in generale e di quella sanitaria in particolare, in un'ottica di disegno e attuazione di politiche di breve e medio periodo. L'impellenza di questioni come la sostenibilità del nostro sistema di welfare e il progressivo rientro dal debito pubblico hanno occupato i primi posti dell'agenda politica dal 2008 ad oggi. Queste preoccupazioni, tuttavia, non dovrebbero necessariamente portare a decisioni, formalmente motivate dalla volontà di perseguire tali obiettivi, che si traducano in forti tagli della spesa pubblica per la sanità. La manovra del luglio 2011, ad esempio, prevede che nel biennio 2013-14 il Servizio Sanitario Nazionale italiano realizzi risparmi per otto miliardi di euro<sup>2</sup>. Pur non essendo questa la sede adatta a esaminare nel dettaglio il genere di manovre che andrebbero attuate per rendere il Servizio Sanitario Nazionale italiano più efficace ed efficiente, si può comunque osservare come i risparmi, intesi come tagli in sanità, non solo non siano giustificati, ma potrebbero portare a conseguenze gravi per il sistema. Solo per citarne alcune rilevanti per questo studio: l'aumento del rischio sociale e l'incremento delle barriere all'accesso ai servizi sanitari. Questo si tradurrebbe in conseguenti ripercussioni sull'equità nell'accesso e sul blocco

<sup>2</sup> Legge di Stabilità per il 2013 (L 228/20128).





Fonte: Elaborazione dati tratti da *OECD Health Data 2012* e *Banca Dati AMECO 2010*.

FIG. 3.3. Relazione fra spesa sanitaria pubblica (% su PIL) e totale imposte dirette e indirette (% su PIL) in quattordici paesi OCSE (2010).

del miglioramento tecnologico delle prestazioni medico-ambulatoriali (Smith *et al.* 2009).

Analizzando la relazione fra spesa pubblica per la sanità e totale delle imposte dirette e indirette in Italia e altri paesi OCSE, si può capire perché una drastica riduzione della spesa sanitaria pubblica sia difficilmente giustificabile nel nostro paese. A questo proposito, la figura 3.3 classifica l'Italia e altri tredici paesi OCSE (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Irlanda, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia) in base a due dimensioni: la spesa pubblica per la sanità, espressa come percentuale del PIL (asse verticale), e il totale delle entrate tributarie derivanti da imposte dirette e indirette, sempre espresso come percentuale del PIL (asse orizzontale)<sup>3</sup>. In una situazione ideale, la posizione di ogni paese lungo la dimensione verticale dovrebbe essere direttamente proporzionale alla sua posizione lungo la dimensione orizzontale. In altre parole, in

<sup>3</sup> Per la definizione delle entrate tributarie sono state utilizzate solo le imposte dirette e indirette perché in genere queste sono la principale (in Italia l'unica) fonte di finanziamento della spesa sanitaria pubblica.

una situazione ideale sarebbe legittimo aspettarsi che la spesa pubblica destinata da un paese alla sanità sia tanto più grande quanto maggiore è il prelievo fiscale presente in quel paese, cioè quanto maggiori sono le risorse finanziarie che lo stato di quel paese può ricavare dalle entrate tributarie.

In realtà, come possiamo vedere, le cose non stanno sempre così. La figura 3.3 mette in luce l'esistenza di quattro quadranti che determinano quattro tipi di paesi divisi da queste due dimensioni. I paesi che occupano il quadrante in alto a destra (Austria, Belgio, Danimarca e Regno Unito) sono caratterizzati da un prelievo fiscale superiore alla media (indicata dalla linea tratteggiata verticale) al quale corrisponde una spesa pubblica per la sanità anch'essa superiore alla media (indicata dalla linea tratteggiata orizzontale). Questi paesi, dunque, sono complessivamente coerenti con il quadro ideale delineato. I paesi che occupano il quadrante in basso a sinistra (Irlanda, Grecia, Portogallo e Spagna) sono altrettanto coerenti, seppure verso il "basso": un prelievo fiscale inferiore alla media si accompagna a una spesa pubblica per la sanità anch'essa inferiore alla media. Nel terzo quadrante, in alto a sinistra, ci sono paesi (Francia, Germania e Stati Uniti) che si discostano dalle nostre aspettative ideali: ad un prelievo fiscale inferiore alla media, corrisponde una spesa pubblica per la sanità superiore alla media. Infine, anche i paesi che si collocano nel quadrante in basso a destra (Italia, Finlandia e Svezia) si discostano dalle aspettative ideali, ma lo fanno seguendo una direzione opposta ai precedenti. Nel caso di Italia, Finlandia e Svezia, infatti, un prelievo fiscale superiore alla media è accompagnato da una spesa pubblica per la sanità inferiore alla media. L'Italia, dunque, insieme a Finlandia e Svezia, spicca per la sua posizione eccentrica di paese che pur imponendo ai propri cittadini un carico di imposte (dirette e indirette) superiore alla media, destina alla sanità una quota di risorse pubbliche inferiore alla media. Questo status quo potrebbe essere riequilibrato solo in due modi: diminuendo le imposte, oppure (al contrario di quanto previsto dalla pesantissima manovra sanitaria prevista per il 2012-2014) aumentando in misura sensibile la spesa pubblica per la sanità.

Alla luce di questa breve analisi appare evidente come, nel nostro paese, il taglio alla spesa pubblica per la sanità sia difficilmente giustificabile. In realtà, quello che risulta, nel suo complesso, il problema più grave del settore della sanità pubblica italiana è che si conosce poco il modo in cui i finanziamenti a esso destinati sono utilizzati. Quindi, ancora una volta, i dati sulla spesa ci dicono poco su efficienza ed efficacia dei sistemi sanitari (Atella *et al.* 2013). Le misure che andrebbero attuate per stabilire un utilizzo più efficiente di queste risorse non comprendono sicuramente il taglio alla spesa pubblica in sanità. Molto prima di manovre di

contenimento e di taglio della spesa, si dovrebbe imporre un deciso intervento di razionalizzazione e omogeneizzazione della spesa sanitaria che attualmente presenta squilibri macroscopici – e spesso immotivati – nelle diverse regioni italiane (Atella 2013).

Date queste considerazioni, si può sottolineare come sia necessario impiegare *meglio* le risorse economiche destinate alla sanità – e non impiegarne *meno* – per poter fare fronte alle disparità di accesso alle prestazioni e alle tecnologie che esistono oggi sul nostro territorio nazionale. Le ricette economiche dovrebbero tenere conto della specificità di questo settore per evitare il rischio di pensare che il sistema sanitario possa non essere più sostenibile. Il principio di copertura universale ed egualitaria che sta alla base del Servizio Sanitario Nazionale italiano (cfr. cap. 4) implica che a tutti i cittadini siano garantiti livelli di assistenza adeguati. Inoltre, sostenere questo tipo di sistema significa, economicamente, evitare la moltiplicazione delle strutture sanitarie e, soprattutto, lo sviluppo delle disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari (Borgonovi 2013). Infine, la diminuzione della quantità di risorse non solo non considera la qualità dei servizi offerti ma, peggio, la penalizza, costringendo il sistema a puntare al ribasso in termini di qualità e bloccando lo sviluppo del sistema stesso. Finanziamento e struttura del sistema sanitario determinano la definizione dei destinatari dell’assistenza sanitaria, le modalità di accesso ai servizi sanitari e, in larga misura, la qualità dei servizi, condizionando inevitabilmente le condizioni di salute e l’utilizzo dei servizi sanitari da parte dei cittadini (Taroni 2009).

### 3.5 L’eccezionalità del caso USA

In conclusione di questo capitolo, può essere interessante gettare un rapido sguardo al sistema sanitario statunitense che, per le sue caratteristiche peculiari, rappresenta un caso unico nel panorama dei paesi occidentali, anche per l’elevato livello di iniquità nell’accesso ai servizi sanitari che lo caratterizza.

Il sistema sanitario statunitense si è sempre basato prevalentemente sul settore privato, sia sul versante del finanziamento (attraverso le assicurazioni) che su quello dell’offerta e della produzione dei servizi. Il canale sino a oggi più diffuso di assicurazione privata è stato quello basato sulla posizione occupazionale, ma senza nessun tipo di garanzia da parte dello Stato. Di fatto, la stratificazione della società determinata dalla posizione occupazionale si riproduce esattamente anche nell’ambito della sanità; infatti, tanto più grande e organizzata è l’impresa per cui

si lavora, tanto maggiore è la probabilità di ricevere una buona assistenza sanitaria dal proprio datore di lavoro.

La *Health Maintenance Organization* (HMO), istituita negli anni Settanta del secolo scorso, è la principale organizzazione attraverso la quale le imprese iscrivono i propri dipendenti alla fornitura di prestazioni a fronte di una quota fissa annuale. Il vincolo per i lavoratori è quello di avvalersi di un numero limitato di visite di base e di visite specialistiche e ospedaliere in strutture convenzionate indicate dall'HMO. I professionisti e i lavoratori autonomi sono liberi di attivare assicurazioni private individuali a prezzi elevati, usufruendo però di pacchetti assistenziali più ampi. Il principio sottostante è quello della responsabilità individuale che, per altro, è il vero asse portante della Costituzione americana, anche di fronte alla salute e alla malattia. A questo principio si sono più volte appellati i medici americani attraverso la propria associazione di categoria, l'*American Medical Association*, proprio per contrastare ogni tentativo di introdurre forme mutualistiche o a carattere universalistico, anche se da alcuni anni questa tendenza si è attenuata (Maciocco 2009).

Esiste dunque una copertura fortemente diseguale in base alla condizione socioeconomica di ogni individuo, in un sistema nel quale non si è riusciti ad assicurare un accesso universale a tutti i cittadini nemmeno quando i Democratici erano al governo con una forte maggioranza parlamentare, come nel periodo della presidenza di Lyndon B. Johnson<sup>4</sup> (Maciocco 2009; Maciocco *et al.* 2010). Gli unici programmi pubblici di assistenza sono *Medicaid* e *Medicare*, istituiti il 30 luglio 1965 come emendamento al *Social Security Act*. Il primo è un programma federale che provvede a fornire aiuti agli individui e alle famiglie a basso reddito salariale; *Medicare*, invece, è un programma di assistenza sanitaria rivolto ai cittadini di età uguale o superiore a sessantacinque anni, gestito dai singoli Stati che ricevono un contributo federale che copre oltre il 60% delle spese. A questi due programmi se ne aggiunge un terzo, il *Military Health Care*, finalizzato all'assistenza di militari e veterani. I beneficiari di questi programmi pubblici di assistenza sanitaria, però, sono molto disinformati in merito al loro funzionamento, in particolare riguardo alla copertura dei servizi (France 2006).

Recentemente due studiosi americani, Jacobs e Skocpol (2012), si sono posti una domanda molto diretta: gli Stati Uniti hanno bisogno di una riforma dell'assistenza sanitaria? Secondo i due studiosi, questa domanda ha una sola risposta possibile:

<sup>4</sup> Johnson è stato presidente dal novembre 1963 al gennaio 1969 ed è conosciuto per la politica interna volta a garantire i diritti civili negli Stati Uniti e costruire la *Great Society*.

sì, una riforma è necessaria e urgente. Uno dei problemi più grossi dell'attuale sistema sanitario americano è che 38 milioni di cittadini americani in età da lavoro che non hanno copertura sanitaria (Jacobs e Skocpol 2012). L'iniquità di accesso dei lavoratori all'assicurazione sanitaria è aumentata progressivamente dal 1980, portando molti cittadini americani a rimanere senza copertura. Secondo Jacobs e Skocpol (2012), la situazione è persino peggiore di quanto questi dati suggeriscono, soprattutto se si considera che anche chi gode di una copertura assicurativa può esserne privato in caso di malattia grave, in quanto tale evento porterebbe a spese mediche troppo alte, superiori al tetto massimo concordato con l'assicurazione. Coloro che si oppongono a qualsiasi riforma del sistema sanitario americano sostengono che, dopo tutto, l'accesso all'assistenza in realtà non è negato a nessuno, considerando che i milioni di americani sprovvisti di assicurazione sanitaria, in caso di emergenza, hanno accesso alle strutture ospedaliere. In effetti questo è vero dal 1986, anno in cui venne emanato l'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act*, con il quale si stabilisce che qualsiasi ospedale degli Stati Uniti che accetta beneficiari di *Medicare* e *Medicaid* è legalmente vincolato, in caso di emergenza, a fornire le cure necessarie al paziente, sia esso coperto da assicurazione o no. Tuttavia, la verità è che l'assistenza sanitaria di emergenza o pronto soccorso non è un sostituto appropriato, né efficiente, del normale accesso all'assistenza sanitaria.

Il secondo grande problema evidenziato da Skocpol e Jacobs è l'entità della spesa sanitaria americana. Pagare di più (rispetto a molti altri paesi occidentali, cfr. fig. 3.2) per avere meno rende ancora più inique le disuguaglianze esistenti. Come abbiamo visto sopra (cfr. par. 3.4), negli Stati Uniti si registra non solo la spesa sanitaria totale più alta fra i paesi occidentali, ma anche il livello di copertura sanitaria della popolazione più basso. Se si guarda poi alla spesa sanitaria totale pro-capite, nel 2010 negli Stati Uniti essa era pari a 8.233 dollari USA, contro – ad esempio – i 2.964 dollari registrati in Italia<sup>5</sup>. A tutto ciò si aggiunge il fatto che, anche se il sistema sanitario americano gode di apparecchiature avanzate e professionisti altamente specializzati, il costo delle singole prestazioni è spropositato e il prezzo medio annuale per una polizza assicurativa è cresciuto del 131% fra il 2001 e il 2011<sup>6</sup>. Infine, gli americani sono molto più malati e consumano molti più farmaci. Solo per citare alcuni dati, negli Stati Uniti, rispetto ai paesi europei, le

<sup>5</sup> Dati tratti dalla base di dati *OECD Health Data 2012*.

<sup>6</sup> Dati tratti dalle edizioni 2001-2011 della *Kaiser/HRET Survey of Employer-Sponsored Health Benefits* (<http://www.kff.org>).

percentuali di persone affette da cancro (12,2 vs. 5,4%), malattie cardiache (21,8 vs. 11,6%) e diabete (16,4 vs. 10,9%) sono nettamente superiori (Thorpe *et al.* 2007).

### 3.6 Osservazioni conclusive

A partire dal XIX secolo la sanità è diventata un settore di intervento dotato di autonomia istituzionale e di crescente importanza sociale, economica e politica. Ad eccezione degli Stati Uniti, che rappresentano un *unicum* nel panorama delle società avanzate, nel corso del tempo i paesi occidentali hanno sviluppato sistemi sanitari finalizzati a garantire l'assistenza sanitaria a una quota sempre più ampia della popolazione, fino a raggiungere – alla fine del secolo scorso – una copertura totale o prossima al totale.

Le modalità di raggiungimento e mantenimento di questo obiettivo variano da paese a paese. In particolare, abbiamo visto che la quota di PIL destinata da ciascun paese alla spesa sanitaria assume non solo valori diversi, ma anche composizioni differenti in termini di ripartizione fra pubblico e privato. Inoltre, variano molto i modi in cui la spesa sanitaria è utilizzata, modi che, a loro volta, si traducono in diversi livelli di efficacia, efficienza ed equità dei sistemi sanitari.

Nel panorama occidentale, il sistema sanitario italiano si caratterizza da un lato per la copertura totale della popolazione, dall'altro per una spesa sanitaria – sia pubblica che privata – relativamente bassa, nonché oggetto di ulteriori tagli programmati. Nel prossimo capitolo analizzeremo il nostro sistema sanitario in maniera più approfondita, cercando di capire se in quale misura – al di là dei principi di universalismo ed egualitarismo sui quali si fonda – contenga le premesse per generare iniquità nell'accesso ai servizi sanitari.

# Capitolo 4

## Il Servizio Sanitario Nazionale italiano

### 4.1 Premessa

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) è il risultato di un'evoluzione scandita da alcuni passaggi chiave che ne hanno determinato la struttura attuale (Vicarelli 1997). Questo sistema di governo della sanità, che ha avuto inizio a fine Ottocento, si è sviluppato fino alla metà degli anni Settanta del secolo scorso, quando il diritto alla tutela della salute è stato istituzionalizzato con la nascita, appunto, del SSN e ufficializzato come diritto fondamentale e irrinunciabile. Lo Stato si è impegnato, con questa riforma, a garantire ed erogare i servizi essenziali e indispensabili alla tutela della salute, assicurando la fornitura di tutte le risorse necessarie.

Il modello di assistenza sanitaria generale e gratuita, in linea di principio, costituisce una conquista importante delle politiche moderne in generale e delle politiche pubbliche in Italia in particolare. Nonostante questo risultato sia da considerare a pieno titolo una delle più importanti riforme del sistema di welfare italiano, il suo raggiungimento è arrivato attraverso un lungo percorso di sviluppo delle politiche sanitarie in Italia, soprattutto nel periodo che va dal secondo dopoguerra fino ad oggi ma che comincia a fine Ottocento (Vicarelli 1997).

Di fatto, la profonda trasformazione che ha modificato radicalmente il nostro sistema sanitario si può raccontare solo se si comprende il succedersi di lunghi periodi di stasi seguiti da fasi di rapido cambiamento innescato da fattori sia esogeni che endogeni rispetto all'ambito sanitario (Collier e Collier 2002). L'affermarsi di

questo sistema ha avuto un percorso lungo, fatto di passaggi importanti, e forti conseguenze in termini di definizione dei costi e dei livelli minimi di prestazioni garantite. Inoltre, ha imposto nel corso degli anni, a cominciare dalla sua istituzione, una serie di riforme, favorendo l'affermazione di alcuni principi dell'economia di mercato nel tentativo di arginare l'inefficienza del sistema stesso e gli sprechi spesso connaturati all'applicazione di un modello di tutela della salute pubblico gestito dal sistema centrale e decentralizzato alle Regioni in molte delle sue funzioni.

Prima dell'istituzione del SSN si passò da un sistema basato sulle *opere pie* a un sistema mutualistico-assicurativo. Poi arrivò la svolta fondamentale della politica sanitaria italiana, la Legge 833 del 1978, con la quale si istituì il SSN e venne sancita la fine del sistema mutualistico. Nell'assetto del SSN, così come fu inizialmente disegnato, lo Stato programmava, coordinava e finanziava l'intero sistema, mentre le Regioni recepiamo le direttive nazionali e provvedevano a istituire e gestire le Unità sanitarie locali. Nel corso degli anni Ottanta del secolo scorso, però, questo assetto venne modificato: una serie di problemi di carattere istituzionale e organizzativo portarono, soprattutto per ragioni di contenimento dei costi e di controllo della spesa, alle due grandi ondate di riforme degli anni Novanta.

In prima battuta, la Legge 421 del 1992, il D.Lgs. 502/1992 e le sue modifiche specificate nel D.Lgs. 517/1993 provvidero a stabilire i principi e i criteri del riordino della disciplina in materia sanitaria. Con questi provvedimenti vennero (a) introdotti i concetti di azienda e di concorrenzialità in sanità; (b) rafforzate in modo sostanziale le competenze delle Regioni creando, di fatto, il Piano sanitario regionale, inteso come un secondo livello di programmazione e governo del sistema (successivo al primo, determinato dal Piano sanitario nazionale); (c) istituiti nuovi criteri di finanziamento e di spesa, creando un effettivo trasferimento del debito alle singole Regioni; (d) introdotto l'accreditamento degli operatori privati con l'obiettivo di massimizzare l'efficienza e l'economicità del sistema.

Qualche anno dopo, le Leggi 419/1998 e 229/1999 vennero emanate allo scopo di razionalizzare il SSN, adottando un testo unico per la sua organizzazione e per il suo funzionamento. Queste leggi si proponevano di completare e chiarire alcuni aspetti rimasti aperti nella normativa precedente, che riguardavano i principali cambiamenti introdotti nel 1992: la *regionalizzazione* e l'*aziendalizzazione*. Da un lato, si rafforzarono i principi di mercato introdotti nella natura giuridica delle Unità sanitarie locali e degli ospedali, trasformati in aziende con autonomia organizzativa, gestionale, contabile, amministrativa e tecnica: le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere. Dall'altro lato, con la definizione del processo di sussidiarietà, attraverso il quale si rafforzarono sia il legame tra costi e benefici, sia quello tra



governanti e governati, si determinò, di fatto, la fine di un unico modello sanitario nazionale in favore di tanti sistemi regionali differenti quante sono le Regioni.

Lo scopo di questo capitolo è presentare le caratteristiche fondamentali del SSN italiano. Nel prossimo paragrafo vengono ripercorse le principali tappe dell'evoluzione e dell'organizzazione della sanità in Italia fino alla prima grande riforma del 1978. Nel terzo paragrafo sono illustrati gli elementi di riordino contenuti nei provvedimenti adottati nel 1992 e 1993, che costituiscono la cosiddetta *riforma della riforma* perché integrano e definiscono alcuni aspetti della riforma del 1978 senza modificarne gli obiettivi. Il quarto paragrafo ha lo scopo di delineare i principali punti e le ricadute applicative della normativa prodotta dal 1998 al 2002. Nel quinto paragrafo, invece, si prende in esame il profilo attuale del SSN, con le sue funzioni ridefinite dai cambiamenti normativi più recenti. Infine, il sesto paragrafo è dedicato alle osservazioni conclusive.

## 4.2 La grande riforma: la nascita del SSN

### 4.2.1 Dall'unità d'Italia alla seconda guerra mondiale

Nel nostro paese, la necessità di promuovere, tutelare e migliorare lo stato di benessere fisico e psichico del singolo individuo e della collettività ha subito un'evoluzione soprattutto negli anni che vanno dal secondo dopoguerra fino a oggi (Taroni 2011), ma affonda le sue radici in alcuni provvedimenti di fine Ottocento (Vicarelli 1997).

Nel XIX secolo si affermò la concezione liberistica secondo la quale la salute è considerata un bene privato la cui tutela è affidata all'interesse individuale, mentre allo Stato sono lasciati compiti caritativi e di beneficenza (Cilione 2012). In questo contesto, subito dopo l'unificazione del Regno d'Italia la questione dell'assistenza sanitaria venne messa in primo piano. L'esigenza era quella di dare un ordinamento alle numerose istituzioni e fondazioni private nate nel corso dei secoli (ospedali, infermerie, orfanotrofi, istituti di ricovero, mense popolari, asili, e così via). Questa azione andava nella direzione di sottoporre l'assistenza a un controllo pubblico, con la soppressione di alcuni enti religiosi ma con il riconoscimento del ruolo esercitato dalle opere pie, al fine di promuovere una *carità legalizzata*. Dopo la Legge n. 753 del 03/08/1862 – la cosiddetta “legge Rattazzi” – che obbligava le opere pie a presentare il bilancio per quantificare il patrimonio degli enti religiosi, furono emanate altre norme importanti, le prime in materia sanitaria. La Legge n. 2248 del 20/03/1865, identificando la tutela della salute pubblica come materia

di ordine pubblico, ne affidava le relative competenze al Ministero dell'Interno in sede centrale, e a prefetti e sindaci a livello periferico, anche se gli ospedali restavano gestiti in gran parte dalle opere pie (Guiducci 1999). La successiva Legge n. 5849 del 21/12/1888 istituiva il Consiglio Superiore della Sanità (CSS) al quale furono affidate funzioni tecnico-consultive. Nello stesso anno fu introdotta la legge nota come Crispi-Pagliani, una delle prime leggi italiane di igiene e sanità pubblica a essere definita di riforma sanitaria, che razionalizzò l'assistenza sanitaria con l'istituzione dei medici provinciali e comunali (Vineis e Dirindin 2004). Nell'ambito del Ministero dell'Interno fu costituita una Direzione Generale della Sanità Pubblica, mentre in periferia vennero creati gli uffici sanitari provinciali, alle dipendenze dei prefetti, e analoghi uffici presso i comuni. In questo periodo il dibattito sull'assistenza sanitaria trovò ulteriori argomenti di confronto, poiché molti servizi offerti dalle opere pie non risultavano adeguati e, contemporaneamente, si accentuava il ricorso alle prestazioni erogate dai Comuni e dalle Province. Il 17 luglio 1890 il Parlamento approvò la Legge n. 6972 – la cosiddetta “legge Crispi” – che attribuiva personalità pubblica alle pre-esistenti opere pie, trasformandole in istituti finanziati con fondi pubblici (che assunsero poi, nel 1923, la denominazione di Istituzioni Pubbliche di Beneficenza, IPAB) con obbligo di erogare soccorso agli indigenti residenti nei Comuni e agli stranieri (artt. 76 e 77). Per questo, la Legge n. 6972 è generalmente considerata il primo provvedimento di giustizia sociale in materia di sanità. Seppure con i suoi limiti, come quello di aver burocratizzato un sistema di amministrazione di per sé inefficiente, la legge Crispi segnò un passaggio importantissimo nell'evoluzione della sanità in Italia (Vicarelli 1997).

All'inizio del XX secolo ci fu una nuova crisi sociale che determinò un nuovo assetto delle forme di assistenza esistenti. In quegli anni si era ancora lontani dalla copertura capillare della popolazione. Ciononostante, il ruolo della medicina preventiva era diventato sempre più centrale, con la denuncia delle gravissime condizioni di alcune categorie di lavoratori e con la convergenza tra il crescente intervento dello Stato (grazie alle basi poste dalla legge Crispi) e un'embrionale epidemiologia sociale volta a contrastare gli effetti dell'industrializzazione. Nei primi anni del Novecento furono varati alcuni importanti provvedimenti. La Legge n. 80 del 17/03/1898 e la Legge n. 350 del 17/07/1898 introdussero le prime norme per l'assicurazione contro gli infortuni e le malattie professionali, nonché l'assicurazione per l'invalidità e la vecchiaia, applicando anche in Italia alcune caratteristiche del modello bismarchiano (cfr. par. 3.2). Qualche anno più tardi, il Testo Unico n. 51 del 31/01/1904 affermò il concetto di *rischio professionale*. Infine nel 1907, per rendere più organico l'insieme delle leggi sanitarie in vigore, fu approvato il Testo

Unico delle leggi sanitarie.

La prima guerra mondiale segnò un momento decisivo nella definizione delle politiche di assistenza sociale e di tutela della salute, sviluppate anche per contrastare gli effetti devastanti della guerra sulle condizioni di salute della popolazione. Ma fu il regime fascista, con precise politiche di intervento, a cominciare a farsi carico della tutela della salute dei cittadini italiani in modo diffuso (Vicarelli 1997). L'assistenza sanitaria, nel periodo che precedette la seconda guerra mondiale, veniva erogata gratuitamente agli *aventi diritto* (soggetti non benestanti iscritti in un apposito elenco), mentre restava a pagamento per tutti gli altri. La presenza di soggetti "non aventi diritto" favorì la nascita delle prime società di mutuo soccorso che sostenevano economicamente gli assicurati in caso di malattia. Successivamente questa situazione si modificò quando, dopo varie rivendicazioni sociali, i datori di lavoro e lo Stato cominciarono a partecipare a questa forma di assicurazione contro il rischio di malattia, resa obbligatoria per legge. Si arrivò così a coprire buona parte della popolazione italiana attraverso enti assicurativi distinti per categorie professionali (Falcitelli *et al.* 2000).

Negli anni segnati dal fascismo ci si avviò verso un sistema di assistenza specifica (cioè diretta a determinate categorie di persone) che andava ad affiancare il sistema di assistenza generica sancito nel 1890. Si radicarono il corporativismo, tratto costitutivo dell'epoca fascista, e un crescente assistenzialismo su base corporativa, incentrato su obiettivi di lotta alle malattie (prima fra tutte la tubercolosi), lotta alla povertà e difesa della maternità e dell'infanzia, al fine di contrastare le difficili condizioni di alcune fasce della popolazione e realizzare il mito di una nazione più forte e compatta attraverso l'azione dello Stato. Tutto ciò portò al moltiplicarsi di enti pubblici divisi per settori di assistenza (Cosmacini 2005), considerati dalla propaganda fascista come attenzione del regime alle esigenze dei cittadini. Furono costituiti quattro grandi istituti nazionali con personalità giuridica e gestione autonoma: l'Istituto Nazionale Fascista della Previdenza Sociale (INFPS), nato come evoluzione della Cassa Nazionale delle Assicurazioni Sociali per tutelare l'invalidità e la vecchiaia; l'Istituto Nazionale Fascista per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INFAIL); l'Ente Mutualità Fascista; e l'Opera Nazionale per la Protezione della Maternità e dell'Infanzia (ONMI), che ricopriva un ruolo fondamentale nell'assistenza alla gravidanza e in quella pediatrica. La gestione diretta da parte dello Stato della sanità pubblica era esercitata a livello sia centrale che periferico attraverso la vigilanza sugli enti ospedalieri e sugli enti parastatali di previdenza (Taroni 2011).

Infine, nel 1934 fu approvato, con R.D. n. 1265 del 27/07/1934, il nuovo

Testo Unico delle leggi sanitarie. Le norme del testo trattavano vari ambiti tra cui l'ordinamento dell'amministrazione sanitaria, l'esercizio delle professioni e delle attività soggette a vigilanza sanitaria, l'igiene del suolo e dell'abitato, i provvedimenti contro le malattie infettive e sociali.

#### 4.2.2 Dal secondo dopoguerra alla grande riforma

Al termine del secondo conflitto mondiale, l'organizzazione sanitaria si presentava come un sistema previdenziale essenzialmente tripartito, che vedeva i comparti dello Stato divisi in enti previdenziali, casse mutue ed enti ospedalieri più IPAB. Questi tre settori riflettevano l'ordinamento realizzato durante il periodo fascista (Taroni 2011). Le casse mutue fornivano la copertura assistenziale a circa un terzo della popolazione italiana, ma la copertura assicurativa rimaneva dipendente dalla posizione occupazionale (Renzulli 1945).

In generale, nel secondo dopoguerra prevalse la spinta a contrastare democraticamente le norme di forte impronta statalista del periodo fascista, che richiamavano il fascismo in qualsiasi aspetto, anche se non sempre ci fu coerenza nella direzione e negli intenti degli interventi legislativi (Girotti 1998). Con l'affermarsi del welfare state, la salute non venne più considerata una questione privata. Piuttosto, cominciò a prevalere la concezione secondo la quale lo Stato si deve porre come obiettivo primario la salute della sua popolazione, presupposto necessario della propria forza. L'evoluzione successiva evidenzia in modo netto il collegamento tra la salute individuale e quella pubblica, per cui la tutela della salute della popolazione da parte dello Stato si allarga a tutta la vita dell'uomo e all'ambiente in cui gli individui vivono.

L'immediato secondo dopoguerra fu caratterizzato da pessime condizioni di vita della popolazione e da un quadro istituzionale dominato dagli enti mutualistici. Il Rapporto Beveridge, pubblicato nel 1942, aveva portato anche in Italia un desiderio di cambiamento e di riforma. Tuttavia, questa spinta riformista verso l'universalismo egualitario venne trascurata per dare spazio a politiche sociali ancora legate ai principi corporativi di stampo fascista, senza dare ascolto alle esigenze di riforma espresse da diverse parti sociali e politiche (Fabbrini 2008). I principi di tutela dal rischio di malattia e liberazione dallo stato di bisogno delineati nel rapporto si traducevano in un unico forte principio di universalismo egualitario, in contrapposizione ai criteri selettivi dei sistemi basati su assicurazioni sociali. In Italia il rapporto era stato pubblicato in forma sintetica già nel 1943 sulla *Rivista Internazionale di Scienze Sociali* (Sacco 1943) e, come evidenzia

Taroni (2011), analizzato da approfonditi studi che mettevano in luce gli aspetti più rischiosi, soprattutto sul piano economico, di una sua attuazione nel contesto italiano (Del Giudice 1943; Einaudi 1949; Vito 1945).

Tuttavia, proprio in questo periodo cominciò a farsi spazio un nuovo concetto di sicurezza sociale di matrice universalista, che dovrà però aspettare alcuni anni per vedere la sua realizzazione. Nel 1947, sotto il governo De Gasperi e su proposta di Amintore Fanfani, si costituì una commissione per la riforma della previdenza sociale presieduta da Ludovico D'Aragona, che può essere vista come il primo vero tentativo di superare l'impianto particolaristico delle casse mutue. Nonostante il lungo lavoro e le 88 mozioni della Commissione, la relazione finale fu duramente criticata, soprattutto per l'insostenibilità economica delle proposte in essa contenute e per la sua intenzione di ridisegnare gli interessi dei sindacati e dei partiti senza dare delle indicazioni operative sul riordino delle politiche sociali finalizzate a contrastare le iniquità e le inefficienze del sistema. Il progetto di legge Fanfani, disegnato alla luce delle mozioni della Commissione D'Aragona, morì sul nascere senza portare a nessun effettivo cambiamento (Taroni 2011). Tuttavia, se si fossero prese in seria considerazione le stime prodotte e le dichiarazioni presenti nelle mozioni, sarebbero rimasti fuori dal sistema assicurativo soltanto "capitalisti ereditieri, i detenuti e le prostitute" (Coppini *et al.* 1948), a dimostrazione del carattere innovativo ed egualitario del progetto di legge.

La Costituzione italiana, entrata in vigore il 1° gennaio 1948, sanciva per la prima volta il diritto alla salute con l'articolo 32 che, al comma 1, recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"; e al comma 2: "I lavoratori hanno diritto che siano previsti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortuni, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria". In questo modo la Costituzione non si limita a tutelare la salute in sé, ma anche la "non salute" (Spagnuolo Vigorita 2003). L'articolo 32 definisce il diritto alla salute come diritto individuale e collettivo, ossia come tutela dell'interesse del singolo cittadino all'ottenimento di determinate prestazioni, dirette o indirette, da parte dello Stato, ma anche come interesse generale per le condizioni di maggiore benessere fisico e psichico dei cittadini.

Inizialmente l'articolo 32 della Costituzione non era in grado di assicurare la tutela della salute. Questa era garantita dal sistema mutualistico che, fondandosi sull'obbligatorietà dell'assicurazione sociale contro le malattie in favore dei lavoratori e dei pensionati, forniva solo le prestazioni riferite alle patologie insorte e non comprendeva prestazioni di prevenzione, riabilitazione e recupero. Eppure, nei

primi anni Cinquanta del secolo scorso, questo articolo fu duramente criticato perché conteneva – a detta dei suoi detrattori – un’insanabile contrapposizione tra gli individui e la collettività rispetto alla tutela della salute, riducendosi così a una mera dichiarazione del diritto degli indigenti a cure gratuite (Morana 2009). In altri termini, l’articolo 32 fu denunciato come inutile e superficiale (Crosa 1955). Dunque, nonostante la volontà dei costituenti di ridisegnare i confini dell’intervento dello Stato nella carta costituzionale, continuarono a permanere modelli di sistema sanitario più tradizionali, di tipo assicurativo-corporativo.

Accanto alle questioni legate alla definizione dell’articolo 32, altre critiche – come mette in evidenza Morana (2009) – furono suscitate dall’enfasi data all’articolo 38 della Costituzione, relativo alla sicurezza sociale (per i lavoratori si trattava di infortunio, malattia, invalidità e vecchiaia, disoccupazione involontaria; per gli indigenti di assistenza sociale). Secondo alcuni, pur giustificando il sistema mutualistico vigente all’epoca, l’articolo 38 attenuava la spinta innovativa dell’articolo 32 e il riconoscimento del diritto universale alla salute in esso contenuto. Infatti, il concetto di idoneità fisica e capacità produttiva insito nell’articolo 38 giustificava di fatto l’intervento pubblico di tipo previdenziale legato alla prestazione. Non a caso, gli articoli 32 e 38 sono posizionati in due diverse sezioni della Costituzione: entrambi si trovano tra i diritti e i doveri dei cittadini, ma nella definizione dei rapporti etico-sociali l’uno (articolo 32) e nella definizione dei rapporti economici l’altro (articolo 38). Il risultato, ha osservato Morana (2009), fu quello di oscurare la rilevanza del diritto alla salute, che avrebbe dovuto vedere realizzata la sua garanzia costituzionale indipendentemente dall’intervento pubblico per la sua tutela. In ogni caso, il diritto alla salute riconosciuto nell’articolo 32 rappresenta il primo passo della repubblica verso un cambiamento radicale di prospettiva nei confronti dell’assistenza sanitaria.

La continuità con il periodo storico precedente determinò, nei primi anni Cinquanta e per tutti gli anni Sessanta del secolo scorso, un assetto tradizionale rispetto all’assistenza sanitaria in Italia, con una netta separazione tra l’assistenza ai lavoratori occupati, fornita attraverso i numerosi enti mutualistici; l’assistenza dedicata agli indigenti, basata sulla *carità legalizzata* dei Comuni; e l’intervento dello Stato per contrastare la diffusione di specifiche malattie, ad esempio la tubercolosi (Taroni 2011). La popolazione coperta era determinata anche considerando i familiari dei lavoratori: le prestazioni sanitarie erogate, l’assistenza ospedaliera, quella medico-generica e quella specialistica coprivano, infatti, anche i componenti del nucleo familiare del lavoratore (anche se in modo poco omogeneo, secondo le regole di ciascun Ente). Si arrivò così, negli anni Sessanta, a una copertura di circa

due terzi della popolazione, con enormi disparità tra categorie professionali per il differente trattamento dei diversi Enti (Taroni 2011). Altre due tappe importanti furono l'estensione dell'assistenza sanitaria ai pensionati e ai lavoratori autonomi, definita con la normativa del 1954. Nello stesso periodo iniziarono a svilupparsi una serie di iniziative di sanità pubblica, prevalentemente attivate dagli enti locali e da istituzioni appositamente costituite (ConSORZI sanitari, Laboratori Igiene e Profilassi) e indirizzate alla collettività (con attività di prevenzione) e a soggetti più bisognosi iscritti in apposite liste (condotta medica e domicilio di soccorso).

Tra i numerosi enti mutualistici vigilati dall'amministrazione statale, i più importanti erano l'INAM, per le malattie generiche; l'INPS, per la tubercolosi, l'invalidità e la vecchiaia; e l'INAIL, per gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali. Oltre a questi enti esistevano numerose casse mutue per differenti categorie di assistiti e, in molte sedi, assistenze di fabbrica a carattere aziendale (ad esempio alla Fiat). Ciascun ente era competente per una determinata categoria di lavoratori, che erano obbligatoriamente iscritti e fruivano dell'assicurazione sanitaria per provvedere alle cure mediche e ospedaliere, finanziata con i contributi versati dagli stessi lavoratori e dai loro datori di lavoro. Il diritto alla tutela della salute restava correlato all'essere lavoratore (o suo familiare) e non all'essere cittadino. Alla fine degli anni Cinquanta si arrivò al massimo sviluppo delle casse mutue: l'assistenza sanitaria era interamente affidata a enti assicuratori su base occupazionale (Taroni 2011).

Con la Legge n. 296 del 13/03/1958 si arrivò finalmente all'istituzione del Ministero della Sanità. Con la sua istituzione si riconobbe la necessità di dare alla materia della salute pubblica una connotazione specifica e autonoma, discostandola dalla visione della salute come questione di ordine pubblico. Questo organo assorbì le competenze in precedenza attribuite all'Alto Commissariato e a tutte le altre amministrazioni fino ad allora operanti in materia di sanità pubblica (Archimede e Del Castillo 1998). Il Ministero era assistito dal Consiglio Superiore di Sanità (CSS), che aveva funzioni consultive, e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Tuttavia, l'istituzione del nuovo Ministero non costituì, come ci si aspettava, l'occasione di un riordino generale delle competenze dei vari Ministeri che fino a quel momento si erano occupati dei diversi settori dell'assistenza sanitaria. Il nuovo Ministero, al suo stadio embrionale, rimase un organismo con compiti poco chiari che aumentarono la conflittualità tra il livello di governo centrale e quello periferico (Taroni 2011). La nascita del Ministero della Sanità, dunque, contribuì a rendere ancora più evidenti due aspetti, entrambi molto pronunciati, del sistema sanitario italiano: da un lato, il rapido cambiamento in atto nell'espansione della copertura sanitaria e nella



creazione di nuovi enti assistenziali; dall'altro, a livello centrale, la mancanza di un coordinamento e di una gestione programmata e sistematica. La successiva crisi delle mutue portò a riconsiderare il riordino del sistema ma, parallelamente, continuò a esserci una scarsa considerazione nei confronti dei segmenti della popolazione rimasti completamente privi di copertura (Taroni 2011).

La Nota aggiuntiva alla Relazione generale sulla situazione del paese presentata nel 1962 da Ugo La Malfa, scritta in seguito a una richiesta del governo di fare luce sulle condizioni di sviluppo dopo gli anni del boom economico, metteva in primo piano – tra gli altri provvedimenti – la necessità dell'intervento dello Stato nel settore dell'assistenza sanitaria. Le nuove politiche sanitarie presero avvio nei primi anni Sessanta sotto questa spinta e, anche se non portarono all'istituzione di un sistema sanitario nazionale, con il Piano Giolitti del 1964 svolsero un ruolo cruciale per i successivi sviluppi (Fuà e Sylos-Labini 1963). Il Piano Giolitti, infatti, fu il primo documento elaborato in sede governativa a prevedere l'istituzione di un servizio sanitario nazionale finanziato dai cittadini in proporzione ai propri redditi e finalizzato ad assicurare una protezione sanitaria completa a tutta la popolazione, superando così il principio assicurativo. Il Piano Giolitti non fu mai approvato per la successiva crisi di governo, ma comprendeva relazioni dettagliate tra cui quella di Giovanni Berlinguer, in cui si metteva in evidenza l'inadeguatezza di una semplice estensione graduale dell'accesso alle prestazioni sanitarie agli strati della popolazione non coperti e di un potenziamento delle prestazioni per le categorie parzialmente protette.

Nel 1968 gli ospedali, fino ad allora gestiti dagli enti mutualistici, furono trasformati in enti pubblici con la *riforma ospedaliera*, approvata con la Legge n. 132 del 12/02/1968 voluta dal ministro Mariotti. Questa normativa fu rilevante perché diede una configurazione giuridica uniforme a tutte quelle istituzioni che avevano svolto fino ad allora attività di assistenza ospedaliera. Nacque così l'ente ospedaliero, un ente pubblico incaricato del ricovero e della cura. Con questa norma si introdusse anche il principio della programmazione in materia ospedaliera, con un piano sanitario nazionale e uno regionale. Ma soprattutto, i principi ai quali si diede risalto furono quelli contenuti nell'articolo 32 della Costituzione, poiché si stabiliva che l'assistenza ospedaliera fosse obbligatoria e gratuita per tutti, e dovesse essere erogata in modo uniforme in tutto il territorio nazionale (Ferrara e Vipiana 1999). La legge Mariotti stabiliva che il finanziamento degli ospedali avvenisse attraverso la fiscalità generale, e fu il primo grande passo verso la riforma generale della sanità (Taroni 2011). Tuttavia, le novità organizzative introdotte dalla legge non produssero gli effetti di cambiamento e di efficienza delle strutture che i legislatori



si erano proposti. Accanto ad aspetti positivi, come l'abbandono del concetto di enti di assistenza e beneficenza, si devono sottolineare anche alcuni limiti della Legge 132/1968 (Zanetta e Casalegno 1999). Il primo limite può essere individuato nel fallimento del modello di programmazione: la programmazione regionale, in cui si sarebbero dovuti inserire gli enti ospedalieri, risultava estremamente limitata dal carattere dettagliato delle disposizioni della legge statale, per cui fallì il tentativo di creare un sistema pianificato di assistenza ospedaliera, gravato da un processo di eccessiva burocratizzazione (Ferrara e Vipiana 1999; Zanetta e Casalegno 1999). Il secondo problema riguardava gli enti ospedalieri stessi che, pur avendo un'autonomia sul versante organizzativo, non ottennero alcuna autonomia a livello finanziario (Catananti 2000).

Alla fine degli anni Sessanta, il consenso sulla necessità di procedere verso una riforma del sistema mutualistico era ormai ampio, alimentato anche dal desiderio di appianare le disparità di accesso e contribuzione tra le diverse categorie professionali e sociali. La distribuzione dei servizi sul territorio era frammentata e divisa in tre circuiti – medicina generale, medicina specialistica e assistenza ospedaliera – ma sostanzialmente incentrata sugli ospedali (Berlinguer 1979). Le disparità sociali si riscontravano non solo nell'accesso *realizzato*, ma anche nell'accesso *potenziale* (cfr. par. 2.3). Non c'era alcun dubbio sull'urgenza di una riforma del sistema, ma le troppe difficoltà legate alla politica e ai forti interessi in gioco<sup>1</sup>.

L'entrata in funzione, nel 1970, dell'Istituto Regionale determinò un cambiamento del quadro politico, e da qui prese avvio un processo di responsabilizzazione delle singole entità locali. Lo Stato trasferì alle Regioni molte funzioni amministrative, negando però l'attribuzione di competenze legislative; in particolare, con il D.P.R. n. 4 del 14/01/1972 vennero trasferite alle Regioni le funzioni amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera. In sostanza, l'esigenza del legislatore fu quella di alleggerire la burocrazia e diminuire i ritardi nell'erogazione dei servizi sanitari, favorendo così l'accesso ai cittadini all'assistenza.

La Legge n. 386 del 17 agosto 1974, che determinò lo scioglimento delle mutue e il trasferimento delle rispettive competenze alle Regioni, fu la primo grande preludio alla riforma del sistema sanitario. La legge 386/1974 estinse i debiti accumulati dagli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, sciolse i consigli di amministrazione degli enti mutualistici e trasferì i compiti in materia di assistenza ospedaliera alle Regioni attraverso la costituzione del Fondo Nazionale

<sup>1</sup> In particolare, gli interessi degli enti ospedalieri, alle prese con il difficile riassetto voluto dalla legge Mariotti, dei medici specialisti, dei medici di medicina generale – con le quote a commessa – e degli istituti mutualistici.

per l'Assistenza Ospedaliera (FNAO), finanziato attraverso i contributi sociali che lo Stato provvide a trasferire alle regioni (Falcitelli *et al.* 2000). Tre anni dopo venne emanata la Legge n. 349 del 29/06/1977, che prevedeva norme transitorie per il trasferimento delle funzioni esercitate dagli enti mutualistici alle Regioni; le mutue furono così sciolte e poste in liquidazione (Ferrara e Vipiana 1999).

I provvedimenti legislativi emanati nel decennio compreso tra il 1968 e il 1978 avevano cercato, da un lato, di anticipare la grande riforma del diritto sanitario e, dall'altro, di risolvere i problemi rimasti con la Legge 132/1968, relativi al trasferimento in sede periferica delle funzioni statali in materia sanitaria. Nondimeno, la progressiva modernizzazione del sistema spinse i movimenti sociali che proliferavano in quegli anni a vedere nella riorganizzazione dei servizi sanitari e della loro accessibilità un'occasione importante per cavalcare l'onda delle riforme innovative internazionali (Vicarelli 2006). Nel 1974, in Canada, il rapporto Lalonde sulle prospettive sanitarie canadesi denunciò il limite delle politiche governative che riducevano la salute a mero *consumo* individuale di prestazioni sanitarie, invece che concentrarsi sulla *produzione* di salute collettiva attraverso l'individuazione e il trattamento dei determinanti sociali della salute. Pochi anni dopo, nel settembre del 1978, nella capitale della repubblica sovietica del Kazakistan, a conclusione della conferenza congiunta di OMS e UNICEF, venne firmata la Dichiarazione di Alma Ata con la quale si definì la tutela della salute come un'impresa collettiva volta a soddisfare i bisogni della comunità anziché la domanda individuale di prestazioni (cfr. par. 1.2.4). Questi due documenti internazionali ebbero una forte risonanza in Italia nelle file dei movimenti per i diritti sociali e civili, riportando in primo piano le questioni sollevate dal rapporto Beveridge alla fine della seconda guerra mondiale. Ciononostante, la loro influenza sull'elaborazione della riforma sanitaria si limitò ai temi della partecipazione, dell'educazione sanitaria e dell'assistenza primaria (Taroni 2011).

Come vera risposta alla crisi del sistema mutualistico, nel 1978 vennero finalmente messi in pratica i principi sanciti dalla Costituzione in materia di diritto alla salute. Il 23 dicembre di quell'anno, infatti, fu approvata la Legge n. 833 che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Questo evento rappresenta una tappa di fondamentale importanza nell'evoluzione storica della legislazione sanitaria del nostro paese e segna il momento culminante della tendenza a una sempre maggiore partecipazione dello Stato all'assistenza sanitaria dei cittadini. Con la Legge 833/1978 si passò definitivamente a una concezione della salute come diritto collegato alla cittadinanza. La tutela della salute e tutti i servizi a essa connessi non erano più considerati come controprestazioni, ma rientravano nella sfera dei

diritti dell'individuo che la collettività nel suo insieme si impegnava a garantire e di cui si faceva carico. Finalmente, veniva istituito un sistema sanitario fondato su principi che rispecchiavano direttamente quelli espressi e riconosciuti dalla nostra Costituzione.

### 4.2.3 La Legge 833/1978

La Legge 833/1978, ispirandosi anche testualmente al dettato dell'articolo 32 della Costituzione, si propose la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e istituì un Servizio Sanitario Nazionale, unitario e omogeneo, costituito “dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio” (art. 1, comma 1, L. 833/1978). Dunque, nel testo di legge vennero dichiarati due principi fondamentali: il principio di *universalità*, secondo cui venivano garantite prestazioni sanitarie a tutti senza distinzione di condizioni individuali, sociali e di reddito; e il principio di *uguaglianza*, secondo cui tutti avevano diritto alle medesime prestazioni a parità di bisogno. Inoltre, con l'istituzione del SSN, si stabilì definitivamente che il diritto all'assistenza nasceva dallo status di cittadino e non da quello di lavoratore.

Con la Legge 833/1978, l'attuazione e la gestione del SSN vennero attribuite allo Stato, alle Regioni e agli enti locali territoriali, con l'obbligo di garantire la partecipazione dei cittadini. La legge, dunque, estese l'opera di diffusione della sanità come bene pubblico, abolì il sistema mutualistico e, con l'istituzione delle Unità Sanitarie Locali (USL), ricompose in un unico livello istituzionale il momento del finanziamento con quello del coordinamento e dell'erogazione dei servizi sanitari (Girotti 1998). Proprio le USL costituirono l'innovazione principale della legge di riforma che, all'articolo 10, recitava: “alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, mediante una rete completa di unità sanitarie locali”. Lo stesso articolo definiva l'USL come il “complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità montane, i quali, in un ambito territorialmente determinato assolvono ai compiti del servizio sanitario nazionale”. Si delineò, dunque, una figura che si poneva a metà fra l'ente locale territoriale e l'azienda specializzata: le USL, gestite dai Comuni (tramite i comitati di gestione) e dotati di presidi sanitari come ospedali, poliambulatori e altri istituti, avevano il compito di erogare tutte le

prestazioni sanitarie richieste dal cittadino nel proprio specifico ambito territoriale<sup>2</sup>. Pur essendo rami operativi dei Comuni, per quanto riguarda il finanziamento, il coordinamento e la programmazione le USL erano però subordinate alle Regioni (Franzoni 2005).

L'intento della riforma, dunque, fu quello valorizzare l'iniziativa e l'autonomia periferica tramite una rete di enti – le USL appunto – articolati territorialmente e posti al servizio delle specifiche esigenze della popolazione locale, di cui potevano farsi direttamente interpreti. Il decentramento dei poteri decisionali dal livello centrale al livello regionale e locale, unito all'istituzione delle USL alle quali era concretamente affidata la gestione dell'assistenza sanitaria – costituirono indubbiamente due dei cambiamenti politici più importanti introdotti dalla legge 833/1978. Di fatto, la struttura del SSN venne articolata su tre livelli: centrale-statale, intermedio-regionale e locale-territoriale periferico. Si trattava di un sistema di tipo verticale in cui la Regione fungeva da snodo connettivo nell'attuazione di strategie di livello centrale da trasmettere e adattare alle singole realtà territoriali.

La Legge 833/1978 prevedeva che la programmazione avesse un carattere accentrato e fosse attuata mediante il Piano Sanitario Nazionale (PSN), il cui obiettivo statutario era fornire le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento e coordinamento delle attività istituzionali del SSN, stabilite in conformità agli obiettivi della programmazione socioeconomica dello Stato (Taroni 2011). Il PSN, predisposto dal Governo su proposta del Ministero della Sanità e poi sottoposto all'approvazione del Parlamento, aveva una durata triennale con possibilità di modifica nel corso del periodo di vigenza. Il suo scopo principale era stabilire gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché i livelli di assistenza da assicurare in condizione di uniformità sul territorio nazionale e le linee guida per l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni da parte delle Regioni. Inoltre, il PSN stabiliva i criteri per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale (FSN) tra le Regioni e successivamente, a opera di queste ultime, tra le USL. Il FSN era costituito da stanziamenti a carico del bilancio dello Stato, provenienti soprattutto dalle imposte generali (dirette e indirette), dai contributi assicurativi e dalle entrate locali (proventi derivanti da attività a pagamento svolte dalle USL e dai presidi sanitari a esse collegati). Doveva essere determinato annualmente nel contesto della legge finanziaria e risultare coerente con la programmazione triennale espressa nel PSN. Inoltre, doveva essere ripartito tra le diverse Regioni

<sup>2</sup> Questo tipo di organizzazione si ispirò al modello inglese del *National Health Service* (Olla et al. 2000).

sulla base delle indicazioni contenute nello stesso PSN e di appositi indici concepiti per garantire livelli di prestazioni sanitarie uniformi su tutto il territorio nazionale, eliminando progressivamente le differenze esistenti tra le diverse Regioni in termini strutturali e di prestazioni erogate (Taroni 2011).

La Legge 833/1978 prevedeva che anche le Regioni godessero di una propria autonomia istituzionale, soprattutto in materia di utilizzo delle risorse disponibili. Alle Regioni era richiesto di assolvere a tre funzioni: legislativa, amministrativa e di programmazione. In particolare, la legge chiamava le Regioni ad adeguare la propria normativa alle esigenze delle singole situazioni regionali, nell'ambito del pieno rispetto dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato; a coordinare l'intervento sanitario con quello negli altri settori economici e sociali, nonché di organizzazione del territorio; e a determinare gli ambiti territoriali delle USL. Inoltre, in un'ottica di programmazione pluriennale e nell'ambito dei programmi regionali di sviluppo, le Regioni erano incaricate di predisporre dei Piani Sanitari Regionali (PSR) triennali (in corrispondenza temporale a quelli nazionali) che contenessero gli indirizzi di tutti i futuri atti da emanare a opera delle Regioni stesse. Avevano anche il compito di attuare il riparto delle proprie quote di pertinenza del FSN alle USL, sempre garantendo livelli di prestazioni uniformi nel territorio. Le quote distribuite prima alle Regioni e successivamente alle USL rappresentavano dei tetti massimi di spesa. L'autorità regionale, dunque, manteneva un compito di coordinamento e controllo dell'impiego delle risorse.

Per quanto riguarda, infine, i Comuni, la Legge 833/1978 prevedeva per loro un ruolo molto importante. Specificamente, nell'articolo 10 le USL erano rappresentate come strumento dei Comuni per presidiare l'attività sanitaria, e ai Comuni era assegnato il compito di nominarne gli organi di governo.

La legge istitutiva del SSN fu il risultato finale di un percorso volto alla realizzazione di un sistema sanitario efficiente, equo e omogeneo all'interno del sistema amministrativo italiano. Come hanno evidenziato Zanetta e Casalegno (1999), il sistema precedente forniva servizi autonomi e senza alcun collegamento tra loro. La disorganicità di interventi, l'insoddisfazione dell'utenza, la crescita abnorme degli oneri finanziari e la complessità del sistema erano ormai diventate caratteristiche insostenibili. Il disegno organizzativo della Legge 833/1978 realizzò la quasi totale pubblicizzazione delle strutture di offerta dei servizi sanitari e, soprattutto, si ispirò a un sistema dove prevaleva un'offerta unitaria a carattere garantistico, nel senso che la tutela della salute doveva essere assicurata a tutti i cittadini indistintamente (Olla *et al.* 2000).

Gli effetti più immediati di questo riordino devono necessariamente essere inqua-

drati nel clima politico che cominciò a instaurarsi in Italia nei primi anni Ottanta del secolo scorso con la nascita del “pentapartito”, molto diverso dal clima del 1978. In questo clima, la riforma sanitaria venne accolta con un misto di indifferenza e scetticismo; probabilmente, come ha sostenuto [Berlinguer \(1979\)](#), il comportamento della stampa dell’epoca contribuì ad alimentare la diffidenza dell’opinione pubblica. L’attuazione della riforma fu problematica anche perché non era stata preceduta da alcuna sperimentazione, né aveva strumentazioni flessibili sulle quali poggiare; scontava l’ostilità su più fronti politici (partitocrazia della salute) e subiva l’assenza di una guida progettuale del Ministero; infine, la dominanza del modello ospedaliero fece sì che i distretti e le attività di prevenzione restassero principalmente sulla carta ([Ferrera 1996](#); [Girotti 1998](#)).

Fu così che il modello disegnato dalla Legge 833/1978 entrò subito in profonda crisi, sia per l’insoddisfazione dei cittadini circa la qualità delle prestazioni, sia per l’incontrollabile aumento della spesa sanitaria (seppure in linea con quello degli altri paesi occidentali industrializzati, cfr. par. 3.4). Per quanto riguarda il primo aspetto, l’obiettivo di ottenere la tutela della salute *per tutti* si rivelò da subito irrealistico. Da un lato, la domanda di servizi sanitari, stimolata fortemente dall’assenza di un limite di spesa, mostrò una chiara tendenza ad aumentare a livelli insostenibili; dall’altro lato, il raggiungimento di un servizio di qualità divenne un obiettivo difficile da raggiungere poiché caratterizzato da una forte soggettività. La dimensione del sistema, capillare su tutto il territorio nazionale, costituì un ulteriore elemento di complessità. Assicurare livelli omogenei di assistenza non era così facile, anche se ineccepibile sulla carta, ed emersero da subito forti disparità nell’erogazione dei servizi.

Per quanto riguarda, invece, la spesa sanitaria, la Legge 833/1978 era troppo generica circa la gestione dei finanziamenti del sistema. La frammentazione dei poteri fra tre livelli istituzionali (Stato, Regioni, Comuni) faceva sì che lo Stato centrale operasse come terzo pagante, con limitate possibilità di controllare i reali processi di spesa ([Franzoni 2005](#)). Il controllo dell’autorità centrale risultò quindi inefficace e non idoneo ad arginare il consistente disavanzo, di cui né le USL, né le Regioni erano tenute a rispondere. Come hanno osservato [Jorio e Jorio \(2002, 680\)](#) “la legge che istituiva il SSN non aveva ben definito le competenze in materia di salute, creando dei vuoti istituzionali, tanto da non far comprendere a chi facesse capo la scelta sulla politica sanitaria, nel senso se fosse lo Stato oppure le regioni a poter e dovere decidere, né tanto meno che rapporti intercorressero tra le due autorità. Un’altra contraddizione era che al potere di spesa attribuito alle regioni non si accompagnavano le necessarie misure di responsabilizzazione a livello locale.

Tutto ciò determinò confusione dei ruoli e la crescita esponenziale per oltre un decennio del deficit patrimoniale del sistema. Una non precisa indicazione dei ruoli istituzionali ha realizzato un anomalo processo di regionalizzazione della sanità, determinando nelle realtà regionali livelli di efficacia ed efficienza differenti, creando divari difficilmente sanabili nel breve periodo”. A rendere più difficile il funzionamento della riforma contribuì in misura sostanziale anche l’assetto istituzionale delle USL: il sistema si rivelò *sovrapoliticizzato* in tutti i suoi aspetti, da quelli operativi a quelli gestionali e decisionali. Più che un controllo politico sulle scelte di fondo delle USL, i Comitati di gestione finirono per imporre una dominanza della politica sull’amministrazione, con l’esito di condizionare la gestione dei servizi sanitari più a logiche collegate al consenso politico che alla razionalità dell’azione amministrativa (Girotti 1998).

Questa prima fase del percorso evolutivo del SSN, durata circa un decennio, poggiò su alcune idee portanti. La prima, di carattere politico e ideologico, era rappresentata dal passaggio da una concezione della salute intesa come contropartita di una contribuzione, a una concezione della salute vista come diritto collegato alla cittadinanza; la tutela della salute, cioè, rientrava nella sfera dei diritti dell’individuo che la collettività si impegnava a garantire e di cui si doveva fare carico. La seconda, di carattere concettuale, era rappresentata dalla volontà di considerare la salute e la sanità come fenomeno unitario; in questa prospettiva, la salute pubblica veniva intesa non come il risultato di una sommatoria di servizi, bensì come un insieme omogeneo di attività e prestazioni che la collettività doveva essere in grado di assicurare a partire dalla prevenzione. Infine la terza idea, di carattere organizzativo, fu quella di distribuire le responsabilità istituzionali tra i diversi livelli di governo (Del Vecchio 2003).

Nonostante i limiti attuativi e i problemi intrinseci di questo impianto legislativo, dunque, non si può sottovalutare il profondo significato storico e simbolico di una riforma che ampliò in misura sostanziale i diritti dei cittadini italiani, realizzando per la prima volta nel nostro paese un diritto sociale di cittadinanza di impronta marshalliana<sup>3</sup>. La logica sottostante alla riforma, infatti, fu quella di anteporre

<sup>3</sup> Thomas H. Marshall, eminente sociologo inglese, ha elaborato una ricostruzione dello sviluppo storico dei diritti di cittadinanza divenuta classica e rimasta, ancora oggi, un punto di riferimento per chiunque si proponga di discutere questo tema, nonostante le numerose critiche e precisazioni di cui è stata oggetto nel tempo. Nella sua analisi, Marshall distingue tre classi di diritti di cittadinanza: i diritti civili, necessari alla libertà individuale, che si sarebbero affermati per la prima volta in Inghilterra nel corso del XVIII secolo; i diritti politici, di partecipazione all’esercizio del potere politico, affermatasi a partire dal XIX secolo; e i diritti sociali – cioè il diritto di ottenere un livello minimo di benessere economico, sicurezza sociale e patrimonio culturale – che costituiscono il contributo del XX secolo al processo di espansione dei diritti di



i principi dell'universalismo e dell'egualitarismo, nonché dell'unitarietà dell'intervento, agli interessi di categorie professionali e organizzazioni sanitarie consolidati da trent'anni di politiche mutualistiche. Purtroppo, lo spirito particolaristico-clientelare proprio del sistema italiano di welfare consentì a tali interessi consolidati di trovare espressione anche nel nuovo sistema sanitario, indebolendo almeno in parte lo spirito e l'efficacia della riforma.

## 4.3 La riforma “bis”

### 4.3.1 La riforma della riforma

La relazione tra disuguaglianze socioeconomiche e stato di salute fu analizzata per la prima volta con un approccio scientifico nel 1980, in Gran Bretagna, nel cosiddetto *Rapporto Black*, stilato per conto del britannico Department of Health and Social Security da un comitato di esperti presieduto da Sir Douglas Black. In questo rapporto si dimostrava che sebbene lo stato di salute della popolazione fosse generalmente migliorato dopo l'introduzione del welfare state, continuavano e esistere rilevanti disuguaglianze sociali in termini di opportunità di salute, diffuse su tutto il territorio nazionale. La scoperta di queste forti differenze tra gruppi socioeconomici fece segnare una battuta d'arresto alle speranze di miglioramento della salute pubblica coltivate negli ultimi vent'anni. Per la prima volta veniva messo in luce, in modo sistematico, il legame tra tasso di mortalità e appartenenza a una determinata classe sociale, e si ribadì con forza il ruolo centrale dell'accesso all'assistenza sanitaria. Altri due rapporti pubblicati dall'OCSE nel 1981 e 1985 misero in guardia rispetto a tre possibili fattori di crisi dei sistemi di welfare: il rallentamento della crescita economica dei paesi sviluppati, l'impopolarità della crescente pressione fiscale e l'aumento della popolazione anziana rispetto a quella occupata. Queste analisi, di per sé preoccupanti, lo erano tanto più per il neonato sistema sanitario italiano, in quanto mettevano in luce le difficoltà che il sistema istituzionale e sociale avrebbe dovuto affrontare per sostenere la riforma introdotta dalla Legge 833/1978. Tali difficoltà emersero effettivamente dopo pochi anni in seguito ai problemi di bilancio pubblico dovuti alla crisi economica, determinando uno squilibrio fra diminuite risorse e aumentate esigenze che si risolse, tra il 1982 e

cittadinanza (Marshall 1964). Ciò che resta dell'analisi di Marshall è, più in generale, l'immagine inclusiva e progressiva della cittadinanza e dei relativi diritti, immagine corrispondente a un sentire comune in Europa nel secondo dopoguerra.



il 1983, in una limitazione dell'accesso alle prestazioni sanitarie e tagli alle risorse investite nel settore sanitario (Taroni 2011).

Tra le principali conseguenze di questa crisi ci fu l'introduzione di un sistema di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini assistiti, in particolare per le visite specialistiche ambulatoriali e gli accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio<sup>4</sup>. Dopo soli pochi anni dalla entrata in vigore della riforma, dunque, il sistema sanitario appena nato si trasformò in quello che Ferrera (1995) ha chiamato sistema a *universalismo condizionato*. A peggiorare la condizione di quegli anni, per gli stessi motivi finanziari, si venne a creare un difficile contrasto tra Stato e Regioni per il controllo delle USL (Vicarelli 2006).

Allo scopo di razionalizzare l'erogazione incontrollata delle prestazioni, nel 1992 venne presentato un PSN che stabiliva i livelli minimi di assistenza sanitaria da garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, nonché gli standard organizzativi e di attività dei servizi; tuttavia, questo fu solo un primo passo verso la definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (cfr. par. 4.5). Più in generale, il crescente assorbimento delle risorse pubbliche, i contrasti creati dal decentramento delle decisioni di spesa, l'accentramento a livello nazionale della responsabilità del finanziamento, la politicizzazione del servizio a livello locale e la disparità nell'erogazione dei servizi spinsero verso una nuova riforma del settore sanitario italiano (Cantù 2001). Dopo alcuni meri *interventi tampone*, quali l'introduzione di ticket sulle prestazioni (compartecipazione alla spesa) e la riforma degli organi interni delle USL (la cosiddetta ricentralizzazione), agli inizi degli anni Novanta, si arrivò alla conclusione che non c'erano i mezzi per riequilibrare le pesanti disparità ereditate dal sistema mutualistico, ed era pertanto necessario stabilire dei livelli minimi garantiti di assistenza<sup>5</sup>. Si arrivò così, nel 1992, all'approvazione delle norme per il riordino della disciplina in materia sanitaria per effetto del D.Lgs n. 502 del 30/12/1992, successivamente modificato e integrato dal D.Lgs n. 517 del 07/12/1993 (Ardigò 1998).

Attraverso questi provvedimenti legislativi si arrivò al riordino della disciplina della Legge 833/1978 e all'introduzione nel sistema di alcuni principi innovativi fondamentali come l'*aziendalizzazione* delle strutture sanitarie e la *regionalizzazione*. La prima venne realizzata attraverso la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL) e delle Aziende Ospedaliere (AO); la seconda comportò la responsabilizzazione delle regioni negli aspetti gestionali e di governo locale. Si passò così da un modello

<sup>4</sup> Peraltro con effetti di risparmio deludenti, vista l'adozione di tariffari mutualistici obsoleti.

<sup>5</sup> Come si cercò di fare, in via preliminare, con il PSN del 1992.

di servizio nazionale verticalmente integrato, a un modello misto dove i beni e servizi sanitari erano opera sia del pubblico, sia del privato. Il nuovo testo non modificò l'impostazione di fondo della Legge 833/1978, confermando i principi base del SSN.

I punti cardinali della “riforma della riforma” si possono riassumere in alcuni importanti cambiamenti:

1. L'introduzione di un nuovo sistema di ripartizione delle competenze, che prevedeva (a) una intensa sussidiarietà della sanità alle Regioni (in linea con le disposizioni costituzionali al Titolo V); (b) il ridimensionamento della gestione diretta dei servizi sanitari da parte dei Comuni ([Grossi 1998](#)); e (c) l'attribuzione di responsabilità economico-finanziaria ai Sistemi sanitari regionali.
2. La modifica della natura giuridica delle USL, che vennero trasformate in aziende sanitarie (le ASL) dotate di personalità giuridica propria e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica ([Sangiuliano 2011](#)).
3. L'istituzione delle AO, dotate anch'esse di personalità giuridica pubblica.
4. L'inserimento di nuovi ruoli direzionali tecnici, con la conseguente eliminazione dei decisori politici dalla gestione delle nuove ASL.
5. L'introduzione di un nuovo modello di finanziamento, che comportava la determinazione degli obiettivi in funzione delle risorse disponibili e in base alle prestazioni effettivamente erogate.
6. La riorganizzazione della rete ospedaliera che, in concerto con le ASL, doveva servire a ottenere una migliore qualità dei servizi, stimolando l'efficacia, l'efficienza e l'equità del sistema.
7. Il riconoscimento del cittadino come cliente nei confronti delle strutture che erogano prestazioni sanitarie.
8. La competitività tra pubblico e privato, finalizzata a garantire il miglioramento qualitativo delle prestazioni offerte.

L'operazione di riordino mise bene in luce i punti problematici insiti nel SSN disegnato con la Legge 833/1978, offrendo alcune soluzioni a questi problemi. Anche se con qualche ritardo rispetto ad altri paesi e con specificità proprie del caso italiano, arrivarono al pettine alcuni nodi cruciali: in primo luogo, la quantità e qualità della protezione sociale da garantire in virtù del diritto di cittadinanza e

del diritto alla salute; in secondo luogo, la possibilità per l'utente di attuare una vera e propria scelta sulla base dell'efficacia delle prestazioni.

Il modello di sistema sanitario fornito dal D.Lgs 502/1992 e dal D.Lgs 517/1993 si fondò sull'inversione del principio di integrazione su cui si basava la Legge 833/1978. Specificamente, la crisi del modello precedente e l'esigenza di modernizzazione dei sistemi pubblici spinsero alla ricerca dei vantaggi conseguibili attraverso la *deintegrazione* e la specializzazione istituzionale delle aziende sanitarie (Del Vecchio 2003; Lega 2004). L'aspetto più evidente di questo cambiamento fu la possibilità, concessa alle Regioni, di incorporare gli ospedali di maggiore dimensione e complessità per costituirli in AO autonome. Questa pratica si basava sulla valutazione del maggiore contributo che un'azienda caratterizzata da processi produttivi più focalizzati e specializzati avrebbe potuto dare – rispetto alla stessa azienda inserita in un contesto integrato – al sistema sanitario. L'idea della *deintegrazione*, però, non si basava solamente su una valutazione della scelta di incorporare ciò che prima era integrato, ma trovava fondamento anche nei meccanismi di finanziamento che influenzavano i comportamenti delle nuove aziende.

Se le AO rappresentarono l'aspetto più evidente dei processi di specializzazione istituzionale introdotti dalla “ *riforma della riforma* ”, il cambiamento delle regole relative al finanziamento implicò anche una spinta alla specializzazione nelle ASL che, rispetto alla propria offerta, erano necessariamente influenzate dalle scelte delle AO. Tutto ciò comportò una diminuzione sensibile del carattere di azienda integrata delle ASL, facendo emergere obiettivi di settore che non sempre si collegavano alla missione di tutela della salute della popolazione. In quest'ottica, il contributo maggiore derivante dall'istituzione delle AO e delle ASL potrebbe essere stata la capacità di servire, per alcune specialità, un bacino più esteso del proprio, e per altre di rinunciare a offrire il servizio (Del Vecchio 2003).

### 4.3.2 Dopo la riforma “bis”

In Italia, come si è visto, negli anni Ottanta e Novanta del secolo scorso si procedette a un sensibile rafforzamento istituzionale delle Regioni, che aspiravano a ottenere l'autonomia attribuitagli solo nominalmente dalla Costituzione (Jorio e Jorio 2002). La prima spinta motivazionale al decentramento fu quella di avere individuato, nel territorio regionale, la dimensione ideale per gestire il rapporto tra la domanda e l'offerta di salute, ovvero tra il bisogno espresso dai cittadini e le risorse necessarie a soddisfarlo. Di fronte a una programmazione nazionale inadeguata alle esigenze e antieconomica, ci fu modo di credere che, da parte delle

Regioni, si potesse esprimere un livello di governo più efficiente nell'individuare le soluzioni che avrebbero soddisfatto meglio i bisogni di salute, spesso collegati a specificità locali (Jorio e Jorio 2002). D'altronde, la nuova gerarchizzazione e frammentazione del sistema, con il conseguente isolamento delle piccole comunità, era anche uno dei punti critici del nuovo assetto. Nelle intenzioni del legislatore, l'attribuzione di maggiori responsabilità alle Regioni doveva garantire l'attuazione di un migliore bilanciamento fra servizi erogati e costi da sostenere per il loro finanziamento (Borgonovi 1992), in quanto alla conoscenza del territorio sarebbe dovuto corrispondere un più efficace contenimento della spesa, dovuto a un migliore sfruttamento delle risorse economiche locali e a una maggiore tempestività nel soddisfare le nuove esigenze. In realtà, l'integrazione a livello locale non fu mai così efficace e, spesso, risultò problematica.

L'emanazione dei decreti di riordino della Legge 833/1978 apportò modifiche radicali al SSN, introducendo concetti aziendali e ridefinendo i ruoli del governo. In particolare, la riforma "bis" lasciò al governo centrale la definizione del PSN, con il quale si stabilivano gli obiettivi generali di prevenzione, cura e riabilitazione, i livelli minimi di assistenza da garantire e il finanziamento occorrente; di contro, attribuì alle Regioni sia le funzioni legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, sia l'elaborazione dei PSR e l'adozione di leggi specifiche (Anselmi 1996). Un principio rilevante introdotto dalla riforma "bis" fu quello di attribuire alle Regioni la responsabilità del riequilibrio finanziario, con la gestione diretta delle risorse provenienti dal FSN e dalle entrate proprie. Inoltre, l'articolo 13 del D.Lgs 502/1992 stabilì che le Regioni facessero fronte, con proprie entrate tributarie, all'incremento delle spese derivanti da un'offerta di servizi assistenziali superiore ai livelli stabiliti nel PSN e dai disavanzi di ASL e AO<sup>6</sup>. Le misure fiscali a cui si stabilì che le Regioni dovessero ricorrere furono la riduzione dei livelli massimi di spesa sanitaria per soggetti esenti, l'imposizione di ticket, la sospensione temporanea di prestazioni, l'aumento della quota fissa sui farmaci e sulle ricette, l'aumento fino al 6% dell'aliquota dei contributi di malattia e fino al 75% di quella

<sup>6</sup> La riforma "bis" introdusse un nuovo sistema di pagamento a tariffa predeterminata nel quale il finanziamento era calcolato non in base alla spesa storica, ma in base all'accertamento delle prestazioni effettivamente erogate. Le tariffe, stabilite a livello nazionale, potevano essere variate dalle Regioni che fissavano i propri livelli tariffari in relazione al grado di efficienza e ai costi medi di produzione dei produttori locali (Maino 2001). L'articolo 8, comma 5, del D.Lgs 502/1992, modificato dal D.Lgs 517/1993, prevedeva che l'ASL assicurasse l'erogazione delle prestazioni sanitarie ai cittadini attraverso rapporti con i "produttori" fondati sul pagamento di un corrispettivo predeterminato. Erano escluse le prestazioni dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. La Regione, tramite l'ASL, diventava committente della prestazione sanitaria che era erogata da un ente produttore, pubblico o privato accreditato.

dei tributi regionali.

La riforma “bis” si rivelò, per i suoi effetti, uno strumento pericoloso per le Regioni (Jorio e Jorio 2002), in quanto queste furono chiamate a coprire con propri mezzi il deficit ereditato dalla gestione delle USL, utilizzando a tal fine sia strumenti che ricadevano direttamente sui cittadini, sia risorse proprie da sottrarre ad altri settori dell'intervento pubblico<sup>7</sup>. Questi aspetti misero in rilievo come il processo di decentramento non potesse attuarsi completamente senza che venissero conferiti i poteri decisionali in modo completo alle Regioni. Infatti, il rischio contenuto nel decentramento dell'autonomia normativa era dato dal fatto che potessero formarsi ventuno “repubbliche della salute”, con sistemi di governo tanto diversi tra loro sia per costi, sia per qualità del servizio offerto (Bandini *et al.* 1992).

Un altro punto debole della riforma “bis” emerse dal funzionamento delle stesse ASL. Come abbiamo visto nel paragrafo precedente, tale riforma incentivò lo sviluppo di politiche di deintegrazione e specializzazione istituzionale delle ASL, il cui aspetto più evidente fu la possibilità di scorporare gli ospedali di “rilievo nazionale e ad alta specializzazione” per trasformarli in AO a se stanti. Venne così a crearsi una separazione apparentemente positiva fra ospedali ad alta specializzazione, costituiti in AO autonome, e ospedali “standard”, posti sotto il diretto controllo delle ASL. In realtà, tale dicotomia generò disparità nell'erogazione dei servizi sanitari a utenti residenti in aree diverse, perché si venne a formare una divisione marcata tra servizi specialistici e servizi generici, accompagnata da una distribuzione disuguale nel territorio degli istituti ad alta specialità, tale da non servire tutti gli utenti in modo omogeneo. Alla fine degli anni Novanta, questo problema fece emergere la necessità di tornare a un assetto più integrato e sollevò la questione di come strutturare la rete delle ASL e delle AO nel territorio (Pagano *et al.* 1996).

Infine, il nuovo sistema di erogazione e finanziamento a prestazione si consolidò con il D.M. del 15 aprile 1994, emanato in attuazione del D.Lgs 517/1993. Esso determinava i criteri che le Regioni avrebbero dovuto seguire per fissare le tariffe, ispirandosi a tal fine al sistema statunitense fondato sull'uso dei DRG (*Diagnosis-related groups*, o Raggruppamenti omogenei di diagnosi)<sup>8</sup>. Questo sistema distingue le prestazioni in gruppi e permette che ogni gruppo sia remunerato secondo tre

<sup>7</sup> Riguardo alla responsabilità delle Regioni di ripianare il debito, alcune sentenze della Corte costituzionale hanno ritenuto responsabile del deficit il governo centrale, il quale ha provveduto a risanare i debiti contratti dalle USL, prevedendo con apposite norme che le regioni, a partire dal 2001, non potessero richiedere ulteriori stanziamenti (Maino 2001).

<sup>8</sup> I DRG sono un sistema di codici che consentono di classificare i pazienti ospedalieri in gruppi omogenei in termini di risorse assorbite durante il ricovero (Goldfield 2010).

distinte tariffe: quella per i ricoveri di un giorno, riservata ai pazienti non deceduti o trasferiti ad altri ospedali; quella per i ricoveri di durata più lunga rispetto alla media del gruppo definita a livello regionale (ricoveri anomali); e quella per i ricoveri standard, con durata di degenza superiore a un giorno ma inferiore a quella dei ricoveri anomali. L'introduzione dei DRG portò diversi mutamenti all'interno del SSN. In particolare, fece sì che alcuni enti non riuscissero a rispettare i parametri fissati dai DRG, mentre spinse altri enti a dimettere pazienti non ancora completamente in salute pur di rispettarli, o ancora ad attuare percorsi di diagnosi e intervento inappropriati. Infine, la definizione dei DRG comportò notevoli differenze di costo per lo stesso raggruppamento tra le diverse Regioni, determinando disomogeneità nell'erogazione e nella rimborsabilità delle prestazioni sul territorio nazionale.

#### 4.4 La riforma “ter”

Alla fine degli anni Novanta del secolo scorso si verificò la terza ondata di cambiamenti strutturali del sistema sanitario italiano, basata sulla cosiddetta riforma “ter” con la quale venne promossa una ulteriore razionalizzazione del SSN. Questa riforma riprendeva, per confermare e apportare alcune modifiche, tutti i punti trattati nel riordino del 1992/1993: la separazione nella gestione (regionalizzazione); l'affidamento gestionale alle ASL e alle AO (aziendalizzazione); il nuovo modello di programmazione con l'adozione esecutiva del PSN; il nuovo sistema di finanziamento (quote capitarie); e il nuovo sistema di erogazione e pagamento a prestazione (Falcitelli *et al.* 2010). Anche questa nuova ondata riformista prese forza e vigore da idee formulate in Gran Bretagna e contenute nel libro bianco *The New NHS: Modern, Dependable*, pubblicato alla fine del 1997 a cura del Department of Health britannico. Queste idee stimolarono la formulazione della legge Bassanini, la definizione di un nuovo PSN per gli anni 1998-2000 e il disegno della riforma Bindi (Taroni 2011).

Il 31 marzo 1998 fu approvata la legge Bassanini (D.lgs 112/1998) che introdusse, tra le altre cose, un massiccio trasferimento di funzioni relative alla sanità pubblica dall'amministrazione statale a quella regionale e locale, determinando così un'ulteriore estensione della regionalizzazione del sistema sanitario.

Con il PSN 1998-2000, invece, si formulò un vero e proprio patto di solidarietà per la salute finalizzato a sottolineare l'importanza di una collaborazione fra tutti gli attori coinvolti nella gestione della salute come bene pubblico (Giorgetti 2010). Il

documento, diviso in due parti, definiva cinque obiettivi di salute ritenuti prioritari: promuovere stili di vita favorevoli alla salute, contrastare le principali patologie, migliorare il contesto ambientale, rafforzare la tutela dei soggetti deboli e portare la sanità italiana in Europa. Inoltre, specificava le strategie per attuare i cambiamenti desiderati: ribadire le garanzie fornite dal SSN, assicurare i livelli essenziali di assistenza, definire un programma nazionale per la qualità, assicurare la sicurezza nelle strutture sanitarie e integrare l'assistenza sanitaria e sociale. Il PSN, più che definire realmente i livelli essenziali di assistenza, definiva i livelli *necessari* per rispondere ai bisogni di promozione, recupero e mantenimento delle condizioni di salute dei cittadini. Ogni livello di assistenza (inteso come area di offerta) comprendeva i diversi tipi di assistenza, i servizi e le prestazioni gratuite per tutti i cittadini o a pagamento partecipato limitato (ticket). Questo riordino e accorpamento delle aree di offerta assistenziale (assistenza in ambiente di vita e lavoro, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera) ridefiniva i livelli uniformi di assistenza precedentemente introdotti con il PSN del 1994-1996 e con la Legge 412/1991, accorpando le aree da sei a tre. Inoltre, gli obiettivi e le strategie contenuti nel PSN furono definiti seguendo le linee guida di uguaglianza, solidarietà e bisogno di assistenza di tutti i cittadini, nonché il perseguimento dell'equità mediante la rimozione di qualsiasi tipo di barriera al ricorso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini.

Infine, il 19 giugno 1999 venne emanato il D.Lgs n. 229, anche noto come “riforma Bindi” dal nome dell'allora Ministro della Sanità Rosy Bindi. Tale decreto legislativo, preceduto dalla Legge n. 419 del 30 novembre 1998, venne scritto con l'intento dichiarato di cancellare o limitare i cambiamenti introdotti dalla riforma “bis” (Bindi 2005), anche se poi finì per andare nella direzione opposta: in linea con le indicazioni contenute nel rapporto della commissione Onofri, istituita nel 1997 per riformare la spesa sociale, di fatto la riforma Bindi non fece che rafforzare proprio tutti gli aspetti innovativi introdotti dal riordino del 1992/1993.

I principali contenuti della riforma Bindi confermarono quanto era stato definito dalla normativa precedente in materia: la programmazione sanitaria fondata sul PSN, integrata dalla possibilità per le Regioni di fare proposte concrete da inserire nel Piano; il carattere aziendale delle ASL, alle quali fu attribuita l'autonomia imprenditoriale e nelle quali si introdusse il Collegio di Direzione, finalizzato a sovrintendere a tutte le attività cliniche e tecnico-sanitarie; la necessità di una contabilità economica per la remunerazione delle strutture che erogavano assistenza; le funzioni dei distretti sanitari. Le novità introdotte rispetto alla normativa precedente riguardavano invece: la nuova disciplina per la dirigenza sanitaria;



l'introduzione della formazione continua (corsi ECM – Educazione continua in medicina); la distinzione delle prestazioni socio-sanitarie; e la disciplina in materia di erogazione dell'assistenza sanitaria integrativa (Falcitelli *et al.* 2010). Inoltre, per volontà di Rosy Bindi, furono specificati (articolo 1, comma 2) i compiti del SSN: “Il Servizio Sanitario Nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse”. Così, almeno sulla carta, risultò chiaro come la qualità, il bisogno di assistenza e l'equità di accesso all'assistenza fossero compiti di primaria importanza, che confermavano il ruolo del SSN come strumento per la tutela della salute di tutti i cittadini.

Nel 2001, con la riforma del titolo V della parte II della Costituzione (introdotta con la Legge Costituzionale n. 3/2001), si completò l'ampliamento dell'autonomia regionale, la cosiddetta *devolution*. In particolare, gli articoli 117 e 118 trattarono la materia delle Regioni, delle Province e dei Comuni, valorizzandone i poteri. In particolare, l'articolo 117 attribuì alle Regioni a statuto ordinario il compito di emanare norme legislative in materia di “beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria e ospedaliera”, nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato e sempre che le norme stesse non fossero in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni. L'articolo 118, a sua volta, conferì alle Regioni a statuto ordinario le funzioni amministrative per le materie elencate all'articolo 117, quindi anche per l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Il percorso compreso fra la legge Bassanini e la revisione del Titolo V della Costituzione seguì la direzione di una maggiore valorizzazione delle autonomie locali e dei territori. Rispetto al passato, il livello locale fu oggetto di maggior attenzione e considerato il punto di incontro più appropriato per sviluppare il legame tra le istituzioni e i cittadini. Questo cambiamento si espresse con il passaggio da una centralità dello Stato a una centralità dei sistemi locali attenti ai bisogni dei cittadini. In questo processo vennero coinvolte anche le istituzioni sanitarie, che si sarebbero dovute organizzare in rete per erogare servizi sanitari omogenei nello spazio e qualitativamente migliori per tutti gli utenti.



## 4.5 La situazione attuale

Il quadro normativo attuale conferma l'articolazione del SSN sui tre diversi livelli – centrale, regionale e locale – trasferendo autonomia e potere decisionale dal centro alle Regioni. A livello centrale il governo, soprattutto attraverso il Ministero della Salute, definisce gli obiettivi del SSN e i provvedimenti per la loro realizzazione a garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). A fianco del Ministero troviamo, con un ruolo politico divenuto sempre più importante negli ultimi anni, la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato e Regioni, che svolge compiti consultivi in ordine agli aspetti istituzionali del SSN, quali la predisposizione del PSN e le politiche del personale. Al livello intermedio, le Regioni svolgono in maniera sempre più rilevante compiti legislativi e, attraverso gli Assessorati alla sanità, compiti amministrativi in materia sanitaria, in attuazione dell'articolo 117 della Costituzione e in sintonia con l'attuale indirizzo politico prevalente. In particolare, alle Regioni spetta l'istituzione delle aziende sanitarie pubbliche (ASL e AO), l'organizzazione dei servizi in rapporto alle esigenze della popolazione, la nomina dei Direttori Generali delle aziende sanitarie, il finanziamento delle aziende sanitarie, il coordinamento delle aziende sanitarie e il controllo dell'attività e dei risultati. Le Regioni, inoltre, adottano i Piani sanitari regionali sulla base del PSN e assicurano i LEA mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie assistenziali. Infine, a livello locale l'erogazione delle prestazioni spetta alle ASL e alle AO, così come la gestione e l'organizzazione di servizi, uffici e presidi, nonché la direzione del personale.

Il SSN è finanziato quasi per intero dalla fiscalità generale, con imposte in gran parte prelevate a livello regionale: imposte dirette (addizionali IRPEF e IRAP), imposte indirette (IVA, accisa sulla benzina) e trasferimenti erariali residuali. Per quanto riguarda le modalità di distribuzione del finanziamento, coesistono due sistemi con funzioni e obiettivi diversi. Da un lato troviamo un sistema articolato in tre livelli in cui (a) a livello nazionale si stabilisce il fabbisogno annuale del SSN, che confluisce nel Fondo sanitario nazionale; (b) a livello regionale si ripartisce il FSN tra le diverse Regioni, secondo il criterio della quota capitaria ponderata; e (c) a livello locale vengono assegnati i fondi regionali alle varie ASL, sempre in base al criterio della quota capitaria ponderata. A questo sistema principale, finalizzato a garantire il controllo centrale della spesa sanitaria pubblica e assicurare l'equità del sistema nel suo complesso, se ne affianca un altro di carattere locale – il sistema di finanziamento a prestazione – basato su un sistema di tariffe predeterminate e

amministrate a livello regionale. Tale sistema coinvolge le ASL e i singoli erogatori di prestazioni (AO, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, strutture private accreditate) e remunera questi ultimi in base al volume e al tipo di servizi resi alla popolazione residente nella ASL finanziatrice. Le prestazioni fornite in regime di ricovero (degenza ordinaria o di day hospital) fanno riferimento a tariffe specifiche basate sul sistema dei DRG. Le ASL finanziano a tariffa per prestazione gli erogatori pubblici e privati, mentre i presidi ospedalieri vengono rimborsati nell'ambito della quota capitaria assegnata alle ASL stesse.

Dopo il PSN del 1998-2000, inizialmente i LEA sono stati regolati dalla Legge 405/2001. Tale legge ha definito i LEA come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal SSN a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa perché presentano evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Dai LEA sono quindi esclusi i servizi, le prestazioni e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile (come la chirurgia estetica non conseguente a incidenti, malattie o malformazioni congenite), le prestazioni utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti, e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre. La Legge 405/2001 elenca anche i ricoveri ospedalieri (corrispondenti a 43 DRG) per i quali il regime ordinario viene considerato a elevato rischio di inappropriatelyzza e si auspica sia sostituito da un altro regime assistenziale (day hospital o regime ambulatoriale).

Successivamente, il 23 febbraio 2002, è entrato in vigore il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che definisce i LEA come le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale. Attraverso questo provvedimento, i LEA sono divisi in tre aree:

1. *Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro*: comprende tutte le attività di prevenzione rivolte alla collettività e ai singoli (tutela dagli effetti dell'inquinamento, dai rischi infortunistici negli ambienti di lavoro, sanità veterinaria, tutela degli alimenti, profilassi delle malattie infettive, vaccinazioni e programmi di diagnosi precoce, medicina legale).
2. *Assistenza distrettuale*: è l'insieme di attività e servizi sanitari e sociosanitari diffusi capillarmente sul territorio, inclusi la medicina di base, l'assistenza farmaceutica, la medicina specialistica, la diagnostica ambulatoriale, la fornitura di protesi ai disabili, i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi

territoriali consultoriali (consultori familiari, servizi per la salute mentale, servizi di riabilitazione per i disabili, e così via) e le strutture semi-residenziali e residenziali (residenze per anziani e disabili, centri diurni, case famiglia e comunità terapeutiche).

3. *Assistenza ospedaliera*: è quella che si svolge in pronto soccorso, in ricovero ordinario, in day hospital e day surgery, in strutture per la lungodegenza e la riabilitazione.

È opportuno sottolineare che le prestazioni e i servizi inclusi nei LEA rappresentano il livello *essenziale* di assistenza sanitaria garantito a tutti i cittadini. Le Regioni, tuttavia, hanno il potere di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle incluse nei LEA.

Un nuovo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, emanato il 28 novembre 2003, ha modificato il decreto del 2002, inserendo nei LEA alcune certificazioni mediche precedentemente escluse, come le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e le prestazioni di assistenza protesica. Più recentemente, un ulteriore Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (29 dicembre 2012) ha attuato una revisione minima dei LEA. In particolare, il Decreto ha aggiornato l'elenco delle patologie croniche e delle malattie rare che danno diritto all'esenzione<sup>9</sup>. Inoltre, sono state introdotte delle misure dell'appropriatezza dell'assistenza specialistica ambulatoriale, che costituiscono uno strumento potenzialmente utile a promuovere un utilizzo più adeguato degli accertamenti diagnostici, da parte sia di chi li prescrive, sia di chi ne usufruisce. Tuttavia, l'enfasi sull'obiettivo di riduzione delle prescrizioni, e sul conseguente risparmio per il SSN, rischia di distogliere l'attenzione dall'obiettivo di efficacia del percorso diagnostico. Inoltre, anche concentrandosi sul risparmio per il SSN, non risulta chiaro, dagli allegati al Decreto, quale sia il metodo seguito per stimare l'impatto della misura. Infine, la misura prevista in merito all'analgesia nel corso del travaglio e del parto risulta positiva sotto l'aspetto della diffusione omogenea e capillare sul territorio nazionale di una prestazione già inclusa nei LEA ma fino ad ora caratterizzata da grandi disparità in termini di accesso a queste procedure.

In conclusione, se da un lato risultano apprezzabili gli sforzi dell'ultimo Decreto in direzione di un aggiornamento delle patologie che danno diritto all'esenzione e delle prestazioni garantite dal SSN, dall'altro una revisione completa dei LEA

<sup>9</sup> Tale aggiornamento può essere visto come un primo passo per una revisione dei livelli di bisogno (individuazione di nuove patologie esistenti, esclusione di patologie attualmente incluse, modifica dell'impianto classificatorio dell'elenco delle patologie).

dovrebbe comprendere tutte le aree assistenziali e considerare in modo più unitario i bisogni, l'offerta e le risorse disponibili. Le misure previste in tale Decreto, e più in generale la definizione dei LEA, dovrebbero essere concepite come uno strumento utile non solo alla razionalizzazione della spesa, ma anche – e soprattutto – al perseguimento dell'obiettivo primario del SSN: la tutela della salute dei cittadini come loro fondamentale diritto.

## 4.6 Osservazioni conclusive

In questo capitolo abbiamo ripercorso le tappe principali dell'evoluzione dei sistemi di tutela della salute in Italia da fine Ottocento fino a oggi. Abbiamo visto come negli anni immediatamente successivi all'unità d'Italia si avvertì l'esigenza di regolamentare e sottoporre al controllo pubblico la miriade di istituzioni private, religiose e laiche, che offrivano assistenza sanitaria, fino a trasformarle, con la “legge Crispi”, in istituti finanziati con fondi pubblici e con l'obbligo di erogare soccorso e assistenza sanitaria. Si è poi spiegato come, nei primi anni del Novecento, vennero introdotte le prime norme in materia di sicurezza sociale, applicando anche in Italia alcune caratteristiche del modello bismarckiano. Nonostante queste innovazioni, l'assistenza sanitaria continuò a essere erogata gratuitamente solo ad alcuni gruppi di cittadini, restando a pagamento per il resto della popolazione. In questo periodo nacquero le prime società di mutuo soccorso che si trasformarono presto in enti assicurativi distinti per categorie professionali. Fino a quando, con l'avvento del fascismo, nacquero i primi grandi istituti nazionali con la gestione diretta da parte dello stato della sanità pubblica, seppure con una protezione che rimaneva condizionata alla posizione occupazionale.

Come abbiamo visto, solo a cominciare dal secondo dopoguerra si cominciò ad avvertire una spinta riformista – innescata dalla pubblicazione del Rapporto Beveridge – verso la promozione, la tutela e il miglioramento dello stato di salute dell'intera popolazione. In questi anni, cioè, cominciò a emergere un nuovo concetto di sicurezza sociale di matrice universalista e ugualitaria che, seppure formalmente inserito nella carta costituzionale del 1948 con l'articolo 32, dovette aspettare circa trent'anni per vedere la sua realizzazione. Infatti, come abbiamo più volte evidenziato, per tutti gli anni Cinquanta e Sessanta il diritto alla tutela della salute restò correlato all'essere lavoratore anziché all'essere cittadino. L'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958, organismo all'epoca con compiti ancora poco chiari, non risolse la mancanza di coordinamento centrale dei nuovi enti assistenziali e,

soprattutto, lasciò invariate le disparità sociali nell'accesso ai servizi sanitari, sia *potenziale* che *realizzato*. Fu così che, negli anni Sessanta, crebbe il consenso attorno alla necessità di una profonda riforma del sistema sanitario nazionale. I primi passi in questa direzione, come abbiamo visto, furono la riforma ospedaliera del 1968, che trasformò in enti pubblici gli ospedali, fino ad allora gestiti dagli enti mutualistici, e la legge del 1974 che determinò il definitivo scioglimento delle casse mutue e il trasferimento delle loro competenze alle Regioni.

La vera svolta, però, arrivò nel 1978 con la legge 833 che istituì il SSN e sancì i due principi fondamentali dell'universalità e dell'uguaglianza, secondo i quali sarebbero dovute essere garantite a tutti i cittadini le medesime prestazioni a parità di bisogno. Il nuovo sistema era coordinato e finanziato dallo Stato a livello centrale, mentre a livello territoriale la gestione delle USL era affidata alle Regioni. Nel successivo decennio, a causa di fattori sia esogeni che endogeni, emersero problemi di sostenibilità economica che misero in crisi il neonato sistema e, con essi, pressanti esigenze di contenimento dei costi che furono all'origine delle due grandi ondate di riforme degli anni Novanta. Come abbiamo visto, con la cosiddetta riforma "bis", avvenuta con il riordino del 1992/1993, vennero introdotte l'*aziendalizzazione* e la *regionalizzazione* delle strutture sanitarie. Fu di fatto considerata una "controriforma" che fece emergere obiettivi non sempre rispondenti alla missione di tutela della salute della popolazione. Con la riforma "ter", introdotta con le leggi del 1998/1999, si rafforzarono invece i principi di mercato applicati al SSN e vennero introdotte, ancora una volta, norme per la razionalizzazione delle risorse e il potenziamento dell'autonomia delle Regioni. Questo processo, come abbiamo osservato, si completò definitivamente nel 2001 con la riforma dell'articolo V della Costituzione, che valorizzò i poteri e l'autonomia degli organi territoriali con l'obiettivo di migliorare l'assistenza attraverso il contatto diretto tra esigenze dei cittadini e sistemi locali. Di fatto, si passò a una condizione in cui non c'era più un unico modello sanitario nazionale, ma tanti sistemi regionali differenti nel loro funzionamento quante sono le Regioni.

Infine, dal percorso storico che abbiamo riassunto emerge chiaramente come i livelli essenziali di assistenza (LEA) dovettero attendere il 2001/2002 per vedere realizzate la propria regolamentazione e garanzia. Espressamente, nel 2002 i (LEA) vennero definiti come le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini e su tutto il territorio, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con risorse pubbliche finanziate dalla fiscalità generale. Tali livelli furono poi ampliati e rivisti, senza mai arrivare però a una revisione completa che fosse in grado di considerare in modo sistematico i bisogni, l'offerta e

le risorse disponibili. Quindi, non fu pienamente compiuto il passaggio dei LEA da strumento di razionalizzazione della spesa a concreto strumento di tutela della salute di tutti i cittadini a parità di bisogno e indipendentemente da distinzioni di condizioni individuali, sociali o di reddito.

Per riequilibrare l'assetto attuale si potrebbero attuare diverse politiche con diversi obiettivi come, ad esempio, un'efficiente e diffusa opera di prevenzione, un potenziamento dell'assistenza domiciliare alla popolazione anziana, la creazione di canali differenziati per livelli di bisogno e il miglioramento della qualità delle prestazioni. Inoltre, si potrebbe migliorare il percorso di accesso nel passaggio dai medici di medicina generale ai medici specialisti, e introdurre delle soglie per determinare l'uscita dal sistema di copertura della popolazione con reddito più alto disegnando, di fatto, un sistema a due livelli, come nel primo tentativo (di breve durata) fatto con il decreto 384/1992.

# Capitolo 5

## Il disegno della ricerca

### 5.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo è presentare gli elementi essenziali sui quali si fondano le analisi empiriche illustrate e discusse nei prossimi tre capitoli. Nel paragrafo che segue sono specificati i principali interrogativi di ricerca che hanno guidato le analisi del fenomeno di interesse. Il terzo paragrafo è dedicato a una breve presentazione delle basi di dati utilizzate per le analisi. Nel quarto paragrafo vengono descritte le variabili mediante le quali sono stati operativizzati e misurati i principali concetti alla base delle analisi. Infine, il quinto paragrafo illustra la logica fondamentale della tecnica di analisi dei dati usata in questo studio – la regressione – nonché gli specifici modelli di regressione impiegati per rispondere agli interrogativi di ricerca.

### 5.2 Interrogativi di ricerca

Come si è già accennato, l'obiettivo di questo lavoro è stabilire se e in quale misura un paese come l'Italia, dotato di un sistema sanitario in linea di principio universalistico ed egualitario (cfr. cap. 4), esibisce forme di iniquità orizzontale di tipo socioeconomico nell'accesso ai principali servizi sanitari (cfr. cap. 2). Sul piano empirico, misurare tale iniquità significa descrivere la forma e l'intensità dell'associazione esistente fra lo status socioeconomico dei cittadini residenti in Italia e la loro probabilità di accedere, a parità di bisogno di assistenza sanitaria, a un certo insieme di servizi sanitari. Dove necessario, per esigenze di sintesi, da qui in avanti ci riferiremo a tale associazione con il simbolo  $S \xrightarrow{B} A$ , dove  $S$  denota lo

status socioeconomico,  $A$  denota l'accesso ai servizi sanitari, e  $B$  denota il bisogno di assistenza sanitaria.

Nel presente lavoro, l'analisi del fenomeno di interesse assume come periodo di riferimento l'anno 2005, l'ultimo per il quale sono disponibili dati appropriati (cfr. par. 5.3). L'analisi, inoltre, è guidata da tre gruppi di interrogativi di ricerca principali:

1. Nel 2005 esisteva in Italia un'associazione fra status socioeconomico e probabilità di accedere, a parità di bisogno, ai principali servizi sanitari? Se sì, quali erano la forma e l'intensità di tale associazione? L'associazione era costante o variava secondo il livello di bisogno di assistenza sanitaria?
2. Nel 2005 l'associazione fra status socioeconomico e accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno era costante in tutto il territorio nazionale o esibiva variazioni regionali sostanzialmente rilevanti?
3. L'associazione fra status socioeconomico e accesso ai servizi sanitari a parità di bisogno è rimasta costante nel decennio 1994-2005 oppure ha subito variazioni temporali sostanzialmente rilevanti?

Gli interrogativi del primo gruppo sono affrontati nel capitolo 6, quelli sulle variazioni regionali nel capitolo 7 e quelli sulle variazioni temporali nel capitolo 8.

## 5.3 Dati

La ricerca empirica presentata in questo lavoro si basa sull'analisi secondaria di dati tratti dall'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, uno studio su ampia scala realizzato periodicamente dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) allo scopo di raccogliere informazioni su tre fenomeni di primo piano per le politiche di assistenza sanitaria: lo stato di salute dei cittadini residenti in Italia, i loro stili di vita – quelli potenzialmente rilevanti per la salute, come l'alimentazione, il fumo e l'esercizio fisico – e il loro uso dei servizi sanitari.

L'idea dell'indagine nasce negli anni Ottanta sotto la spinta del nuovo SSN e dell'esigenza, sempre più diffusa, di cogliere aspetti delle condizioni di salute dei cittadini non rilevabili mediante i classici indicatori di morbosità e mortalità (Istat 2006). Dopo alcuni esperimenti, negli anni Novanta l'ISTAT decide di affrontare la questione in modo sistematico e istituisce l'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, con l'idea di effettuarla periodicamente su ampi campioni rap-



presentativi della popolazione residente in Italia<sup>1</sup>. La prima edizione dell'indagine è stata realizzata nel 1994 su un campione formato da 62.461 individui appartenenti a 21.936 famiglie. La seconda edizione è stata effettuata circa cinque anni dopo, fra luglio 1999 e giugno 2000; in questo caso, per soddisfare l'esigenza informativa regionale stabilita dal nuovo assetto istituzionale del SSN e rendere possibili analisi e confronti a livello regionale, il campione è stato notevolmente ampliato fino a includere 140.011 individui appartenenti a 52.332 famiglie. Infine, l'ultima edizione disponibile è stata svolta fra ottobre 2004 e settembre 2005 su un campione di 128.040 individui appartenenti a 50.474 famiglie<sup>2</sup>.

L'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* raccoglie le informazioni di interesse mediante un'estesa intervista personale basata su questionario strutturato, integrata da una più breve intervista autosomministrata ugualmente basata su questionario strutturato. I soggetti da intervistare sono selezionati mediante un disegno di campionamento probabilistico a due stadi, con stratificazione delle unità primarie di campionamento (i comuni) e inclusione esaustiva dei membri delle unità secondarie di campionamento (le famiglie). Specificamente, innanzitutto i comuni italiani sono stratificati secondo la regione e il tipo. In secondo luogo, all'interno di ogni strato viene estratto un campione casuale di comuni. Quindi, all'interno di ogni comune viene estratto un campione casuale di famiglie, utilizzando le liste anagrafiche comunali come lista di campionamento. Infine, tutti i membri delle famiglie estratte sono inclusi nel campione e sottoposti alla rilevazione. Per compensare sia le diverse probabilità di inclusione nel campione attribuibili ai membri della popolazione di riferimento, sia le mancate risposte, a ciascuna unità del campione finale viene assegnato un peso post-stratificazione che permette di riportare le stime campionarie ai totali di popolazione.

In questo lavoro sono stati utilizzati dati tratti da tutte e tre le edizioni disponibili dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Specificamente, nei capitoli 6 e 7, dedicati rispettivamente all'analisi del quadro nazionale attuale e ai confronti regionali, sono stati utilizzati i dati dell'edizione più recente dell'indagine; nel capitolo 8, dedicato all'analisi delle variazioni nel tempo, sono stati invece considerati i dati dell'intera serie (1994, 1999/2000, 2004/05). Per brevità, da qui in avanti ci riferiremo alla prima edizione dell'indagine come “edizione 1994”, alla seconda come “edizione 2000” e alla terza come “edizione 2005”.

<sup>1</sup> Sono esclusi dalla popolazione di riferimento solo i membri delle cosiddette “convivenze”, cioè di istituzioni chiuse come i penitenziari e i monasteri.

<sup>2</sup> La quarta edizione dell'indagine – 2012/13 – è in corso di svolgimento e interesserà circa 60.000 famiglie.

TAB. 5.1. Numero di casi validi (individui e famiglie) considerati nello studio, secondo l'edizione dell'indagine.

	1994	2000	2005
Individui	49.640	115.019	103.651
Famiglie	21.910	52.332	50.106

Ai fini di questo lavoro, sono stati presi in esame solo i soggetti di età uguale o superiore a 18 anni al momento dell'intervista. La tabella 5.1 riporta il numero di soggetti effettivamente considerati in questo studio (casi validi) e il corrispondente numero di famiglie.

## 5.4 Variabili

Gli interrogativi di ricerca specificati sopra (par. 5.2) indicano che le analisi di questo studio si basano su tre principali gruppi di variabili: (a) indicatori di accesso ai servizi sanitari; (b) indicatori di bisogno di assistenza sanitaria; e (c) indicatori di status socioeconomico.

### 5.4.1 Accesso ai servizi sanitari

Nel selezionare gli indicatori di accesso ai servizi sanitari, abbiamo seguito la distinzione di Aday e Andersen (1974; 1975; 1981) fra accesso *potenziale* e accesso *realizzato*. Come abbiamo già visto (par. 2.3), secondo i due studiosi “avere accesso” significa *potere utilizzare* i servizi sanitari in caso di bisogno, mentre “ottenere accesso” significa *utilizzare effettivamente* i servizi richiesti. Secondo questa distinzione, quindi, un individuo bisognoso di assistenza sanitaria può avere la possibilità formale di accedere ai servizi ma, nello stesso tempo, avere difficoltà nell'utilizzarli effettivamente. In altre parole, non sempre l'accesso potenziale ai servizi sanitari si trasforma in accesso realizzato (Aday e Andersen 1981).

In questo studio l'attenzione è focalizzata sull'*accesso realizzato* ai servizi sanitari, cioè sulla loro utilizzazione effettiva. Specificamente, vengono presi in esame cinque indicatori binari di utilizzazione dei principali servizi sanitari, tutti ricavati dalle dichiarazioni dei soggetti intervistati:

1. *Visite generiche*: questo indicatore assume valore 1 se il soggetto si è sottoposto ad almeno una visita del medico di medicina generale nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore 0 altrimenti.
2. *Visite specialistiche ambulatoriali*: questo indicatore assume valore 1 se il soggetto si è sottoposto ad almeno una visita specialistica ambulatoriale – di qualsiasi tipo – nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore 0 altrimenti.
3. *Esami clinici di base*: questo indicatore assume valore 1 se il soggetto controlla il livello di colesterolo nel sangue, la glicemia e la pressione arteriosa almeno una volta all'anno, valore 0 altrimenti.
4. *Esami clinici diagnostici*: questo indicatore assume valore 1 se il soggetto si è sottoposto a un esame clinico ambulatoriale a scopo diagnostico (esame del sangue, esame delle urine, radiografia, ecografia, risonanza magnetica, TAC, mammografia, eco-doppler, ecocardiogramma, elettrocardiogramma, elettro-encefalogramma, pap test, altro) nelle quattro settimane precedenti l'intervista, valore 0 altrimenti.
5. *Ricoveri ospedalieri*: questo indicatore assume valore 1 se il soggetto ha subito un ricovero ospedaliero per almeno una notte nei tre mesi precedenti l'intervista, valore 0 altrimenti.

Le informazioni sulle visite generiche, le visite specialistiche ambulatoriali, gli esami clinici diagnostici e i ricoveri ospedalieri sono state raccolte su tutti i soggetti intervistati e sono disponibili per tutte e tre le edizioni dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Le informazioni relative agli esami clinici di base, invece, sono state raccolte solo sui soggetti di età uguale o superiore a 18 anni e sono disponibili solo per le due edizioni più recenti dell'indagine, peraltro con definizioni operative diverse. Pertanto, l'utilizzazione degli esami clinici di base non sarà considerata nell'analisi delle variazioni temporali.

### 5.4.2 Bisogno di assistenza sanitaria

Come abbiamo già osservato (par. 2.4), il concetto di “bisogno di assistenza sanitaria” possiede una connotazione ambigua che lo rende difficile da utilizzare nella ricerca empirica (Culyer 1995; Goddard e Smith 2001). Per ovviare a questo problema, nella pratica di ricerca la maggior parte degli studiosi approssima il bisogno di assistenza sanitaria degli individui mediante qualche misura del loro stato di salute (O'Donnell *et al.* 2008).

Nel presente studio abbiamo seguito questa pratica standard e misurato i livelli di bisogno potenziale di assistenza sanitaria mediante tre stati di salute (buona, discreta, cattiva) ricavati da un indice sintetico noto in letteratura con la sigla PCS-12 (Ware Jr *et al.* 1996). Come abbiamo già accennato (par. 2.4), l'indice PCS-12 riassume in un'unica misura quantitativa le informazioni sullo stato di salute fisica raccolte mediante la versione breve a 12 indicatori (SF-12) del questionario sulla salute SF-36 (McHorney *et al.* 1993; Ware Jr e Sherbourne 1992). L'indice PCS-12 è standardizzato in modo che la sua distribuzione nella popolazione abbia media aritmetica pari a 50 e deviazione standard pari a 10. Ai fini del nostro studio, e dopo un'attenta analisi esplorativa, abbiamo suddiviso la distribuzione dell'indice PCS-12 in tre intervalli di uguale ampiezza (circa 10-30, 30-50 e 50-70) corrispondenti rispettivamente a uno stato di salute cattivo, discreto e buono.

L'indice PCS-12 è disponibile solo per le edizioni 2000 e 2005 dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Pertanto, nelle analisi delle variazioni temporali – che si estendono al 1994 – abbiamo misurato lo stato di salute mediante un unico indicatore di salute autopercepita ricavato dalla domanda: “Come va in generale la Sua salute?”. Le categorie di risposta “Molto bene” e “Bene” sono state classificate come “buona salute”; la categoria “Discretamente” è stata classificata come “discreta salute”; le categorie “Male” e “Molto male”, infine, sono state classificate come “cattiva salute”.

### 5.4.3 Status socioeconomico

La misurazione dello status socioeconomico degli individui è un'operazione di ricerca che può assumere forme molto diverse, spesso condizionate – in particolare negli studi basati su analisi secondaria – dalla natura e dalla qualità delle informazioni disponibili. Per affrontare tale questione, in questo studio siamo partiti da un duplice obiettivo: (a) focalizzare l'attenzione sulla componente gerarchica delle disuguaglianze socioeconomiche; e (b) massimizzare il potere statistico delle analisi (cfr. par. 2.5). In linea di principio, entrambi gli obiettivi potrebbero essere raggiunti misurando lo status socioeconomico mediante variabili quantitative come il reddito percepito, il livello di prestigio dell'occupazione svolta o il livello socioeconomico dell'occupazione svolta. Purtroppo, l'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* non contiene informazioni sul reddito percepito dagli intervistati, né offre una classificazione delle loro posizioni lavorative sufficientemente dettagliata da consentire l'impiego di scale occupazionali consolidate come la *Standard International Occupational Prestige Scale* (Treiman 1977), la scala di desiderabilità

occupazionale de Lillo-Schizzerotto (de Lillo e Schizzerotto 1985) o l'*International Socioeconomic Index* (Ganzeboom *et al.* 1992).

Per ovviare a questi limiti, mantenendo però invariato il duplice obiettivo di partenza, in questo studio abbiamo deciso di misurare lo status socioeconomico degli intervistati mediante una nuova scala quantitativa applicabile ai nostri dati ma costruita utilizzando una base di dati secondaria dotata di tutte le informazioni necessarie. La procedura da noi impiegata per costruire questa scala quantitativa – che chiameremo *Indice di risorse socioeconomiche* (IRS) – segue una logica analoga a quella sulla quale si fondano le tradizionali scale di prestigio o di livello socioeconomico delle occupazioni: innanzitutto, si definisce un insieme esaustivo di posizioni socioeconomiche nelle quali è possibile collocare i membri della popolazione di riferimento; quindi, si attribuisce a ciascuna di queste posizioni un punteggio cardinale che ne riflette il contenuto in termini di prestigio, reddito o risorse di altro tipo. Nel nostro caso, la prima operazione è consistita nel definire un insieme di trenta posizioni socioeconomiche corrispondenti a ogni possibile combinazione di due variabili: la condizione/classe occupazionale (articolata in dieci categorie) e il titolo di studio (articolato in tre categorie). La seconda operazione, invece, è consistita nell'attribuire a ciascuna di queste posizioni un punteggio proporzionale alla mediana del reddito disponibile netto equivalente percepito dai soggetti collocati in quella posizione.

Per svolgere entrambe le operazioni e costruire così la nostra scala IRS, abbiamo fatto ricorso a dati tratti da varie edizioni dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*, svolta periodicamente dalla Banca d'Italia su campioni rappresentativi della popolazione residente in Italia (Banca d'Italia 2008). Ai nostri fini, questa indagine presenta un duplice vantaggio: (a) raccoglie informazioni ampie e accurate sul reddito degli individui che vivono nel nostro paese; (b) ha una popolazione di riferimento sostanzialmente identica a quella dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, cosicché è plausibile ritenere che la scala IRS costruita utilizzando i dati raccolti dalla Banca d'Italia sia pienamente compatibile con la nostra base di dati principale (cfr. sotto).

Specificamente, per costruire la versione base della scala IRS – cioè quella da utilizzare nelle analisi relative all'anno di riferimento del presente studio (2005) – abbiamo proceduto come segue:

1. Le edizioni 2002, 2004 e 2006 dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane* sono state riunite in un unico dataset al fine di disporre di un numero di casi validi sufficientemente ampio e ottenere, quindi, stime relativamente stabili

delle quantità di interesse. Per rispettare la definizione della popolazione di riferimento prescelta (cfr. par. 5.3), sono stati considerati solo i soggetti di età uguale o superiore a 18 anni al momento dell'intervista, per un totale di 51.891 individui.

2. Per ciascun soggetto incluso nel dataset è stato calcolato il reddito disponibile netto equivalente  $W$ , definito formalmente come segue (Buhmann *et al.* 1988):

$$W = \frac{D}{N^\theta}$$

dove  $D$  denota il reddito disponibile netto percepito complessivamente dalla famiglia del soggetto (esclusi i redditi da capitale finanziario);  $N$  denota il numero di individui di ogni età che compongono la famiglia del soggetto; e  $\theta$  (con  $0 \leq \theta \leq 1$ ) denota l'elasticità della scala di equivalenza o fattore di equivalenza. Nel nostro caso, abbiamo adottato un'elasticità pari a  $\theta = 0.65$  che corrisponde a quella utilizzata in Italia per il calcolo dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (Baldini e Toso 2004)<sup>3</sup>.

3. Per neutralizzare gli effetti dell'inflazione, il reddito disponibile netto equivalente  $W$  di ciascun soggetto è stato rivalutato al 15 giugno 2005 sulla base dei valori dell'Indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI) senza tabacchi (Istat 2011). Formalmente:

$$W_r = W \times c$$

dove  $c$  denota l'appropriato coefficiente di rivalutazione monetaria.

4. A ciascun soggetto è stata attribuita una posizione socioeconomica corrispondente alla combinazione della sua condizione/classe occupazionale e del suo titolo di studio. A tal fine, la condizione/classe occupazionale dei soggetti è stata articolata in dieci categorie (cfr. Cobalti e Schizzerotto 1994): liberi professionisti, imprenditori, piccola borghesia (artigiani, commercianti e piccoli agricoltori), dirigenti e assimilati, quadri e assimilati, impiegati e assimilati, lavoratori manuali, disoccupati e in cerca di prima occupazione, studenti,

<sup>3</sup> L'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) è stato introdotto nel nostro ordinamento alla fine degli anni Novanta allo scopo di individuare "criteri unificati di valutazione della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni o servizi sociali o assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o comunque collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche" (D. Lgs 109/1998, Art. 1).

altro. A sua volta, il titolo di studio dei soggetti è stato classificato in tre categorie: fino alla licenza media, diploma di scuola media superiore, laurea.

5. Per ciascuna delle trenta posizioni socioeconomiche definite al punto precedente, è stata calcolata la mediana del reddito disponibile netto equivalente (rivalutato) percepito dai soggetti collocati in quella posizione. Formalmente:

$$W_s = \text{Mediana}(W_r \mid s)$$

dove  $s = 1, \dots, 30$  indicizza le trenta posizioni socioeconomiche predefinite.

6. Infine, la scala IRS è stata creata normalizzando le mediane calcolate al punto precedente nell'intervallo  $[0,100]$ . Formalmente:

$$\text{IRS}_s = 100 \times \frac{W_s - \min(W_s)}{\max(W_s) - \min(W_s)} \quad \text{per } s = 1, \dots, 30$$

dove  $\text{IRS}_s$  denota il punteggio attribuito alla posizione socioeconomica  $s$  sulla scala IRS;  $\min(W_s)$  denota il valore minimo della distribuzione di  $W_s$ ; e  $\max(W_s)$  denota il valore massimo della distribuzione di  $W_s$ .

La tabella 5.2 illustra il risultato della procedura, riportando i punteggi assunti dalla versione base (2005) della scala IRS in corrispondenza delle trenta posizioni socioeconomiche predefinite (fra parentesi, il numero di osservazioni utilizzate per calcolare ciascun punteggio). Come si può vedere, con l'eccezione di due casi infrequenti (imprenditori con la laurea e dirigenti e assimilati con al massimo la licenza media), i punteggi della scala sono stati calcolati su gruppi di soggetti ampi o molto ampi e, quindi, possono essere ritenuti attendibili. La scala assume il suo valore minimo (0) in corrispondenza dei soggetti poco istruiti in cerca di prima o nuova occupazione, mentre assume il suo valore più alto (100) fra i dirigenti laureati. Più in generale, i valori della scala mostrano una configurazione generalmente coerente con le aspettative ricavate dalla letteratura (Cobalti e Schizzerotto 1994; Erikson e Goldthorpe 1992; Pisati 2000): da un lato, i punteggi tendono ad aumentare al crescere del titolo di studio; dall'altro lato, considerando i soli soggetti che lavorano, i punteggi riflettono una gerarchia delle posizioni occupazionali ampiamente consolidata, che vede ai primi posti le varie componenti della borghesia (liberi professionisti, imprenditori, dirigenti e direttivi), seguite dalle classi medie (piccola borghesia e classe media impiegatizia) e, in ultima posizione, dai lavoratori manuali.

TAB. 5.2. Versione base (2005) dell'*Indice di risorse socioeconomiche* (IRS): punteggi attribuiti alle trenta posizioni socioeconomiche predefinite e (fra parentesi) numero di osservazioni utilizzate per calcolare ciascun punteggio.

	Fino lic. media	Diploma	Laurea
Liberi professionisti	48,3 (77)	59,4 (402)	93,9 (502)
Imprenditori	37,0 (172)	55,3 (185)	50,5 (36)
Piccola borghesia	31,5 (1.729)	46,6 (1.263)	64,8 (191)
Dirigenti e assimilati	43,7 (6)	78,9 (139)	100,0 (279)
Quadri e assimilati	36,8 (81)	59,0 (556)	79,3 (346)
Impiegati e assimilati	30,2 (1.231)	44,7 (5.003)	55,4 (1.588)
Lavoratori manuali	22,6 (5.567)	32,0 (2.432)	30,3 (78)
In cerca di occupazione	0,0 (1.571)	10,5 (1.230)	22,0 (404)
Studenti	25,0 (705)	31,2 (2.140)	34,3 (242)
Altro	21,0 (18.953)	40,0 (3.970)	72,4 (813)

La procedura descritta sopra è stata utilizzata anche per calcolare versioni della scala IRS appropriate all'analisi dei dati delle edizioni 1994 e 2000 dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. In questi casi, la procedura è stata applicata con le seguenti variazioni: (a) per l'edizione 1994, sono state utilizzate le edizioni 1993, 1995 e 1998 dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*; (b) per l'edizione 2000, sono state utilizzate le edizioni 1998, 2000 e 2002 dell'*Indagine sui bilanci delle famiglie italiane*; (c) per entrambe le edizioni, la normalizzazione della scala (punto 6 della procedura) è stata effettuata utilizzando i valori di riferimento  $-\min(W_s)$  e  $\max(W_s)$  del 2005, in modo da tenere in debita considerazione le variazioni verificatesi nella disuguaglianza della distribuzione dei redditi durante il decennio 1994-2005.



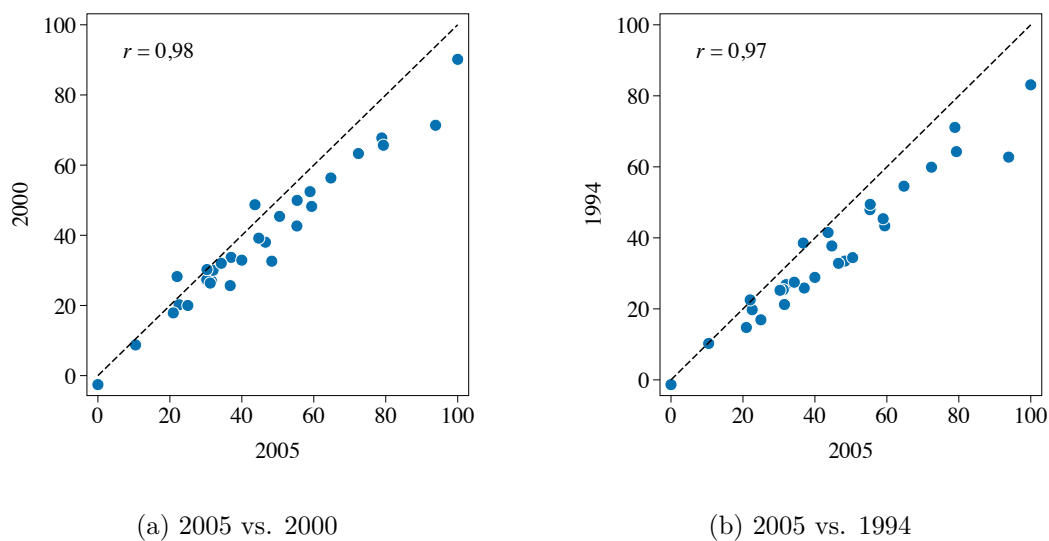


FIG. 5.1. Relazione fra i punteggi della versione base (2005) della scala IRS e i punteggi delle versioni 2000 (riquadro a) e 1994 (riquadro b).

La figura 5.1 mostra la relazione fra i punteggi della versione base (2005) della scala IRS e gli analoghi punteggi calcolati per le versioni 1994 e 2000 della scala. I due grafici della figura mostrano, innanzitutto, che le tre versioni della scala IRS sono fortemente correlate fra loro ( $r > 0,95$ ) e, quindi, rappresentano misure attendibili del fenomeno di interesse. In secondo luogo, il fatto che – in entrambi i grafici – i punti cadano al di sotto della linea bisettrice (nel 1994 più che nel 2000) indica che le tre versioni della scala IRS colgono correttamente il leggero aumento della disuguaglianza fra le classi sociali in termini di distribuzione del reddito che si è verificato in Italia nel periodo considerato (Pisati 2010b).

Il fatto che la scala IRS da noi costruita presenti segni convincenti di attendibilità non implica che essa possa essere utilizzata *sic et simpliciter* nelle nostre analisi. Affinché ciò sia possibile, infatti, è necessario che i redditi mediani – e, quindi, i punteggi della scala IRS – da noi calcolati con i dati della Banca d’Italia siano sufficientemente “rappresentativi” degli analoghi redditi mediani che, idealmente, avremmo potuto calcolare con i dati ISTAT se questi dati avessero contenuto le informazioni appropriate. Sebbene un test diretto di questa “rappresentatività” non sia realizzabile, è possibile effettuare un controllo empirico indiretto. Tale controllo si basa su una semplice premessa: la condizione/classe occupazionale e il titolo di studio degli individui sono associati a una serie di variabili sociodemografiche – come il sesso e l’età – che a loro volta influiscono sul reddito percepito. Ciò significa che il reddito mediano di ciascuna delle trenta posizioni socioeconomiche

da noi definite dipende, oltre che dalla condizione/classe occupazionale e dal titolo di studio che definiscono quella posizione, anche dalla sua composizione sociodemografica. Pertanto, se la composizione sociodemografica delle diverse posizioni socioeconomiche all'interno della nostra base di dati primaria (ISTAT) è sufficientemente simile a quella osservata nella base di dati secondaria (Banca d'Italia), allora abbiamo buone ragioni per ritenere che la scala IRS sia “trasferibile” dai dati Banca d'Italia ai dati ISTAT.

Per verificare empiricamente la somiglianza fra le due basi di dati per ciascuna delle tre versioni della scala IRS da noi costruite (1994, 2000 e 2005), abbiamo proceduto come segue. Innanzitutto, per ciascuna delle due basi di dati, abbiamo calcolato la distribuzione *congiunta* di cinque variabili rilevanti: le due variabili socioeconomiche prescelte (condizione/classe occupazionale e titolo di studio) e tre variabili sociodemografiche a esse associate (macroregione di residenza, sesso, classe di età). Quindi, abbiamo stimato il grado di somiglianza fra le due distribuzioni congiunte, utilizzando a tal fine la misura  $\mathcal{S} = 1 - \mathcal{L}_1$ , dove  $\mathcal{L}_1$  rappresenta la semi-somma delle differenze assolute fra le frequenze relative delle due distribuzioni congiunte poste a confronto (Iacus *et al.* 2011). Formalmente:

$$\mathcal{L}_1 = \frac{1}{2} \|\mathbf{f}_I - \mathbf{f}_B\|_1$$

dove  $\|\cdot\|_1$  denota la distanza rettilineare (o distanza Manhattan) fra due vettori;  $\mathbf{f}_I$  denota il vettore delle frequenze relative che formano la distribuzione congiunta delle cinque variabili di interesse nella base di dati ISTAT; e  $\mathbf{f}_B$  denota il vettore delle frequenze relative che formano l'analoga distribuzione congiunta nella base di dati Banca d'Italia.

La misura  $\mathcal{S}$  assume valori compresi fra 0 e 1, dove 0 rappresenta il caso in cui le due distribuzioni sono completamente diverse, mentre 1 rappresenta il caso opposto in cui le due distribuzioni sono identiche. Nel nostro caso,  $\mathcal{S}$  assume valori molto alti in tutti e tre i confronti: 0,88 nel 2005; 0,89 nel 2000; e 0,88 nel 1994. Questi valori suggeriscono che tutte e tre le versioni della scala IRS da noi costruite utilizzando i dati della Banca d'Italia sono pienamente compatibili con i dati ISTAT analizzati in questo studio.

#### 5.4.4 Altre variabili

Accanto alle variabili principali definite sopra, nelle analisi dell'associazione  $S \xrightarrow{B} A$  abbiamo sempre incluso tre variabili di controllo, allo scopo di stan-

standardizzare la composizione sociodemografica dei gruppi socioeconomici posti a confronto:

1. *Sesso*: maschio, femmina.
2. *Classe di età*: 18-24, 25-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80+ anni.
3. *Tipo di comune di residenza*: comuni centro dell'area metropolitana, comuni periferia dell'area metropolitana, comuni fino a 2.000 abitanti, comuni con 2.001-10.000 abitanti, comuni con 10.001-50.000 abitanti, comuni con oltre 50.000 abitanti.

Altre due variabili sono state usate per definire la struttura multilivello dei modelli di regressione impiegati nelle analisi (cfr. par. 5.5.2): la *regione di residenza* e la *famiglia di appartenenza*. Ogni altra variabile utilizzata per analisi specifiche e approfondimenti tematici è definita direttamente nei paragrafi pertinenti.

## 5.5 Tecniche di analisi

### 5.5.1 L'analisi di regressione

Gli interrogativi di ricerca come quelli che guidano questo studio (cfr. par. 5.2) sono tipicamente affrontati mediante una *analisi di regressione*, il cui obiettivo generale è descrivere il modo in cui, all'interno della popolazione di riferimento, la distribuzione di una data variabile di interesse varia al variare dei valori assunti da un certo insieme di covariate (Cook e Weisberg 1999). In una prospettiva quantitativa, tale obiettivo consiste nell'assegnare valori specifici a una data *funzione di regressione*, la cui forma generale è:

$$p(Y | \mathbf{V} = \mathbf{v}) \quad (5.1)$$

dove  $p(\cdot)$  denota una generica distribuzione di probabilità;  $Y$  denota la variabile di interesse;  $\mathbf{V}$  denota la lista ordinata delle covariate  $(V_1, V_2, \dots, V_q, \dots, V_Q)$ ; e  $\mathbf{v}$  denota la lista ordinata dei valori assunti dalle covariate  $(v_1, v_2, \dots, v_q, \dots, v_Q)$ .

Per risolvere la funzione di regressione 5.1, è necessario procedere in due fasi. Innanzitutto, bisogna definire la forma specifica della distribuzione di probabilità della variabile di interesse  $Y$ , cioè la corrispondenza fra ogni possibile valore di  $Y$  e la sua probabilità di occorrenza; tipicamente, tale corrispondenza è definita da una funzione di probabilità  $f(y)$  di tipo parametrico, cioè da una funzione matematica

che esprime la probabilità di occorrenza di ogni possibile valore  $y$  di  $Y$  in termini di uno o più parametri prestabiliti. Una volta specificati questi parametri, bisogna stabilire se e in quale misura il loro valore (o qualche funzione del loro valore) varia secondo i valori assunti dalle covariate  $\mathbf{V}$ .

Nel nostro caso, le principali variabili di interesse  $Y$  sono i cinque indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari elencati sopra (par. 5.4.1). Data la natura binaria di questi indicatori, la loro distribuzione di probabilità è di tipo bernoulliano:

$$Y \sim \text{Bernoulli}(\pi)$$

e la funzione di probabilità corrispondente è definita come segue:

$$f(y) = \Pr(Y = y) = \pi^y(1 - \pi)^{1-y} \quad \text{per } y = 0,1$$

dove  $\Pr(Y = y)$  denota la probabilità che la variabile  $Y$  assuma valore  $y$ . Come si può vedere, la distribuzione di una variabile binaria è completamente definita dal solo parametro  $\pi$ , che corrisponde alla probabilità che la variabile assuma valore 1, cioè  $\pi \equiv \Pr(Y = 1)$ . Dunque, quando la variabile  $Y$  di interesse è di tipo binario, la funzione di regressione assume la seguente forma specifica:

$$\Pr(Y = 1 \mid \mathbf{V} = \mathbf{v}) \tag{5.2}$$

In linea di principio, i valori della funzione di regressione 5.2 possono essere calcolati direttamente come semplici medie dei valori di  $Y$  entro ciascun possibile valore  $\mathbf{v}$  di  $\mathbf{V}$ . Nella maggior parte delle situazioni reali di ricerca, tuttavia, questa strategia diretta si rivela impraticabile, soprattutto quando la funzione di regressione è complicata e le osservazioni disponibili sono lacunose. Tipicamente, dunque, i valori della funzione di regressione 5.2 vengono *stimati* mediante una seconda funzione, detta *modello di regressione*, che offre una rappresentazione semplificata – e, quindi, analiticamente trattabile – della vera funzione di regressione (Rothman *et al.* 2008).

In generale, un modello di regressione per una variabile  $Y$  binaria esprime il parametro  $\pi \equiv \Pr(Y = 1)$  come funzione del predittore lineare  $\eta$ :

$$\pi = g(\eta)$$

dove  $g(\cdot)$  denota una qualsiasi funzione invertibile che mappi l'insieme dei numeri reali  $(-\infty, \infty)$  nell'intervallo  $(0,1)$  (McCullagh e Nelder 1989). A sua volta, il

*predittore lineare* può essere definito come una combinazione lineare di regressori e coefficienti di regressione (McCullagh e Nelder 1989; Pisati 2003). I *regressori* sono variabili che rappresentano in forma quantitativa il contenuto informativo delle covariate prescelte e, quindi, costituiscono la parte nota – osservata – del modello di regressione. Al contrario, i *coefficienti di regressione* sono le incognite da stimare, parametri che esprimono il “peso” di ciascun regressore nel computo del predittore lineare. La forma esatta del predittore lineare e della relazione funzionale che lo lega al parametro  $\pi$  dipendono dagli obiettivi dell’analisi e dai dati disponibili. Il prossimo paragrafo illustra gli specifici modelli di regressione da noi utilizzati per rispondere ai principali interrogativi di ricerca di questo studio.

### 5.5.2 Modelli di regressione: specificazione

Come abbiamo accennato sopra, la scelta dello specifico modello di regressione da utilizzare in una certa analisi dipende dalla natura dei dati disponibili, dal tipo di variabile  $Y$  presa in esame e dagli obiettivi conoscitivi dell’analisi stessa.

Per quanto riguarda il primo aspetto, nel nostro caso il fatto più rilevante è che i dati dell’indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, in conseguenza del disegno di campionamento adottato per la loro raccolta (cfr. par. 5.3), possiedono una struttura gerarchica a tre livelli: i soggetti intervistati (livello 1) appartengono a famiglie (livello 2) che risiedono in determinate regioni (livello 3). Graficamente:

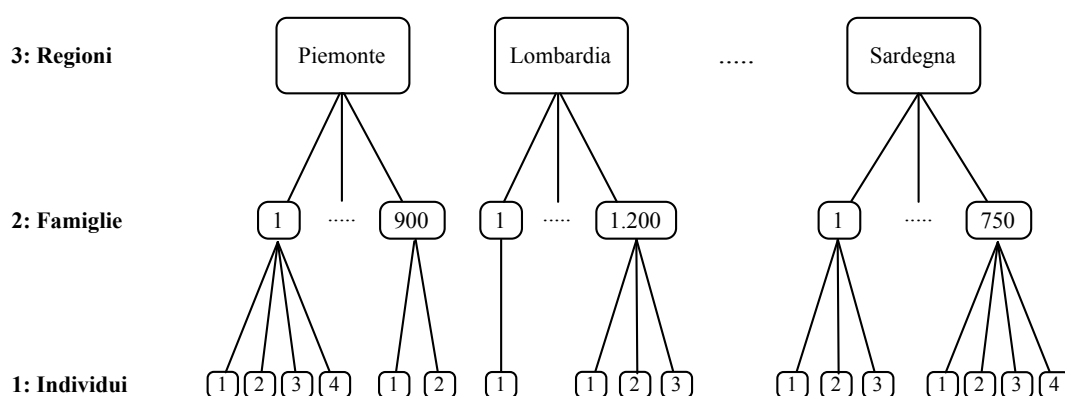


FIG. 5.2. Struttura multilivello dei dati: gli individui (livello 1) sono raggruppati in famiglie (livello 2) che sono raggruppate in regioni (livello 3).

Nell'analisi dell'associazione  $S \xrightarrow{B} A$ , questa particolare struttura dei dati dovrebbe essere tenuta in debita considerazione per la seguente ragione: è plausibile ritenere che, in termini dei comportamenti analizzati (utilizzo dei servizi sanitari), gli individui appartenenti alla stessa famiglia siano più simili fra loro (in media) di quanto non lo siano gli individui appartenenti a famiglie diverse; analogamente, è plausibile assumere che gli individui residenti nella stessa regione – in virtù dell'articolazione del SSN in Sistemi sanitari regionali (cfr. cap. 4) – utilizzino i servizi sanitari in modi più simili fra loro di quanto non facciano individui residenti in regioni diverse. Queste somiglianze intra-familiari e intra-regionali violano l'assunto di indipendenza condizionata delle osservazioni tipico dei normali modelli di regressione; ne consegue che, se non se ne tiene debitamente conto nell'analisi, le inferenze sulle quantità di interesse risulteranno errate a causa di una sottostima della varianza dei loro stimatori (Gelman e Hill 2007; Rabe-Hesketh e Skrondal 2012a).

Sebbene esistano diversi modi per tenere conto della correlazione intra-familiare e intra-regionale che caratterizza i nostri dati, in questo studio abbiamo deciso di trattare la questione utilizzando appropriati *modelli di regressione multilivello* (Gelman e Hill 2007; Rabe-Hesketh e Skrondal 2012a,b; Subramanian, S V et al. 2003). Accanto alla capacità di considerare correttamente le varie forme di correlazione intra-gruppo – e, quindi, di ottenere stime accurate della varianza degli stimatori di interesse – i modelli di regressione multilivello offrono due vantaggi aggiuntivi: da un lato, permettono di tenere sotto controllo in modo efficiente ogni fonte di eterogeneità non osservata operante a livello regionale e familiare, rendendo così più “netta” la stima dell'associazione di interesse; dall'altro lato, permettono di stimare le variazioni regionali di tale associazione in modo relativamente semplice ed efficiente.

Più specificamente, vista la particolare struttura gerarchica dei dati e considerata la natura binaria delle variabili di interesse  $Y$  (i cinque indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari prescelti), per rispondere ai principali interrogativi di ricerca di questo studio abbiamo fatto ricorso a una serie di *modelli di regressione logistica binomiale a tre livelli* (Gelman e Hill 2007; Rabe-Hesketh e Skrondal 2012b). Questi modelli possono essere classificati in tre categorie: (a) modello nazionale base; (b) modello nazionale stratificato; e (c) modello regionale.

**Modello nazionale base** L'obiettivo di questo modello è stimare la forma e l'intensità dell'associazione  $S \xrightarrow{B} A$  a livello nazionale, trattando il bisogno di assistenza sanitaria come una normale variabile di controllo, cioè come una compo-

nente additiva del modello. In sostanza, questo modello esprime la probabilità di utilizzare un dato servizio sanitario come funzione di cinque covariate: lo status socioeconomico, misurato mediante la scala IRS (cfr. par. 5.4.3); il bisogno di assistenza sanitaria, approssimato mediante lo stato di salute (cfr. par. 5.4.2); e le tre variabili sociodemografiche di controllo: sesso, classe di età e tipo di comune di residenza (cfr. par. 5.4.4). In più, per rendere conto della struttura multilivello dei dati, il modello include due ulteriori covariate sotto forma di *variabili latenti*, cioè di variabili i cui valori non sono osservabili direttamente ma vanno stimati a partire dai dati disponibili; queste due particolari covariate sono finalizzate a rappresentare l'eterogeneità non osservata al livello sia delle famiglie (secondo livello), sia delle regioni (terzo livello).

Formalmente, il modello nazionale base può essere rappresentato mediante due equazioni come segue:

$$\begin{aligned} \pi_{ijk} &= \exp(\eta_{ijk}) / (1 + \exp(\eta_{ijk})) \\ \eta_{ijk} &= \alpha + \beta_1 x_{ijk} + \beta_2 x_{ijk}^2 + \delta_1 w_{1ijk} + \delta_2 w_{2ijk} + \sum_{m=1}^{15} \gamma_m z_{mijk} + \zeta_{0jk}^{(2)} + \zeta_{0k}^{(3)} \end{aligned} \quad (5.3)$$

dove  $\pi_{ijk}$  denota la probabilità di utilizzare un dato servizio sanitario attribuita all'individuo  $i$ , membro della famiglia  $j$ , residente nella regione  $k$ ;  $\eta_{ijk}$  denota il valore assunto dal predittore lineare in corrispondenza dell'individuo  $ijk$ ;  $\alpha$  denota un parametro che rappresenta il valore di base del predittore lineare;  $x_{ijk}$  denota il valore assunto dal regressore  $X$  in corrispondenza dell'individuo  $ijk$ ; il regressore  $X$  rappresenta l'indice di status socioeconomico prescelto (la scala IRS);  $x_{ijk}^2$  denota il quadrato di  $x_{ijk}$ ;  $w_{1ijk}$  denota il valore assunto dal regressore  $W_1$  in corrispondenza dell'individuo  $ijk$ ; il regressore  $W_1$  è una variabile binaria che assume valore 1 quando l'individuo è in uno stato di “discreta salute” e valore 0 altrimenti;  $w_{2ijk}$  denota il valore assunto dal regressore  $W_2$  in corrispondenza dell'individuo  $ijk$ ; il regressore  $W_2$  è una variabile binaria che assume valore 1 quando l'individuo è in uno stato di “cattiva salute” e valore 0 altrimenti<sup>4</sup>;  $z_{mijk}$  denota il valore assunto dal regressore  $Z_m$  in corrispondenza dell'individuo  $ijk$ ; i regressori  $Z_m$  ( $m = 1, \dots, 15$ ) sono variabili binarie che rappresentano le tre variabili sociodemografiche di controllo (cfr. tab. 5.3);  $\zeta_{0jk}^{(2)}$  è una variabile latente che rappresenta l'eterogeneità non osservata al secondo livello (famiglie) e ha una

<sup>4</sup> Lo stato di “buona salute”, dunque, è assunto come categoria di riferimento della variabile “stato di salute”.

TAB. 5.3. Corrispondenza fra le categorie delle variabili sociodemografiche di controllo e i regressori  $Z_m$ : ogni regressore è una variabile binaria che assume valore 1 quando l'individuo appartiene alla categoria corrispondente e valore 0 altrimenti.

Variabili	Regressori
<i>Sesso</i>	
Maschio <sup>a</sup>	–
Femmina	$Z_1$
<i>Classe di età</i>	
18-24 anni <sup>a</sup>	–
25-29 anni	$Z_2$
30-39 anni	$Z_3$
40-49 anni	$Z_4$
50-59 anni	$Z_5$
60-64 anni	$Z_6$
65-69 anni	$Z_7$
70-74 anni	$Z_8$
75-79 anni	$Z_9$
80+ anni	$Z_{10}$
<i>Comune di residenza</i>	
Comuni centro dell'area metropolitana <sup>a</sup>	–
Comuni periferia dell'area metropolitana	$Z_{11}$
Comuni fino a 2.000 abitanti	$Z_{12}$
Comuni con 2.001-10.000 abitanti	$Z_{13}$
Comuni con 10.001-50.000 abitanti	$Z_{14}$
Comuni con oltre 50.000 abitanti	$Z_{15}$

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

distribuzione di probabilità normale con media pari a 0 e varianza pari a  $\psi_0^{(2)5}$ ;  $\zeta_{0k}^{(3)}$  è una variabile latente che rappresenta l'eterogeneità non osservata al terzo livello (regioni) e ha una distribuzione di probabilità normale con media pari a 0 e varianza pari a  $\psi_0^{(3)6}$ ; infine,  $\beta_1, \beta_2, \delta_1, \delta_2, \gamma_m$  ( $m = 1, \dots, 15$ ) denotano i coefficienti di regressione associati ai regressori corrispondenti. Il parametro  $\alpha$ , i coefficienti di regressione, le variabili latenti  $\zeta_{0jk}^{(2)}$  e  $\zeta_{0k}^{(3)}$  e le rispettive varianze  $\psi_0^{(2)}$  e  $\psi_0^{(3)}$  costituiscono le quantità incognite del modello, i cui valori devono essere stimati a partire dai dati osservati.

Come ci mostra la coppia di equazioni 5.3, nel modello nazionale base l'associazione

<sup>5</sup> Formalmente:  $\zeta_{0jk}^{(2)} \sim N(0, \psi_0^{(2)})$ .

<sup>6</sup> Formalmente:  $\zeta_{0k}^{(3)} \sim N(0, \psi_0^{(3)})$ .



$S \xrightarrow{B} A$  è espressa dalla coppia di termini  $\beta_1 x_{ijk} + \beta_2 x_{ijk}^2$ . La presenza del regressore  $X$  (lo status socioeconomico) in forma sia semplice che quadratica (polinomio di secondo grado) implica che, sulla scala del predittore lineare  $\eta$ , l'associazione di interesse può avere una forma lineare (quando  $\beta_1 \neq 0$  e  $\beta_2 = 0$ ) oppure parabolica (quando  $\beta_1 \neq 0$  e  $\beta_2 \neq 0$ ).

**Modello nazionale stratificato** Come il precedente, anche questo modello è finalizzato a stimare la forma e l'intensità dell'associazione  $S \xrightarrow{B} A$  a livello nazionale. In questo caso, però, il bisogno di assistenza sanitaria (come sempre approssimato mediante lo stato di salute) è trattato non come una normale variabile di controllo, bensì come una variabile di stratificazione, cioè come un criterio di suddivisione della popolazione di riferimento in tre gruppi distinti: individui in buona salute, individui in discreta salute e individui in cattiva salute. Questa suddivisione implica che l'associazione di interesse viene stimata tre volte, una per ciascuno dei tre strati prescelti. Avremo quindi una stima dell'associazione per i soggetti che godono di buona salute, una per gli individui in discreta salute e una per quelli in cattiva salute. Il confronto fra queste tre stime consente di stabilire se e in quale misura l'associazione fra status socioeconomico e probabilità di accesso ai servizi sanitari varia al variare del livello di bisogno di servizi sanitari, offrendo così un'immagine più accurata del fenomeno di interesse.

Dal punto di vista formale, il modello nazionale stratificato è una versione ridotta del modello nazionale base. Specificamente, entro ciascuno dei tre strati definiti dallo stato di salute, il modello può essere rappresentato come segue:

$$\pi_{ijk} = \exp(\eta_{ijk}) / (1 + \exp(\eta_{ijk}))$$

$$\eta_{ijk} = \alpha + \beta_1 x_{ijk} + \beta_2 x_{ijk}^2 + \sum_{m=1}^{15} \gamma_m z_{mijk} + \zeta_{0jk}^{(2)} + \zeta_{0k}^{(3)} \quad (5.4)$$

dove tutti i termini sono definiti come nel modello 5.3.

**Modello regionale** Come il modello nazionale base, anche questo modello stima la forma e l'intensità dell'associazione  $S \xrightarrow{B} A$  trattando il bisogno di assistenza sanitaria come una normale variabile di controllo. In questo caso, però, l'obiettivo è verificare se e in quale misura tale associazione varia secondo la regione di residenza, cioè se esiste qualche forma di *interazione* fra lo status socioeconomico e la regione di residenza.

Un modo relativamente efficiente per stimare il modello regionale consiste nell'includere nel modello nazionale base altre due variabili latenti di terzo livello,  $\zeta_{1k}^{(3)}$  e  $\zeta_{2k}^{(3)}$ ,

finalizzate ad aggiungere una “componente regionale” ai coefficienti di regressione “nazionali”  $\beta_1$  e  $\beta_2$ . Formalmente:

$$\begin{aligned} \pi_{ijk} &= \exp(\eta_{ijk}) / (1 + \exp(\eta_{ijk})) \\ \eta_{ijk} &= \alpha + (\beta_1 + \zeta_{1k}^{(3)})x_{ijk} + (\beta_2 + \zeta_{2k}^{(3)})x_{ijk}^2 + \delta_1 w_{1ijk} + \delta_2 w_{2ijk} + \\ &+ \sum_{m=1}^{15} \gamma_m z_{mijk} + \zeta_{0jk}^{(2)} + \zeta_{0k}^{(3)} \end{aligned} \quad (5.5)$$

dove tutti i termini sono definiti come nel modello 5.3. In questo caso, le tre variabili latenti di terzo livello hanno una distribuzione di probabilità normale trivariata definita come segue:

$$\begin{bmatrix} \zeta_{0k}^{(3)} \\ \zeta_{1k}^{(3)} \\ \zeta_{2k}^{(3)} \end{bmatrix} \sim N \left( \begin{bmatrix} 0 \\ 0 \\ 0 \end{bmatrix}, \begin{bmatrix} \psi_0^{(3)} & \psi_{01}^{(3)} & \psi_{02}^{(3)} \\ \psi_{10}^{(3)} & \psi_1^{(3)} & \psi_{12}^{(3)} \\ \psi_{20}^{(3)} & \psi_{21}^{(3)} & \psi_2^{(3)} \end{bmatrix} \right)$$

dove  $\psi_{01}^{(3)} = \psi_{10}^{(3)}$ ,  $\psi_{02}^{(3)} = \psi_{20}^{(3)}$  e  $\psi_{12}^{(3)} = \psi_{21}^{(3)}$ .

Sul piano sostanziale, se le varianze  $\psi_1^{(3)}$  e  $\psi_2^{(3)}$  risultano significativamente diverse da zero, allora possiamo concludere che l’associazione  $S \xrightarrow{B} A$  varia da regione a regione, secondo forme che dipendono dai valori assunti dalle variabili latenti  $\zeta_{1k}^{(3)}$  e  $\zeta_{2k}^{(3)}$ . Se, al contrario,  $\psi_1^{(3)}$  e  $\psi_2^{(3)}$  risultano sostanzialmente nulle, allora possiamo affermare che l’associazione di interesse si manifesta in modi analoghi in tutto il territorio nazionale e, quindi, può essere correttamente stimata dal modello 5.3.

### 5.5.3 Modelli di regressione: stima

Come abbiamo appena visto, ciascuno dei modelli di regressione multilivello utilizzati in questo studio comprende quantità – parametri e variabili latenti – i cui valori sono ignoti e, quindi, devono essere stimati (inferiti) a partire dai dati osservati. Poiché i modelli in questione sono piuttosto complessi, il processo di stima avviene in due fasi: in primo luogo, si trovano i valori dei parametri del modello ( $\alpha$ , i coefficienti di regressione e le varianze/covarianze delle variabili latenti); in secondo luogo, questi valori vengono utilizzati insieme ai valori osservati dei regressori per calcolare i valori non osservati delle variabili latenti (Skrondal e Rabe-Hesketh 2009). Per realizzare questo processo di stima, nel presente studio abbiamo utilizzato l’approccio bayesiano in combinazione con il metodo di simulazione stocastica MCMC (*Markov chain Monte Carlo*).

In breve<sup>7</sup>, l'approccio bayesiano all'inferenza statistica prevede che, per prima cosa, ai parametri ignoti da stimare – che indichiamo genericamente con il simbolo  $\theta$  – sia assegnata una distribuzione di probabilità a priori  $p(\theta)$ , il cui ruolo è esprimere le credenze iniziali (teoriche) del ricercatore sui valori che tali parametri potrebbero effettivamente assumere nella realtà. Successivamente, il ricercatore raccoglie i dati empirici sul fenomeno di interesse – che indichiamo genericamente con il simbolo  $D$  – e li usa per calcolare la funzione di verosimiglianza  $p(D|\theta)$ , cioè il grado di “compatibilità” fra i dati osservati e ogni possibile valore teorico di  $\theta$ . Infine, combinando le credenze a priori  $p(\theta)$  e l'evidenza empirica  $p(D|\theta)$  mediante il teorema di Bayes, il ricercatore ottiene la distribuzione di probabilità a posteriori  $p(\theta|D)$ , che esprime in termini probabilistici tutta l'informazione disponibile – teorica ed empirica – su  $\theta$  e i suoi possibili valori.

Una volta ottenuta  $p(\theta|D)$ , il ricercatore può utilizzarla per trarre conclusioni inferenziali sulle quantità di interesse. A fini illustrativi, supponiamo che la quantità di interesse sia qualche funzione scalare di  $\theta$ , ad esempio  $\pi \equiv g(\theta)$ , cosicché tutta l'informazione disponibile su  $\pi$  è contenuta nella distribuzione di probabilità a posteriori  $p(\pi|D)$ . Una stima puntuale di  $\pi$  comunemente utilizzata è la media di  $p(\pi|D)$ :

$$E(\pi|D) = \int \pi p(\pi|D) d\pi \quad (5.6)$$

Analogamente, una tipica stima puntuale dell'incertezza che circonda  $\pi$  è la deviazione standard di  $p(\pi|D)$ :

$$\begin{aligned} \sigma(\pi|D) &= \sqrt{V(\pi|D)} \\ V(\pi|D) &= \int [\pi - E(\pi|D)]^2 p(\pi|D) d\pi \end{aligned} \quad (5.7)$$

L'incertezza che circonda  $\pi$  è comunemente espressa anche in modo intervallare, cioè mediante intervalli di valori – detti *intervalli di credibilità* – che hanno una certa probabilità  $P$  di contenere il vero valore di  $\pi$ . Un membro tipico di questa categoria è l'intervallo di credibilità al  $100(P)\%$  con code equiprobabili, definito come quell'intervallo  $[L, U]$  che colloca la stessa proporzione  $(1 - P)/2$  di  $p(\pi|D)$  al di sotto del proprio limite inferiore  $L$  e al di sopra del proprio limite superiore  $U$ .

<sup>7</sup> Per maggiori dettagli sull'approccio bayesiano all'inferenza statistica e il metodo MCMC si vedano [Christensen et al. \(2011\)](#); [Gelman et al. \(2003\)](#); [Gelman e Hill \(2007\)](#); [Gill \(2008\)](#); [Jackman \(2009\)](#).

Tale intervallo è definito formalmente come segue:

$$\begin{aligned}
 P &= \int_L^U p(\pi|D) d\pi \\
 \frac{1-P}{2} &= \int_{-\infty}^L p(\pi|D) d\pi \\
 \frac{1-P}{2} &= \int_U^{\infty} p(\pi|D) d\pi
 \end{aligned} \tag{5.8}$$

Negli intervalli di questo tipo, una scelta comune è  $P = 0,95$ ; in tal caso  $(1-P)/2 = 0,025$ , cosicché il limite inferiore dell'intervallo  $L$  corrisponde al 2,5° percentile di  $p(\pi|D)$ , mentre il limite superiore dell'intervallo  $U$  corrisponde al 97,5° percentile di  $p(\pi|D)$ . Un altro intervallo significativo è quello definito da  $P = 0,5$ , i cui limiti  $L$  e  $U$  corrispondono, rispettivamente, al primo e al terzo quartile di  $p(\pi|D)$ .

Infine, talvolta può essere utile conoscere la probabilità che  $\pi$  sia compreso in un dato intervallo  $[a,b]$ , sia inferiore a un certo valore  $a$  o sia superiore a un certo valore  $b$ . Tali probabilità sono facilmente calcolabili come segue:

$$\begin{aligned}
 \Pr(a \leq \pi \leq b | D) &= \int_a^b p(\pi|D) d\pi \\
 \Pr(\pi < a | D) &= \int_{-\infty}^a p(\pi|D) d\pi \\
 \Pr(\pi > b | D) &= \int_b^{\infty} p(\pi|D) d\pi
 \end{aligned} \tag{5.9}$$

Tipicamente  $\theta$  comprende  $r > 1$  elementi, per cui la sua distribuzione di probabilità a posteriori  $p(\theta|D)$  è multidimensionale. In genere, al ricercatore interessa esaminare non l'intera distribuzione a posteriori in sé, bensì i suoi singoli elementi (o loro funzioni) presi singolarmente. Questo tipo di esame parziale, però, implica quasi sempre il calcolo di integrali complessi la cui soluzione analitica esatta non esiste, oppure è troppo difficile da determinare o applicare. In questi casi si deve ricorrere a soluzioni numeriche basate su simulazioni stocastiche (simulazioni Monte Carlo), cioè sull'estrazione di campioni casuali dalla distribuzione di probabilità a posteriori  $p(\theta|D)$ , i cui valori vengono poi usati per approssimare le quantità di interesse.

Quando gli integrali da calcolare sono multidimensionali, come spesso accade nelle applicazioni dell'approccio bayesiano, un modo particolarmente efficace per campionare  $p(\theta|D)$  è rappresentato dal metodo MCMC. Come suggerisce il nome stesso (vedi sopra), questo metodo genera il campione di interesse mediante una

catena di Markov, cioè mediante un processo stocastico che “visita” ripetutamente lo spazio multidimensionale di  $p(\theta|D)$  seguendo un percorso in cui la posizione di ciascuna tappa (iterazione) dipende esclusivamente dalla posizione della tappa precedente. Le coordinate di ciascuna tappa vengono registrate, cosicché al termine del processo si dispone di un campione di punti nello spazio multidimensionale di  $p(\theta|D)$ . Se tutto va bene, dopo un certo periodo di apprendimento noto come *burn-in*, la catena markoviana comincia a visitare le diverse regioni di  $p(\theta|D)$  in misura proporzionale alla loro densità, per cui le regioni più dense (più probabili) vengono visitate più spesso. Ne consegue che, al termine del periodo di *burn-in*, il processo converge verso una distribuzione stazionaria dei punti visitati che offre una buona approssimazione della distribuzione di probabilità a posteriori  $p(\theta|D)$ .

Il metodo MCMC, dunque, prevede due fasi di sviluppo della catena markoviana: la fase di *burn-in*, durante la quale il processo “apprende” la forma di  $p(\theta|D)$  e converge verso una distribuzione stazionaria che la approssima; e la fase di *monitoraggio*, durante la quale si svolge il campionamento effettivo dei valori rappresentativi di  $p(\theta|D)$ . Poiché i diversi elementi del campione finale non sono completamente indipendenti fra loro<sup>8</sup>, il numero di iterazioni necessarie per ottenere una buona approssimazione di  $p(\theta|D)$  durante la fase di monitoraggio è tanto maggiore quanto maggiore è il grado di dipendenza (autocorrelazione) esibito dalla catena markoviana stessa. Inoltre, la velocità con la quale il processo converge verso una distribuzione stazionaria è influenzata dal suo stato iniziale, cioè dalle coordinate del punto di inizio del processo.

In questo lavoro, la procedura di stima descritta sopra è stata realizzata utilizzando i software statistici Stata 12.1 (StataCorp 2011) e MLwiN 2.26 (Browne 2012; Rasbash, Charlton *et al.* 2012; Rasbash, Steele *et al.* 2012), integrati fra loro mediante il comando Stata `runmlwin` (Leckie e Charlton 2013). Tale comando consente di specificare un dato modello di regressione multilivello all'interno di Stata e di inviare le istruzioni per la sua stima a MLwiN, che provvede a svolgere le operazioni di calcolo necessarie. Al termine di queste operazioni, MLwiN invia tutti i risultati rilevanti a Stata, che può quindi essere usato per calcolare ogni quantità di interesse.

Per quanto riguarda le specifiche seguite nella procedura di stima, innanzitutto per tutti i modelli sono state utilizzate solo distribuzioni a priori diffuse, cioè abbastanza ampie da assegnare una probabilità uniforme alla parte rilevante

<sup>8</sup> Come abbiamo osservato sopra, lo stato della catena markoviana al tempo  $t$  dipende dal suo stato al tempo  $t - 1$ .

dello spazio parametrico oggetto di stima. Ciò significa che, in tutte le nostre analisi, le distribuzioni di probabilità a posteriori delle quantità di interesse sono completamente determinate dalla funzione di verosimiglianza, cosicché le medie di tali distribuzioni equivalgono asintoticamente alle stime di massima verosimiglianza delle quantità stesse (Gelman e Hill 2007). In secondo luogo, per tutti i modelli la procedura MCMC è stata applicata come segue:

1. Valori iniziali della procedura: stime di quasi-verosimiglianza (Leckie e Charlton 2013).
2. Fase di *burn-in*: 1.000 iterazioni.
3. Fase di monitoraggio: da 20.000, 50.000 o 100.000 iterazioni, a seconda del grado di autocorrelazione della catena markoviana.
4. Algoritmo di campionamento: Metropolis-Hastings (Browne 2012).
5. Parametrizzazione: ortogonale (Browne 2012).

#### 5.5.4 Modelli di regressione: presentazione dei risultati

Come abbiamo osservato sopra (par. 5.5.1), nell'analisi di regressione lo scopo primario di un dato modello di regressione è offrire una buona approssimazione della funzione di regressione di interesse. Pertanto, una volta specificato il modello e stimate le sue quantità incognite (parametri e variabili latenti), ciò che dobbiamo fare è utilizzare tali stime – in combinazione con i regressori prescelti – per calcolare i valori (approssimati) della funzione di regressione corrispondente. A loro volta questi valori, opportunamente trasformati, consentono di ottenere una rappresentazione appropriata dell'associazione di interesse.

In questo lavoro, l'oggetto di studio principale è l'associazione  $S \xrightarrow{B} A$ , cioè il modo e la misura in cui, in Italia, la probabilità dei cittadini di accedere ad alcuni servizi sanitari varia, a parità di bisogno, secondo il loro status socioeconomico. Sul piano concettuale, descrivere questa associazione è semplice: è sufficiente calcolare la probabilità di interesse per ogni possibile livello di status socioeconomico. In pratica, però, l'operazione non è così immediata e richiede la soluzione di due questioni. La prima è relativamente semplice e riguarda il livello di misurazione della variabile esplicativa, cioè lo status socioeconomico: trattandosi di una variabile continua, è impossibile calcolare la probabilità di interesse per ciascuno dei suoi possibili valori, che sono teoricamente infiniti. Pertanto, è necessario scegliere alcuni valori specifici in corrispondenza dei quali calcolare la probabilità di interesse. Poiché nei nostri modelli di regressione l'effetto dello status socioeconomico sul

predittore lineare ha una forma regolare (cfr. par. 5.5.2), una buona scelta consiste nel calcolare la probabilità di interesse ogni 5 unità dell'intervallo  $[0,100]$ , cioè in corrispondenza dell'insieme di valori  $\{0, 5, 10, \dots, 100\}$ .

La seconda questione è un po' più complicata e deriva dalla presenza, nei modelli di regressione prescelti, delle variabili di controllo, sia osservate che latenti (cfr. par. 5.5.2). La presenza di queste variabili, unita alla natura non lineare dei modelli, fa sì che l'associazione fra status socioeconomico e utilizzazione un dato servizio sanitario non sia unica, ma esista sotto forma di tante *associazioni condizionate*, una per ogni possibile combinazione di valori delle variabili di controllo (Long 1997). Per trattare tale molteplicità, si possono seguire due strategie opposte. La prima consiste nel prendere in esame *una sola* associazione condizionata, cioè nel calcolare l'associazione di interesse solo per una specifica combinazione di valori delle variabili di controllo, ritenuta particolarmente rilevante o rappresentativa (Long 1997). La seconda strategia, invece, consiste nel calcolare l'*associazione marginale standardizzata*, che equivale a una media ponderata di tutte le possibili associazioni condizionate (Graubard e Korn 1999; Pisati 2010a; Rothman *et al.* 2008).

In questo lavoro abbiamo seguito una via intermedia a quelle appena illustrate. Da un lato, data la loro natura continua e la forma normale della loro distribuzione, abbiamo fissato a zero i valori delle due variabili latenti  $\zeta_{0jk}^{(2)}$  e  $\zeta_{0k}^{(3)}$  che, in tal modo, vanno a rappresentare – rispettivamente – la “famiglia media” e la “regione media”. Dall'altro lato, abbiamo calcolato l'associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzazione dei servizi (date  $\zeta_{0jk}^{(2)} = 0$  e  $\zeta_{0k}^{(3)} = 0$ ) attraverso una media ponderata delle associazioni condizionate corrispondenti a ciascuna possibile combinazione di valori delle variabili di controllo prescelte. Qui di seguito sono definite in modo formale le associazioni marginali standardizzate di interesse per ciascuno dei tre modelli di regressione utilizzati in questo lavoro (cfr. par. 5.5.2). Inoltre, viene definita una quantità scalare utilizzata per riassumere in modo informativo tali associazioni: il rapporto di iniquità.

**Modello nazionale base** Questo modello (eq. 5.3) comprende quattro variabili di controllo: stato di salute (3 categorie), sesso (2 categorie), classe di età (10 categorie) e tipo di comune di residenza (6 categorie). Incrociando queste variabili otteniamo una nuova variabile  $C$  articolata in  $3 \times 2 \times 10 \times 6 = 360$  categorie, ognuna delle quali rappresenta una possibile combinazione di valori delle variabili di controllo. Usando  $C$  come sostituta delle variabili di controllo e fissando a zero i valori delle variabili latenti  $\zeta_{0jk}^{(2)}$  e  $\zeta_{0k}^{(3)}$ , la funzione di regressione approssimata dal

modello nazionale base può essere scritta come segue:

$$\Pr(Y = 1 \mid S = s, C = c) \quad (5.10)$$

dove  $S$  denota la misura di status socioeconomico prescelta (la scala IRS);  $s$  denota i possibili valori di  $S$  ( $0, 5, 10, \dots, 100$ );  $C$  denota l'incrocio delle variabili di controllo; e  $c$  denota i possibili valori di  $C$  ( $1, \dots, 360$ )<sup>9</sup>.

I  $21 \times 360 = 756$  valori della funzione di regressione 5.10 possono essere facilmente calcolati assegnando gli appropriati valori ai regressori del modello 5.3. Ad esempio, la probabilità corrispondente a  $S = 0$  e  $C = 1$  – dove  $C = 1$  denota i soggetti in buona salute, maschi, di età compresa fra 18 e 24 anni, residenti nei comuni centro dell'area metropolitana – può essere ottenuta assegnando valore zero a tutti i regressori, cosicché:

$$\Pr(Y = 1 \mid S = 0, C = 1) = \exp(\alpha) / (1 + \exp(\alpha))$$

Nel loro insieme, i 756 valori della funzione di regressione 5.10 rappresentano 360 associazioni condizionate (una per ogni valore di  $C$ ), ciascuna delle quali è formata da un insieme di 21 probabilità condizionate (una per ogni valore di  $S$ ). Se indichiamo con  $\pi_{sc} \equiv \Pr(Y = 1 \mid S = s, C = c)$  la probabilità condizionata di utilizzare il servizio sanitario di interesse dato che  $S = s$  e  $C = c$ , allora possiamo rappresentare ogni associazione condizionata come segue:

$$\{\pi_{sc} : s = 0, 5, 10, \dots, 100\} \quad \text{per } c = 1, \dots, 360 \quad (5.11)$$

Combinando opportunamente le associazioni condizionate 5.11, possiamo facilmente calcolare l'associazione marginale standardizzata di interesse. Innanzitutto, definiamo la *probabilità marginale standardizzata* di utilizzare il servizio sanitario di interesse dato che  $S = s$ , e *al netto* delle variabili di controllo  $C$ , come segue:

$$\pi_{s(C)} = \sum_{c=1}^{360} \pi_{sc} w_c \quad \text{per } s = 0, 5, 10, \dots, 100 \quad (5.12)$$

<sup>9</sup> È opportuno sottolineare il fatto che l'espressione 5.10 rappresenta le probabilità di interesse all'interno di una ipotetica popolazione definita da  $\zeta_{0jk}^{(2)} = 0$  e  $\zeta_{0k}^{(3)} = 0$ , cioè formata da “famiglie medie” residenti nella “regione media”. In termini matematici, ciò significa che tali probabilità rappresentano la *mediana* di tutte le probabilità che si potrebbero calcolare assegnando alle due variabili latenti l'intera gamma dei loro possibili valori (Skron dal e Rabe-Hesketh 2009).



dove  $w_c$  denota la frequenza relativa della combinazione di variabili di controllo  $c$  all'interno di una data popolazione di riferimento detta *popolazione standard*<sup>10</sup>; e  $\sum_{c=1}^{360} w_c = 1$ . Quindi, definiamo l'associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzazione di un dato servizio sanitario, *al netto* delle variabili di controllo  $C$ , come l'insieme delle 21 probabilità marginali standardizzate  $\pi_{s(C)}$ :

$$\{\pi_{s(C)} : s = 0, 5, 10, \dots, 100\} \quad (5.13)$$

**Modello nazionale stratificato** In questo modello (eq. 5.4) la definizione di tutte le quantità rilevanti è identica a quella del modello precedente, con l'unica differenza che lo stato di salute non rientra più fra le variabili di controllo, ma costituisce un fattore di stratificazione della popolazione di riferimento (cfr. par. 5.5.2). Pertanto, in questo caso la super-variabile di controllo  $C$  si articola – all'interno di ciascuno strato – in sole  $2 \times 10 \times 6 = 120$  categorie (anziché 360), e l'associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e probabilità di utilizzare un dato servizio sanitario equivale alle media ponderata delle 120 associazioni condizionate corrispondenti.

**Modello regionale** In questo modello lo stato di salute torna a essere una variabile di controllo, cosicché la super-variabile di controllo  $C$  si articola nuovamente in 360 categorie, come nel modello nazionale base. A differenza di quest'ultimo, però, il modello regionale tratta la regione di residenza non come una costante, fissata a un ipotetico valore medio, bensì come una vera e propria covariata che può assumere 20 valori diversi. Pertanto, continuando a fissare a zero la variabile latente  $\zeta_{0jk}^{(2)}$  (valore equivalente all'ipotetica “famiglia media”), la funzione di regressione approssimata dal modello regionale può essere scritta come segue:

$$\Pr(Y = 1 \mid S = s, C = c, R = r) \quad (5.14)$$

dove  $R$  denota la regione di residenza;  $r$  indicizza le 20 regioni italiane; e gli altri termini sono definiti come sopra.

Se indichiamo con  $\pi_{scr}$  ogni possibile valore della funzione di regressione 5.14, allora possiamo definire ciascuna associazione condizionale fra status socioeconomico e

<sup>10</sup> In questo studio abbiamo assunto come popolazione standard il campione selezionato per l'analisi.

utilizzazione di un dato servizio sanitario come segue:

$$\{\pi_{scr} : s = 0, 5, 10, \dots, 100\} \quad \text{per } c = 1, \dots, 360 \text{ e } r = 1, \dots, 20 \quad (5.15)$$

A sua volta, la probabilità marginale standardizzata di utilizzare il servizio sanitario di interesse dato che  $S = s$  e  $R = r$  – al netto delle variabili di controllo  $C$  – può essere espressa come segue:

$$\pi_{sr(C)} = \sum_{c=1}^{360} \pi_{scr} w_c \quad \text{per } s = 0, 5, 10, \dots, 100 \text{ e } r = 1, \dots, 20 \quad (5.16)$$

dove tutti i termini sono definiti come sopra.

Infine, l'associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzazione del servizio sanitario di interesse entro una data regione  $r$  – al netto delle variabili di controllo  $C$  – è definita come segue:

$$\{\pi_{sr(C)} : s = 0, 5, 10, \dots, 100\} \quad \text{per } r = 1, \dots, 20 \quad (5.17)$$

**Rapporto di iniquità** Gli insiemi di probabilità descritti sopra (eqq. 5.13 e 5.17) offrono l'immagine più completa e accurata delle associazioni marginali standardizzate di interesse. A fini descrittivi e comparativi, tuttavia, può essere utile riassumere ogni associazione mediante un'unica quantità in grado di rappresentarne l'intensità complessiva. Poiché le associazioni da noi studiate, per definizione, sono sempre non lineari sulla scala delle probabilità (cfr. par. 5.5.2), non esiste alcuna quantità singola in grado di esprimerne l'intensità in modo completo. In questo studio abbiamo quindi deciso di optare per una misura relativa che mette a confronto le probabilità marginali standardizzate di utilizzare un dato servizio sanitario stimate per due gruppi socioeconomici sufficientemente (ma non estremamente) distanti fra loro: il gruppo dei soggetti per cui  $S = 80$  – che, in termini della scala IRS, corrisponde approssimativamente ai dirigenti diplomati e ai quadri laureati – e il gruppo di coloro per cui  $S = 20$  – che, sempre nei termini della scala IRS, è esemplificato dai lavoratori manuali a basso livello di istruzione e dai soggetti in altra condizione poco istruiti. Questa misura, che chiamiamo *rapporto di iniquità* e indichiamo con il simbolo  $\omega$ , è definita formalmente come segue:

$$\omega = \frac{\pi_{80(C)}}{\pi_{20(C)}} \quad (5.18)$$

per il modello nazionale base e il modello nazionale stratificato; e:

$$\omega_r = \frac{\pi_{80r}(C)}{\pi_{20r}(C)} \quad \text{per } r = 1, \dots, 20 \quad (5.19)$$

per il modello regionale.

# Capitolo 6

## Iniquità nell'accesso ai servizi sanitari: il quadro nazionale

### 6.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo è offrire alcune risposte empiricamente fondate al principale gruppo di interrogativi di ricerca sui quali si fonda il presente lavoro (cfr. par. 5.2): in Italia esistono forme di iniquità orizzontale di tipo socioeconomico nell'accesso ai servizi sanitari? Specificamente, esiste un'associazione sostanzialmente significativa fra status socioeconomico e probabilità di utilizzare, a parità di bisogno, i principali servizi sanitari? Se sì, quali sono la forma e l'intensità di tale associazione? E le caratteristiche del fenomeno sono costanti o variano secondo il livello di bisogno di assistenza sanitaria?

Come già specificato, per rispondere a questi interrogativi abbiamo assunto come periodo di riferimento l'anno 2005, l'ultimo per il quale sono disponibili dati appropriati (cfr. par. 5.3). Il prossimo paragrafo descrive il fenomeno oggetto di studio nei suoi tratti complessivi, considerando il bisogno di assistenza sanitaria come variabile di controllo. Nel terzo paragrafo, invece, l'analisi viene approfondita prendendo in esame la possibile interazione fra status socioeconomico e bisogno di assistenza sanitaria, al fine di verificare se e in quale misura l'iniquità di accesso ai servizi sanitari varia a seconda della condizione di bisogno. Il quarto paragrafo discute alcune caratteristiche delle iniquità osservate e ne offre alcune interpretazioni. Infine il quinto paragrafo è dedicato alle osservazioni conclusive.

## 6.2 Il quadro nazionale complessivo

Nel quarto capitolo abbiamo visto che il Servizio Sanitario Nazionale italiano (SSN) fu istituito nel 1978 mediante un'importante riforma ampiamente ispirata al *National Health Service* britannico, allo scopo dichiarato di offrire livelli ampi e uniformi di assistenza sanitaria a tutti i cittadini residenti in Italia (France *et al.* 2005). La riforma si fondava sul principio, ugualitario e universalista, secondo il quale l'assistenza sanitaria sarebbe dovuta essere finanziata dai cittadini in misura proporzionale alla propria disponibilità economica – attraverso la fiscalità generale – ma distribuita in base al bisogno (Ferrera 1995). Il SSN, dunque, nacque ponendosi espliciti obiettivi di *equità* in termini sia di contribuzione finanziaria, sia di accesso ai servizi sanitari.

Tali obiettivi, tuttavia, dovettero ben presto essere ridimensionati sotto la spinta di una crescita consistente – e sempre meno sostenibile – della spesa sanitaria pubblica (cfr. par. 4.3). Fu così che, nel giro di pochi anni, il principio di pieno universalismo che aveva guidato la nascita del SSN si trasformò in quello che Ferrera (1995) ha chiamato “universalismo condizionato”. In particolare, venne introdotto un sistema di compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie da parte dei cittadini assistiti (ticket sanitari), indirizzato in primo luogo a farmaci, visite specialistiche ambulatoriali, accertamenti diagnostici strumentali e di laboratorio, e prestazioni di pronto soccorso. Come abbiamo visto (cap. 4), negli ultimi trent'anni la legislazione in materia ha subito vari cambiamenti ma la compartecipazione è rimasta e, sebbene complessivamente contenuta, rappresenta una fonte potenziale di iniquità socioeconomica nell'accesso alle visite specialistiche e agli esami diagnostici. In quanto commisurata alla quantità di servizi sanitari domandati, infatti, la spesa per ticket può penalizzare i soggetti economicamente più svantaggiati, la cui domanda tende a essere – a parità di bisogno – molto elastica (Rebba 2009).

D'altra parte, la persistente vocazione universalista del SSN – seppure “condizionata” dall'introduzione dei ticket e di altre forme di contenimento della spesa sanitaria pubblica – costituisce essa stessa una fonte potenziale di iniquità socioeconomica nella fruizione dell'assistenza sanitaria. La ragione di ciò è presto detta: in presenza di un accesso gratuito (o poco costoso) alle prestazioni, associato agli inevitabili vincoli dal lato dell'offerta, si produce un eccesso di domanda che, in ultima analisi, allunga i tempi di attesa per la fruizione delle prestazioni stesse e ne peggiora la qualità. A loro volta, lunghi tempi d'attesa e bassa qualità delle prestazioni possono inibire l'utilizzazione dei servizi sanitari pubblici “anche in

TAB. 6.1. Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, campione complessivo. Italia 2005.

	Visite generiche	Visite special.	Esami base	Esami diagnosi	Ricoveri ospedale	Numero casi
Totale	18,2	15,4	52,1	13,0	3,4	103.651

presenza di necessità effettiva e determinano un forte incentivo a spostarsi verso prestazioni private a pagamento, riducendo così l'equità nell'accesso ai servizi sanitari" (Rebba 2009, 222).

Accanto a queste fonti potenziali di iniquità socioeconomica legate alla disponibilità di risorse finanziarie, ne esistono altre di carattere più generale associate alla disponibilità di risorse culturali. Specificamente, il livello di istruzione – e, quindi, lo status socioeconomico – è positivamente associato al grado di educazione sanitaria che, a sua volta, influisce sulla probabilità di ricorrere all'assistenza sanitaria, in particolare stimolando l'utilizzo dei servizi di prevenzione primaria e secondaria (Bennett *et al.* 2009; Berkman *et al.* 2011; Nutbeam 2008; Paasche-Orlow e Wolf 2007).

Dunque, ci sono buone ragioni per ritenere che anche in un paese come l'Italia, dotato di un sistema sanitario pubblico a forte vocazione ugualitaria e universalista, possa essere presente un certo grado di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari. L'evidenza empirica attualmente disponibile sul fenomeno, tuttavia, è piuttosto limitata (cfr. sotto). Con le analisi che seguono ci proponiamo di approfondire e ampliare le conoscenze esistenti usando i migliori dati a nostra disposizione.

Innanzitutto, la tabella 6.1 riporta la prevalenza dei cinque indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari prescelti all'interno dell'intero campione nazionale. Per quanto riguarda le visite generiche, le visite specialistiche e i ricoveri ospedalieri – per i quali sono disponibili dati internazionali comparabili – l'Italia appare in linea con la media dei paesi OCSE (Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004): circa un soggetto su cinque si è sottoposto a una visita dal medico di base nelle quattro settimane precedenti l'intervista; circa uno su sei, nello stesso arco di tempo, ha visto un medico specialista; e solo uno su trenta ha subito un ricovero in ospedale per almeno una notte nei tre mesi precedenti l'intervista. Il ricorso agli esami diagnostici ambulatoriali è coerente con la frequenza delle visite mediche (13%), mentre l'effettuazione regolare (almeno una volta all'anno) dei tre esami clinici di

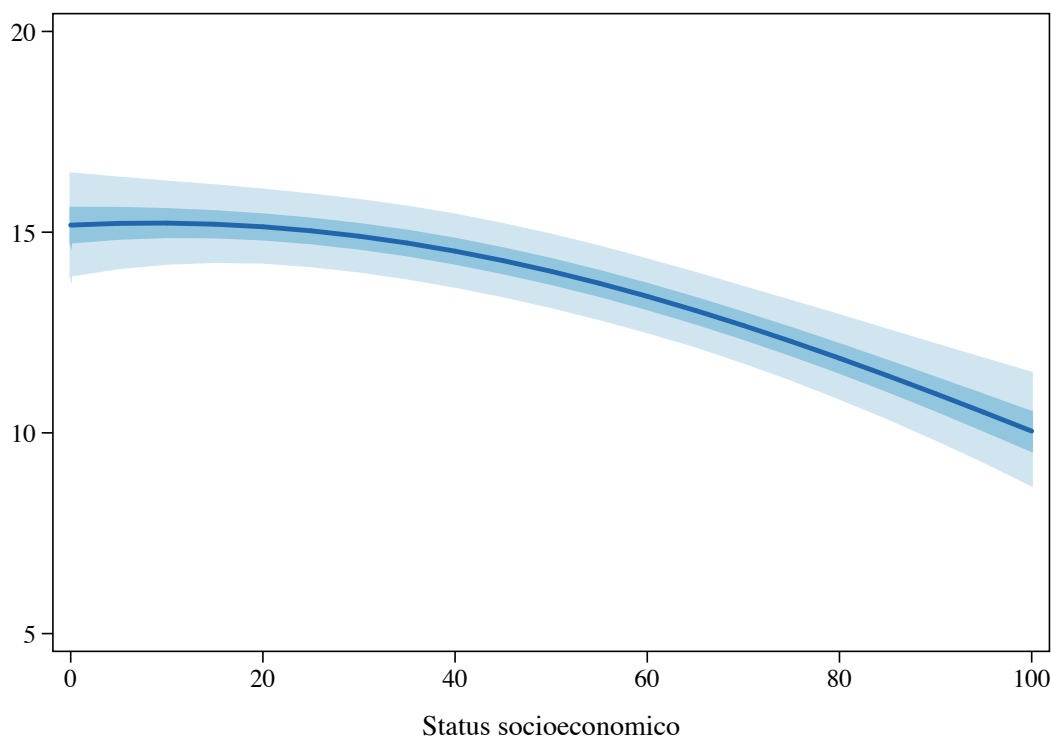


FIG. 6.1. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite generiche, secondo lo status socioeconomico: stime puntuali (linea blu), intervalli di credibilità al 50% (area azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area azzurro chiaro). Italia 2005.

base qui considerati (colesterolo, glicemia e pressione arteriosa) riguarda poco più della metà della popolazione adulta.

Vediamo ora se le frequenze di utilizzo di questi cinque servizi sanitari sono uguali per tutti oppure variano in misura significativa – a parità di bisogno e delle altre variabili di controllo – a seconda dello status socioeconomico. Per cominciare, la figura 6.1 illustra l’associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzo dell’assistenza ambulatoriale di base, stimata utilizzando il modello nazionale base (eq. 5.3). Per ogni valore  $s$  dello status socioeconomico, il grafico riporta la media della distribuzione a posteriori della probabilità marginale standardizzata  $\pi_{s(C)}$ , il corrispondente intervallo di credibilità al 50%, e il corrispondente intervallo di credibilità al 95%<sup>1</sup>. Come si può notare, la probabilità di sottoporsi

<sup>1</sup> Per tutti i dettagli tecnici sulle quantità rappresentate in questo grafico e in quelli che seguono, si rimanda al paragrafo 5.5. Per semplicità, e ad eccezione dei casi in cui è più appropriato usare la dizione completa, nella discussione che segue le associazioni marginali standardizzate vengono chiamate “associazioni” *tout court*, mentre le probabilità marginali standardizzate vengono

a visite mediche non è uguale per tutti ma diminuisce in misura sostanzialmente e statisticamente significativa all'aumentare dello status socioeconomico. In altri termini, i dati mostrano che l'accesso all'assistenza ambulatoriale di base è iniqua a favore dei gruppi più svantaggiati.

Questo risultato da un lato è coerente con le conclusioni dello studio di [Atella et al. \(2004\)](#), effettuato utilizzando dati ISTAT del 1991, ma dall'altro contraddice sia i risultati di alcune analisi basate sui dati ECHP 1994-2001, secondo le quali il ricorso alle visite generiche è sostanzialmente equo ([Bago d'Uva e Jones 2009](#); [Van Doorslaer, Koolman et al. 2004](#); [Van Doorslaer, Masseria et al. 2004](#)), sia i risultati di un'analisi dei dati ISTAT 1999/2000, secondo la quale l'accesso all'assistenza ambulatoriale di base è iniquo a favore dei gruppi più avvantaggiati ([Masseria e Giannoni 2010](#)). Non è facile stabilire l'origine di queste discrepanze, anche se il contrasto con le conclusioni di [Masseria e Giannoni \(2010\)](#), che usano gli stessi dati da noi impiegati nell'analisi longitudinale (cfr. cap. 8), fa pensare a differenze legate all'approccio analitico prescelto.

Confrontando il nostro risultato con la situazione di altri paesi OCSE, un certo grado di iniquità a favore dei gruppi più svantaggiati nell'utilizzazione delle visite generiche è stato rilevato anche in altri due paesi dell'area mediterranea, Grecia e Spagna, nonché in Germania ([Van Doorslaer, Masseria et al. 2004](#)). Negli altri paesi, invece, l'accesso all'assistenza ambulatoriale di base risulta generalmente equo oppure leggermente a favore dei gruppi più benestanti.

Passiamo ora alle visite specialistiche. Come ci mostra la figura 6.2, anche in questo caso possiamo concludere che esiste un'associazione sostanzialmente e statisticamente significativa fra lo status socioeconomico e l'utilizzazione del servizio sanitario in questione. Ora, però, la relazione va nella direzione opposta a quella osservata per le visite generiche: la probabilità di sottoporsi a una visita specialistica, cioè, aumenta regolarmente all'aumentare dello status socioeconomico, passando da un minimo di 9 a un massimo di 16 punti percentuali. Questa volta, il nostro risultato è pienamente coerente con le conclusioni di tutti gli studi precedenti che hanno preso in esame l'Italia ([Allin et al. 2009](#); [Atella et al. 2004](#); [Bago d'Uva e Jones 2009](#); [Masseria e Giannoni 2010](#); [Van Doorslaer, Koolman et al. 2004](#); [Van Doorslaer, Masseria et al. 2004](#)). Inoltre, la situazione italiana appare perfettamente in linea con quella osservata negli altri paesi OCSE, ugualmente caratterizzati da un certo grado di iniquità socioeconomica dell'accesso all'assistenza ambulatoriale specialistica ([Van Doorslaer, Masseria et al. 2004](#)). Questa sostanziale omogeneità

chiamate "probabilità".



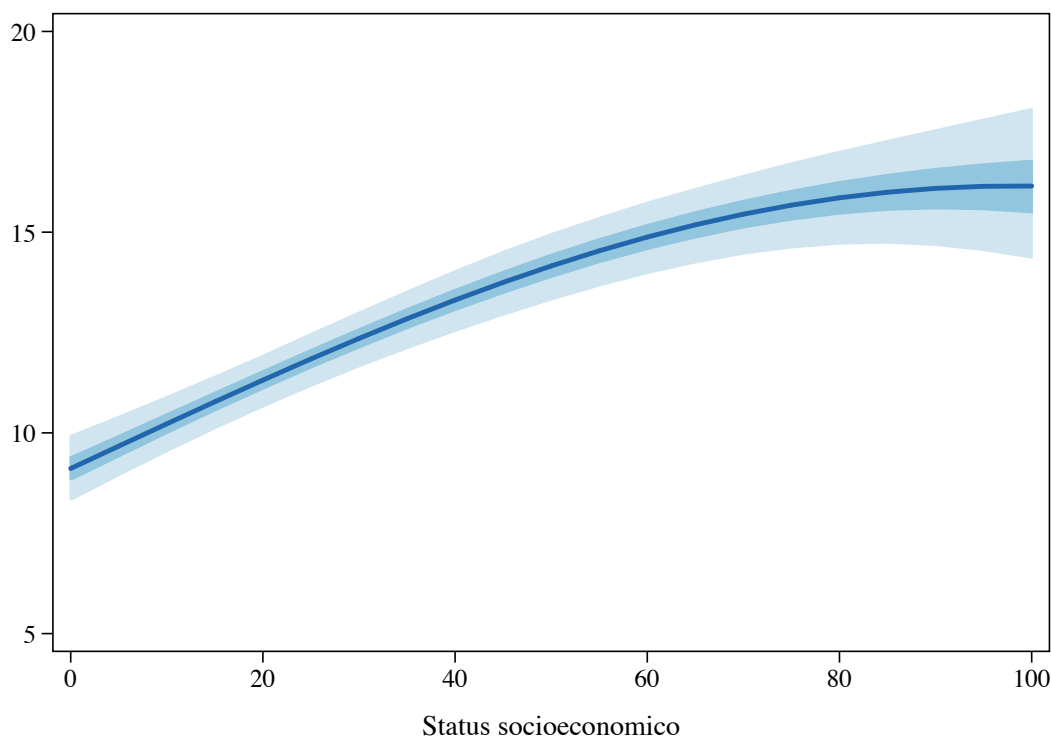


FIG. 6.2. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite specialistiche, secondo lo status socioeconomico: stime puntuali (linea blu), intervalli di credibilità al 50% (area azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area azzurro chiaro). Italia 2005.

dei risultati, sia entro il caso italiano che in prospettiva comparata, suggerisce che questo tipo di iniquità è così forte e diffuso da essere costantemente rilevato, indipendentemente dalle differenze nei dati o negli approcci analitici utilizzati.

È interessante osservare che gli andamenti delle probabilità illustrate nelle figure 6.1 e 6.2 sono quasi perfettamente speculari: all'aumentare dell'una, l'altra diminuisce in misura simile, cosicché la loro somma entro ciascun livello di status socioeconomico rimane approssimativamente uguale. Ciò suggerisce l'esistenza di una sorta di *effetto sostituzione* in base al quale da un lato tutti, indipendentemente dal proprio status socioeconomico, hanno più o meno la stessa probabilità di sottoporsi a visite mediche ambulatoriali; dall'altro lato, però, la composizione di tale probabilità per tipo di visita varia in modo tale che, al diminuire dello status socioeconomico, diminuisce anche l'opportunità relativa di farsi visitare da uno specialista (mediamente più competente per disturbi specifici, ma anche più o meno costoso) anziché dal medico di base (completamente gratuito). Un ulteriore

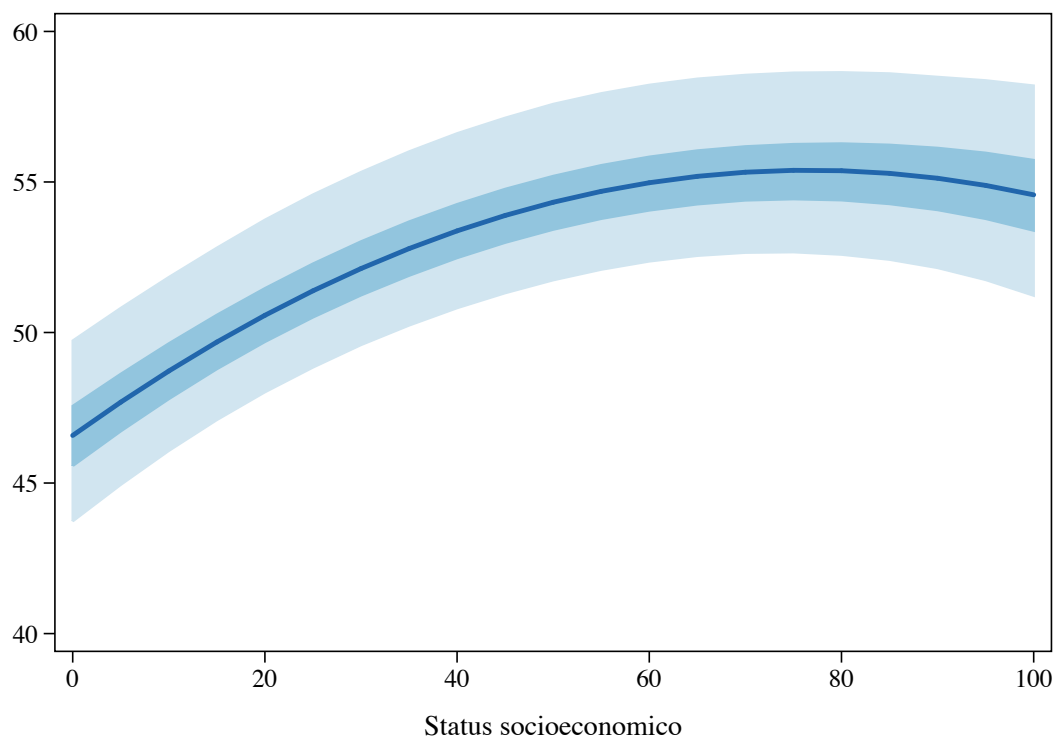


FIG. 6.3. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici di base, secondo lo status socioeconomico: stime puntuali (linea blu), intervalli di credibilità al 50% (area azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area azzurro chiaro). Italia 2005.

sguardo ai nostri dati corrobora questa ipotesi: se poniamo a 100 la somma delle probabilità di sottoporsi a visite generiche o specialistiche, la quota di tale somma dedicata alle visite del secondo tipo si riduce regolarmente al diminuire dello status socioeconomico, passando da circa 62% fra i soggetti più benestanti, a circa 38% fra i soggetti più svantaggiati. L'accesso all'assistenza ambulatoriale, dunque, nel suo complesso appare perfettamente equo. È la *qualità* di tale assistenza, però, a essere distribuita in modo iniquo fra i vari gruppi sociali.

La figura 6.3 sposta la nostra attenzione verso gli esami clinici di base e ci mostra come anche la probabilità di sottoporsi regolarmente a questo tipo di esami sia associata in modo positivo e significativo allo status socioeconomico. Specificamente, la propensione a controllare almeno una volta all'anno il livello di colesterolo nel sangue, la glicemia e la pressione arteriosa va da un minimo di 47%, stimato per i soggetti più svantaggiati, a un massimo di 55%, misurato fra i soggetti più benestanti. Come si può vedere, la differenza relativa fra questi due estremi è

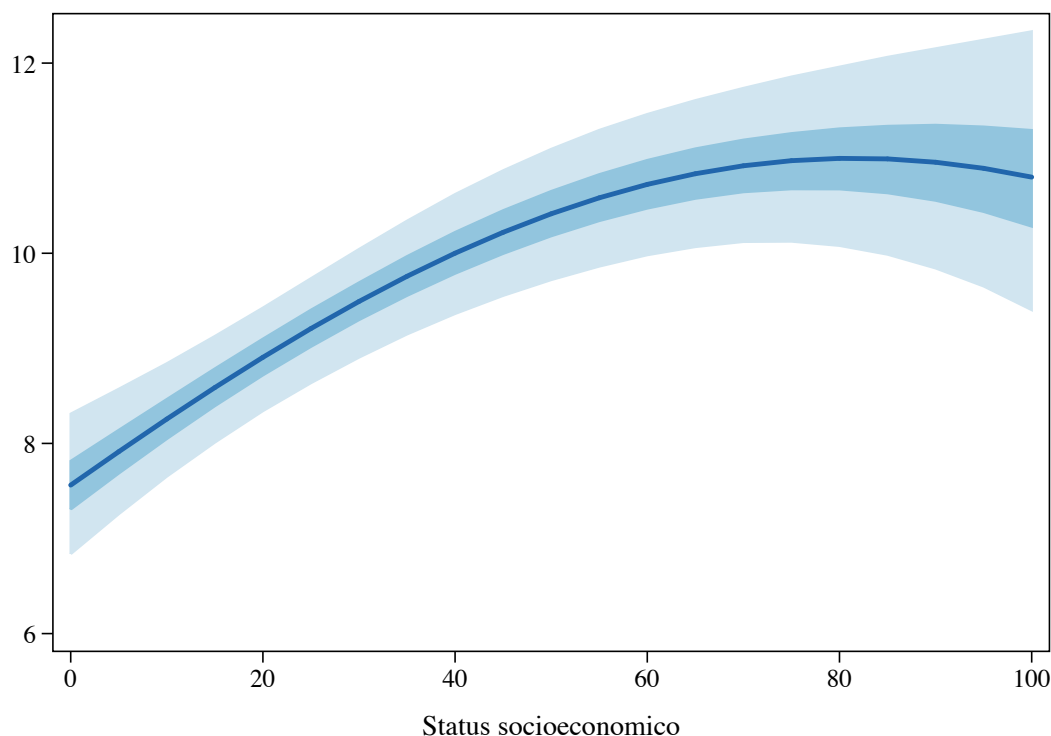


FIG. 6.4. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici diagnostici, secondo lo status socioeconomico: stime puntuali (linea blu), intervalli di credibilità al 50% (area azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area azzurro chiaro). Italia 2005.

piuttosto limitata, coerentemente con il fatto che si tratta di esami gratuiti o poco costosi e, quindi, facilmente accessibili a tutti. Ciononostante, un certo grado di iniquità a favore dei gruppi più avvantaggiati si manifesta anche in questo caso.

Tale descrizione del fenomeno è simile a quella offerta da un precedente studio sull'Italia, basato su un sotto-campione dei nostri stessi dati (Damiani *et al.* 2011). Inoltre, è generalmente coerente con quanto è emerso dalle ricerche in materia realizzate in altri paesi. In particolare, un recente studio comparativo su nove paesi europei (inclusa l'Italia), effettuato su dati raccolti intorno alla fine degli anni Novanta del secolo scorso, ha mostrato l'esistenza di un'associazione positiva – moderata ma statisticamente significativa – fra livello di istruzione e probabilità di sottoporsi a controlli del colesterolo e della pressione arteriosa (Rodin *et al.* 2012). Risultati simili sono stati ottenuti in uno studio sulla Grecia, che ha preso in considerazione anche l'esame della glicemia (Pappa *et al.* 2009), in uno sulla Spagna (Rodríguez-Artalejo *et al.* 2003) e in uno sul Belgio (Lorant *et al.* 2002).

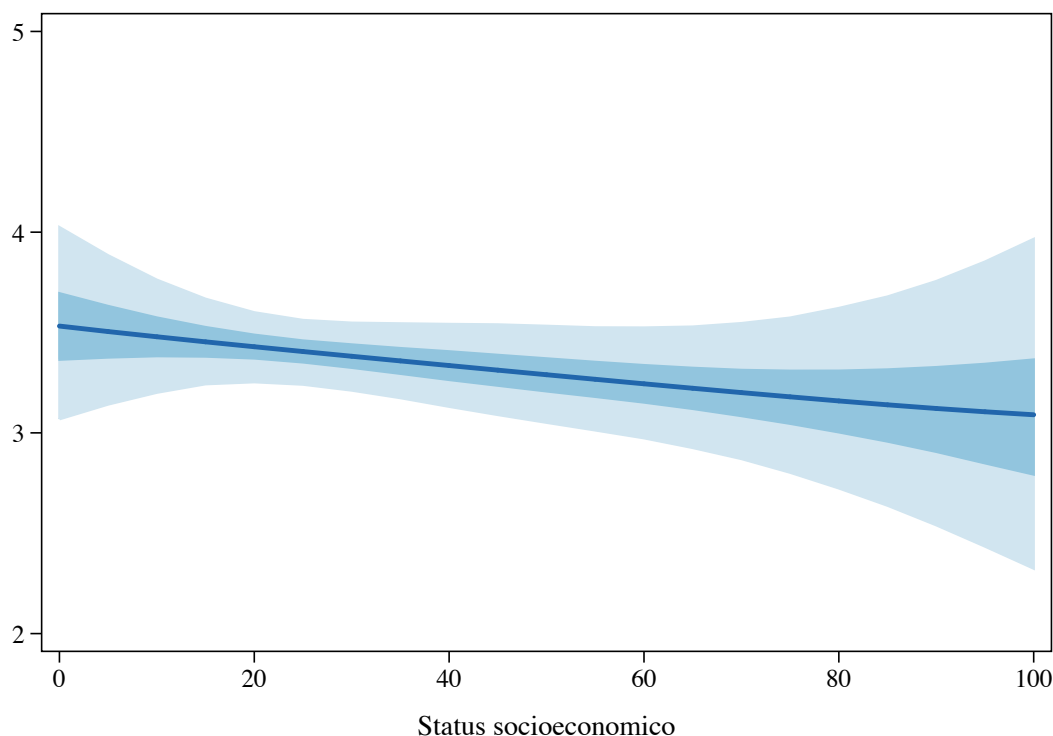


FIG. 6.5. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a ricoveri ospedalieri, secondo lo status socioeconomico: stime puntuali (linea blu), intervalli di credibilità al 50% (area azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area azzurro chiaro). Italia 2005.

Passando agli esami clinici diagnostici effettuati in regime ambulatoriale, la figura 6.4 rivela ancora una volta l'esistenza di un certo grado di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari a favore dei gruppi più benestanti. Come si può vedere, la probabilità di sottoporsi a un esame clinico di questo tipo va dal 7 all'11% circa, risultando sostanzialmente e statisticamente significativa. Anche questa conclusione è in accordo con quanto trovato in vari studi internazionali sulle disuguaglianze di accesso ai servizi diagnostici. Ad esempio, in una recente analisi comparativa dei soggetti di oltre 50 anni residenti in tredici paesi europei, [Carrieri e Wuebker \(2012\)](#) hanno trovato che la partecipazione ai programmi di screening per la diagnosi del tumore al seno e al colon-retto è positivamente associata al livello di istruzione. Una relazione simile è stata trovata da [McKinnon et al. \(2011\)](#) in un ampio studio sull'uso del pap test da parte delle donne di 25-64 anni residenti in sessantasette paesi di ogni area del mondo.

Infine, la figura 6.5 illustra l'associazione fra status socioeconomico e probabilità

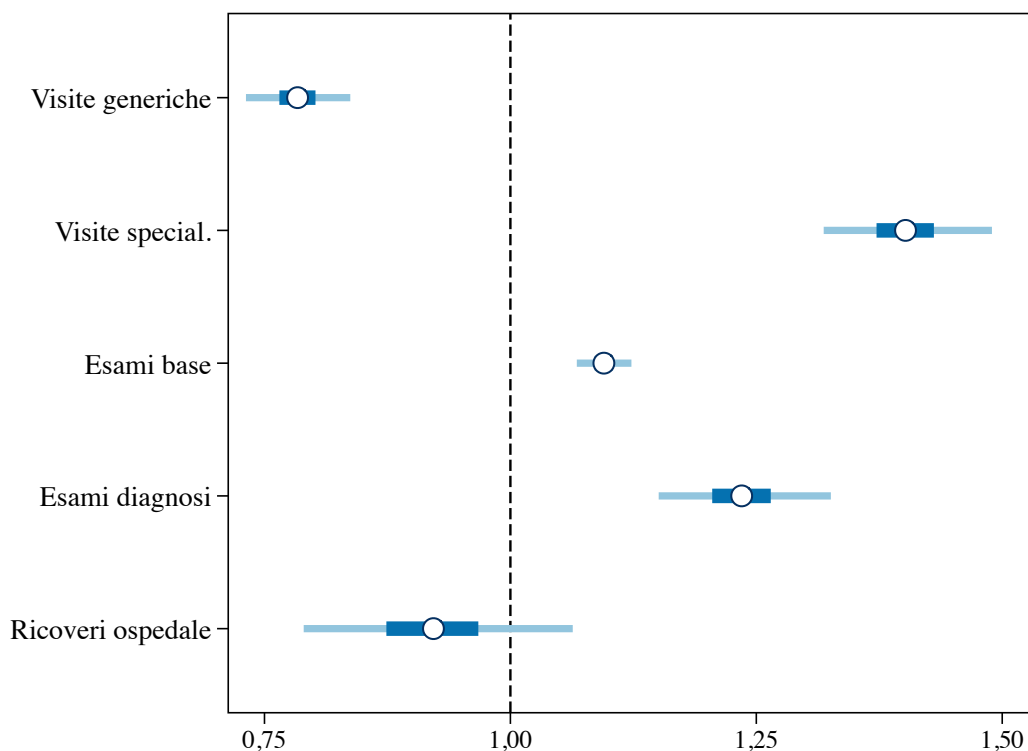


FIG. 6.6. Rapporti di iniquità per i diversi indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari: stime puntuali (cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (linea azzurro chiaro). Italia 2005.

di sottoporsi a ricoveri ospedalieri. Sebbene la relazione mostri una lieve tendenza negativa, l'ampia incertezza statistica che circonda le stime ci porta a concludere che, in base all'evidenza empirica disponibile, l'accesso all'assistenza ospedaliera può essere considerato sostanzialmente equo. Questa conclusione è in linea con quanto stabilito da due delle precedenti ricerche in materia che hanno considerato l'Italia (Masseria e Giannoni 2010; Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004), ma in contraddizione con il verdetto di iniquità a favore dei gruppi più privilegiati formulato da Masseria e Paolucci (2005). La conclusione di sostanziale equità, tuttavia, sembra più plausibile, anche perché sostenuta dagli analoghi risultati osservati nella maggior parte degli altri paesi europei (Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004).

La figura 6.6 riassume i risultati di queste prime analisi, riportando le stime dei rapporti di iniquità calcolate per i cinque indicatori considerati<sup>2</sup>. Come si

<sup>2</sup> Per una definizione dei rapporti di iniquità, si rimanda al paragrafo 5.5.4.

può vedere, il livello di iniquità socioeconomica più elevato si registra nell'accesso all'assistenza ambulatoriale specialistica, in corrispondenza della quale il rapporto di iniquità (stima puntuale) risulta pari a 1,4. Questo valore indica che l'opportunità di sottoporsi a visite specialistiche di cui godono i membri del gruppo superiore (status socioeconomico = 80) supera del 40% l'analoga opportunità stimata per i membri del gruppo inferiore (status socioeconomico = 20). Subito dopo, in termini di intensità, troviamo l'accesso all'assistenza ambulatoriale di base che, come abbiamo visto, è iniquo ma a favore dei gruppi più svantaggiati. In questo caso, infatti, fra il gruppo socioeconomico superiore l'opportunità di farsi visitare dal medico di medicina generale è circa il 78% di quella stimata per il gruppo inferiore. In terza posizione si collocano gli esami clinici diagnostici, il cui rapporto di iniquità, pari a 1,24, ci dice che i soggetti di status socioeconomico superiore hanno circa un quarto di probabilità in più di utilizzare questi servizi di quante ne abbiano gli individui di status più basso. La penultima posizione è occupata dagli esami clinici di base, la cui associazione con lo status socioeconomico – come abbiamo visto – favorisce ancora una volta i più abbienti ma è piuttosto moderata (rapporto di iniquità = 1,1). Infine, al quinto e ultimo posto troviamo i ricoveri ospedalieri, caratterizzati da opportunità di accesso distribuite in modo sostanzialmente equo.

### 6.3 Nel momento del bisogno: l'analisi stratificata

Nel paragrafo precedente abbiamo visto che l'utilizzazione di quattro dei cinque servizi sanitari presi in esame è caratterizzata da livelli di iniquità socioeconomica statisticamente e sostanzialmente significativi. In un caso (visite generiche) si tratta di una forma di iniquità positiva, in quanto avvantaggia gli strati di popolazione meno abbienti. Negli altri tre casi invece (visite specialistiche, esami clinici di base ed esami clinici diagnostici in regime ambulatoriale) siamo di fronte alle classiche forme di iniquità negativa, che conferiscono ulteriori vantaggi ai gruppi socioeconomici già avvantaggiati. La storia raccontata dai grafici appena illustrati, però, può nascondere delle forme di eterogeneità del fenomeno che, se rivelate, offrirebbero una descrizione più accurata delle iniquità oggetto di studio.

A questo proposito, nel quinto capitolo (par. 5.5.4) abbiamo visto che le associazioni marginali standardizzate da noi calcolate per descrivere le iniquità di interesse sono medie ponderate di tante associazioni condizionate, una per ogni possibile combinazione di valori delle variabili di controllo. Se queste associazioni

TAB. 6.2. Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo lo stato di salute. Italia 2005.

	Visite generiche	Visite special.	Esami base	Esami diagnosi	Ricoveri ospedale	Numero casi
Buona salute	11,3	10,6	43,9	8,8	1,4	70.582
Discreta salute	30,7	24,0	67,2	20,2	5,9	25.835
Cattiva salute	44,3	33,6	81,6	30,4	15,0	7.234

condizionate sono sostanzialmente simili fra loro, si può concludere che anche la loro media – cioè, l'associazione marginale standardizzata – è simile a ognuna di esse e, quindi, non nasconde alcuna forma rilevante di eterogeneità del fenomeno. Se, invece, le associazioni condizionate tendono a differire l'una dall'altra, allora la loro media rappresenta una sorta di compromesso, una sintesi della tendenza centrale dei valori di tutte le associazioni condizionate. Sebbene utili e informative, le sintesi nascondono le differenze e, quindi, aspetti del fenomeno di interesse potenzialmente rilevanti.

Nel nostro caso, la fonte potenziale di eterogeneità più interessante è certamente il bisogno di assistenza sanitaria, da noi approssimato mediante lo stato di salute. Le iniquità che stiamo studiando, infatti, sono definite come disuguaglianze di accesso *a parità di bisogno*, e il modo in cui questa clausola viene operativizzata nell'analisi può cambiare – in presenza dell'eterogeneità appena discussa – la rappresentazione del fenomeno. Nelle analisi riportate nel paragrafo precedente, il bisogno è stato trattato come una normale variabile di controllo (cfr. par. 5.5.2), cosicché la clausola *a parità di bisogno* è stata soddisfatta solo *in media*. In questo paragrafo, invece, il bisogno viene trattato come variabile di stratificazione, cioè usato per dividere la popolazione di riferimento in tre “gruppi di bisogno” distinti, e le associazioni marginali standardizzate fra status socioeconomico e utilizzazione dei servizi sanitari di interesse vengono stimate *separatamente* entro ciascuno strato, cioè entro ciascun livello di bisogno. Ciò consente di soddisfare la clausola *a parità di bisogno* in modo puntuale, anziché in media, offrendo così un'immagine più accurata delle iniquità oggetto di studio. Dal punto di vista statistico, questa procedura equivale a ipotizzare l'esistenza di una possibile *interazione* fra status socioeconomico e bisogno di assistenza sanitaria, cioè a ipotizzare che le iniquità socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari *varino* a seconda del livello di bisogno. Per quanto ne sappiamo, questo approccio non è mai stato adottato esplicitamente in letteratura e, quindi, rappresenta un elemento di novità di questo studio.

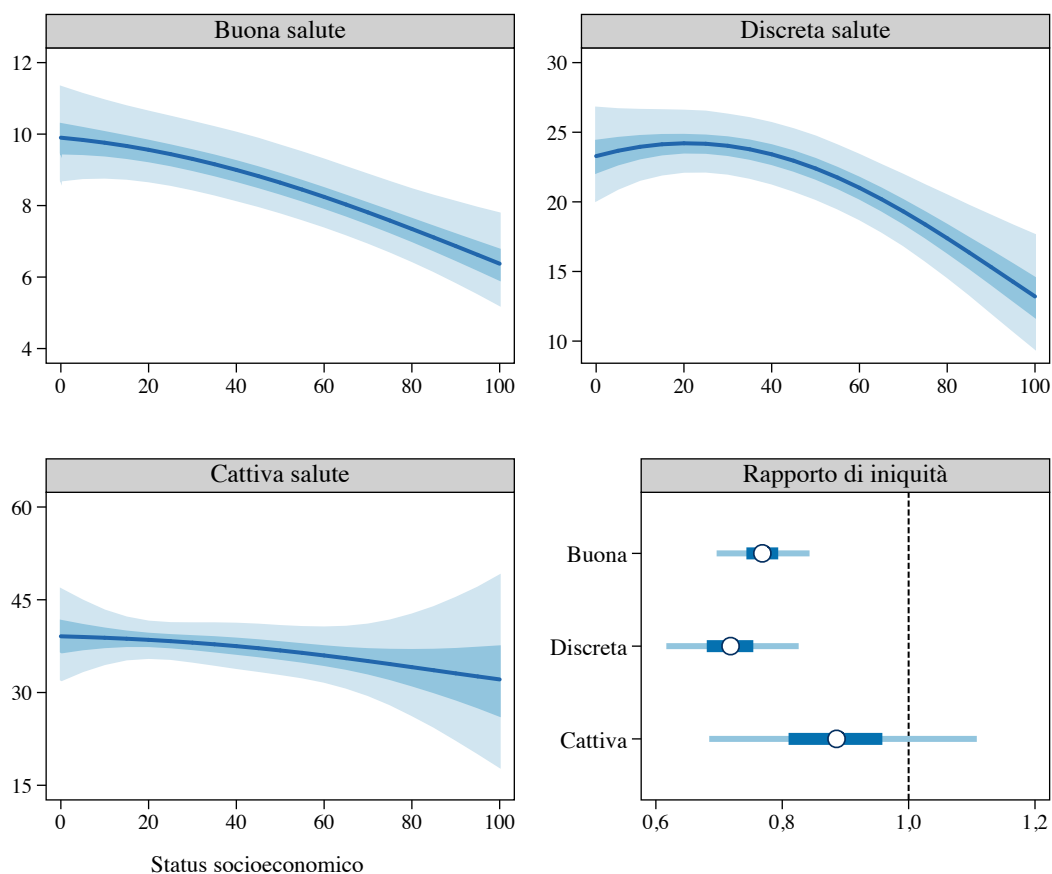


FIG. 6.7. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite generiche, secondo lo status socioeconomico e lo stato di salute, e rapporti di iniquità corrispondenti: stime puntuali (linea blu e cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (area/linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area/linea azzurro chiaro). Italia 2005.

Per cominciare, la tabella 6.2 riporta la prevalenza dei cinque indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari prescelti all'interno di ciascuno dei tre strati considerati. Come è naturale aspettarsi, i livelli di utilizzazione di tutti i servizi aumentano in misura rilevante al peggiorare dello stato di salute. Ma quello che ci interessa di più osservare, ora, è che un'ampia maggioranza del campione (circa 70%) è formata dai soggetti in buona salute, mentre gli altri due gruppi – in particolare quello dei soggetti in cattiva salute – sono decisamente minoritari. Ciò significa che l'analisi “in media” discussa nel paragrafo precedente è dominata dai soggetti in buona salute, cosicché ogni eventuale differenza fra i tre gruppi in termini di iniquità è destinata a rimanere inespresa in quel tipo di analisi.

La figura 6.7 offre una prima illustrazione concreta delle potenzialità conoscitive



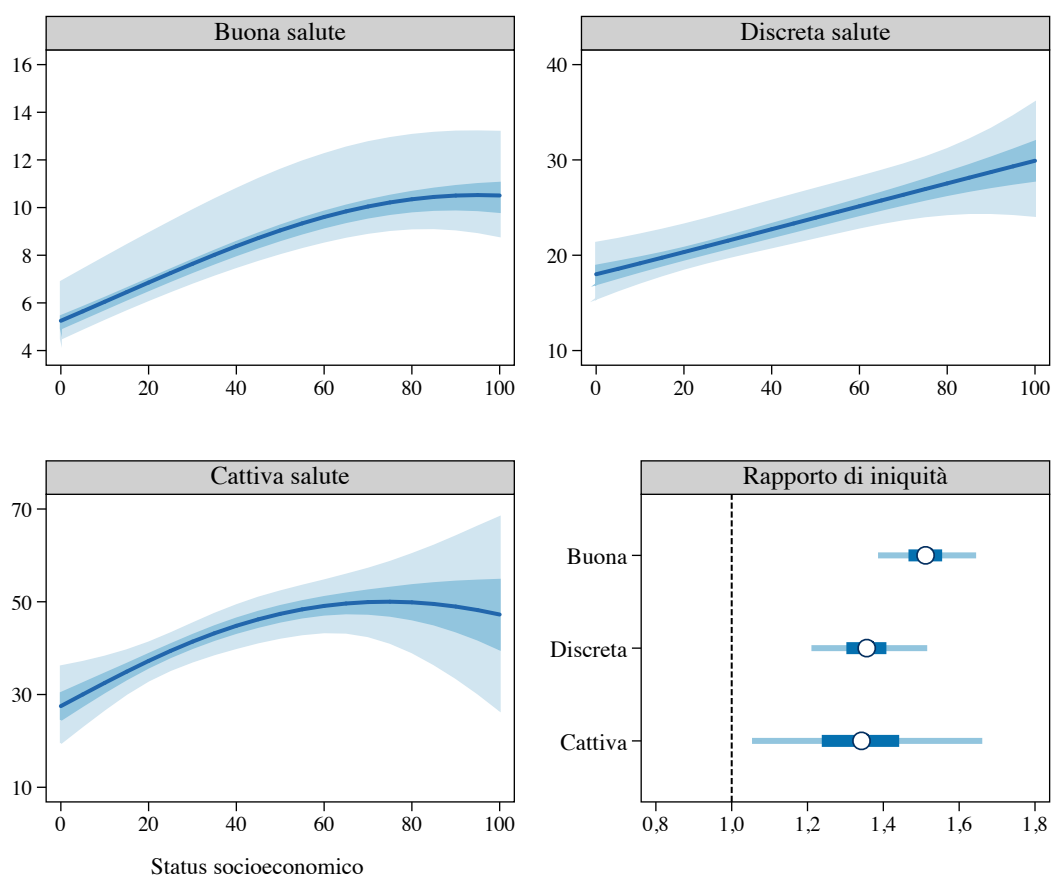


FIG. 6.8. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite specialistiche, secondo lo status socioeconomico e lo stato di salute, e rapporti di iniquità corrispondenti: stime puntuali (linea blu e cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (area/linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area/linea azzurro chiaro). Italia 2005.

dell'analisi stratificata. Come si può vedere, l'associazione marginale standardizzata fra lo status socioeconomico e l'utilizzazione dell'assistenza ambulatoriale di base non è costante nei tre strati presi in esame, ma varia in una certa misura al variare dello stato di salute. Come mette bene in luce il grafico che illustra i rapporti di iniquità, tale associazione appare negativa – e su livelli sostanzialmente simili – fra i soggetti in buona e discreta salute, ma si avvicina sensibilmente alla soglia dell'equità, fino a risultarne statisticamente indistinguibile, fra i soggetti in cattiva salute. Dunque, questa analisi suggerisce che fra coloro che manifestano il bisogno più elevato di assistenza sanitaria, il ricorso alle visite mediche generiche tende a essere equo, cioè poco o per nulla dipendente dallo status socioeconomico.

Ancora più eloquente è la storia raccontata dalla figura 6.8, che illustra la varia-

zione per stato di salute dell'associazione fra status socioeconomico e accesso alle visite specialistiche. Come si può vedere, in questo caso l'intensità dell'associazione tende a diminuire monotonicamente al peggiorare dello stato di salute. In altri termini, proprio come nel caso precedente (seppure da punti di partenza diversi), l'iniquità socioeconomica nell'accesso all'assistenza ambulatoriale specialistica tende a diventare sempre meno pronunciata al crescere del bisogno di assistenza sanitaria. Specificamente, la stima puntuale del rapporto di iniquità passa da 1,5 per i soggetti in buona salute a 1,36 per i soggetti in discreta salute, attestandosi infine su un valore di 1,34 per i soggetti in cattiva salute.

Purtroppo, l'ampia incertezza statistica che circonda le stime puntuali – soprattutto nel gruppo meno numeroso dei soggetti in cattiva salute – non consente di assegnare all'evidenza empirica disponibile un valore probante definitivo. Tuttavia, l'analisi delle distribuzioni a posteriori dei tre rapporti di iniquità in questione ci permette di valutare tale evidenza in modo più informativo. Specificamente, se assumiamo che le distribuzioni a posteriori dei tre rapporti di iniquità  $\omega_1$  (soggetti in buona salute),  $\omega_2$  (soggetti in discreta salute) e  $\omega_3$  (soggetti in cattiva salute) siano normali e indipendenti fra loro, allora – utilizzando l'approccio descritto nel paragrafo 5.5.3 (eq. 5.9) – possiamo calcolare la probabilità a posteriori di varie ipotesi di interesse. In particolare:

1. L'ipotesi di stretta monotonicità fra i tre rapporti di iniquità, secondo la quale  $\omega_1 > \omega_2 > \omega_3$ , ha una probabilità di essere “vera” (dato il modello di regressione prescelto e l'evidenza empirica disponibile) pari a 48%, quindi prossima al punto di indifferenza (50%).
2. L'ipotesi di una monotonicità debole, secondo la quale  $\omega_1$  è maggiore sia di  $\omega_2$  che di  $\omega_3$  ma non necessariamente  $\omega_2$  è maggiore di  $\omega_3$ <sup>3</sup>, ha invece una plausibilità piuttosto consistente, pari a 80%.

Dunque, anche tenendo debitamente conto dell'incertezza statistica che circonda le nostre stime, abbiamo buone ragioni per ritenere che il livello di iniquità socioeconomica nell'utilizzazione delle visite specialistiche subisca una riduzione effettiva (come minimo) nel passaggio dalla condizione di buona salute a quelle di discreta e cattiva salute.

La figura 6.9 racconta una storia simile alla precedente, sebbene con valori diversi. Precisamente, i quattro grafici di tale figura mostrano che anche l'iniquità nell'utilizzazione degli esami clinici di base diminuisce al peggiorare dello stato

<sup>3</sup> Formalmente:  $(\omega_1 > \omega_2) \wedge (\omega_1 > \omega_3)$ .

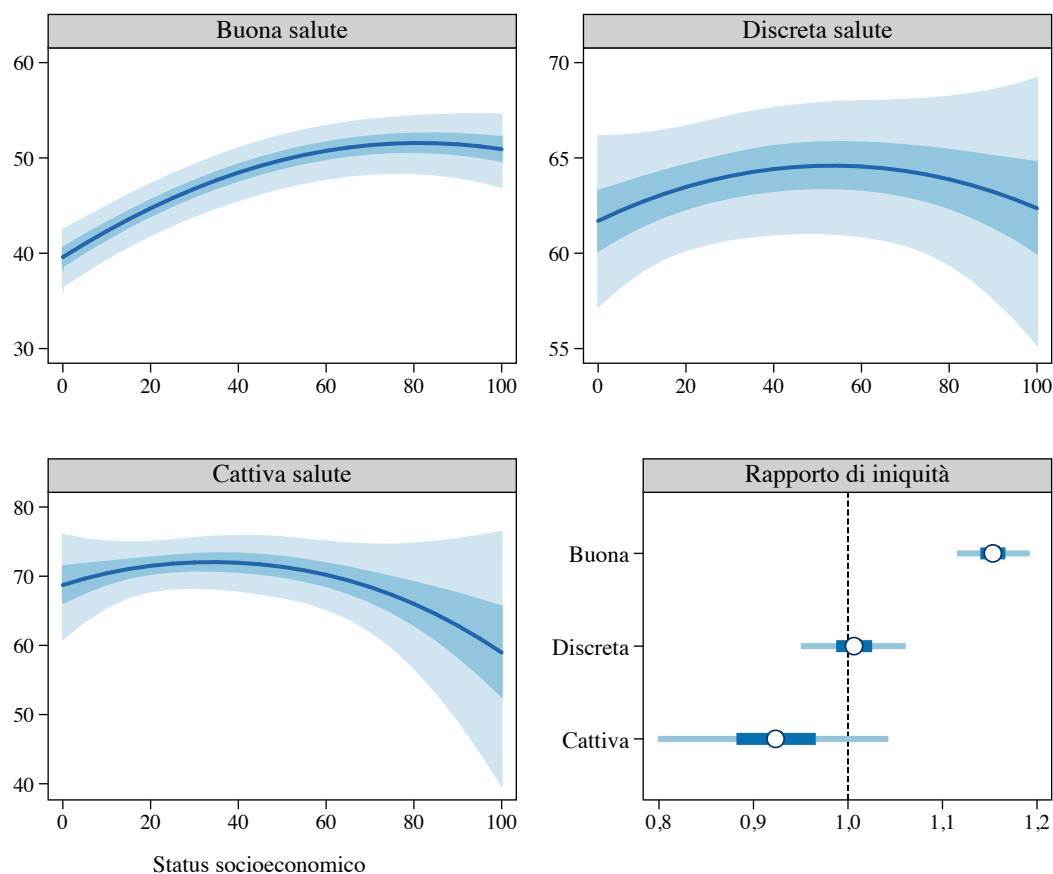


FIG. 6.9. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici di base, secondo lo status socioeconomico e lo stato di salute, e rapporti di iniquità corrispondenti: stime puntuali (linea blu e cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (area/linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area/linea azzurro chiaro). Italia 2005.

di salute – e, quindi, all'aumentare del bisogno di assistenza sanitaria. In questo caso, la riduzione è tale per cui mentre fra i soggetti in buona salute l'iniquità è significativa e a favore dei gruppi più benestanti (rapporto di iniquità = 1,15), fra i soggetti in discreta e cattiva salute la fruizione degli esami clinici di base diventa sostanzialmente equa<sup>4</sup>.

L'analisi stratificata dell'associazione fra status socioeconomico e utilizzazione degli esami diagnostici ambulatoriali (fig. 6.10) offre un'ulteriore dimostrazione della tendenza ormai familiare. In questo caso, il rapporto di iniquità scende solo

<sup>4</sup> Fra i soggetti in cattiva salute la stima puntuale del rapporto di iniquità assume addirittura un valore "negativo" (cioè inferiore, seppure di poco, a 1), ma l'ampia incertezza statistica che circonda la stima la rende compatibile anche con l'ipotesi di equità.

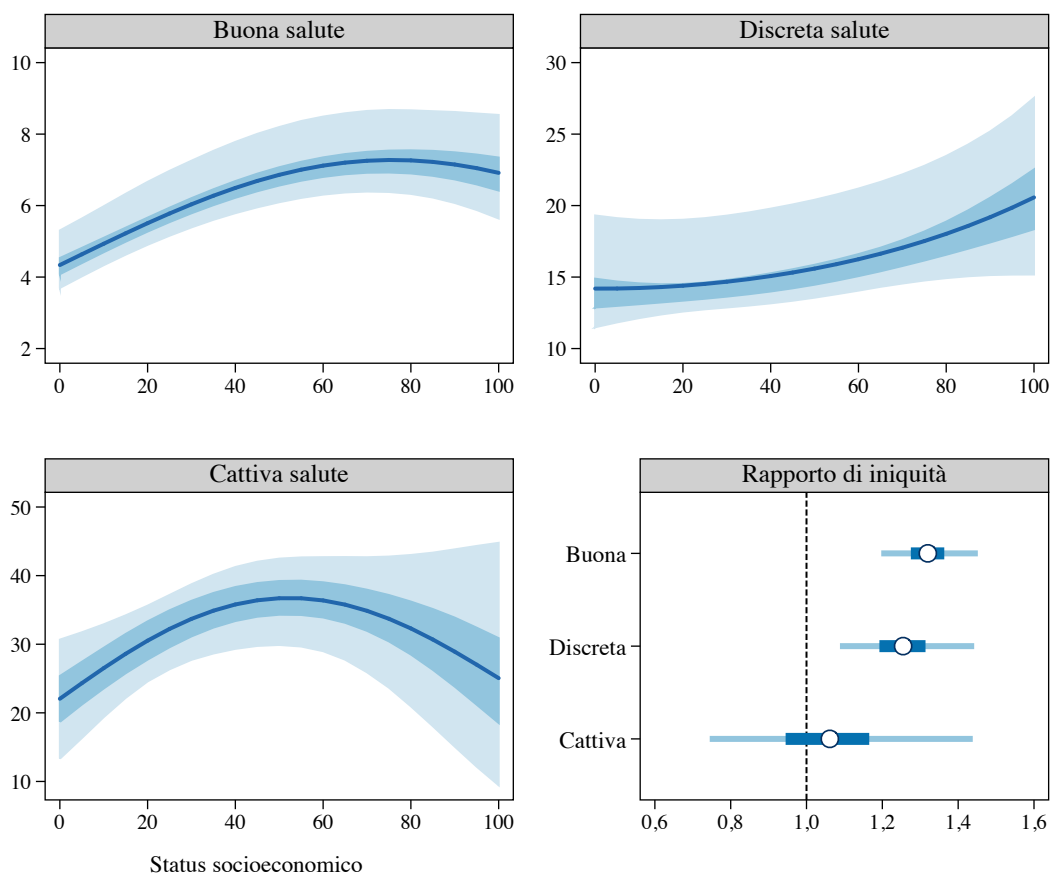


FIG. 6.10. Probabilità marginali standardizzate (per cento) di sottoporsi a esami clinici diagnostici, secondo lo status socioeconomico e lo stato di salute, e rapporti di iniquità corrispondenti: stime puntuali (linea blu e cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (area/linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area/linea azzurro chiaro). Italia 2005.

leggermente nel passaggio dalla buona alla discreta salute (da 1,32 a 1,25) ma si annulla completamente (cioè, diventa sostanzialmente pari a 1) fra i soggetti in cattiva salute. Ancora una volta, l'incertezza intorno alle stime puntuali dei rapporti di iniquità non ci consente di trarre conclusioni certe, per cui – come abbiamo fatto con le visite specialistiche – è opportuno quantificare in modo più preciso l'evidenza a favore di due ipotesi di interesse: quella di stretta monotonicità (vedi sopra) e quella di una monotonicità debole secondo la quale  $\omega_3$  è minore sia di  $\omega_1$  che di  $\omega_2$ , ma non necessariamente  $\omega_2$  è minore di  $\omega_1$ <sup>5</sup>. La prima ipotesi ha una plausibilità pari a 58%, quindi superiore al punto di indifferenza ma ancora piuttosto

<sup>5</sup> Formalmente:  $(\omega_3 < \omega_1) \wedge (\omega_3 < \omega_2)$ .

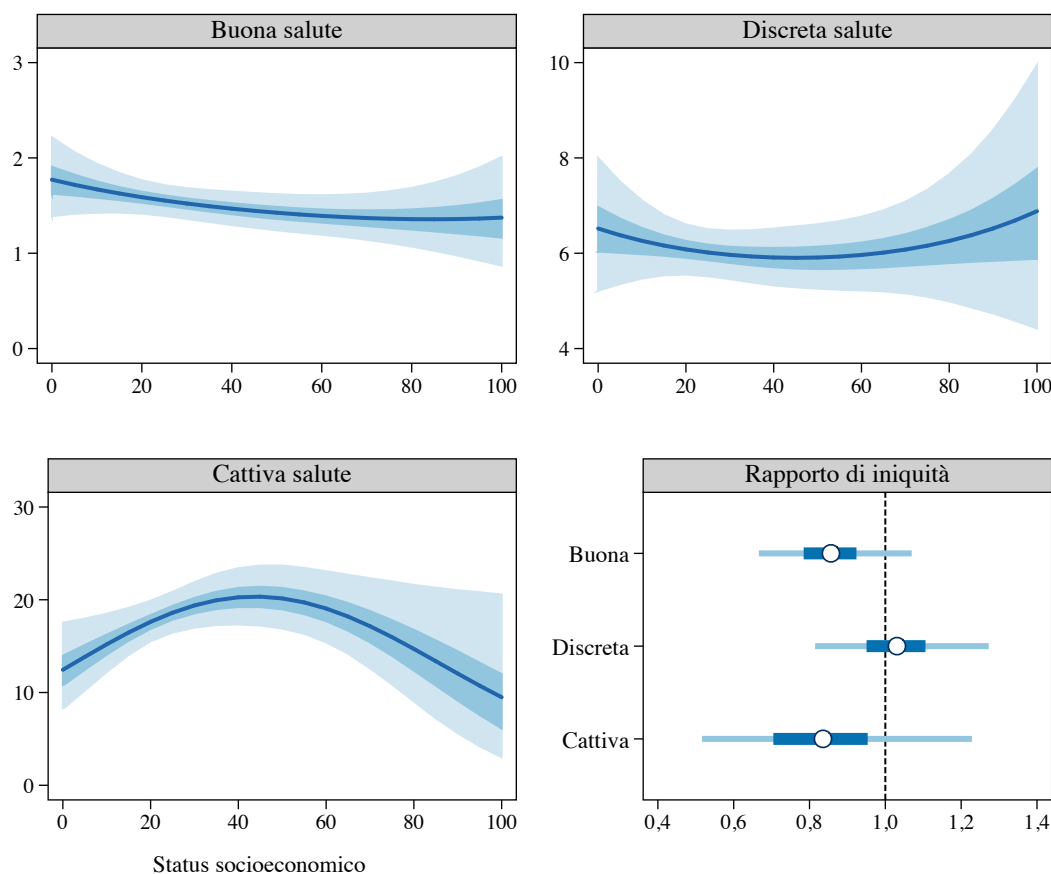


FIG. 6.11. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a ricoveri ospedalieri, secondo lo status socioeconomico e lo stato di salute, e rapporti di iniquità corrispondenti: stime puntuali (linea blu e cerchio bianco), intervalli di credibilità al 50% (area/linea azzurro scuro) e intervalli di credibilità al 95% (area/linea azzurro chiaro). Italia 2005.

debole; la seconda ipotesi, invece, presenta un grado di plausibilità decisamente più elevato: 82%. Dunque, ci sono buone ragioni per ritenere che il livello di iniquità socioeconomica nel ricorso agli esami diagnostici ambulatoriali subisca una riduzione effettiva (fino ad annullarsi) nel passaggio dalle condizioni di buona e discreta salute a quella di cattiva salute.

Per finire, la figura 6.11 mostra i risultati dell'analisi stratificata dell'inequità di accesso ai ricoveri ospedalieri. Come per l'analisi complessiva, anche in questo caso possiamo ragionevolmente concludere che l'utilizzazione di questo servizio sanitario non è oggetto di iniquità socioeconomiche sostanzialmente rilevanti e, quindi, può essere ritenuta equa.

Dunque, l'analisi stratificata per stato di salute conferma le nostre aspettative:

l'iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari non è un fenomeno perfettamente omogeneo, ma si manifesta in modi diversi a seconda del livello di bisogno di assistenza sanitaria. In generale, questa variazione assume una configurazione costante per tutti gli indicatori che, a livello complessivo, mostrano segni di iniquità: all'aumentare del bisogno (cioè, al peggiorare dello stato di salute) l'iniquità tende a ridursi in misura sostanzialmente significativa, fino ad annullarsi (quasi sempre) del tutto. Se da un lato questo risultato è incoraggiante, perché mostra come il sistema sanitario italiano funzioni in modo tendenzialmente equo (almeno in termini di opportunità di accesso *tout court*) nel momento di massimo bisogno, dall'altro suggerisce che quando l'uso dei servizi sanitari riguarda soprattutto la prevenzione e il mantenimento di una condizione standard di buona salute, le opportunità di accesso a tali servizi si distribuiscono in modo significativamente iniquo, contribuendo così a plasmare il fenomeno più generale delle disuguaglianze sociali di salute.

## 6.4 Sanità iniqua: alcune interpretazioni

Nel complesso, i risultati delle analisi illustrate nei paragrafi precedenti confermano le conclusioni di varie ricerche internazionali: anche i paesi con un sistema sanitario pubblico universalista ed egualitario, come l'Italia, esibiscono un certo grado di iniquità orizzontale di tipo socioeconomico nell'utilizzazione dei servizi sanitari (Hanratty *et al.* 2007; Van Doorslaer, Masseria *et al.* 2004; Van Doorslaer *et al.* 1993; Vikum *et al.* 2012). In particolare, le nostre analisi hanno messo in luce l'esistenza di un livello significativo di iniquità a favore degli individui più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, degli esami clinici di base e degli esami diagnostici ambulatoriali. Un certo grado di iniquità è stato riscontrato anche nell'utilizzo del medico di base, ma in questo caso a favore dei soggetti meno abbienti. Infine, abbiamo trovato che l'accesso all'assistenza ospedaliera è sostanzialmente equo.

L'equità nel ricorso ai ricoveri ospedalieri era ampiamente attesa, considerato che nel SSN tale servizio è gratuito per tutti i pazienti al momento dell'erogazione, e solo una piccola frazione dei ricoveri del 2005 (circa il 5%) è stata effettuata in regime di pagamento completo. Analogamente, l'esistenza di un certo grado di iniquità pro-benestanti nell'uso delle cure specialistiche e degli esami clinici diagnostici era prevedibile per i motivi illustrati sopra (cfr. par. 6.2). In primo luogo, l'accesso a questi servizi richiede il pagamento di un ticket: sebbene il suo

ammontare sia relativamente basso e diverse categorie di pazienti siano esenti dal suo pagamento, il ticket può ridurre la propensione delle persone meno abbienti ad avvalersi di visite specialistiche e servizi diagnostici, soprattutto quando il bisogno di cure non è evidente o immediato (Rebba 2009). In secondo luogo, alcuni settori del SSN, in particolare nelle regioni meridionali, forniscono servizi di bassa qualità e/o impongono lunghe liste d'attesa (Lo Scalzo *et al.* 2009). Tali caratteristiche negative inibiscono la domanda dei cittadini di servizi sanitari pubblici, deviandola verso il settore privato (Baldini e Turati 2012; Rebba 2009). La capacità di sostenere i costi di un'assistenza sanitaria privata, però, non è equamente distribuita, ma aumenta all'aumentare dello status socioeconomico (Atella *et al.* 2004; Baldini e Turati 2012). Pertanto è plausibile ritenere che, a parità di ogni altra condizione, il livello complessivo di utilizzazione delle visite specialistiche e degli esami clinici diagnostici sia positivamente associato allo status socioeconomico e, quindi, iniquo a favore dei soggetti più benestanti.

Per valutare empiricamente la misura in cui i meccanismi sopra indicati potrebbero essere, almeno in parte, all'origine dell'iniquità osservata nell'accesso alle visite specialistiche, abbiamo analizzato alcune informazioni – tratte dalla nostra base di dati – riguardanti i soli soggetti che hanno dichiarato di essersi sottoposti ad almeno una visita di questo tipo nelle quattro settimane precedenti l'intervista. Innanzitutto abbiamo stimato, per ogni livello di status socioeconomico, la probabilità che l'ultima visita specialistica svolta nel periodo di riferimento sia stata effettuata a titolo gratuito, dietro pagamento di un ticket, oppure completamente a pagamento<sup>6</sup>. In secondo luogo, abbiamo analizzato i motivi per i quali gli intervistati hanno scelto di effettuare la visita in questione presso una data struttura, distinguendo fra coloro che hanno optato per l'assistenza pubblica e quelli che, invece, hanno preferito rivolgersi al settore privato.

La figura 6.12 documenta i risultati della prima analisi, illustrando come varia la probabilità di sottoporsi ai tre tipi di visita specialistica secondo lo status socioeconomico. In primo luogo, l'andamento declinante del confine superiore dell'area blu indica che la fruizione dell'assistenza specialistica pubblica a titolo completamente gratuito è tanto maggiore quanto minore è lo status socioeconomico. Questo risultato è pienamente in accordo con le aspettative, in quanto riflette le esenzioni totali da ticket che il SSN accorda ad alcune categorie di cittadini a basso reddito. Tuttavia, è interessante notare che il vantaggio in termini di opportunità di

<sup>6</sup> Tali probabilità sono state stimate mediante un modello di regressione logistica multinomiale comprendente cinque variabili di controllo: stato di salute, regione di residenza, sesso, classe di età e dimensione del comune di residenza.

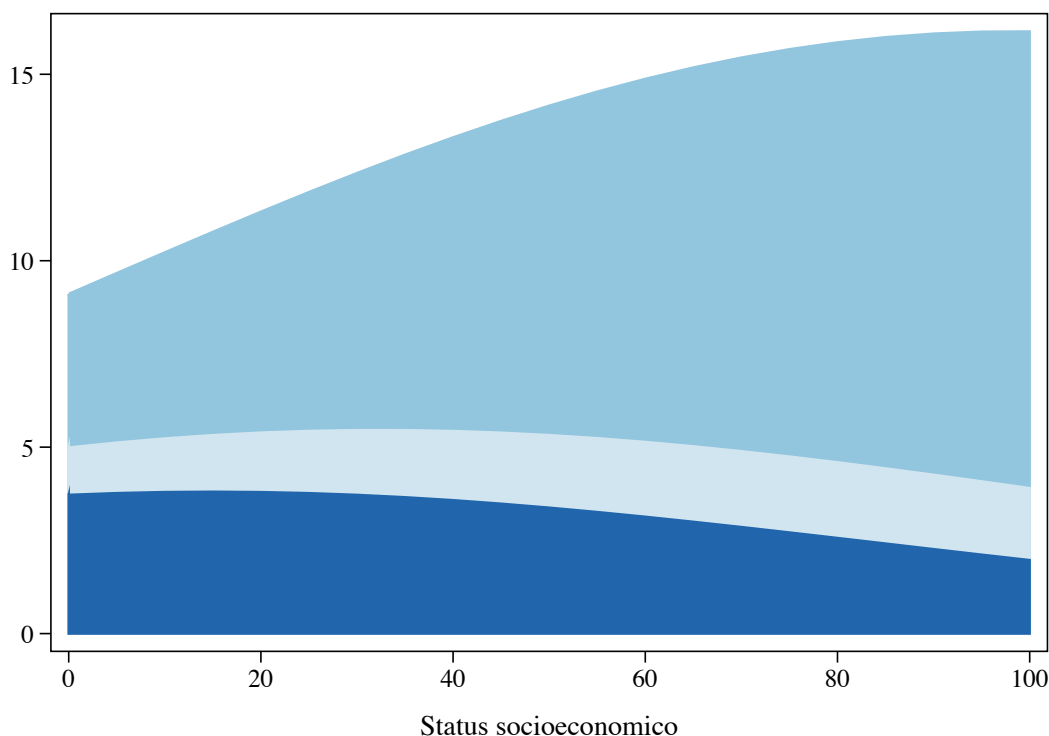


FIG. 6.12. Probabilità di sottoporsi a visite specialistiche ambulatoriali completamente gratuite (area blu), a pagamento parziale (area azzurro chiaro) e a pagamento intero (area azzurro scuro), secondo lo status socioeconomico. Italia 2005.

accesso alle visite specialistiche offerto dall'esenzione da ticket ai soggetti di basso status è, tutto sommato, limitato: l'area blu, infatti, pur diminuendo all'aumentare dello status socioeconomico, lo fa in misura moderata, mantenendo il differenziale di status entro livelli contenuti.

Passando alla seconda area – quella azzurro chiaro – il fatto che la sua altezza cresca solo leggermente all'aumentare dello status socioeconomico mette in luce un fatto degno di nota: a parità di condizioni, l'utilizzazione delle visite specialistiche a pagamento parziale presso le strutture del SSN non varia in misura rilevante a seconda dello status socioeconomico. Ciò significa che, a differenza di quanto ipotizzato sopra, il sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria previsto dal SSN (ticket) non riduce in modo rilevante la propensione delle persone meno abbienti a utilizzare l'assistenza specialistica pubblica.

Dalle osservazioni relative alle (limitate) differenze socioeconomiche nell'uso dell'assistenza specialistica pubblica deriva una chiara conclusione: la maggior parte dell'iniquità orizzontale osservata nell'utilizzazione delle visite specialistiche



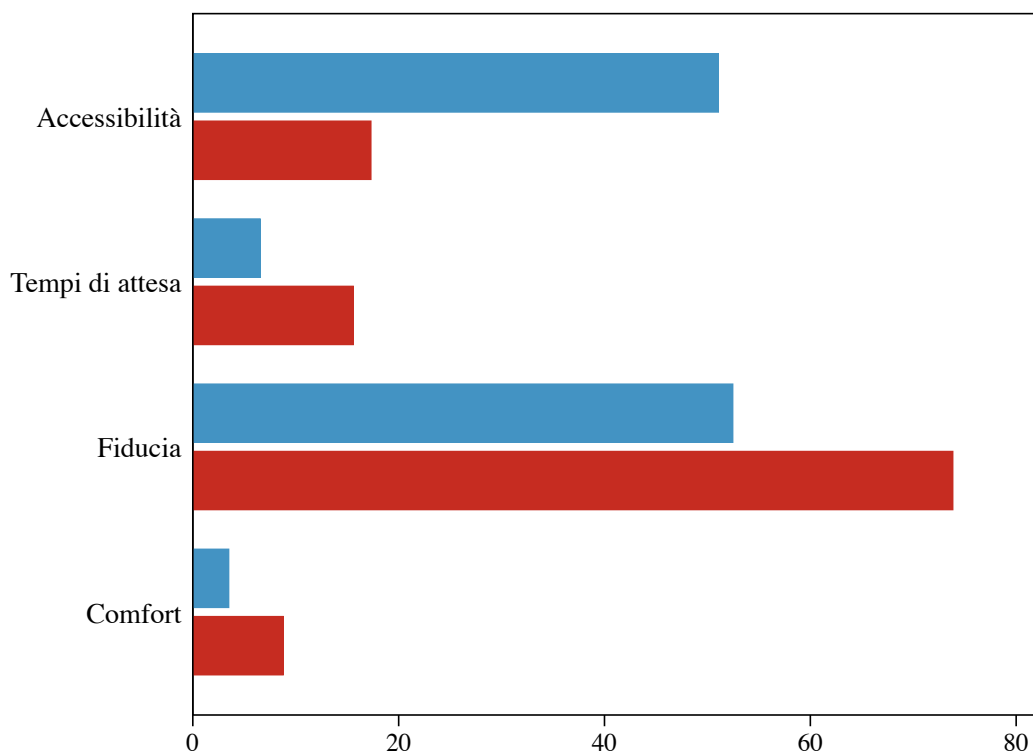


FIG. 6.13. Motivi sottostanti alla scelta dell'assistenza pubblica (colore blu) o privata (colore rosso) per l'effettuazione di visite specialistiche ambulatoriali. Italia 2005.

è attribuibile alle disuguaglianze socioeconomiche nel ricorso all'assistenza specialistica privata. Questa conclusione risulta evidente dall'andamento dell'area azzurro scuro della figura 6.12: come si può vedere, l'altezza di tale area cresce in misura sensibile all'aumentare dello status socioeconomico, "spiegando" una quota rilevante delle differenze osservate nell'accesso alle cure specialistiche.

Per capire meglio la natura di queste differenze è utile osservare la figura 6.13, che riporta il peso dei principali motivi addotti dagli intervistati per la scelta di sottoporsi a visite specialistiche in regime di assistenza pubblica o privata. Come si può vedere l'accessibilità, intesa in termini sia geografici (vicinanza della struttura di cura) sia economici (prestazione gratuita o poco costosa), è la motivazione principale per la scelta del medico specialista fra coloro che hanno optato per l'assistenza pubblica, mentre riveste un peso molto più basso fra coloro che si sono rivolti al settore privato. Al contrario, le altre tre motivazioni, tutte correlate alla qualità delle cure o ai tempi di attesa per la loro fruizione, hanno un peso maggiore fra gli intervistati che hanno preferito l'assistenza privata. Dunque,

coerentemente con il secondo meccanismo ipotizzato in apertura di paragrafo, questi dati suggeriscono che l'inclinazione verso le cure specialistiche private può essere effettivamente spiegata – almeno in parte – dal desiderio dei pazienti di ottenere in tempi ragionevoli cure di buone qualità presso strutture confortevoli e accoglienti, cosa non sempre possibile quando si utilizzano le strutture del SSN.

Proseguendo nell'interpretazione dei risultati delle nostre analisi, possiamo notare che il significativo – seppure moderato – livello di iniquità pro-benestanti osservato nell'uso degli esami clinici di base non può essere attribuito direttamente alle disparità socioeconomiche in termini di reddito, dal momento che questi esami sono generalmente poco costosi e facilmente accessibili. Tuttavia, è plausibile ritenere che tale iniquità possa derivare dalle disparità socioeconomiche in termini di capitale culturale. Come abbiamo già osservato in apertura di capitolo (par.6.2), vari studi hanno rilevato che il livello di istruzione è positivamente associato con il grado di educazione sanitaria che, a sua volta, influenza la probabilità di utilizzo dei servizi sanitari, in particolare quelli – come gli esami clinici di base – collegati alla prevenzione. Questo risultato ha importanti implicazioni di politica sanitaria perché suggerisce che il SSN dovrebbe dedicare maggiori e/o migliori risorse alle attività di promozione della salute tra i gruppi a basso livello di istruzione, in particolare nei settori della prevenzione primaria e secondaria.

Infine, l'iniquità a favore dei gruppi svantaggiati osservata nell'accesso alle cure primarie è in qualche modo controintuitiva, considerando che le visite del medico di base sono facilmente accessibili e gratuite per tutti i pazienti al momento dell'erogazione. Come abbiamo già osservato, però, anche questo risultato può trovare una interpretazione plausibile se messo in relazione con l'andamento speculare dell'iniquità nell'uso delle visite specialistiche (cfr. par. 6.2). Secondo questa interpretazione, per le persone meno abbienti le visite generiche rappresentano una sorta di surrogato economico delle visite specialistiche, un modo per usufruire prontamente dell'assistenza medica evitando gli elevati costi di accesso ai servizi privati. In tale prospettiva, l'uso dell'assistenza ambulatoriale *tout court* risulta perfettamente equo. Tuttavia, si tratta di una equità apparente, perché la *qualità* dell'assistenza ricevuta risulta distribuita in modo decisamente iniquo a favore dei soggetti più benestanti.

Il principale elemento di originalità delle analisi presentate in questo capitolo è l'analisi dell'iniquità stratificata per livello di bisogno, da noi approssimato mediante lo stato di salute. Come abbiamo visto (par. 6.3), questa analisi ha messo in luce un'interessante forma di eterogeneità del fenomeno di interesse: il grado di iniquità nell'utilizzazione dei servizi sanitari tende a diminuire al peggiorare dello stato

di salute e, quindi, all'aumentare del bisogno di assistenza sanitaria. Sebbene tale tendenza non sia regolare, né strettamente monotonica, i nostri test hanno dimostrato che non si tratta di un mero artefatto della variabilità campionaria. Pertanto, ci sono buone ragioni per ritenere che, all'aumentare del bisogno di assistenza sanitaria, il suo utilizzo approssimi la condizione di equità.

Questo risultato, però, non è necessariamente rassicurante, soprattutto per due motivi. In primo luogo, il fatto che i livelli di iniquità più elevati si trovino tra le persone in buona salute suggerisce che i benefici della prevenzione e della diagnosi precoce siano distribuiti in modo disuguale a favore dei benestanti. Questa ipotesi è coerente con la nostra osservazione precedente: quando il bisogno di assistenza sanitaria non è evidente o immediato – cioè quando il proprio stato di salute è percepito come buono – i soggetti di basso status socioeconomico tendono a limitare il ricorso ai servizi sanitari se l'offerta pubblica è insoddisfacente e l'alternativa privata è troppo costosa. Nei termini più generali delle disuguaglianze di salute, questo fenomeno può rappresentare un problema rilevante in quanto implica che, in media, i soggetti svantaggiati tendono sia a limitare l'uso dei servizi preventivi, sia a rinviare il proprio ricorso ai servizi di cura in senso stretto, creando così le condizioni per un futuro peggioramento del proprio stato di salute individuale e, in ultima analisi, per un aumento complessivo della spesa sanitaria pubblica. In questa prospettiva, i risultati della nostra analisi stratificata hanno rilevanti implicazioni di politica sanitaria, perché suggeriscono che il SSN dovrebbe concentrare le proprie strategie di riduzione delle iniquità di accesso ai servizi sanitari non tanto sulle persone in cattive condizioni di salute, per le quali l'equità è già un dato di fatto (o quasi), ma piuttosto sulle persone in buona salute.

Il secondo motivo di preoccupazione per i risultati emersi dall'analisi stratificata riguarda proprio i soggetti più bisognosi, cioè coloro che versano in condizioni di salute sfavorevoli. Specificamente, il fatto che in questo gruppo prevalga una sostanziale equità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari significa che i suoi membri meno abbienti hanno innalzato i propri livelli di utilizzazione fino a raggiungere quelli più elevati (in condizioni di buona salute) delle persone più benestanti. Ora, se tutto quanto abbiamo detto sopra ha qualche fondamento, è plausibile ritenere che questo processo di perequazione verso l'alto abbia comportato, per i soggetti meno abbienti, il sostenimento dei costi finanziari necessari per accedere all'assistenza sanitaria privata, oppure il sostenimento dei “costi per la salute” derivanti dal fatto di doversi accontentare delle cure non tempestive – e, magari, di qualità limitata – fornite gratuitamente o a basso costo dal SSN. L'equità osservata fra i soggetti bisognosi di cure, dunque, sembra essere più il frutto di un

gravoso sforzo individuale compiuto dalle persone meno abbienti che la conseguenza naturale e virtuosa di un servizio sanitario pubblico genuinamente universalista ed egualitario, come dovrebbe essere quello italiano.

## 6.5 Osservazioni conclusive

In questo capitolo abbiamo analizzato i modi e la misura in cui la distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari si discosta dall'ideale di equità orizzontale in un paese, come l'Italia, caratterizzato da un sistema sanitario pubblico universalista ed egualitario. Dopo aver constatato che le poche ricerche precedenti in materia sono giunte a conclusioni in parte contraddittorie, abbiamo effettuato un'ampia serie di analisi finalizzate a offrire una descrizione del fenomeno di interesse sistematica e aggiornata. In particolare, ci siamo concentrati sull'inequità orizzontale di tipo socioeconomico e abbiamo esaminato se e come la probabilità di utilizzare i principali servizi sanitari varia tra individui con uguale bisogno di cure ma diverso status socioeconomico. Oltre a stimare i livelli globali di inequità orizzontale, abbiamo effettuato un'analisi stratificata volta a fornire stime distinte di inequità per ciascun livello di stato di salute, offrendo in tal modo una descrizione più dettagliata del fenomeno di interesse e della sua eterogeneità.

Nel complesso, le nostre analisi hanno mostrato che, a dispetto dei principi egualitari che hanno ispirato fin dall'inizio il SSN, il nostro paese non è riuscito a evitare la formazione (o il mantenimento) di un certo grado di inequità orizzontale di tipo socioeconomico nell'utilizzazione dei servizi sanitari. A livello globale, abbiamo messo in luce l'esistenza di un livello significativo di inequità a favore degli individui più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, degli esami clinici di base e degli esami diagnostici ambulatoriali. Un certo grado di inequità è stato riscontrato anche nell'utilizzo del medico di base, ma in questo caso a favore dei soggetti meno abbienti. Infine, abbiamo trovato che l'accesso all'assistenza ospedaliera è sostanzialmente equo.

L'analisi dell'inequità stratificata per stato di salute ci ha permesso di qualificare i risultati dell'analisi globale, mettendo in luce un'interessante forma di eterogeneità del fenomeno di interesse: il grado di inequità nell'utilizzazione dei servizi sanitari tende a diminuire al peggiorare dello stato di salute e, quindi, all'aumentare del bisogno di assistenza sanitaria. Come abbiamo cercato di argomentare, sebbene questo risultato da un lato presenti degli indubbi aspetti positivi, dall'altro mette in luce alcuni limiti rilevanti del SSN che andrebbero presi in debita considerazione

da qualsiasi politica intenzionata a stabilire un sistema sanitario genuinamente universalista ed egualitario.

# Capitolo 7

## Le differenze regionali

### 7.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo è rispondere con l'evidenza empirica al secondo gruppo di interrogativi di ricerca sui quali si fonda questo lavoro (cfr. par. 5.2): sono presenti in Italia differenze regionali nell'associazione tra status socioeconomico e probabilità di utilizzazione dei servizi sanitari a parità di bisogno? Se sì, quali sono le differenze di forma e intensità di tale associazione fra le diverse regioni?

Come specificato in precedenza (cfr. par. 5.3), per rispondere a queste domande abbiamo usato ancora una volta i dati del 2005, i più recenti a nostra disposizione. Nel prossimo paragrafo viene discussa la possibilità che le iniquità socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari varino di regione in regione, in virtù delle differenze prodotte dalla regionalizzazione del SSN e, dunque, dell'esistenza di differenti Servizi Sanitari Regionali (SSR). Nel terzo paragrafo tale fenomeno viene descritto nel suo complesso, considerando il bisogno come variabile di controllo. Il quarto paragrafo termina con le osservazioni conclusive.

### 7.2 Iniquità disuguali? Il possibile ruolo dei Servizi Sanitari Regionali

Nel quarto capitolo si è visto come, in seguito all'operazione di riordino frutto delle riforme “bis” e “ter”, in Italia si completò l'ampliamento dell'autonomia regionale con l'introduzione di un sistema di ripartizione delle competenze nel quale l'attribuzione delle responsabilità economico-finanziarie veniva affidata ai SSR. Questo ha comportato, di fatto, la coesistenza di venti diversi sistemi

sanitari. In altri termini, l'evoluzione del federalismo in sanità ha fatto sì che i servizi territoriali divenissero caratterizzati da specificità e peculiarità rispetto alla varietà dell'assistenza sanitaria erogata, in particolare nell'ambito della diagnosi, dell'intervento precoce e della presa in carico stabile dei pazienti (Longo *et al.* 2010). L'evidenza empirica disponibile avvalorava l'ipotesi di eterogeneità dei SSR da diversi punti di vista, in particolare per quanto riguarda la presenza di strutture pubbliche e private, il finanziamento della spesa sanitaria e il riparto della compartecipazione, insieme ad altri aspetti organizzativi (Lorenzini e Petretto 2001). Come evidenziano gli studi di Pavolini e Vicarelli (2012, 2013) e Mapelli (2007), per molti indicatori la principale linea di demarcazione è quella che separa i SSR del Centro-Nord da quelli del Sud. Tale situazione di eterogeneità territoriale induce a ipotizzare l'esistenza di differenze regionali nei livelli di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari. Queste ipotesi riguardano tre aspetti principali della questione: costi diretti di accesso alle prestazioni (ticket), quantità/qualità dei servizi offerti e livelli di educazione sanitaria.

Per quanto concerne i costi diretti di accesso, è ragionevole ipotizzare che, in presenza di rilevanti differenze regionali nel livello di compartecipazione richiesto ai cittadini, nelle regioni che impongono ticket sanitari inferiori vi sia minore iniquità di accesso. Tuttavia, alla luce della normativa in materia vigente nel 2005, le differenze territoriali in termini di ticket appaiono minime, a eccezione di poche regioni (Ancona *et al.* 2007). Come abbiamo già ricordato (cfr. par. 6.2), il pagamento dei ticket interessa quattro tipi di servizi: terapie farmacologiche, visite specialistiche ambulatoriali, esami diagnostici ambulatoriali e prestazioni di pronto soccorso. L'autonomia delle regioni nella gestione dei ticket si realizza in modo maggiore riguardo alla fornitura dei farmaci, per la quale vengono utilizzati sistemi di compartecipazione sensibilmente differenziati e nella quale vigono anche diversi sistemi di esenzione in base a reddito, età, patologia o condizione sociale (Rebba 2009). Anche per le prestazioni di pronto soccorso ci sono rilevanti differenze fra le regioni in termini di pagamento dei codici (bianchi e verdi). Invece, per quanto riguarda le prestazioni che qui ci interessano, cioè le visite specialistiche e gli esami diagnostici ambulatoriali, la maggior parte delle regioni adottavano, nel 2005, il ticket fissato dalla normativa nazionale, pari a 36,15 euro per ricetta (cfr. fig. 7.1). Le uniche eccezioni erano da un lato Lazio, Molise, Campania e Sicilia, che applicavano un ticket maggiore per alcune prestazioni particolari come la TAC, la risonanza magnetica e alcuni pacchetti ambulatoriali (fino a un massimo di 50 euro); e dall'altro Calabria e Sardegna, che si discostavano *in toto* dalla normativa nazionale applicando un ticket di circa 46 euro. Tali maggiorazioni, per

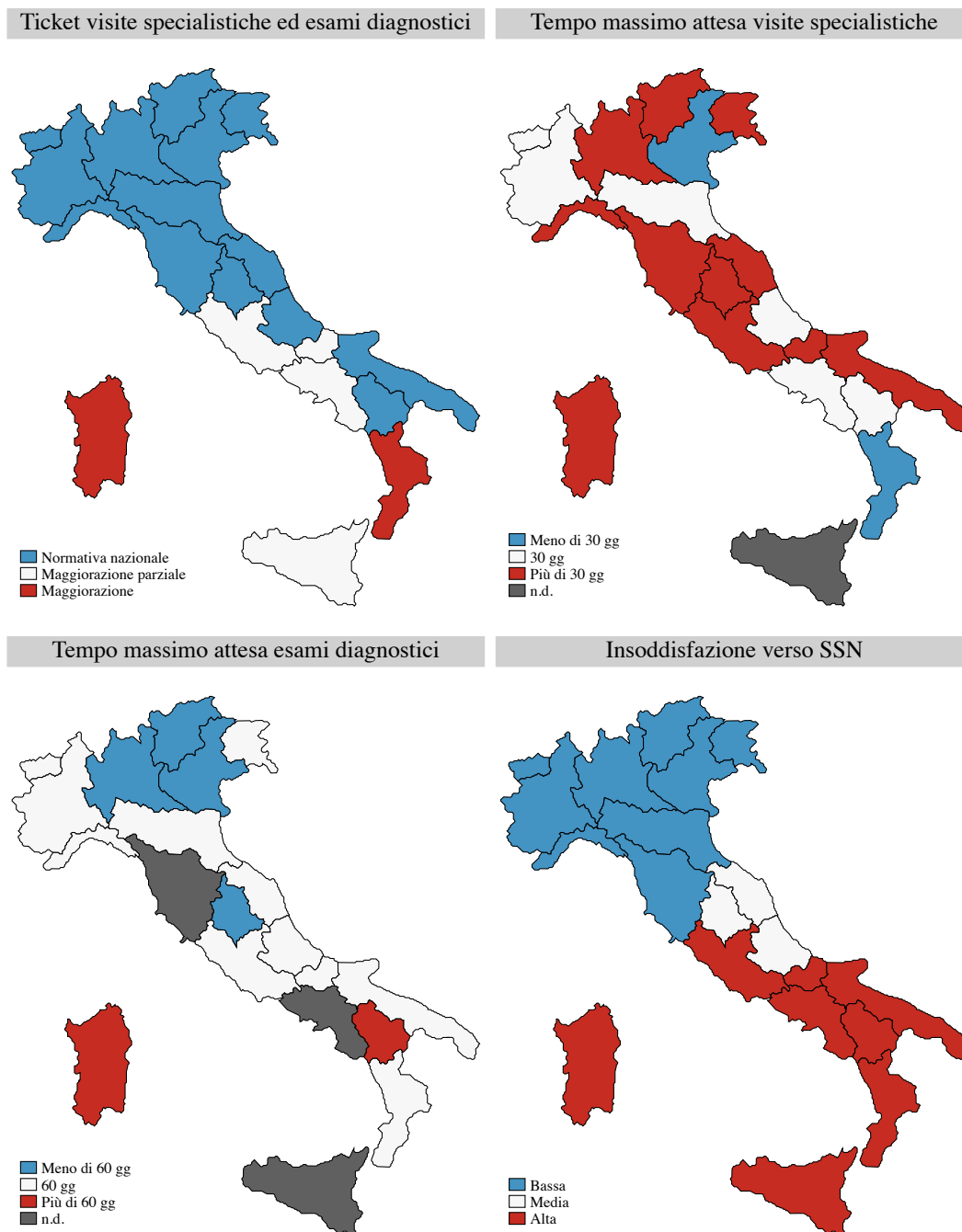


FIG. 7.1. Indicatori di accessibilità/qualità del SSN, secondo la regione di residenza: costo dei ticket per le visite specialistiche e gli esami diagnostici ambulatoriali, tempo massimo di attesa per le visite specialistiche ambulatoriali, tempo massimo di attesa per gli esami diagnostici ambulatoriali e grado di insoddisfazione dei cittadini nei confronti di alcuni aspetti del SSN. Italia 2005.



quanto limitate, possono ridurre la propensione dei residenti meno abbienti di tali regioni ad avvalersi di visite specialistiche e servizi diagnostici, soprattutto quando il bisogno di cure non è evidente o immediato (Rebba 2009). Per questo motivo, in queste regioni potremmo aspettarci un maggiore livello di iniquità socioeconomica nell'utilizzazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici.

Relativamente a quantità e qualità dell'offerta di servizi sanitari nelle strutture pubbliche o private convenzionate, è lecito aspettarsi un minore orientamento della domanda verso il settore privato – e, quindi, un minore livello di iniquità – nelle regioni in cui è presente un'ampia offerta di servizi e una qualità elevata (o percepita come tale) degli stessi. L'indagine condotta dal Ministero della Salute presso gli Assessorati regionali, i cui risultati sono riportati nel *Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria – Anno 2005-2006*, evidenzia che la quantità dell'offerta dei servizi di specialistica e diagnostica ambulatoriale erogati nell'anno 2005 è geograficamente piuttosto omogenea, con livelli di poco inferiori alla media nazionale in Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Umbria, Abruzzo, Basilicata, Calabria e Sicilia. Cislaghi e Costa (2010), analizzando il consumo di alcuni servizi sanitari (in particolare riabilitazione, interventi chirurgici, giorni di ricovero, consumo cronico e acuto di farmaci, esami specialistici di sangue e urine, visite specialistiche, generiche e pediatriche), hanno individuato quattro *cluster* regionali composti dalle regioni del Nord, Centro-Nord, Centro-Sud e Sud. Nei primi due gruppi si evidenzia un'alta utilizzazione dei servizi presi in esame, mentre negli ultimi due una bassa utilizzazione di tali servizi. Dai dati della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, riportati in Collicelli *et al.* (2012), emerge inoltre la posizione delle diverse regioni rispetto ad alcuni dei più diffusi interventi di prevenzione secondaria: lo *screening* del colon-retto e quello mammografico. Per il primo, risultano sopra la media nazionale Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Molise; al contrario, sotto la media si collocano Lazio, Campania, Basilicata, Calabria e Sardegna; in Liguria, Marche, Puglia e Sicilia non si fa prevenzione di questo tipo. Per la mammografia, invece, troviamo sopra la media nazionale Valle d'Aosta, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria e Basilicata; sotto la media abbiamo Liguria, Lazio, Abruzzo, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna.

Strettamente legati all'effettiva realizzazione del diritto alla salute e dell'equità di accesso alle prestazioni, sono la bassa qualità dei servizi sanitari pubblici e i lunghi tempi di attesa per la loro utilizzazione che, come abbiamo già detto nel capitolo precedente, possono inibire la fruizione delle prestazioni offerte dal SSN. Tipicamente, è in ambito extra-ospedaliero che il tema dei tempi di attesa appare

più critico (Fattore e Ferrè 2012). Considerata l'importanza della tempestività dei risultati diagnostici e/o delle visite specialistiche per la prevenzione di alcune gravi patologie, per minimizzare i tempi che intercorrono tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni sono state intraprese varie iniziative, a livello sia centrale che locale. A livello centrale sono state prodotte linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostico-terapeutiche e sui tempi massimi di attesa, attuate in maniera differente nelle diverse regioni. Già nella legge 833/78 ci fu un primo tentativo di conciliare le esigenze di una tempestiva risposta ai bisogni di salute del cittadino con gli ambiti di azione del servizio pubblico, pur se limitatamente alle prestazioni per le quali le USL avevano stipulato una convenzione con una o più strutture private. Con la riforma "bis" si avviò il sistema di autorizzazione e accreditamento, che prevedeva la libertà del cittadino di scegliere il luogo di cura tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate. Più avanti, il D.Lgs 124/98 affidò alle regioni il compito fondamentale di individuare le modalità volte a garantire il rispetto della tempestività nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, definendo le regole per la determinazione dei tempi massimi per le liste di attesa. Con la riforma *ter*, in particolare con il D.Lgs. 229/99 e con il provvedimento D.Pcm del 29 novembre 2001, si evidenziò la necessità di chiarire non solo quali prestazioni dovevano essere erogate ai cittadini (definizione dei LEA), ma anche con quali caratteristiche di sicurezza, qualità e tempestività. Infine, un ulteriore passo in avanti per la riduzione dei tempi di attesa avvenne con il PSN 2003-2005, in cui la riduzione dei tempi di attesa diventò un modo per attuare i LEA e una priorità strategica, definendo l'equilibrio fra la complessità e l'urgenza delle prestazioni e i relativi tempi di erogazione regione per regione (Fattore e Ferrè 2012).

Nel 2005, a livello centrale era previsto che le prestazioni fossero erogate entro 30 giorni dalla richiesta nel caso delle visite specialistiche, ed entro 60 giorni nel caso dei servizi diagnostici. Tuttavia, le normative regionali si discostavano in varia misura da queste linee guida (cfr. fig. 7.1). Specificamente, per le visite specialistiche offrivano tempi più brevi Veneto e Calabria, ma tempi più lunghi Lombardia, Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise, Puglia e Sardegna. Per quanto riguarda gli esami diagnostici, un tempo massimo di accesso inferiore a 60 giorni era previsto in Lombardia, Trentino-Alto Adige, Veneto e Umbria; al contrario, tempi massimi maggiori di 60 giorni vigevano in Basilicata e Sardegna. Nel *Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria – Anno 2005-2006* vengono presi in esame diversi indicatori relativi alle liste di attesa. Limitatamente ad alcuni accertamenti diagnostici come TAC del capo ed ecografia dell'addome, dai dati emerge che nell'anno 2005 le regioni

che più rispettavano i tempi massimi di attesa erano Valle d' Aosta, Piemonte, Trentino-Alto Adige e Lombardia, mentre quelle che li superavano in misura maggiore erano Sardegna, Calabria e Campania.

Un'altra indagine che ha prodotto dati interessanti sulla qualità dei servizi sanitari è quella realizzata dal CENSIS nel 2009. Tale indagine, effettuata su un campione della popolazione italiana formato da oltre 1.000 soggetti, si proponeva di indagare le aspettative, opinioni e valutazioni dei cittadini italiani in merito al sistema sanitario (Coletta *et al.* 2010). Dai risultati dell'indagine è emerso in modo chiaro che nelle regioni di Centro, Sud e Isole si lamenta una maggiore difficoltà di accesso ai servizi specialistici ambulatoriali e ai laboratori di analisi pubblici, a causa degli eccessivi tempi di attesa. Per quanto riguarda, in particolare, gli accertamenti diagnostici, l'indagine ha mostrato che i tempi medi di attesa più lunghi erano riportati dagli intervistati residenti nelle regioni centrali (54 giorni), mentre quelli più bassi riguardavano i soggetti residenti nelle regioni del Nordest (46 giorni). Complessivamente, l'eccessiva lunghezza dei tempi di attesa è stata denunciata da un intervistato su quattro nel Nord-Est (25,7%) e da quasi uno su due al Sud e nelle Isole (44,2%). L'indagine ha anche rilevato significative differenze regionali nel numero complessivo di disfunzioni dei servizi sanitari segnalate dagli intervistati: mentre nelle regioni settentrionali tali segnalazioni si sono attestate intorno al 5%, nelle regioni meridionali e insulari tale valore è risultato quattro volte maggiore (27%).

A confermare una generale dicotomia Nord/Sud nel grado di insoddisfazione rispetto ai servizi sanitari sono anche i dati raccolti dall'ISTAT nel 2005 (Lo Scalzo *et al.* 2009), secondo i quali l'insoddisfazione dei cittadini nei confronti di alcuni aspetti del SSN raggiunge i livelli più elevati in Calabria, Puglia, Sicilia, Molise, Campania, Basilicata, Sardegna e Lazio (cfr. fig. 7.1). Tutti questi dati portano a ipotizzare che, rispetto a quelle meridionali, le regioni settentrionali siano caratterizzate da un minore livello di iniquità socioeconomica nell'utilizzazione delle visite specialistiche e degli esami diagnostici.

Infine, come si è accennato nel capitolo precedente (par. 6.2), un'altra possibile fonte di differenze regionali nei livelli di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari è quella legata alla diversa diffusione dell'educazione sanitaria. Tuttavia, poiché non disponiamo di solide evidenze empiriche in materia, su questo aspetto non siamo in grado di formulare a priori ipotesi plausibili.

### 7.3 Analisi delle differenze regionali

Riassumendo quanto detto nel paragrafo precedente, ci aspettiamo che nelle diverse regioni italiane, dotate di sistemi sanitari regionali parzialmente autonomi, possano essere presenti gradi differenti di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari. L'evidenza empirica sul fenomeno è limitata – ancora più di quella disponibile a livello nazionale – e, soprattutto, eterogenea e frastagliata. Con le analisi che seguono ci proponiamo di ampliare le conoscenze sulle differenze regionali, usando a tal fine i migliori dati a nostra disposizione.

Innanzitutto, la tabella 7.1 riporta la prevalenza dei cinque indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari prescelti e il numero di casi analizzati, secondo la regione di residenza. Per quanto riguarda le visite generiche, in linea con la media nazionale (18,2%) troviamo Piemonte, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Lazio, Molise, Sicilia e Sardegna. Significativamente sopra la media nazionale, invece, troviamo Emilia-Romagna, Toscana, Umbria e Calabria (da 21,6 a 22,8%). Sotto la media, infine, si collocano tutte le altre regioni (15-17%). Passando alle visite specialistiche, su livelli superiori a quello medio nazionale (15,4%) troviamo Emilia-Romagna, Umbria e Sardegna (17-18%), mentre su livelli inferiori si collocano Molise, Campania, Puglia e Basilicata (12-14%). Gli esami clinici di base considerati in questo studio sono effettuati regolarmente, a livello nazionale, da circa un italiano adulto su due (52,1%). Significativamente al di sotto di questa soglia troviamo Trentino-Alto Adige e Sardegna (43,6%); molto al di sopra, invece, si colloca solo l'Emilia-Romagna (58,2%). Per quanto riguarda il ricorso agli esami diagnostici, l'unica regione che si discosta verso il basso in misura degna di nota dalla media nazionale (13%) è il Trentino-Alto Adige (10,7%), mentre livelli significativamente superiori si riscontrano in Emilia-Romagna (15,8%) e Toscana (15,5%). Infine, la percentuale di soggetti che hanno subito ricoveri ospedalieri per almeno una notte varia molto poco di regione in regione, oscillando fra 2,7% (Valle d'Aosta) e 4% (Molise).

Vediamo ora se la relazione fra l'utilizzazione di questi servizi sanitari e lo status socioeconomico varia in misura significativa – a parità di bisogno e delle altre variabili di controllo – a seconda della regione di residenza. La figura 7.2 illustra l'associazione marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzazione dell'assistenza ambulatoriale di base regione per regione, stimata mediante il modello regionale (eq. 5.5). Per ogni livello di status socioeconomico e ogni regione, il grafico superiore riporta la media della distribuzione a posteriori della probabilità

TAB. 7.1. Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo la regione di residenza. Italia 2005.

	Visite generiche	Visite special.	Esami base	Esami diagnosi	Ricoveri ospedale	Numero casi
Piemonte	18,6	14,7	47,6	12,1	2,9	7.074
Valle d'Aosta	14,9	14,1	47,5	13,4	2,7	1.511
Lombardia	16,1	16,7	51,7	12,9	3,3	10.405
Trentino-A.A.	16,3	14,8	43,6	10,7	3,8	3.552
Veneto	20,1	16,3	51,7	14,3	3,5	7.256
Friuli-V.G.	18,0	14,5	50,9	11,8	3,2	3.161
Liguria	17,3	16,1	55,0	13,5	3,1	3.480
Emilia-Romagna	21,6	17,5	58,2	15,8	3,6	7.041
Toscana	21,1	16,8	55,8	15,5	3,5	6.195
Umbria	22,8	17,1	55,2	13,1	3,2	2.594
Marche	19,1	15,8	56,6	13,0	2,9	4.044
Lazio	17,3	15,5	50,8	13,4	3,5	5.897
Abruzzo	16,1	14,3	54,7	12,7	3,8	3.903
Molise	19,2	13,3	55,2	11,8	4,0	2.062
Campania	16,9	12,9	56,0	12,3	3,5	9.375
Puglia	16,0	13,3	46,7	11,2	3,5	7.621
Basilicata	16,5	12,3	48,5	12,2	3,1	2.539
Calabria	21,8	14,9	55,1	13,0	3,4	4.436
Sicilia	17,8	14,2	51,0	11,6	3,8	6.603
Sardegna	19,3	17,3	43,6	11,6	3,6	4.902

marginale standardizzata di accesso alle visite generiche. Come si può vedere, la storia raccontata da questa figura è del tutto simile a quella illustrata, a livello nazionale, dalla figura 6.1: all'aumentare dello status socioeconomico, la probabilità di sottoporsi a visite mediche generiche diminuisce in tutte le regioni. Sebbene siano presenti alcune differenze regionali nell'intensità di tale associazione, l'accesso all'assistenza ambulatoriale di base risulta generalmente iniquo a favore dei gruppi più svantaggiati. Come si può vedere dalle stime puntuali dei rapporti di iniquità, i livelli di iniquità socioeconomica più elevati per questo indicatore si registrano in Puglia e Sicilia, dove il rapporto si avvicina a 0,6. Questo valore indica che, in quelle regioni, l'opportunità di farsi visitare dal medico di medicina generale di cui godono i membri del gruppo inferiore (status socioeconomico = 20) supera di circa due terzi l'analoga opportunità stimata per il gruppo superiore (status socioeconomico = 80)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Infatti:  $((1/0,6) - 1) = 67\%$ .

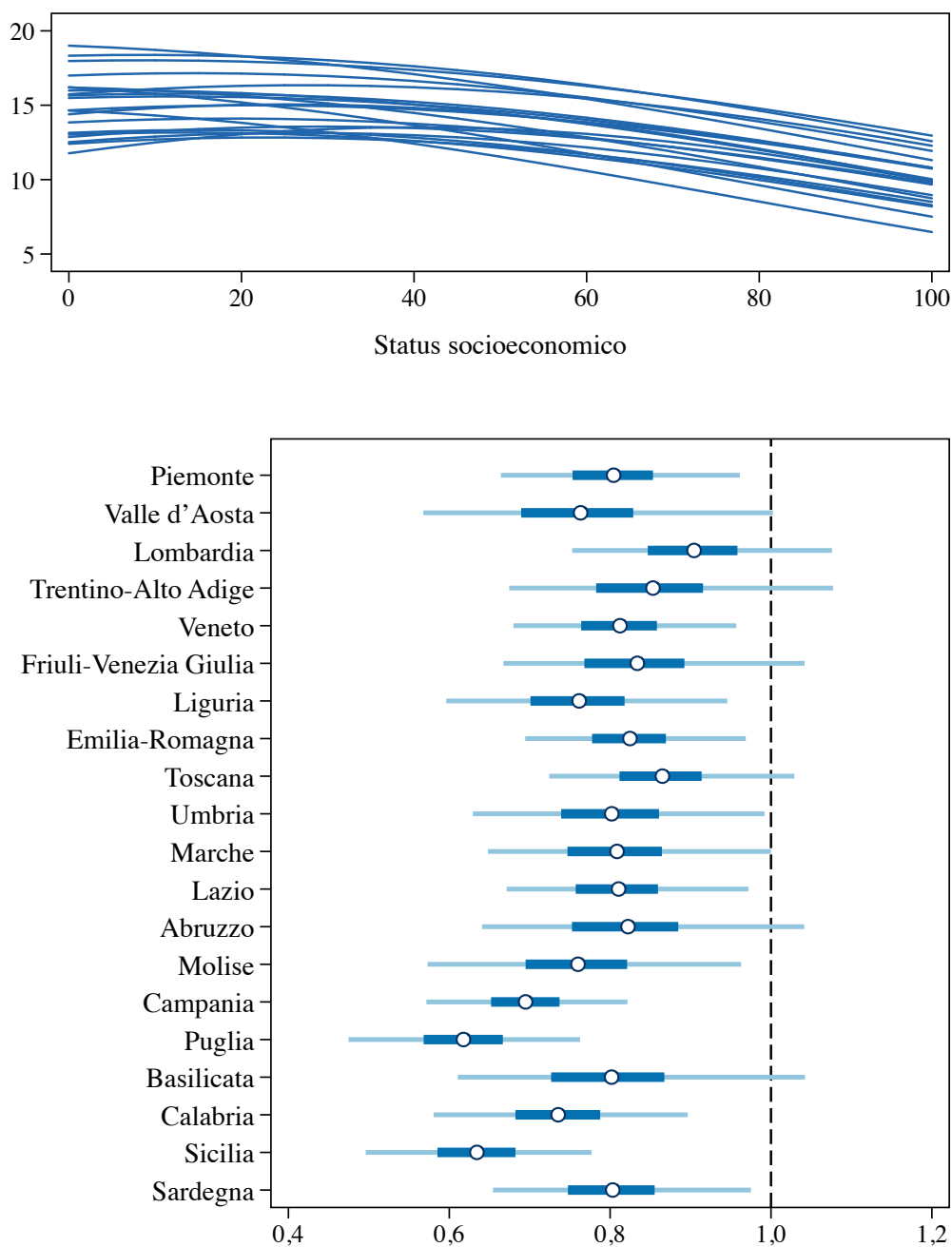


FIG. 7.2. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite generiche, secondo lo status socioeconomico e la regione di residenza (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 2005.

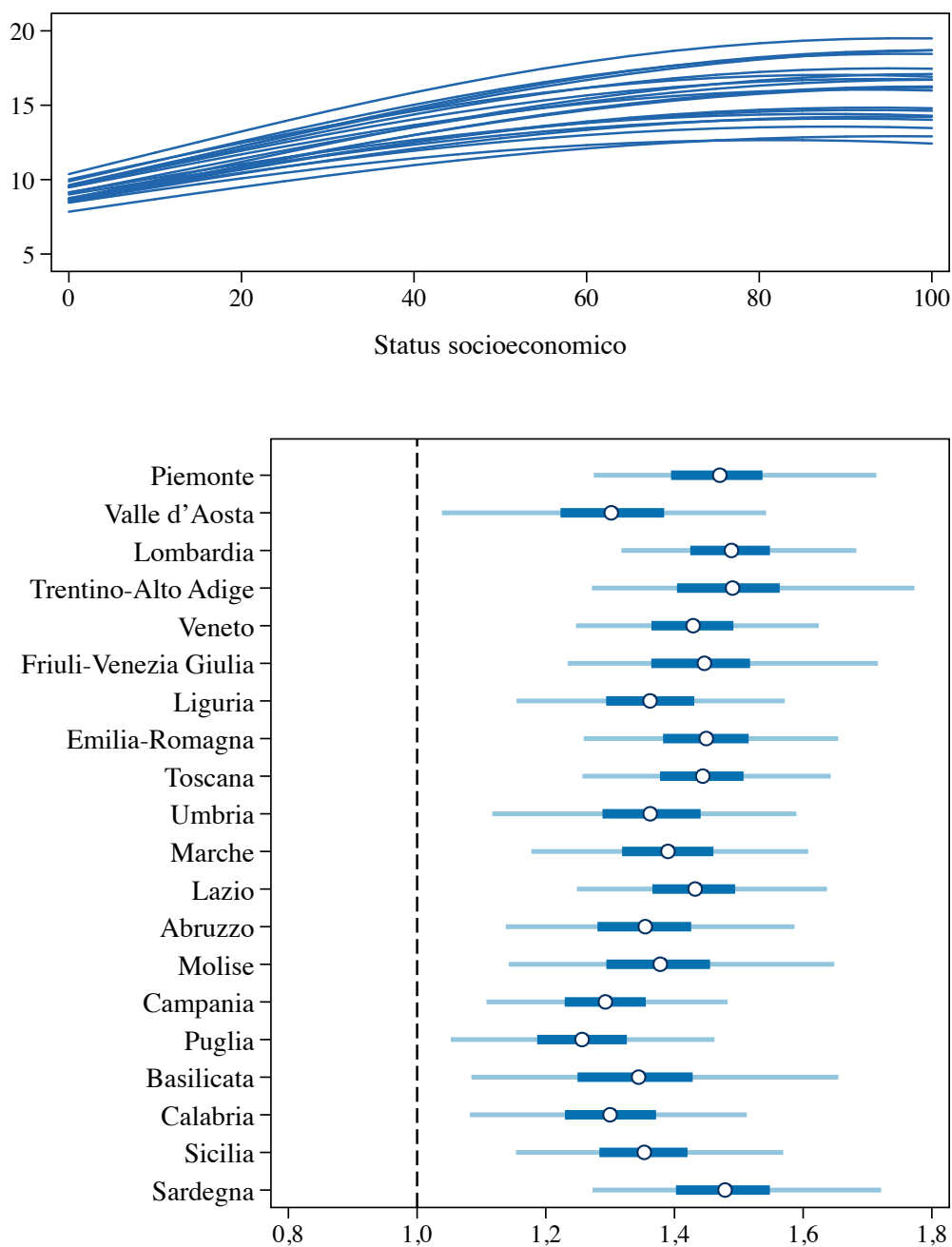


FIG. 7.3. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite specialistiche, secondo lo status socioeconomico e la regione di residenza (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 2005.

Passando alle visite specialistiche, la figura 7.3 ci mostra che l'associazione positiva fra lo status socioeconomico e l'utilizzo di questo servizio sanitario mantiene la stessa forma in tutte le regioni, seppure con qualche variazione nella sua intensità: la probabilità di sottoporsi a una visita specialistica aumenta all'aumentare dello status socioeconomico, andando da un minimo compreso tra circa 7 e 10%, a seconda della regione, fino a un massimo compreso tra 12 e 19%. Questa volta, le stime puntuali del rapporto di iniquità raggiungono il valore massimo (circa 1,5) in Piemonte, Lombardia, Trentino-Alto Adige e Sardegna. Questo valore ci dice che, in quelle regioni, l'opportunità di sottoporsi a visite specialistiche di cui godono i membri del gruppo superiore supera del 50% l'analoga opportunità stimata per i membri del gruppo inferiore. Per quasi tutte le altre regioni, le stime puntuali del rapporto di iniquità risultano in linea con il valore nazionale, aggirandosi intorno a 1,4. Solo in due casi – Valle d'Aosta e Puglia – questa misura appare visibilmente più bassa, avvicinandosi a 1,2. Si noti, tuttavia, che tutte le stime puntuali sono circondate da un ampio margine di incertezza; pertanto, l'evidenza empirica disponibile non ci consente di trarre conclusioni solide sull'esistenza di eventuali differenze regionali. Questo risultato “nullo” non è facilmente interpretabile alla luce delle considerazioni fatte nel paragrafo precedente, secondo le quali ci aspettavamo maggiore iniquità nell'accesso alle visite specialistiche in regioni come Lazio, Calabria, Sicilia e Sardegna, tutte caratterizzate da ticket più alti, tempi di attesa più lunghi, quantità di prestazioni più basse e maggiori livelli di insoddisfazione per la qualità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Proseguendo nell'analisi, la figura 7.4 illustra il caso degli esami clinici di base, mostrando come l'associazione fra status socioeconomico e probabilità di sottoporsi regolarmente a questo tipo di esami vari in qualche misura tra le regioni. In questo caso, infatti, pur tenendo conto degli ampi intervalli di credibilità che circondano le stime puntuali, si può notare che per alcune regioni – Umbria, Marche e Molise – il rapporto di iniquità è sostanzialmente nullo (stime puntuali pari o vicine a 1); per altre regioni invece – Piemonte, Lombardia, Sicilia, Sardegna – il rapporto di iniquità assume un valore relativamente elevato, avvicinandosi a 1,2. Anche in questo caso, però, i dati non mettono in luce alcuna configurazione regionale sistematica, dando la sensazione che le variazioni osservate abbiano una natura erratica o, comunque, idiosincratca.

Come nell'analisi nazionale, anche a livello regionale gli esami clinici diagnostici in regime ambulatoriale (fig. 7.5) raccontano una storia simile a quella evidenziata dalle visite specialistiche: l'associazione positiva fra status socioeconomico e probabilità di utilizzare questo servizio varia in una certa misura fra le regioni, ma



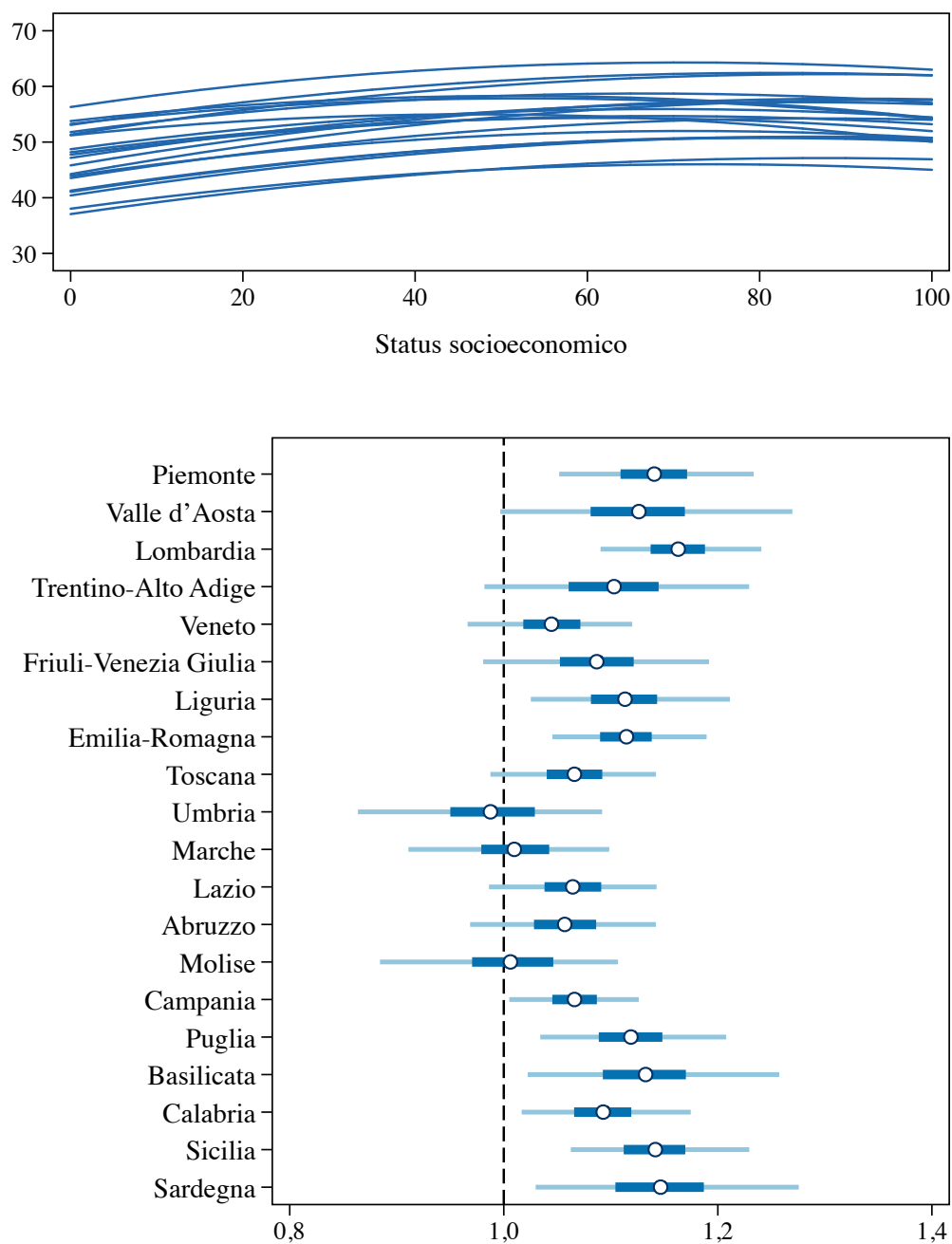


FIG. 7.4. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici di base, secondo lo status socioeconomico e la regione di residenza (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 2005.

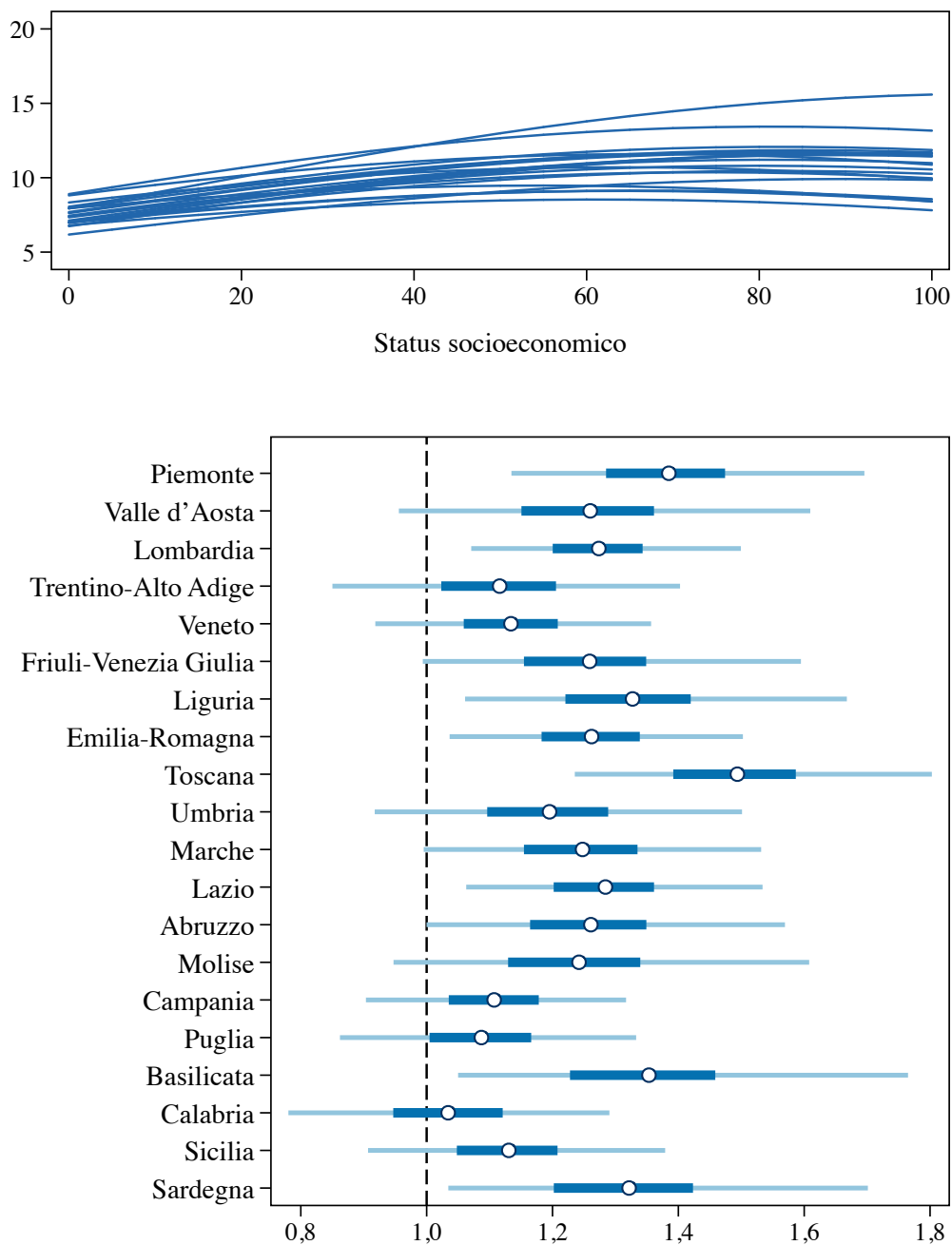


FIG. 7.5. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici diagnostici, secondo lo status socioeconomico e la regione di residenza (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 2005.

sempre (a) in modo molto incerto, e (b) senza assumere alcuna chiara configurazione regionale. Da un lato, abbiamo cinque regioni come la Toscana, il Piemonte, la Liguria, la Basilicata e la Sardegna, in cui la stima puntuale del rapporto di iniquità assume valori relativamente alti, cioè prossimi a 1,4. Dall'altro lato, invece, troviamo il Trentino-Alto Adige, il Veneto, la Campania, la Puglia, la Calabria e la Sicilia, in cui la stima puntuale del rapporto di iniquità assume valori prossimi alla soglia di equità e, comunque, statisticamente indistinguibili da essa. Queste differenze regionali, tuttavia, vanno prese con molta cautela, dati gli ampi intervalli di credibilità che circondano tutte le stime puntuali. Inoltre, come per le visite specialistiche, anche in questo caso le differenze osservate non sono facilmente interpretabili, in quanto non coincidono con quelle ipotizzate sulla base dei dati discussi nel paragrafo precedente.

Infine, la figura 7.6 mostra che l'accesso ai ricoveri ospedalieri è sostanzialmente equo in tutte le regioni, con oscillazioni molto contenute. Tre regioni – Lombardia, Veneto e Liguria – mostrano qualche segno di iniquità “positiva”, cioè volta a favore dei soggetti più svantaggiati, ma ancora una volta l'incertezza delle stime suggerisce molta cautela nel valutare tali differenze.

## 7.4 Osservazioni conclusive

In questo capitolo abbiamo analizzato la misura in cui la distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari si differenzia tra regione e regione in un paese, come l'Italia, caratterizzato da una varietà di sistemi sanitari regionali. Dopo avere riassunto i potenziali fattori di eterogeneità regionale, abbiamo effettuato una serie di analisi finalizzate a offrire una descrizione particolareggiata del fenomeno di interesse. In particolare, abbiamo esaminato se e come l'associazione fra status socioeconomico e probabilità di utilizzare i cinque servizi sanitari considerati varia tra gli individui residenti nelle diverse regioni.

Nel complesso le nostre analisi hanno mostrato che, sebbene emergano alcune differenze fra le regioni, esse risultano piuttosto erratiche e generalmente poco significative, in termini sia statistici che sostanziali. In pratica, l'esistenza di un livello significativo di iniquità a favore degli individui più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, degli esami clinici di base e degli esami diagnostici ambulatoriali si manifesta in modo relativamente uniforme in tutte e venti le regioni italiane. Questo risultato non conferma le nostre aspettative secondo cui era ragionevole ritenere che livelli di iniquità maggiori si riscontrassero nelle

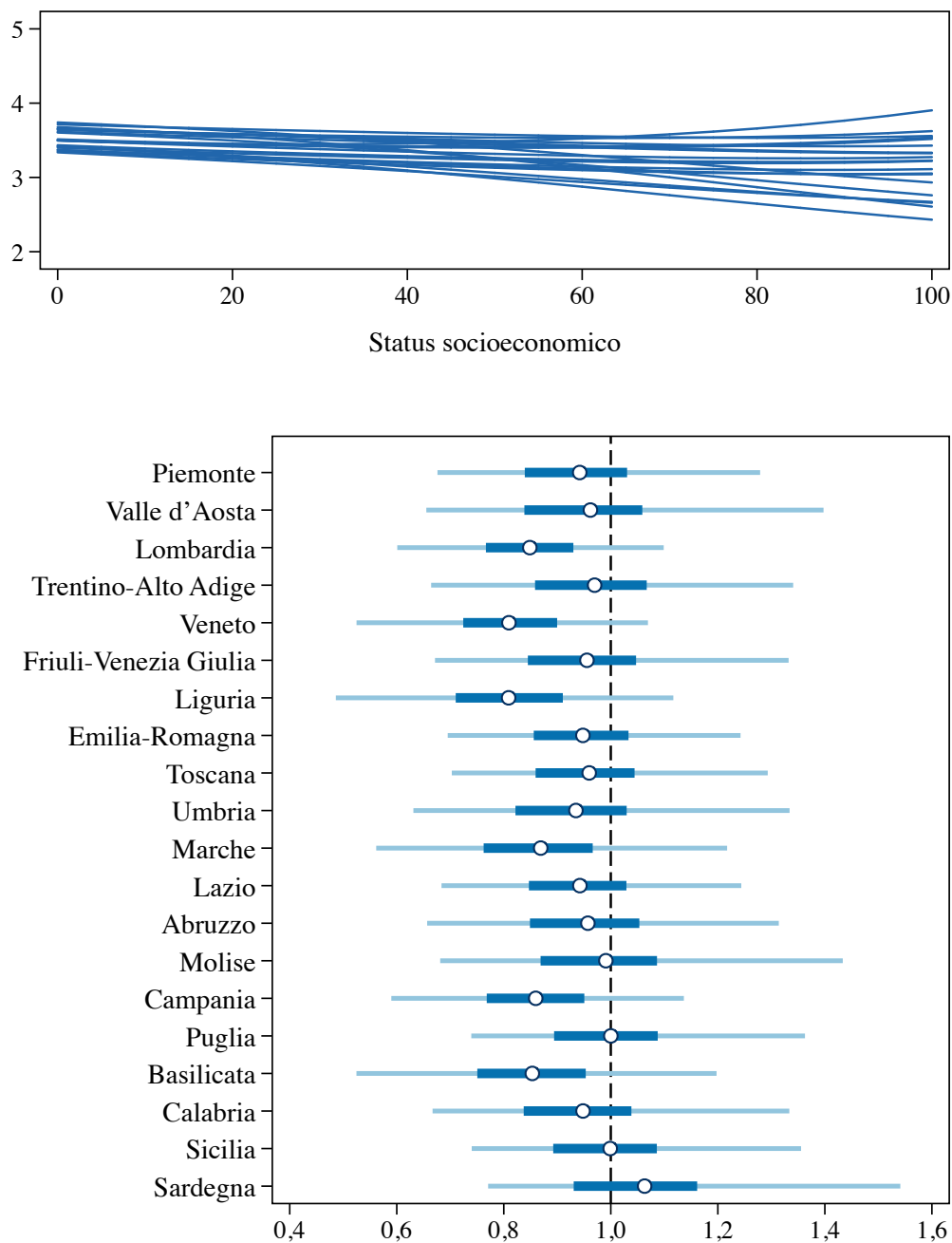


FIG. 7.6. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a ricoveri ospedalieri, secondo lo status socioeconomico e la regione di residenza (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 2005.

regioni meridionali e insulari, caratterizzate da costi diretti di accesso più elevati, tempi di attesa più lunghi e qualità più bassa delle prestazioni erogate. Tuttavia, è possibile che alcune differenze siano nascoste nelle più sottili eterogeneità regionali che esistono nell'organizzazione, nell'erogazione e nella fruizione di diversi tipi di prestazioni specialistiche e diversi tipi di accertamenti diagnostici, un livello che non è possibile indagare in questa sede con i dati a nostra disposizione.

Un certo grado di iniquità nell'utilizzo del medico di medicina generale si riscontra in tutte le regioni a favore dei soggetti più svantaggiati, ma anche in questo caso l'incertezza che circonda le stime è troppo ampia per mettere in luce differenze significative fra le regioni. Infine, proprio come a livello nazionale, per i ricoveri ospedalieri si riscontra un accesso sostanzialmente equo in tutte le regioni.

# Capitolo 8

## Le variazioni nel tempo

### 8.1 Premessa

Lo scopo di questo capitolo è rispondere con l'evidenza empirica al terzo e ultimo gruppo di interrogativi di ricerca (cfr. par. 5.2) sui quali si fonda questo lavoro: come è variata l'associazione fra status socioeconomico e probabilità di utilizzo dei servizi sanitari a parità di bisogno nel decennio 1994-2005? Nel sesto capitolo abbiamo visto che, nel 2005, le opportunità di accesso al sistema sanitario erano distribuite in modo iniquo fra i cittadini dotati di diversi livelli di risorse socioeconomiche. È stato così anche nel decennio precedente? Se sì, in quale misura? Abbiamo già visto (cfr. cap. 4) che, fra la metà degli anni Novanta del secolo scorso e l'inizio degli anni Duemila, il SSN ha subito diverse riforme. Come diremo fra poco, in linea teorica tali riforme avrebbero potuto esercitare qualche influenza positiva sull'iniquità socioeconomica nell'utilizzazione dei servizi sanitari. Nel presente capitolo cercheremo di capire se i dati a nostra disposizione recano tracce riconoscibili di questi effetti potenziali.

Come specificato in precedenza (cfr. par. 5.3), per rispondere a queste domande abbiamo usato i dati dell'intera serie a nostra disposizione, riferiti agli anni 1994, 2000, 2005. Nel paragrafo che segue si discute la possibilità che le riforme del SSN avvenute appena prima del 1994 e nel decennio successivo siano state una fonte di cambiamento del fenomeno di interesse. Nel terzo paragrafo vengono analizzate le iniquità di accesso ai servizi sanitari attraverso confronti longitudinali, considerando ancora una volta il bisogno come variabile di controllo. L'ultimo paragrafo, come di consueto, è dedicato alle osservazioni conclusive.

## 8.2 Gli effetti potenziali delle riforme

Come abbiamo illustrato nel quarto capitolo, alcune tra le più rilevanti riforme del SSN sono state realizzate nel decennio 1994-2005. Ai fini della presente discussione, ci interessa stabilire se e in quale misura queste riforme abbiano potuto incidere sulle iniquità socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari. Sulla base di quanto detto finora, le nostre ipotesi faranno riferimento a due aspetti principali della questione: in primo luogo, il costo diretto dell'accesso alle prestazioni sanitarie pubbliche o private convenzionate e, dunque, la misura in cui i provvedimenti hanno aumentato, diminuito o mantenuto invariata la partecipazione diretta dei cittadini alla spesa sanitaria attraverso il pagamento dei ticket; in secondo luogo, l'offerta dei servizi sanitari pubblici o privati convenzionati e, dunque, la misura in cui la quantità e la qualità di tali servizi sono variate nel tempo.

Lo scostamento dall'ideale di equità orizzontale osservato nell'anno 2005, ampiamente descritto nel sesto capitolo, ci ha permesso di quantificare il grado di iniquità socioeconomica nell'utilizzo dei servizi sanitari presente in quell'anno. Poiché le riforme realizzate nel decennio precedente erano finalizzate a migliorare la qualità complessiva del SSN, sarebbe ragionevole ipotizzare che nel 1994 e nel 2000 la situazione fosse in qualche misura peggiore, cioè che in quegli anni il grado di iniquità socioeconomica fosse maggiore rispetto al 2005. In particolare, ci si aspetterebbe di riscontare il minore livello di iniquità nel 2005, valori intermedi nel 2000 e una maggiore iniquità nel 1994.

Nel quarto capitolo abbiamo visto, in successione cronologica, i provvedimenti i cui effetti avrebbero dovuto mostrarsi nei primi anni Duemila, prestando particolare attenzione alla cosiddetta riforma "ter" e alle modifiche relative alla compartecipazione e alla definizione dei LEA. Partendo da questi ultimi, abbiamo visto come per la loro definizione si dovette aspettare il febbraio del 2002 ma, soprattutto, come il "pacchetto" di prestazioni che ancora oggi rappresentano il livello essenziale di assistenza sanitaria garantito a tutti i cittadini avrebbe dovuto essere concepito come uno strumento per la tutela della salute, e non come mero strumento di razionalizzazione della spesa. Se così fosse stato, avremmo dovuto aspettarci una diminuzione dell'iniquità nell'utilizzazione di determinati servizi, in particolare delle visite specialistiche e degli accertamenti diagnostici, proprio perché nella definizione dei LEA si sarebbero dovuti considerare in modo unitario i livelli di bisogno e le risorse disponibili. Alcune delle prestazioni garantite dai LEA avvengono dietro pagamento di ticket che, in quegli stessi anni, hanno subito modifiche per effetto di

diversi provvedimenti di riordino (D.Lgs 124/1998, Legge 388/2000, D.L. 347/2001, Legge 289/2002); tali provvedimenti, pur comportando un aumento della partecipazione all'assistenza farmaceutica e, dunque, della spesa sanitaria diretta dei cittadini, hanno individuato nuove categorie di esenzione che avrebbero dovuto avere ripercussioni positive sulle fasce più deboli della popolazione.

Sempre nello stesso periodo, si dovrebbero avvertire gli effetti della riforma "ter" introdotta alla fine anni Novanta, il cui principale intento era quello di avvicinare domanda e offerta tramite la sussidiarietà, valorizzando l'autonomia degli organi territoriali. Questo avrebbe dovuto portare a un miglioramento della quantità e della qualità delle prestazioni in proporzione ai bisogni dei cittadini, attraverso il contatto diretto tra erogatori e utenti – principio che si affermò definitivamente con la riforma del Titolo V della Costituzione. Inoltre, con l'introduzione di un nuovo sistema misto nel quale, oltre alle strutture pubbliche, erano presenti anche quelle private accreditate, si sarebbe dovuto verificare un complessivo accorciamento dei tempi di attesa, in ragione di una minore congestione dei punti di accesso nelle strutture pubbliche. Dai dati raccolti dal Ministero della Salute e riportati nel *Rapporto nazionale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria – Anni 2002-2003* emerge che, fra il 2001 e il 2003, si ebbe un progressivo miglioramento del rispetto dei tempi massimi di erogazione di alcuni servizi diagnostici. Inoltre, nello stesso rapporto si mostra come nel quadriennio 2000-2003 vi sia stato, a livello nazionale, un continuo incremento delle ASL che dichiaravano di avere un sistema automatizzato per la prenotazione delle prestazioni. Poiché, come abbiamo osservato in precedenza (cfr. cap. 6), i tempi di attesa risultano strettamente legati all'effettiva realizzazione dell'equità di accesso alle prestazioni, tale miglioramento avrebbe dovuto esercitare effetti perequativi sulla distribuzione delle opportunità di accesso. Sulla base di tutte queste considerazioni, dunque, è legittimo ipotizzare che, fra il 2000 e il 2005, il livello di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari sia in qualche misura diminuito.

Una diminuzione sarebbe da aspettarsi anche tra il 1994 e il 2000, in virtù degli effetti potenziali attribuibili sia al miglioramento del sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti (Leggi 537/1993 e 724/1994), sia alla riforma "bis". Il nuovo sistema di esenzioni dal pagamento del ticket sanitario sarebbe dovuto servire a estendere le prestazioni totalmente gratuite ad altre fasce della popolazione, in base non solo al reddito ma anche all'età. Inoltre, la riforma "bis" introdusse la regionalizzazione del sistema sanitario con l'intento di razionalizzarne la gestione finanziaria e, quindi, di offrire alcune soluzioni ai punti problematici insiti nell'istituzione del SSN, in particolare la quantità e qualità



TAB. 8.1. Prevalenza (per cento) degli indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari e numero di casi analizzati, secondo l'anno. Italia 1994, 2000 e 2005.

	Visite generiche	Visite special.	Esami diagnosi	Ricoveri ospedale	Numero casi
1994	16,7	14,7	13,1	4,0	49.640
2000	16,2	15,7	13,7	4,1	115.019
2005	18,2	15,4	13,0	3,4	103.651

della protezione sociale e la possibilità per gli utenti di attuare una propria scelta sulla base dell'efficacia delle prestazioni. Infatti, la riforma "bis" aveva tra i suoi obiettivi prioritari l'introduzione della piena concorrenzialità, a parità di regole, tra erogatori pubblici e privati (questi ultimi nella maggior parte privati accreditati), al fine di offrire la possibilità di scelta ai cittadini a parità di condizioni e consentire al sistema di rispondere pienamente al fabbisogno di assistenza (Pavolini e Vicarelli 2009). Il modello di sistema prodotto da questo riordino si fondava sull'esigenza di modernizzare il servizio pubblico introdotto circa quindici anni prima, ricercando vantaggi attraverso l'introduzione di nuovi equilibri gestionali e organizzativi. Subito dopo questa ondata di riforme, nel 1994 fu approvato il primo PSN, che stabiliva i livelli e gli standard organizzativi di assistenza sanitaria da assicurare sul territorio nazionale in condizioni di uniformità (Taroni 2011). In virtù di tutti questi provvedimenti, dunque, dovremmo osservare una diminuzione dell'inequità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari fra il 1994 e il 2000.

### 8.3 Analisi longitudinale dell'inequità: 1994-2005

Nonostante le aspettative di cambiamento verso un livello sempre minore di iniquità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari, le nostre analisi mettono in luce un quadro di sostanziale stabilità del fenomeno in questione.

Tale stabilità si riscontra con chiarezza a partire dalla prevalenza dei quattro indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari qui considerati<sup>1</sup>. Come ci mostra la tabella 8.1, l'utilizzazione dell'assistenza ambulatoriale di base è cambiata solo

<sup>1</sup> L'effettuazione regolare degli esami clinici di base è stata esclusa dall'analisi per mancanza dei dati relativi all'anno 1994 (cfr. par. 5.4.1).

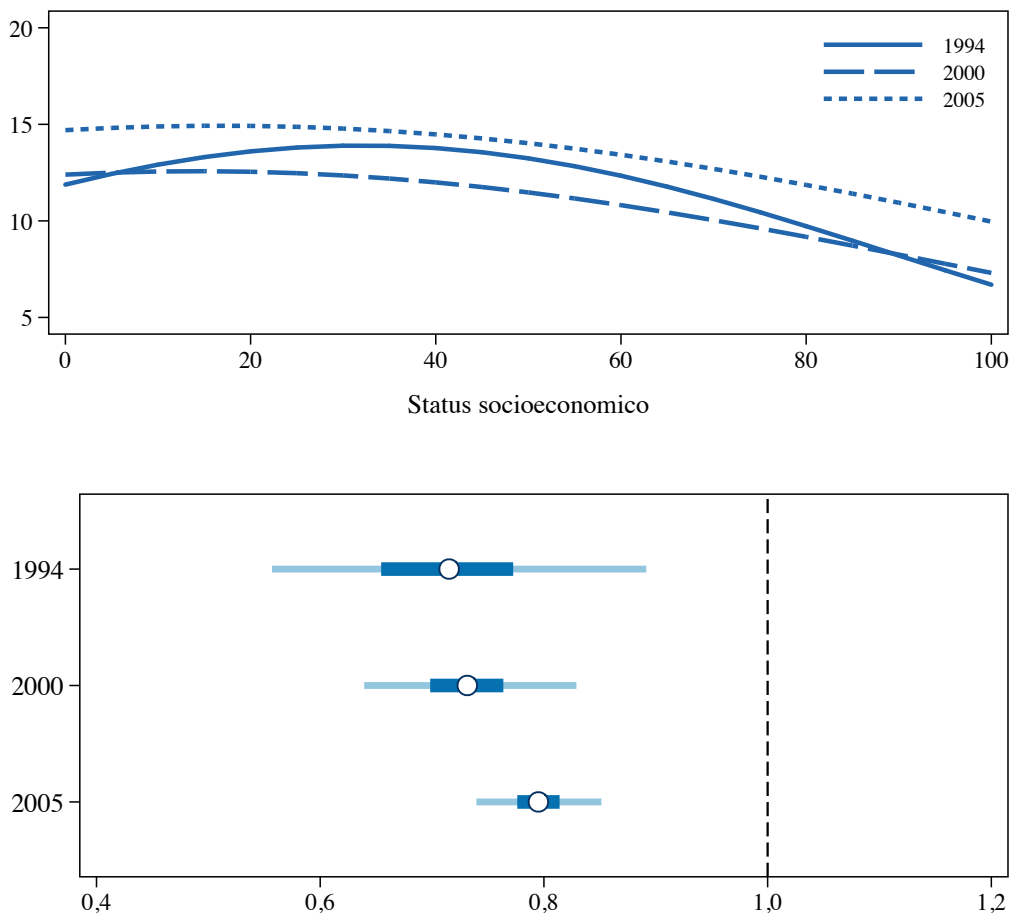


FIG. 8.1. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite generiche, secondo lo status socioeconomico e l'anno (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 1994, 2000 e 2005.

leggermente nel decennio 1994-2005, oscillando fra 16 e 18%. Ancora più contenute – e prive di qualsivolgia tendenza regolare – sono state le variazioni nel ricorso alle visite specialistiche ambulatoriali (15-16%), agli esami diagnostici ambulatoriali (13-14%) e ai ricoveri ospedalieri (3,5-4%). Nel complesso, dunque, l'accesso realizzato ai servizi sanitari qui considerati si è mantenuto su livelli costanti.

Ma ciò che colpisce di più è la sostanziale stabilità, nel lungo arco di tempo preso in esame, dei livelli di iniquità socioeconomico nell'accesso ai servizi sanitari in questione: come ci mostrano con chiarezza le figure 8.1, 8.2 e 8.3, l'associazione

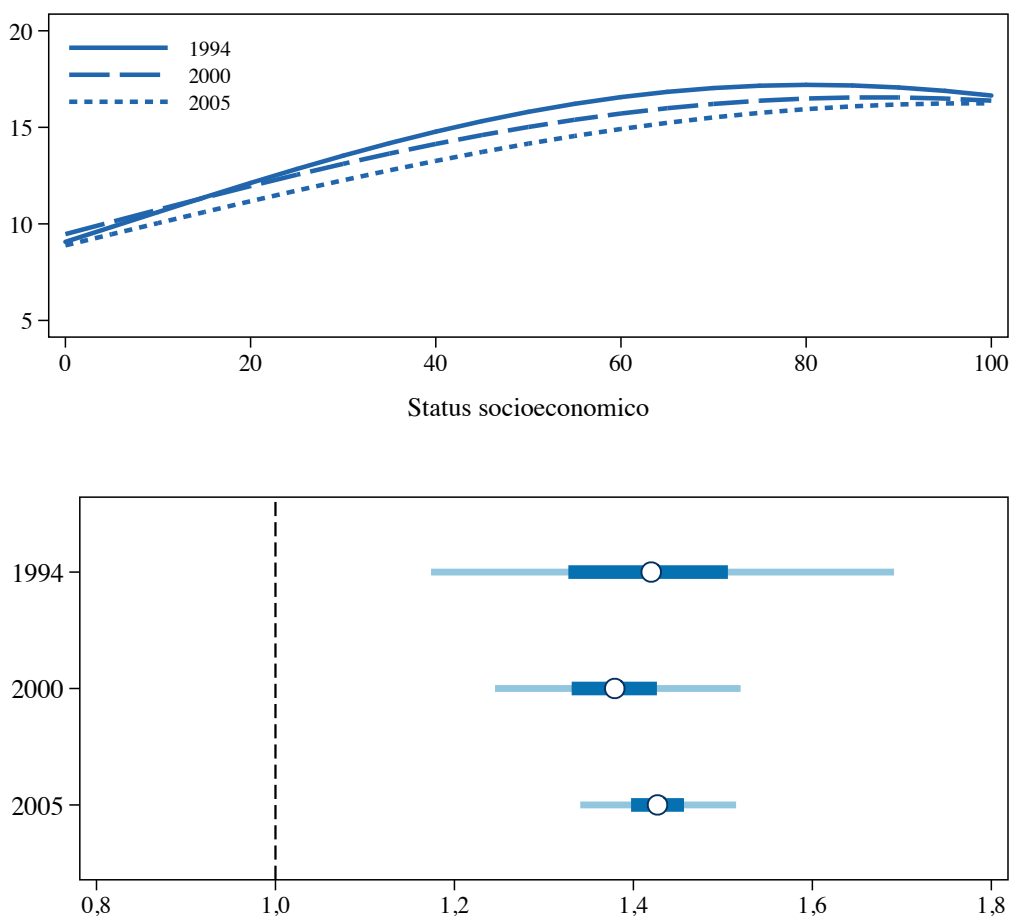


FIG. 8.2. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a visite specialistiche, secondo lo status socioeconomico e l'anno (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 1994, 2000 e 2005.

marginale standardizzata fra status socioeconomico e utilizzazione di visite generiche, visite specialistiche ed esami clinici diagnostici è rimasta sostanzialmente invariata nel decennio 1994-2005, in termini sia di forma, sia di intensità. In altri termini, una volta tenuta in debita considerazione l'oscillazione stocastica delle stime delle quantità di interesse (probabilità marginali standardizzate e rapporti di iniquità), il quadro delle iniquità socioeconomiche illustrato dettagliatamente nel sesto capitolo può essere applicato pari pari anche alla descrizione degli anni 2000 e 1994. Se guardassimo solo le stime puntuali, nel caso delle visite generiche

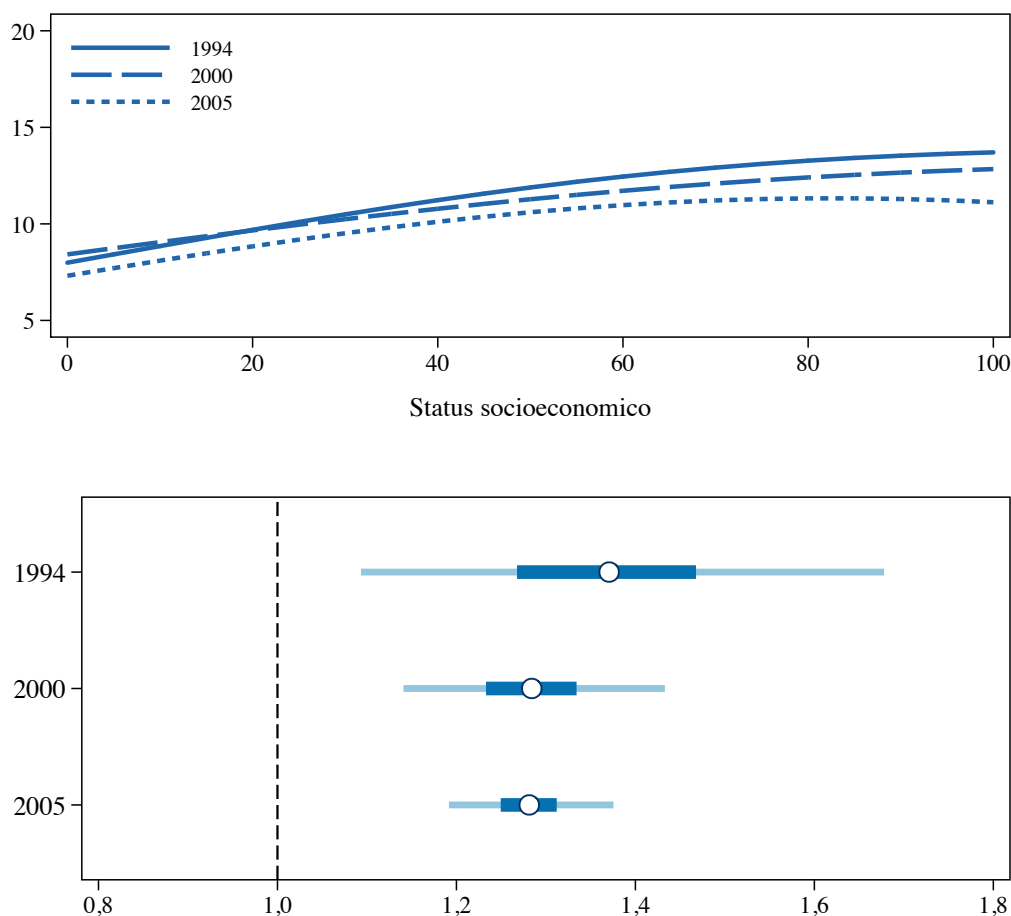


FIG. 8.3. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a esami clinici diagnostici, secondo lo status socioeconomico e l'anno (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 1994, 2000 e 2005.

e degli esami clinici diagnostici potremmo cogliere qualche timido segnale di una progressiva riduzione dell'iniquità. Tuttavia, si tratta di variazioni sostanzialmente trascurabili, oltre che statisticamente non significative.

L'unica eccezione, in questo panorama essenzialmente immutato, è rappresentata dai ricoveri ospedalieri. Come ci mostra la figura 8.4, in questo caso si sono effettivamente verificati dei mutamenti statisticamente significativi nel periodo considerato, in particolare fra il 1994 e il 2000. Tuttavia, le oscillazioni osservate non seguono una direzione precisa e appaiono più come mutamenti erratici che

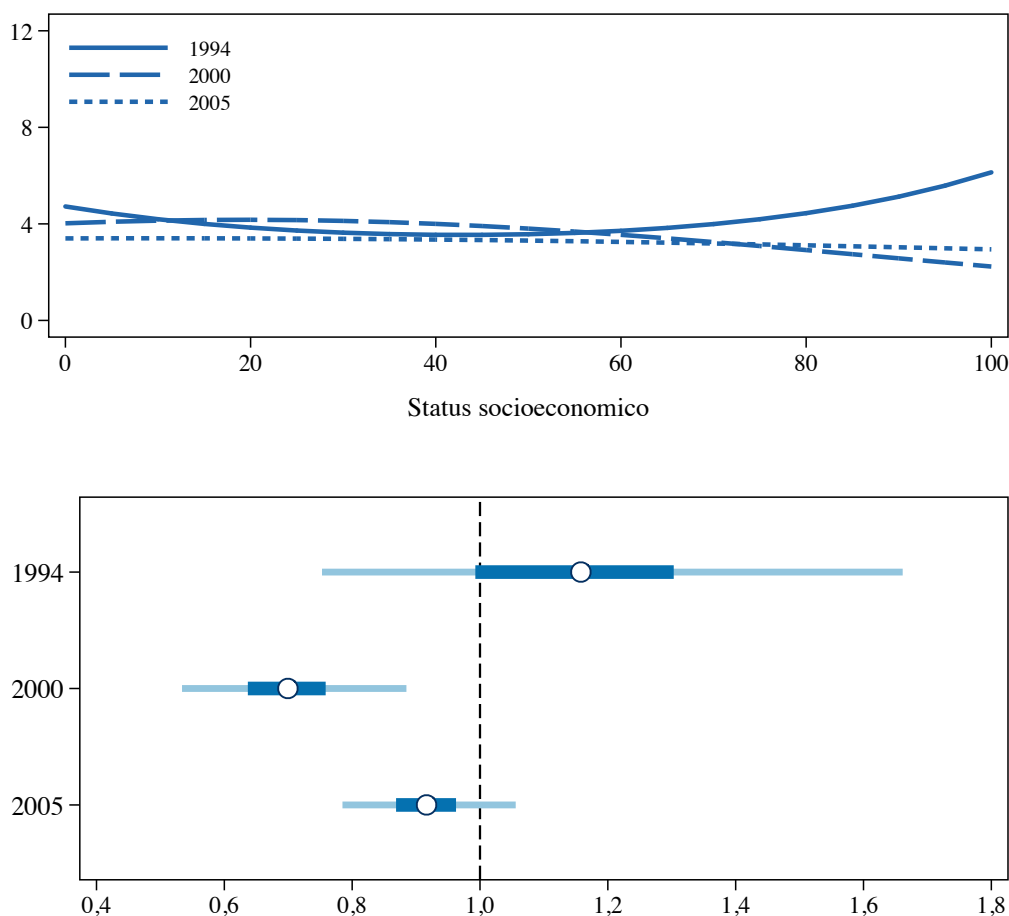


FIG. 8.4. Probabilità marginale standardizzata (per cento) di sottoporsi a ricoveri ospedalieri, secondo lo status socioeconomico e l'anno (pannello superiore), e rapporti di iniquità corrispondenti (pannello inferiore). Per le probabilità sono rappresentate le sole stime puntuali (linee blu); per i rapporti di iniquità sono rappresentati le stime puntuali (cerchi bianchi), gli intervalli di credibilità al 50% (linee azzurro scuro) e gli intervalli di credibilità al 95% (linee azzurro chiaro). Italia 1994, 2000 e 2005.

come manifestazioni di una tendenza regolare. Specificamente, fra il 1994 e il 2000 si è passati da una situazione di sostanziale equità – o di leggera iniquità a favore dei soggetti benestanti – a uno stato di iniquità “positiva”, cioè a favore dei gruppi meno abbienti. Nel quinquennio successivo, invece, l’iniquità è tornata a diminuire, riportandosi su livelli prossimi a 1 (equità perfetta). Dunque, sebbene nel caso dei ricoveri ospedalieri si possano riscontrare segnali di cambiamento nel tempo, il mutamento osservato appare privo di una forma facilmente interpretabile.

## 8.4 Osservazioni conclusive

In questo capitolo abbiamo analizzato la misura in cui l'inequità socioeconomica nella distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari ha subito variazioni nel periodo 1994-2005, caratterizzato da una serie di riforme del sistema sanitario. Dopo avere riassunto i fattori che avrebbero potuto dare luogo a un progressivo miglioramento della situazione nel tempo, abbiamo effettuato le analisi finalizzate a offrire una comparazione diacronica del fenomeno di interesse. In particolare, abbiamo esaminato se e come l'associazione fra status socioeconomico e probabilità di utilizzare quattro dei cinque servizi sanitari considerati in questo lavoro sia variata nel tempo.

Nel complesso le nostre analisi hanno mostrato che, sebbene vi siano alcune differenze fra gli anni presi in esame, esse risultano poco rilevanti in termini sostanziali. In particolare, l'esistenza di un livello significativo di iniquità a favore dei cittadini più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica e degli esami diagnostici è rimasta costante nel tempo. Questo risultato non conferma le nostre aspettative, secondo le quali, in ragione dei miglioramenti intervenuti nel periodo considerato, era ragionevole ritenere che il livello di iniquità si fosse ridotto progressivamente. È possibile che alcune tendenze verso una maggiore equità si siano effettivamente manifestate nel corso del decennio preso in esame, ma siano rimaste nascoste fra le mille pieghe del SSN. Tuttavia, i risultati delle nostre analisi longitudinali sono decisamente eloquenti: nonostante le varie riforme finalizzate a rendere il sistema sanitario italiano sempre più vicino ai bisogni dei cittadini, nel decennio 1994-2005 la struttura generale delle iniquità socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari ha subito, al più, qualche piccola oscillazione, mantenendo inalterato il suo carattere essenziale.

# Capitolo 9

## Conclusioni

### 9.1 L'universalismo incompiuto

Lo scopo di questo lavoro è stato indagare la relazione fra le disuguaglianze socioeconomiche e le opportunità di accesso della popolazione italiana alle cure mediche. In particolare, l'oggetto di indagine è stato il complesso rapporto tra lo status socioeconomico degli individui, il loro bisogno di cure sanitarie e il loro accesso realizzato al sistema sanitario. Tale fenomeno è stato analizzato nel contesto dell'Italia del 2005, nelle sue variazioni regionali e in prospettiva longitudinale, considerando come finestra temporale il decennio precedente.

Prima di intraprendere la ricerca empirica del fenomeno oggetto di studio, è stato necessario condurre un'analisi concettuale, storico-politica e normativa che ci ha permesso dapprima di porre l'accento sull'importanza della salute come opportunità di vita e come "bene speciale"; poi di definire i concetti fondamentali implicati dalla ricerca, quali quelli di equità, accesso, bisogno e status socioeconomico; quindi di delineare e riassumere il percorso istituzionale dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati occidentali, dalle origini della sicurezza sociale alla sanità pubblica moderna; infine di ripercorre le tappe del lungo cammino che ha portato alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale italiano, dando risalto ai provvedimenti normativi più importanti.

L'esame del dibattito sulla giustizia sociale ci ha permesso di evidenziare come, nonostante le divergenze teoriche sul concetto di giusta distribuzione dei beni, vi sia unanimità nel ritenere che l'ingiusta distribuzione all'interno della società dei diversi determinanti della salute – quali caratteristiche individuali, relazioni sociali, condizioni e stili di vita, risorse materiali, culturali e ambientali – sia

iniqua e moralmente inaccettabile, proprio perché salute e assistenza sanitaria sono universalmente ritenute condizioni necessarie per ottenere giuste ed eque opportunità di vita. Specificamente, il principio rawlsiano di giustizia come equità implica che le istituzioni soddisfino il criterio di uguaglianza di opportunità come prerequisito garantito dalla giusta distribuzione di beni e servizi. Questo concetto, nella versione estesa di Daniels, mette in primo piano l'obiettivo di ridurre le iniquità nell'accesso ai servizi sanitari attraverso un'appropriata sanità pubblica che garantisca l'accesso universale all'assistenza, perché tali iniquità rappresentano una dimensione importante del più ampio fenomeno delle disuguaglianze sociali e costituiscono una delle dimensioni più importanti del concetto weberiano di opportunità di vita.

Attraverso le tappe dell'affermazione del diritto alla tutela della salute a livello internazionale, abbiamo visto come le nozioni di salute e di tutela della salute si siano modificate nel tempo, arrivando ad assumere connotati ampi e generali che sono andati oltre il binomio salute-malattia, fino a conferire alla salute lo status di diritto fondamentale, individuale e al contempo sociale, che ogni governo dovrebbe impegnarsi a tutelare. Ciononostante, abbiamo visto come le disuguaglianze di salute restino un fenomeno presente e diffuso in tutte le società, anche quelle più egualitarie. Tali disuguaglianze sono determinate da diversi fattori, e gli studiosi hanno elaborato diversi modelli per analizzarle e spiegarle. In particolare, il modello materialista pone al centro dell'attenzione la relazione tra la posizione socioeconomica degli individui e le loro opportunità di accesso a risorse fondamentali per il proprio stato di salute, come i servizi sanitari. L'accesso a essi, concettualizzato in modo differente nei diversi modelli presi in esame, è emerso come un elemento chiave per la comprensione delle disuguaglianze di salute, la cui regolazione può fornire un contributo rilevante al miglioramento dello stato di salute della popolazione e del grado di giustizia sociale di una data società.

Sempre nell'ambito dell'analisi concettuale, abbiamo preso in esame i quattro concetti fondamentali implicati dagli obiettivi di ricerca di questo lavoro: l'equità di accesso ai servizi sanitari, l'accesso ai servizi sanitari, il bisogno di assistenza sanitaria e lo status socioeconomico. Per ognuno di essi è stata data una definizione specifica, tenendo conto della letteratura di riferimento e dei molteplici e sfaccettati aspetti, sia teorici che operativi, che essi implicano. Inoltre, proprio perché i riferimenti appartengono a discipline diverse come la filosofia, l'epidemiologia, la sociologia, la scienza politica e l'economia, essi presentano notevoli ambiguità semantiche e difficoltà di misurazione. Ciononostante, abbiamo affrontato la costruzione del quadro analitico considerando gli obiettivi specifici di questa ricerca



e le informazioni a nostra disposizione. In questo modo siamo giunti alla definizione di equità come *equità orizzontale* nell'accesso ai servizi – parità di trattamento a parità di bisogno – che riveste un ruolo centrale perché ritenuta requisito essenziale per il miglioramento delle condizioni di salute delle popolazioni. Abbiamo poi definito l'accesso come *accesso realizzato* ai servizi sanitari, perché esso denota non solo il potenziale ma anche l'effettivo utilizzo del sistema sanitario e, dunque, rappresenta il grado di adattamento tra il sistema sanitario e i cittadini; in questa prospettiva, un accesso equo è attribuibile a caratteristiche demografiche, biologiche e al bisogno di cure, mentre un accesso iniquo si ha quando prevalgono fattori quali posizione sociale e risorse socioeconomiche e culturali. Per quanto riguarda il bisogno di assistenza sanitaria, abbiamo deciso di misurarlo con una misura soggettiva dello stato di salute che rileva le condizioni di salute degli individui in modo accurato. Infine, abbiamo scelto un approccio funzionalista nella definizione dello status socioeconomico, secondo il quale reddito, prestigio, capitale culturale o combinazioni ponderate di queste risorse sono distribuite su un continuum che permette di cogliere la dimensione gerarchica delle disuguaglianze e di esprimere le risorse disponibili in termini quantitativi, combinando posizione occupazionale, titolo di studio e reddito mediano equivalente.

Una volta chiariti i concetti alla base di questa ricerca, è stato necessario affrontare la nascita e l'evoluzione dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati occidentali, attraverso una breve analisi storico-politica in chiave comparativa. Abbiamo visto come la sanità sia diventata un settore di intervento dotato di autonomia istituzionale e di crescente importanza sociale, economica e politica solo a partire dal Novecento, con l'unica eccezione degli Stati Uniti, che rappresentano un unicum nel panorama delle società avanzate. Il percorso istituzionale seguito dai paesi occidentali ha portato allo sviluppo di sistemi sanitari con caratteristiche differenti, ma tutti finalizzati a garantire assistenza sanitaria a una quota sempre più ampia della popolazione, fino a raggiungere – alla fine del secolo scorso – una copertura totale o prossima al totale in quasi tutti i paesi presi in esame. Inoltre, abbiamo dedicato una breve analisi della spesa sanitaria e delle sue variazioni nel tempo nei diversi paesi, osservando anche le diverse ripartizioni fra pubblico e privato e le differenti destinazioni di utilizzo che, a loro volta, si traducono in diversi livelli di efficacia, efficienza ed equità dei sistemi sanitari. Quello italiano, oggetto di questa ricerca, si caratterizza da un lato per la copertura totale della popolazione, dall'altro per una spesa sanitaria – sia pubblica che privata – relativamente bassa, nonché oggetto di ulteriori tagli programmati.

Scendendo nel dettaglio, attraverso un'analisi storico-istituzionale del sistema

sanitario italiano abbiamo dato risalto ai passaggi fondamentali dell'evoluzione della tutela della salute nel nostro paese a partire da fine Ottocento. Abbiamo visto come solo a cavallo tra il XIX e il XX secolo la miriade di istituzioni private che offrivano assistenza sanitaria siano state regolamentate dallo Stato con un finanziamento pubblico a fronte dell'obbligo di erogare servizio, e siano state introdotte le prime norme in materia di sicurezza sociale con l'applicazione di alcune caratteristiche del modello bismarckiano. Ciononostante, fino all'avvento del fascismo l'assistenza sanitaria continuò a essere erogata gratuitamente solo ad alcuni gruppi di cittadini, restando a pagamento per il resto della popolazione, con il conseguente sviluppo delle società di mutuo soccorso, poi evolute in enti assicurativi di categoria. Solo negli anni Trenta infatti, con la nascita dei primi grandi istituti nazionali, si affermò la gestione diretta della sanità pubblica da parte dello Stato, seppure con una protezione che rimaneva condizionata alla posizione occupazionale.

Come abbiamo visto, si dovette aspettare il secondo dopoguerra per vedere emergere anche in Italia, sull'onda del Rapporto Beveridge, un nuovo concetto di sicurezza sociale di matrice universalista e ugualitaria, che venne subito sancito nella nuova Costituzione repubblicana, ma che vedrà la sua effettiva realizzazione solo trent'anni più tardi. Abbiamo infatti evidenziato come per tutti gli anni Cinquanta e Sessanta il diritto alla tutela della salute sia rimasto correlato all'essere lavoratore anziché all'essere cittadino, e come le disparità sociali nell'accesso ai servizi sanitari, sia potenziale che realizzato, siano rimaste immutate anche dopo l'istituzione del Ministero della Sanità nel 1958. I primi passi verso una riforma strutturale del sistema sanitario italiano furono compiuti nel 1968 con la trasformazione in enti pubblici degli ospedali, fino ad allora gestiti dagli enti mutualistici, e nel 1974 con il definitivo scioglimento delle casse mutue e il trasferimento delle loro competenze alle regioni. Ma solo nel 1978, con la legge 833, fu istituito nel nostro paese un sistema sanitario nazionale basato sui principi di universalità e uguaglianza, che prevedeva la garanzia di erogazione a tutti i cittadini di medesime prestazioni a parità di bisogno. Il nuovo sistema, coordinato e finanziato dallo Stato a livello centrale ma gestito a livello territoriale dalle regioni attraverso le USL, fu però ben presto messo in crisi da gravi problemi di sostenibilità economica. Abbiamo osservato come proprio le pressanti esigenze di contenimento dei costi emerse negli anni Ottanta abbiano portato alle due grandi ondate di "controriforme" sanitarie degli anni Novanta: la cosiddetta riforma "bis" del 1992/1993, che introdusse l'aziendalizzazione e la regionalizzazione delle strutture sanitarie, e la riforma "ter" del 1998/1999, con la quale furono rafforzati i principi di mercato applicati al SSN e vennero ulteriormente razionalizzate le risorse con il potenziamento dell'autonomia

regionale. Al termine di questo processo – completato nel 2001 con la riforma del titolo V della Costituzione, che valorizzò i poteri e l'autonomia degli organi territoriali per avvicinare le esigenze dei cittadini ai sistemi locali – un unico modello sanitario nazionale era stato di fatto soppiantato da tanti sistemi regionali differenti nel loro funzionamento. Abbiamo visto inoltre come si sia dovuto attendere fino al 2002 per veder regolamentati e garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA), definiti come le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti i cittadini e su tutto il territorio con risorse pubbliche finanziate dalla fiscalità generale, a titolo gratuito o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket). Ciononostante, anche i LEA, seppur pensati come strumento di tutela della salute di tutti i cittadini a parità di bisogno e indipendentemente da distinzioni di condizioni individuali, sociali o di reddito, sono rimasti di fatto un mero strumento di razionalizzazione della spesa, in quanto sono stati ampliati e rivisti senza però mai arrivare a una loro revisione completa che considerasse in modo sistematico i bisogni, l'offerta e le risorse disponibili.

Passando all'analisi empirica, in questo lavoro di ricerca sono stati presi in esame i modi e la misura in cui in Italia la distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari si discosta dall'ideale di equità orizzontale, effettuando un'ampia serie di analisi finalizzate a verificare se gli obiettivi di parità di accesso a parità di bisogno, che sono alla base del nostro sistema sanitario, siano stati effettivamente realizzati. Dalle nostre analisi è emerso in primo luogo che esiste un grado di iniquità orizzontale in quasi tutti gli indicatori di accesso ai servizi presi in esame. In particolare, abbiamo visto come la probabilità di utilizzare i principali servizi sanitari vari tra individui con uguale bisogno di cure ma diverse caratteristiche socioeconomiche. In altri termini, abbiamo mostrato come, a dispetto dei principi egualitari che hanno ispirato fin dall'inizio il SSN, il nostro paese non sia riuscito a evitare la formazione (o il mantenimento) di disuguaglianze socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari. In particolare, nell'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, degli esami clinici di base e degli esami diagnostici ambulatoriali è emerso un livello significativo di iniquità a favore degli individui più benestanti; anche nell'accesso al medico di medicina generale è stato riscontrato un certo grado di iniquità, ma questa volta a favore dei soggetti meno abbienti. L'accesso all'assistenza ospedaliera, infine, è risultato sostanzialmente equo. L'analisi stratificata per livello di bisogno – una delle principali novità di questo studio – ha mostrato come questo quadro generale nasconda alcune interessanti forme di eterogeneità del fenomeno: il livello di iniquità appare diverso se calcolato per la popolazione che gode di buona salute, di salute discreta o che versa in uno stato di cattiva salute. Specificamente, l'iniquità

nell'utilizzazione dei servizi tende a diminuire al peggiorare dello stato di salute e, quindi, all'aumentare del bisogno di assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda le differenze di iniquità nell'utilizzo dei servizi sanitari a seconda della regione di residenza, le nostre analisi hanno mostrato come, sebbene emergano alcune differenze regionali, esse siano generalmente poco significative, in termini sia statistici che sostanziali, e non presentino alcuna forma o tendenza ben delineata. In pratica, in tutte e venti le regioni italiane l'iniquità di accesso ai servizi presi in esame si manifesta in modo relativamente uniforme e si configura, come a livello nazionale, a favore degli individui più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, degli esami clinici di base e degli esami diagnostici ambulatoriali; a favore dei soggetti più svantaggiati nell'utilizzo del medico di medicina generale; e a favore di nessuno in particolare nei ricoveri ospedalieri.

Infine, l'analisi longitudinale mostra con chiarezza che l'iniquità socioeconomica nella distribuzione delle opportunità di accesso ai servizi sanitari non ha subito sostanziali variazioni nel periodo 1994-2005, nonostante tale decennio sia stato caratterizzato da una serie di riforme del sistema sanitario che, secondo le nostre ipotesi preliminari, avrebbero dovuto dare luogo a una progressiva attenuazione dell'iniquità. Nel complesso, sebbene siano emerse alcune differenze fra gli anni presi in esame, esse risultano poco rilevanti in termini sostanziali. In particolare, l'esistenza di un livello significativo di iniquità a favore dei cittadini più benestanti nell'utilizzo dell'assistenza specialistica e degli esami diagnostici è rimasta costante nel tempo. Dallo studio diacronico del fenomeno di interesse risulta quindi chiaramente che, nonostante le varie riforme finalizzate a rendere il sistema sanitario italiano sempre più vicino ai bisogni dei cittadini, nel decennio preso in esame la struttura generale delle iniquità socioeconomiche nell'accesso ai servizi sanitari ha subito, al più, qualche piccola oscillazione, mantenendo inalterato il suo carattere essenziale.

## 9.2 Limiti dello studio e possibili sviluppi futuri

Questo lavoro presenta alcuni limiti dei quali è opportuno tenere conto per una migliore valutazione dei risultati di ricerca illustrati e discussi nei capitoli precedenti. Il primo limite riguarda l'attualità dei dati utilizzati nelle analisi. Per motivi organizzativi e finanziari, la realizzazione dell'edizione 2009/2010 dell'indagine *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari* è stata più volte rimandata e avviata solo nell'ultimo trimestre del 2012. Pertanto, per lo svolgimento delle

analisi primarie di questo lavoro abbiamo potuto fare affidamento solo sui dati del 2005 che, sebbene siano i più recenti a disposizione sull'argomento oggetto di studio, sono indubbiamente un po' datati. Alla luce del quadro di forte stabilità messo in luce dall'analisi longitudinale, è plausibile ritenere che la disponibilità di dati più recenti non avrebbe portato a conclusioni molto diverse da quelle ottenute analizzando la situazione al 2005. Tuttavia, nel momento in cui i dati dell'edizione 2012/2013 verranno diffusi dall'ISTAT, sarà interessante verificare se, in un periodo di forte crisi economico-finanziaria come quello che stiamo vivendo, l'inequità socioeconomica nell'accesso ai servizi sanitari abbia subito qualche cambiamento sostanzialmente rilevante.

Un secondo limite di questo studio riguarda le informazioni utilizzate per misurare lo stato di salute – e, quindi, il livello di bisogno di assistenza sanitaria – dei soggetti intervistati: sebbene l'uso dell'indice PCS-12 rappresenti una scelta ben fondata e collaudata, si tratta pur sempre di una misura soggettiva unidimensionale e, in quanto tale, intrinsecamente imprecisa. Un limite collegato riguarda l'impossibilità – con i dati utilizzati – di individuare in modo pienamente attendibile l'appropriatezza dell'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli intervistati, cioè il loro grado di effettiva “eleggibilità” all'assistenza sanitaria da essi richiesta e ricevuta. Per tutti gli indicatori presi in esame – ma in particolare per gli esami clinici di base – la popolazione degli utilizzatori può essere molto eterogenea in termini di bisogno e quindi comprendere, accanto agli “utilizzatori appropriati”, anche soggetti che utilizzano i servizi in questione più o meno di quanto dovrebbero. Se tale eterogeneità è in qualche misura associata allo status socioeconomico degli individui, allora l'inequità osservata può risultare parzialmente distorta.

Gli stessi indicatori di utilizzazione dei servizi sanitari da noi impiegati sono piuttosto sommari e, come tali, non permettono di individuare eventuali forme di inequità associate a servizi più specifici. Per ovviare, almeno in parte, a questo limite, sarebbe interessante approfondire questo studio con dati provenienti da altre fonti, in particolare quelli raccolti regolarmente dalle ASL e riguardanti, ad esempio, i DRG, le diagnosi, le liste di attesa, la farmaceutica territoriale e a erogazione diretta, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza domiciliare integrata, l'esenzione dai ticket, e così via. Opportunamente collegati alle informazioni socioeconomiche messe a disposizione dal censimento della popolazione, questi dati amministrativi permetterebbero non solo di delineare un quadro molto più completo del fenomeno di interesse, ma anche di ottenere stime efficienti a livello sub-nazionale, necessarie per effettuare confronti attendibili fra le regioni. Con dati di questo tipo, inoltre, sarebbe possibile scendere nel dettaglio delle differenti

visite specialistiche e dei diversi esami diagnostici, con la possibilità di far emergere ulteriori eterogeneità del fenomeno. In questa direzione si sta attualmente muovendo l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) con un progetto denominato MATRICE. Questo progetto prevede il disegno, la sperimentazione, la validazione e l'applicazione ad alcuni casi di studio di un software *open source* per aggregare e integrare i dati dei flussi sanitari nazionali e produrre la lettura dei percorsi assistenziali dei pazienti. L'obiettivo del progetto MATRICE è proprio quello di condividere i dati e utilizzare unicamente flussi informativi già esistenti e basi di dati convalidate con rigorosi criteri scientifici. Quando questo progetto sarà portato a termine, sarà possibile interrogare il sistema MATRICE per analizzare un'ampia messe di dati per e misurare l'equità nell'erogazione delle cure territoriali e nazionali.

Una questione potenzialmente rilevante ma solo accennata, in termini ipotetici, in questo lavoro è quella riguardante l'educazione alla salute. A questo proposito, sarebbe utile in futuro approfondire lo studio delle motivazioni sottese alla scelta dei percorsi di cura e prevenzione – inclusi gli stili di vita legati alla salute – al fine di individuare altre importanti questioni legate alle disuguaglianze di accesso alle cure. Questo tipo di dati non è al momento disponibile e, proprio per questo, disegnare uno studio finalizzato a raccogliarli sarebbe utile per colmare un vuoto conoscitivo rispetto a uno dei fattori che potrebbero contribuire a generare le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari.

Infine, è importante indicare un limite metodologico. Per riassumere le associazioni di interesse abbiamo utilizzato i rapporti di iniquità che, però, rappresentano solo uno dei diversi modi a disposizione del ricercatore. In alternativa avremmo potuto utilizzare le differenze di probabilità o gli odds ratio, ottenendo così diversi sguardi sul fenomeno di interesse. Tuttavia, poiché abbiamo stimato e riportato in modo esaustivo le probabilità marginali standardizzate per l'intero campo di variazione dello status socioeconomico, il lettore interessato dispone di tutte le informazioni per effettuare questi calcoli aggiuntivi.

### 9.3 Prove di universalismo

Nonostante i suoi limiti, questo studio ha messo in luce una chiara – e, per molti versi, inedita – immagine delle disuguaglianze socioeconomiche di accesso ai servizi sanitari in Italia. Il quadro delineato potrebbe aiutare gli amministratori a progettare politiche pubbliche volte a riequilibrare le differenze osservate. Come

abbiamo visto, oggi l'obiettivo della copertura universale è raggiunto formalmente ma non effettivamente, e la crescita dei bisogni e della domanda non sembra destinata a rallentare. Pertanto sarebbe opportuno intervenire sui livelli di efficienza senza ridurre la copertura dei bisogni, riorganizzare la rete di offerta e ridefinire i livelli essenziali di assistenza. Nello specifico, al fine di migliorare l'attuale assetto del SSN, si potrebbero attuare politiche che puntino a diversi obiettivi. In primo luogo, sarebbe necessaria un'efficiente e diffusa opera di prevenzione, che possa contribuire a diminuire il bisogno immediato di assistenza, in particolare quella specialistica. Sempre nell'ottica di snellire la domanda e aumentare l'efficienza dei servizi, sarebbe utile potenziare l'assistenza domiciliare agli anziani, che nel nostro paese costituiscono una porzione sempre crescente della popolazione, ma anche ai malati cronici domiciliari, che necessiterebbero di un'assistenza efficiente e di una mobilità territoriale assistita. Inoltre, sarebbe opportuno creare canali differenziati per livelli di bisogno, migliorare la gestione e il rispetto delle liste d'attesa e rendere più efficiente il passaggio dai medici di medicina generale all'assistenza specialistica e diagnostica. Infine, tenuto conto degli effetti del decentramento in termini di creazione di diversi sistemi sanitari regionali con proprie regole per l'accesso ai servizi, sarebbe necessario un monitoraggio sistematico delle disuguaglianze e delle iniquità nell'uso dei servizi, sia a livello nazionale che nei diversi sistemi regionali. L'organismo deputato a tale compito è stato individuato dalla recente commissione d'inchiesta del Senato sull'efficacia e l'efficienza del SSN – presieduta da Ignazio Marino – in un'agenzia nazionale di verifica che sia slegata dalla politica e in grado di valutare le pratiche sul territorio, premiando le migliori. Un'analoga proposta è stata avanzata ultimamente da Gabriele Pelissero, presidente dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP), il quale ha auspicato la nascita di un organismo di controllo autenticamente *super partes*, per promuovere e valorizzare la qualità superando la dicotomia pubblico-privato e il conflitto di interessi controllore-controllato proprio delle ASL. Al fine di ridurre la disuguaglianza di accesso alle visite specialistiche e agli accertamenti diagnostici sarebbe, inoltre, auspicabile una rimodulazione della compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti, o quantomeno evitare ulteriori aumenti dei ticket come quelli proposti nel 2012.

Come è già avvenuto in passato, il rischio è che le politiche sanitarie, tra cui quelle per la lotta alle disuguaglianze di salute e le iniquità nell'accesso ai servizi, siano poste in secondo piano rispetto alle politiche di stabilizzazione economica. Infatti, in questo momento in Italia viene sollecitata da più parti l'adozione di severe misure di contenimento della spesa sanitaria pubblica – soprattutto da parte delle regioni che hanno accumulato deficit negli ultimi anni – al fine di non oltrepassare

il limite del 3% nel rapporto deficit-PIL imposto dal Patto europeo di stabilità. Le operazioni di contenimento della spesa messe in atto nel 2011/2012 hanno avuto pesanti ricadute sia sull'erogazione dei servizi sanitari, pubblici e privati, sia sugli stessi cittadini in termini di spesa *out of pocket*. Alla luce di quanto detto, risulta ancora più evidente la necessità di arrestare i tagli lineari delle risorse destinate al sistema sanitario, per rimanere in linea con i livelli di finanziamento alla sanità dei principali paesi OCSE con sistema universalistico simile al nostro.

I principi di universalità e uguaglianza alla base del sistema sanitario italiano istituito nel 1978 non hanno avuto piena e completa attuazione. Tenuto conto che la crescita dei bisogni e della domanda non sembra destinata a rallentare, risulta tanto più importante intervenire sui livelli di efficienza senza ridurre la copertura dei bisogni, riorganizzare la rete di offerta e ridefinire i livelli essenziali di assistenza. In ultima analisi, per contrastare le disuguaglianze di accesso ai servizi e perseguire l'equità del sistema, sembrerebbe necessario intervenire sull'intero impianto del welfare nazionale caratterizzato da un'atipica natura mista di tipo universale, conservatore, corporativo e familista che alimenta la riproduzione del più ampio fenomeno delle disuguaglianze socioeconomiche.



# Appendice A

## Modelli di regressione

Questa appendice riporta i risultati grezzi della procedura di stima dei modelli di regressione utilizzati nel presente lavoro. Specificamente, per ogni parametro di ciascuno dei 37 modelli stimati, le tabelle che seguono riportano la media e la deviazione standard della rispettiva distribuzione di probabilità a posteriori. Inoltre, per ogni modello è riportato il numero di iterazioni seguite dalla catena markoviana durante la fase di monitoraggio (cfr. par. [5.5.3](#)).

TAB. A.1. Modello nazionale base: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'indicatore di utilizzazione dei servizi sanitari (2005).

	Visite generiche		Visite specialistiche		Esami base		Esami diagnostici		Ricoveri ospedale	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>										
IRS ( $\times 100$ )	0,111	0,207	1,416	0,207	1,217	0,178	1,069	0,228	-0,149	0,386
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,635	0,224	-0,724	0,214	-0,794	0,184	-0,658	0,235	-0,002	0,421
<i>Stato di salute</i>										
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Discreto	1,169	0,025	1,138	0,024	0,759	0,024	0,990	0,026	1,483	0,045
Cattivo	1,692	0,039	1,800	0,039	1,416	0,047	1,631	0,042	2,495	0,056
<i>Sesso</i>										
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,213	0,019	0,251	0,019	0,170	0,017	0,162	0,021	-0,142	0,035
<i>Classe di età</i>										
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,120	0,058	0,078	0,055	0,617	0,048	0,221	0,067	0,247	0,118
30-39 anni	0,249	0,049	0,100	0,046	1,073	0,041	0,407	0,055	0,368	0,098
40-49 anni	0,384	0,047	0,059	0,045	1,492	0,039	0,529	0,055	-0,024	0,101
50-59 anni	0,599	0,047	0,157	0,046	2,199	0,041	0,712	0,054	0,153	0,099
60-64 anni	0,701	0,055	0,180	0,054	2,554	0,052	0,821	0,062	0,201	0,108
65-69 anni	0,978	0,054	0,225	0,054	2,914	0,054	0,953	0,062	0,345	0,104
70-74 anni	1,036	0,055	0,128	0,054	3,070	0,057	0,808	0,064	0,313	0,104
75-79 anni	1,046	0,059	0,060	0,058	3,105	0,062	0,788	0,066	0,260	0,106
80+ anni	1,024	0,057	-0,384	0,059	2,678	0,059	0,363	0,067	0,099	0,104
<i>Comune di residenza</i>										
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,038	0,050	0,079	0,047	0,245	0,053	0,104	0,053	-0,112	0,079
Comuni fino 2.000 ab.	-0,175	0,051	-0,099	0,051	-0,087	0,053	-0,173	0,056	0,000	0,077
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,055	0,040	-0,036	0,040	0,045	0,043	-0,057	0,044	-0,142	0,062
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,126	0,041	-0,062	0,040	0,072	0,044	0,011	0,043	-0,128	0,063
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,077	0,043	-0,108	0,043	0,062	0,047	0,000	0,047	0,057	0,066
$\alpha$	-2,913	0,079	-3,040	0,074	-2,323	0,095	-3,666	0,084	-4,264	0,127
$\psi_0^{(2)}$	1,325	0,056	0,920	0,048	2,641	0,068	1,236	0,063	0,003	0,001
$\psi_0^{(3)}$	0,029	0,012	0,016	0,007	0,089	0,034	0,017	0,007	0,005	0,004
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.2. Modello nazionale stratificato per l'analisi delle visite generiche: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo lo stato di salute (2005).

	Buona salute		Discreta salute		Cattiva salute	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	-0,119	0,256	0,508	0,420	-0,056	0,902
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,373	0,272	-1,215	0,478	-0,278	1,075
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,335	0,027	0,123	0,035	-0,035	0,052
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,081	0,066	0,127	0,148	0,424	0,443
30-39 anni	0,219	0,055	0,254	0,122	0,037	0,370
40-49 anni	0,362	0,054	0,290	0,118	0,502	0,352
50-59 anni	0,625	0,055	0,373	0,116	0,516	0,344
60-64 anni	0,752	0,070	0,447	0,122	0,572	0,349
65-69 anni	1,154	0,071	0,646	0,121	0,780	0,346
70-74 anni	1,332	0,078	0,691	0,122	0,700	0,341
75-79 anni	1,323	0,091	0,742	0,123	0,774	0,342
80+ anni	1,427	0,106	0,688	0,122	0,823	0,339
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,048	0,066	-0,034	0,085	0,035	0,114
Comuni fino 2.000 ab.	-0,212	0,070	-0,162	0,085	-0,019	0,109
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,072	0,054	-0,047	0,068	0,056	0,089
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,124	0,054	-0,160	0,070	0,003	0,092
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,148	0,058	0,051	0,076	-0,037	0,099
$\alpha$	-2,968	0,106	-1,580	0,160	-0,884	0,380
$\psi_0^{(2)}$	1,326	0,136	1,806	0,246	0,020	0,021
$\psi_0^{(3)}$	0,033	0,014	0,034	0,016	0,022	0,013
N. iterazioni	50.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.3. Modello nazionale stratificato per l'analisi delle visite specialistiche: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo lo stato di salute (2005).

	Buona salute		Discreta salute		Cattiva salute	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,602	0,260	0,787	0,374	2,745	1,146
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,847	0,261	-0,120	0,409	-1,845	1,335
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,457	0,029	0,076	0,033	-0,160	0,066
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,019	0,061	0,337	0,134	-0,678	0,514
30-39 anni	0,036	0,052	0,322	0,111	-0,810	0,434
40-49 anni	0,025	0,052	0,158	0,109	-0,697	0,413
50-59 anni	0,118	0,053	0,275	0,107	-0,863	0,408
60-64 anni	0,174	0,070	0,221	0,112	-0,813	0,412
65-69 anni	0,284	0,073	0,270	0,111	-0,954	0,406
70-74 anni	0,319	0,082	0,133	0,112	-1,100	0,409
75-79 anni	0,280	0,101	0,124	0,113	-1,207	0,410
80+ anni	0,249	0,123	-0,220	0,115	-1,733	0,420
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	0,118	0,065	0,095	0,077	-0,106	0,149
Comuni fino 2.000 ab.	-0,058	0,070	-0,143	0,078	-0,208	0,142
Comuni 2.001-10.000 ab.	0,029	0,054	-0,064	0,061	-0,324	0,121
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,016	0,054	-0,086	0,062	-0,244	0,120
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,048	0,058	-0,204	0,069	-0,141	0,128
$\alpha$	-3,284	0,122	-1,696	0,153	0,072	0,443
$\psi_0^{(2)}$	1,089	0,217	0,718	0,279	1,231	0,633
$\psi_0^{(3)}$	0,034	0,014	0,013	0,007	0,019	0,017
N. iterazioni	100.000		50.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.4. Modello nazionale stratificato per l'analisi degli esami clinici di base: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo lo stato di salute (2005).

	Buona salute		Discreta salute		Cattiva salute	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,463	0,211	0,567	0,432	0,990	1,033
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,901	0,215	-0,530	0,475	-1,447	1,221
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,226	0,021	0,084	0,038	-0,020	0,067
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,605	0,053	0,796	0,148	0,544	0,429
30-39 anni	1,089	0,046	1,303	0,128	0,566	0,342
40-49 anni	1,536	0,046	1,593	0,126	0,924	0,335
50-59 anni	2,223	0,047	2,414	0,127	1,376	0,328
60-64 anni	2,585	0,062	2,702	0,137	1,810	0,339
65-69 anni	2,914	0,066	3,182	0,141	1,952	0,333
70-74 anni	3,139	0,078	3,272	0,140	1,884	0,329
75-79 anni	3,310	0,095	3,157	0,141	2,080	0,329
80+ anni	2,857	0,109	2,889	0,137	1,577	0,320
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	0,280	0,061	0,201	0,099	-0,001	0,156
Comuni fino 2.000 ab.	0,031	0,065	-0,337	0,099	-0,417	0,143
Comuni 2.001-10.000 ab.	0,124	0,050	-0,101	0,079	-0,359	0,121
Comuni 10.001-50.000 ab.	0,113	0,051	-0,012	0,082	-0,114	0,126
Comuni oltre 50.000 ab.	0,061	0,055	0,126	0,088	-0,092	0,135
$\alpha$	-2,519	0,094	-1,369	0,179	-0,057	0,378
$\psi_0^{(2)}$	3,000	0,093	2,772	0,201	0,079	0,122
$\psi_0^{(3)}$	0,085	0,033	0,153	0,060	0,078	0,036
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.5. Modello nazionale stratificato per l'analisi degli esami clinici diagnostici: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo lo stato di salute (2005).

	Buona salute		Discreta salute		Cattiva salute	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,467	0,292	0,006	0,426	2,904	1,227
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,971	0,295	0,443	0,464	-2,775	1,441
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,336	0,030	0,040	0,037	-0,195	0,079
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,144	0,078	0,414	0,165	0,112	0,539
30-39 anni	0,349	0,065	0,558	0,139	-0,461	0,445
40-49 anni	0,527	0,063	0,497	0,136	-0,427	0,423
50-59 anni	0,757	0,064	0,564	0,134	-0,302	0,406
60-64 anni	0,895	0,080	0,674	0,140	-0,333	0,417
65-69 anni	1,107	0,081	0,801	0,140	-0,323	0,406
70-74 anni	1,062	0,090	0,647	0,138	-0,564	0,409
75-79 anni	1,046	0,108	0,627	0,140	-0,498	0,404
80+ anni	1,019	0,128	0,327	0,139	-1,017	0,425
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	0,090	0,071	0,132	0,089	0,134	0,155
Comuni fino 2.000 ab.	-0,129	0,078	-0,207	0,093	-0,303	0,158
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,061	0,059	0,004	0,071	-0,254	0,127
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,057	0,059	0,099	0,072	0,026	0,124
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,067	0,063	0,180	0,079	-0,243	0,137
$\alpha$	-3,910	0,125	-2,412	0,224	-0,755	0,466
$\psi_0^{(2)}$	1,379	0,177	1,341	0,525	1,381	1,281
$\psi_0^{(3)}$	0,030	0,013	0,013	0,008	0,005	0,006
N. iterazioni	50.000		100.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.6. Modello nazionale stratificato per l'analisi dei ricoveri ospedalieri: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo lo stato di salute (2005).

	Buona salute		Discreta salute		Cattiva salute	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	-0,594	0,581	-0,446	0,593	2,830	1,250
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	0,319	0,621	0,489	0,649	-3,238	1,505
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,234	0,065	-0,214	0,053	-0,430	0,069
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,387	0,151	0,091	0,212	-0,620	0,481
30-39 anni	0,545	0,127	0,209	0,172	-0,875	0,376
40-49 anni	-0,012	0,141	-0,101	0,171	-0,985	0,361
50-59 anni	0,362	0,135	-0,111	0,168	-0,826	0,345
60-64 anni	0,305	0,177	0,024	0,175	-0,912	0,351
65-69 anni	0,701	0,164	0,171	0,170	-0,918	0,344
70-74 anni	0,735	0,178	-0,014	0,171	-0,717	0,339
75-79 anni	0,740	0,213	0,115	0,172	-0,959	0,338
80+ anni	1,207	0,215	0,076	0,172	-1,187	0,334
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,108	0,149	-0,070	0,121	-0,156	0,155
Comuni fino 2.000 ab.	0,045	0,148	0,010	0,118	-0,042	0,145
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,047	0,118	-0,118	0,096	-0,256	0,120
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,079	0,120	-0,073	0,098	-0,247	0,122
Comuni oltre 50.000 ab.	0,068	0,126	0,123	0,102	-0,057	0,131
$\alpha$	-4,598	0,188	-2,577	0,204	-0,849	0,406
$\psi_0^{(2)}$	0,005	0,001	0,003	0,002	0,001	0,001
$\psi_0^{(3)}$	0,021	0,017	0,014	0,011	0,010	0,010
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.7. Modello regionale: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'indicatore di utilizzazione dei servizi sanitari (2005).

	Visite generiche		Visite specialistiche		Esami base		Esami diagnostici		Ricoveri ospedale	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>										
IRS ( $\times 100$ )	0,225	0,240	1,444	0,226	1,192	0,197	1,129	0,241	-0,118	0,389
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,760	0,245	-0,773	0,225	-0,789	0,206	-0,726	0,240	-0,037	0,432
<i>Stato di salute</i>										
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Discreto	1,169	0,024	1,139	0,025	0,759	0,024	0,992	0,027	1,485	0,046
Cattivo	1,692	0,039	1,801	0,039	1,417	0,047	1,632	0,041	2,497	0,055
<i>Sesso</i>										
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,213	0,019	0,251	0,020	0,169	0,017	0,162	0,021	-0,142	0,035
<i>Classe di età</i>										
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,119	0,059	0,078	0,054	0,616	0,048	0,219	0,068	0,247	0,117
30-39 anni	0,251	0,050	0,101	0,046	1,075	0,041	0,407	0,057	0,369	0,097
40-49 anni	0,388	0,048	0,061	0,045	1,492	0,040	0,529	0,055	-0,025	0,101
50-59 anni	0,604	0,048	0,160	0,045	2,198	0,041	0,713	0,055	0,152	0,097
60-64 anni	0,709	0,055	0,185	0,054	2,551	0,052	0,824	0,063	0,199	0,107
65-69 anni	0,987	0,055	0,228	0,054	2,910	0,054	0,954	0,062	0,344	0,102
70-74 anni	1,045	0,056	0,132	0,054	3,068	0,057	0,809	0,063	0,315	0,104
75-79 anni	1,055	0,058	0,063	0,058	3,101	0,062	0,789	0,067	0,261	0,105
80+ anni	1,032	0,058	-0,379	0,058	2,677	0,060	0,366	0,067	0,098	0,104
<i>Comune di residenza</i>										
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,036	0,050	0,080	0,048	0,246	0,051	0,111	0,053	-0,112	0,080
Comuni fino 2.000 ab.	-0,170	0,052	-0,095	0,050	-0,086	0,054	-0,168	0,056	0,001	0,076
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,050	0,040	-0,033	0,040	0,050	0,043	-0,050	0,043	-0,142	0,062
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,124	0,041	-0,059	0,039	0,074	0,042	0,019	0,043	-0,127	0,064
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,074	0,044	-0,105	0,043	0,065	0,046	0,008	0,047	0,056	0,068
$\alpha$	-2,950	0,086	-3,050	0,072	-2,365	0,250	-3,690	0,087	-4,272	0,126
$\psi_0^{(2)}$	1,324	0,052	0,929	0,048	2,632	0,066	1,239	0,058	0,001	0,001
$\psi_0^{(3)}$	0,051	0,026	0,014	0,008	0,172	0,327	0,022	0,011	0,006	0,005
$\psi_1^{(3)}$	0,241	0,236	0,111	0,222	0,083	0,070	0,108	0,088	0,023	0,038
$\psi_2^{(3)}$	0,134	0,195	0,060	0,189	0,043	0,054	0,021	0,041	0,115	0,125
$\psi_{01}^{(3)}$	-0,072	0,071	-0,007	0,033	-0,041	0,070	-0,018	0,025	-0,002	0,009
$\psi_{02}^{(3)}$	0,044	0,064	0,005	0,029	-0,023	0,089	0,002	0,014	-0,005	0,017
$\psi_{12}^{(3)}$	-0,135	0,208	-0,062	0,203	-0,010	0,043	-0,018	0,051	-0,013	0,050
N. iterazioni	50.000		50.000		50.000		50.000		50.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.



TAB. A.8. Modello nazionale base per l'analisi delle visite generiche: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005).

	1994		2000		2005	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,298	0,424	0,260	0,229	0,247	0,212
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-2,026	0,608	-0,907	0,315	-0,737	0,231
<i>Stato di salute</i>						
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Discreto	1,273	0,038	0,933	0,025	0,956	0,024
Cattivo	2,128	0,054	1,751	0,036	1,777	0,038
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,126	0,029	0,195	0,019	0,224	0,019
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,143	0,076	0,068	0,054	0,121	0,059
30-39 anni	0,066	0,066	0,080	0,047	0,235	0,048
40-49 anni	0,106	0,063	0,160	0,046	0,304	0,047
50-59 anni	0,342	0,064	0,426	0,046	0,482	0,048
60-64 anni	0,500	0,075	0,654	0,052	0,589	0,055
65-69 anni	0,596	0,075	0,926	0,052	0,890	0,055
70-74 anni	0,782	0,080	1,036	0,053	0,987	0,055
75-79 anni	1,059	0,097	1,126	0,055	1,055	0,058
80+ anni	1,054	0,084	1,228	0,058	1,141	0,056
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	0,146	0,088	-0,137	0,052	-0,018	0,050
Comuni fino 2.000 ab.	0,036	0,079	-0,256	0,045	-0,117	0,051
Comuni 2.001-10.000 ab.	0,069	0,065	-0,175	0,043	-0,002	0,040
Comuni 10.001-50.000 ab.	0,096	0,064	-0,269	0,046	-0,095	0,041
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,023	0,070	-0,348	0,047	-0,073	0,044
$\alpha$	-3,398	0,110	-3,027	0,075	-2,982	0,078
$\psi_0^{(2)}$	1,206	0,073	1,454	0,054	1,316	0,058
$\psi_0^{(3)}$	0,040	0,017	0,026	0,010	0,026	0,011
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.9. Modello nazionale base per l'analisi delle visite specialistiche: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005).

	1994		2000		2005	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,966	0,376	1,540	0,208	1,486	0,204
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-1,241	0,513	-0,887	0,271	-0,763	0,211
<i>Stato di salute</i>						
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Discreto	1,001	0,037	0,797	0,023	0,917	0,025
Cattivo	1,944	0,053	1,697	0,035	1,840	0,040
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,311	0,029	0,355	0,018	0,261	0,019
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,057	0,064	0,101	0,045	0,080	0,055
30-39 anni	-0,059	0,057	0,004	0,040	0,091	0,046
40-49 anni	-0,177	0,057	-0,058	0,039	-0,014	0,046
50-59 anni	-0,170	0,059	-0,119	0,040	0,055	0,046
60-64 anni	-0,200	0,071	-0,069	0,047	0,087	0,055
65-69 anni	-0,169	0,072	0,002	0,048	0,160	0,054
70-74 anni	-0,238	0,076	-0,058	0,050	0,104	0,056
75-79 anni	-0,331	0,096	-0,114	0,053	0,097	0,058
80+ anni	-0,585	0,087	-0,412	0,055	-0,240	0,059
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,012	0,081	-0,107	0,047	0,103	0,047
Comuni fino 2.000 ab.	-0,304	0,073	-0,107	0,041	-0,045	0,050
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,144	0,060	-0,057	0,040	0,016	0,040
Comuni 10.001-50.000 ab.	-0,093	0,058	-0,125	0,042	-0,029	0,039
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,167	0,062	-0,087	0,042	-0,102	0,043
$\alpha$	-2,922	0,097	-2,882	0,069	-3,095	0,073
$\psi_0^{(2)}$	0,703	0,064	0,868	0,041	0,931	0,054
$\psi_0^{(3)}$	0,021	0,010	0,024	0,009	0,015	0,006
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.10. Modello nazionale base per l'analisi degli esami clinici diagnostici: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005).

	1994		2000		2005	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	1,249	0,426	0,871	0,230	1,236	0,228
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	-0,626	0,585	-0,379	0,298	-0,750	0,236
<i>Stato di salute</i>						
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Discreto	0,956	0,040	0,878	0,025	0,892	0,027
Cattivo	1,825	0,056	1,667	0,038	1,825	0,042
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	0,254	0,031	0,302	0,020	0,168	0,021
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,089	0,076	0,234	0,054	0,213	0,067
30-39 anni	0,112	0,066	0,252	0,049	0,377	0,057
40-49 anni	-0,035	0,065	0,213	0,048	0,429	0,055
50-59 anni	0,151	0,065	0,364	0,048	0,564	0,056
60-64 anni	0,279	0,078	0,526	0,054	0,666	0,063
65-69 anni	0,343	0,078	0,623	0,054	0,817	0,062
70-74 anni	0,328	0,084	0,592	0,057	0,702	0,064
75-79 anni	0,109	0,108	0,597	0,060	0,727	0,066
80+ anni	-0,157	0,094	0,159	0,062	0,393	0,066
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	0,138	0,092	-0,185	0,052	0,128	0,054
Comuni fino 2.000 ab.	-0,222	0,083	-0,357	0,046	-0,119	0,057
Comuni 2.001-10.000 ab.	-0,028	0,067	-0,247	0,044	-0,006	0,043
Comuni 10.001-50.000 ab.	0,030	0,066	-0,224	0,046	0,042	0,044
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,112	0,072	-0,123	0,047	0,004	0,048
$\alpha$	-3,364	0,109	-3,335	0,079	-3,748	0,085
$\psi_0^{(2)}$	1,119	0,078	1,190	0,052	1,232	0,056
$\psi_0^{(3)}$	0,023	0,011	0,027	0,011	0,016	0,007
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

TAB. A.11. Modello nazionale base per l'analisi dei ricoveri ospedalieri: media (M) e deviazione standard (S) della distribuzione di probabilità a posteriori di ciascun parametro del modello, secondo l'anno (1994, 2000 e 2005).

	1994		2000		2005	
	M	S	M	S	M	S
<i>Status socioeconomico</i>						
IRS ( $\times 100$ )	-1,451	0,625	0,412	0,365	0,050	0,385
IRS <sup>2</sup> ( $\times 10.000$ )	1,685	0,888	-1,062	0,516	-0,211	0,421
<i>Stato di salute</i>						
Buono <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Discreto	1,214	0,068	0,889	0,041	1,033	0,048
Cattivo	2,406	0,078	2,073	0,049	2,269	0,056
<i>Sesso</i>						
Maschio <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Femmina	-0,276	0,048	-0,063	0,031	-0,103	0,036
<i>Classe di età</i>						
18-24 anni <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
25-29 anni	0,304	0,129	0,241	0,085	0,256	0,116
30-39 anni	0,227	0,114	0,189	0,074	0,387	0,097
40-49 anni	-0,062	0,116	-0,130	0,077	-0,061	0,102
50-59 anni	-0,117	0,115	-0,019	0,075	0,121	0,099
60-64 anni	-0,053	0,128	0,139	0,081	0,205	0,109
65-69 anni	0,220	0,122	0,243	0,082	0,405	0,105
70-74 anni	0,071	0,128	0,325	0,082	0,428	0,104
75-79 anni	0,339	0,141	0,360	0,083	0,445	0,106
80+ anni	0,323	0,127	0,330	0,084	0,409	0,104
<i>Comune di residenza</i>						
Comuni centro metro <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-
Comuni periferia metro	-0,316	0,147	-0,099	0,075	-0,061	0,080
Comuni fino 2.000 ab.	-0,129	0,114	-0,070	0,063	0,107	0,078
Comuni 2.001-10.000 ab.	0,040	0,091	-0,065	0,061	-0,039	0,063
Comuni 10.001-50.000 ab.	0,037	0,092	0,018	0,063	-0,060	0,064
Comuni oltre 50.000 ab.	-0,053	0,099	-0,013	0,066	0,075	0,067
$\alpha$	-3,914	0,156	-3,972	0,102	-4,318	0,125
$\psi_0^{(2)}$	0,004	0,002	0,003	0,001	0,003	0,000
$\psi_0^{(3)}$	0,019	0,011	0,012	0,006	0,012	0,007
N. iterazioni	20.000		20.000		20.000	

<sup>a</sup> Categoria di riferimento.

# Appendice B

## Rapporti di iniquità

Questa appendice riporta in forma numerica le stime dei rapporti di iniquità illustrate graficamente nei capitoli [6](#), [7](#) e [8](#). Specificamente, per ciascun rapporto di iniquità stimato, la tabella che segue riporta la media e la deviazione standard della rispettiva distribuzione di probabilità a posteriori.

TAB. B.1. Rapporti di iniquità: media (M) e deviazione standard (S) delle rispettive distribuzioni di probabilità a posteriori, secondo il tipo di analisi e l'indicatore di utilizzazione dei servizi sanitari.

	Visite generiche		Visite specialistiche		Esami base		Esami diagnostici		Ricoveri ospedale	
	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S
<i>Modello nazionale base</i>										
Campione complessivo	0,78	0,03	1,40	0,04	1,10	0,01	1,24	0,04	0,92	0,07
<i>Modello nazionale stratificato</i>										
Buona salute	0,77	0,04	1,51	0,07	1,15	0,02	1,32	0,07	0,86	0,10
Discreta salute	0,72	0,05	1,36	0,08	1,01	0,03	1,25	0,09	1,03	0,12
Cattiva salute	0,89	0,11	1,34	0,15	0,92	0,06	1,06	0,18	0,84	0,18
<i>Modello regionale</i>										
Piemonte	0,80	0,08	1,47	0,11	1,14	0,05	1,38	0,14	0,94	0,15
Valle d'Aosta	0,76	0,11	1,30	0,13	1,13	0,07	1,26	0,17	0,96	0,19
Lombardia	0,90	0,08	1,49	0,09	1,16	0,04	1,27	0,11	0,85	0,13
Trentino-A.A.	0,85	0,10	1,49	0,13	1,10	0,06	1,12	0,14	0,97	0,17
Veneto	0,81	0,07	1,43	0,10	1,04	0,04	1,13	0,11	0,81	0,14
Friuli-V.G.	0,83	0,10	1,45	0,12	1,09	0,05	1,26	0,15	0,96	0,17
Liguria	0,76	0,09	1,36	0,11	1,11	0,05	1,33	0,15	0,81	0,16
Emilia-Romagna	0,82	0,07	1,45	0,10	1,11	0,04	1,26	0,12	0,95	0,14
Toscana	0,87	0,08	1,44	0,10	1,07	0,04	1,49	0,14	0,96	0,15
Umbria	0,80	0,09	1,36	0,12	0,99	0,06	1,20	0,15	0,93	0,18
Marche	0,81	0,09	1,39	0,11	1,01	0,05	1,25	0,14	0,87	0,16
Lazio	0,81	0,08	1,43	0,10	1,06	0,04	1,28	0,12	0,94	0,14
Abruzzo	0,82	0,10	1,35	0,11	1,06	0,04	1,26	0,14	0,96	0,16
Molise	0,76	0,10	1,38	0,13	1,01	0,06	1,24	0,17	0,99	0,19
Campania	0,69	0,06	1,29	0,10	1,07	0,03	1,11	0,11	0,86	0,14
Puglia	0,62	0,07	1,26	0,10	1,12	0,04	1,09	0,12	1,00	0,16
Basilicata	0,80	0,11	1,34	0,14	1,13	0,06	1,35	0,18	0,85	0,17
Calabria	0,74	0,08	1,30	0,11	1,09	0,04	1,03	0,13	0,95	0,17
Sicilia	0,63	0,07	1,35	0,10	1,14	0,04	1,13	0,12	1,00	0,16
Sardegna	0,80	0,08	1,48	0,11	1,15	0,06	1,32	0,17	1,06	0,20
<i>Analisi longitudinale</i>										
1994	0,72	0,09	1,42	0,13	–	–	1,37	0,15	1,16	0,23
2000	0,73	0,05	1,38	0,07	–	–	1,28	0,07	0,70	0,09
2005	0,80	0,03	1,43	0,04	–	–	1,28	0,05	0,92	0,07

# Riferimenti bibliografici

Aday, L.A. e Andersen, R.M.

1974 «A framework for the study of access to medical care», *Health Services Research*, 9, n. 3, pp. 208-220. [Citato alle pp. 34, 95.]

1975 *Development of Indices of Access to Medical Care*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press. [Citato alle pp. 34, 95.]

1981 «Equity of access to medical care: A conceptual and empirical overview», *Medical Care*, 19, n. 12 supplement, pp. 4-27. [Citato alle pp. 34, 35, 95.]

Aday, L.A., Andersen, R.M. e Fleming, G.V.

1980 *Health Care in the US: Equitable for Whom?*, Thousand Oaks, CA: Sage. [Citato a p. 34.]

Adler, N.E. e Ostrove, J.M.

1999 «Socioeconomic status and health: What we know and what we don't», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 896, n. 1, pp. 3-15. [Citato a p. 39.]

Allin, S., Hernández-Quevedo, C. e Masseria, C.

2009 «Measuring Equity of Access to Health Care», in *Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects*, a cura di P.C. Smith, E. Mossialos, I. Papanicolas e S. Leatherman, Cambridge: Cambridge University Press, pp. 187-221. [Citato alle pp. 33, 125.]

Allsop, J.

1995 *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, London: Longman. [Citato a p. 47.]

Almgren, G.

- 2013 *Health Care Politics, Policy and Services: A Social Justice Analysis*, 2<sup>a</sup> ed., New York, NY: Springer. [Citato alle pp. 8, 45.]

Anand, S.

- 2002 «The concern for equity in health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, n. 7, p. 485. [Citato a p. 15.]

Ancona, A., Barra, O., Battaglia, A., De Vicenti, C., Di Girolamo, L., Mantoan, D., Milillo, G., Moccia, F., Rocchetti, I., Ruscitti, G., Scròfina, G., Spandonaro, F. e Tomassini, A.

- 2007 *Ticket ed esenzioni. Efficienza ed efficacia degli attuali assetti e loro possibile riforma*, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore. [Citato a p. 148.]

Andersen, R.M.

- 1968 *A Behavioral Model of Families' Use of Health Services*, Chicago, IL: Center for Health Administration Studies, University of Chicago. [Citato a p. 34.]

- 1995 «Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?», *Journal of Health and Social Behavior*, 36, n. 1, pp. 1-10. [Citato a p. 35.]

Andersen, R.M. e Davidson, P.L.

- 2007 «Improving access to care in America: Individual and contextual indicators», in *Changing the U.S. Health Care System: Key Issues in Health Services, Policy, and Management*, a cura di R.M. Andersen, T.H. Rice e G.F. Kominsky, 3<sup>a</sup> ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass, pp. 3-31. [Citato a p. 35.]

Anselmi, L.

- 1996 (a cura di), *L'equilibrio economico nelle aziende sanitarie. Strumenti per una gestione manageriale efficace*, Milano: Il Sole 24 Ore Libri. [Citato a p. 81.]

Archimede, G. e Del Castillo, I.

- 1998 *Il diritto e l'organizzazione della sanità*, 3<sup>a</sup> ed., Bologna: Zanichelli. [Citato a p. 68.]

Ardigò, A.

- 1997 *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, Milano: Franco Angeli. [Citato a p. 21.]



Ardigò, A.

- 1998 «Alla difficile ricerca di un nuovo modello di welfare sanitario», in *Rapporto Sanità 1998. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità*, a cura di M. Trabucchi e F. Vanara, Bologna: Il Mulino, pp. 83-125. [Citato a p. 78.]

Arrow, K.J.

- 1951 *Social Choice and Individual Values*, New York, NY: Wiley. [Citato alle pp. 9, 11.]

Atella, V.

- 2013 (a cura di), *Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012*, Milano: Franco Angeli. [Citato a p. 56.]

Atella, V., Brindisi, F., Deb, P. e Rosati, F.C.

- 2004 «Determinants of access to physician services in Italy: A latent class seemingly unrelated probit approach», *Health Economics*, 13, n. 7, pp. 657-668. [Citato alle pp. 125, 140.]

Atella, V., Cincotti, F., Kopinska, J. e Conti, V.

- 2013 «La spesa sanitaria e i vincoli di finanza pubblica», in *Il Sistema Sanitario in controluce. Rapporto 2012*, a cura di V. Atella, Milano: Franco Angeli, pp. 25-66. [Citato alle pp. 51, 55.]

Babitsch, B., Gohl, D. e Von Lengerke, T.

- 2012 «Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: A systematic review of studies from 1998-2011», *GMS Psycho-Social-Medicine*, 9, n. 11, pp. 1-15. [Citato a p. 35.]

Bago d'Uva, T. e Jones, A.M.

- 2009 «Health care utilisation in Europe: New evidence from the ECHP», *Journal of Health Economics*, 28, n. 2, pp. 265-279. [Citato a p. 125.]

Balarajan, Y., Selvaraj, S. e Subramanian, S V

- 2011 «Health care and equity in India», *Lancet*, 377, n. 9764, pp. 505-515. [Citato a p. 39.]

Baldini, M. e Toso, S.

- 2004 *Diseguaglianza, povertà e politiche pubbliche*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 99.]

Baldini, M. e Turati, G.

- 2012 «Perceived quality of public services, liquidity constraints, and the demand of private specialist care», *Empirical Economics*, 42, n. 2, pp. 487-511. [Citato a p. 140.]

Balduzzi, R.

- 2009 (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 50.]

Balsa, A.I., Rossi, M. e Triunfo, P.

- 2011 «Horizontal inequity in access to health care in four South American cities», *Revista de Economía del Rosario*, 14, n. 1, pp. 31-56. [Citato a p. 39.]

Banca d'Italia

- 2008 *Archivio storico dell'Indagine sui bilanci delle famiglie italiane, 1977-2006*, Roma: Banca d'Italia. [Citato a p. 98.]

Bandini, F., Zangrandi, A. e Tonti, A.

- 1992 «La regione come fulcro del sistema di sanità pubblica», *Mecosan*, 1, n. 4, pp. 26-27. [Citato a p. 82.]

Bärnighausen, T. e Sauerborn, R.

- 2002 «One hundred and eighteen years of the German health insurance system: Are there any lessons for middle-and low-income countries?», *Social Science & Medicine*, 54, n. 10, pp. 1559-1587. [Citato a p. 44.]

Barros, P.P.

- 1998 «The black box of health care expenditure growth determinants», *Health Economics*, 7, n. 6, pp. 533-544. [Citato a p. 52.]

Barry, B.

- 1989 *Theories of Justice*, Berkeley, CA: University of California Press. [Citato a p. 9.]

Bartley, M.

- 2004 *Health Inequality: An Introduction to Theories, Concepts, and Methods*, Cambridge: Polity Press. [Citato alle pp. 21, 22, 24.]

Belloc, N.B. e Breslow, L.

1972 «Relationship of physical health status and health practices», *Preventive Medicine*, 1, n. 3, pp. 409-421. [Citato a p. 22.]

Bennett, I.M., Chen, J., Soroui, J.S. e White, S.

2009 «The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults», *The Annals of Family Medicine*, 7, n. 3, pp. 204-211. [Citato a p. 123.]

Berkman, L.F. e Breslow, L.

1983 *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*, Oxford: Oxford University Press. [Citato a p. 22.]

Berkman, L.F. e Kawachi, I.

2000 (a cura di), *Social Epidemiology*, Oxford: Oxford University Press. [Citato a p. 21.]

Berkman, N.D., Sheridan, S.L., Donahue, K.E., Halpern, D.J. e Crotty, K.

2011 «Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review», *Annals of Internal Medicine*, 155, n. 2, pp. 97-107. [Citato a p. 123.]

Berlinguer, G.

1979 *Una riforma per la salute. Iter e obiettivi del Servizio sanitario nazionale*, Bari: De Donato. [Citato alle pp. 70, 75.]

Bertin, G.

2012 «Modelli di welfare e sistemi sanitari: Quali omogeneità e specificità?», *Salute e società*, 11, n. 1, pp. 33-64. [Citato a p. 45.]

Bindi, R.

2005 *La salute impaziente. Un bene pubblico e un diritto di ciascuno*, Milano: Jaca book. [Citato a p. 84.]

Blane, D., Bartley, M. e Smith, G.D.

1997 «Disease aetiology and materialist explanations of socioeconomic mortality differentials», *The European Journal of Public Health*, 7, n. 4, pp. 385-391. [Citato a p. 24.]

Blaxter, M.

1990 *Health and Lifestyles*, London: Routledge. [Citato a p. 22.]

Boaz, D.

1997 *Libertarianism: A Primer*, New York, NY: The Free Press. [Citato a p. 9.]

Bobbio, N., Matteucci, N. e Pasquino, G.

1983 (a cura di), *Dizionario di politica*, Torino: UTET. [Citato a p. 7.]

Borgonovi, E.

1992 «Voglia di privato o voglia di razionalità», *Azienda pubblica*, 5, n. 3, pp. 369-379. [Citato a p. 81.]

2013 «C'è bocconiano e bocconiano», *Il Sole 24 Ore Sanità*, n. 1, p. 8. [Citato a p. 56.]

Boudon, R.

1999 *Le sens des valeurs*, Paris: Presses Universitaires de France; trad. it. *Il senso dei valori*, Bologna: Il Mulino, 2000. [Citato alle pp. 6, 7, 15.]

Bourdieu, P.

1979 *La distinction. Critique sociale du jugement*, Paris: Editions de Minuit. [Citato a p. 23.]

Brandt, R.B.

1962 (a cura di), *Social Justice*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. [Citato a p. 8.]

Braveman, P.

2006 «Health disparities and health equity: Concepts and measurement», *Annual Review of Public Health*, 27, pp. 167-194. [Citato a p. 41.]

Braveman, P., Cubbin, C., Egerter, S., Chideya, S., Marchi, K.S., Metzler, M. e Posner, S.

2005 «Socioeconomic status in health research: One size does not fit all», *The Journal of the American Medical Association*, 294, n. 22, pp. 2879-2888. [Citato alle pp. 39, 41.]

Braveman, P. e Egerter, S.

2008 *Overcoming Obstacles to Health: Report from the Robert Wood Johnson Foundation to the Commission to Build a Healthier America*, Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation. [Citato alle pp. 21, 26.]

Braveman, P., Starfield, B. e Geiger, H.J.

- 2001 «World Health Report 2000: How it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy», *British Medical Journal*, 323, n. 7314, pp. 678-681. [Citato a p. 31.]

Brazier, J., Jones, N. e Kind, P.

- 1993 «Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire», *Quality of Life Research*, 2, n. 3, pp. 169-180. [Citato a p. 38.]

Breilh, J.

- 1989 *Epidemiología: Economía, medicina, y política*, 2ª ed., México, DF: Fontamara. [Citato a p. 21.]

Browne, W.J.

- 2012 *MCMC Estimation in MLwiN: Version 2.26*, University of Bristol: Centre for Multilevel Modelling. [Citato alle pp. 114, 115.]

Buhmann, B., Rainwater, L., Schmaus, G. e Smeeding, T.M.

- 1988 «Equivalence scales, well-being, inequality, and poverty: Sensitivity estimates across ten countries using the Luxembourg Income Study (LIS) database», *Review of Income and Wealth*, 34, n. 2, pp. 115-142. [Citato a p. 99.]

Campbell, S.M. e Roland, M.O.

- 1996 «Why do people consult the doctor?», *Family Practice*, 13, n. 1, pp. 75-83. [Citato a p. 36.]

Cantù, E.

- 2001 «La struttura del SSN italiano», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*, a cura di E. Anessi Pessina e E. Cantù, Milano: Egea, pp. 18-81. [Citato a p. 78.]

Carpiano, R.M., Link, B.G. e Phelan, J.C.

- 2008 «Social inequality and health: Future directions for the fundamental cause explanation for class differences in health», in *Social Class: How Does It Work*, a cura di A. Lareau e D. Conley, New York, NY: Russell Sage Foundation, pp. 232-263. [Citato a p. 39.]

Carrieri, V. e Wuebker, A.

- 2012 *Assessing inequalities in preventative care use in Europe: A special case of health-care inequalities?*, The University of York, Health Econometrics e Data Group: Working Paper 12/25. [Citato alle pp. 34, 129.]

Catananti, C.

- 2000 «Nascita ed evoluzione dell'ospedale: dall'ospitalità all'organizzazione scientifica», in *Rapporto Sanità 2000. L'ospedale del futuro*, a cura di N. Falcitelli, M. Trabucchi e F. Vanara, Bologna: Il Mulino, pp. 41-82. [Citato a p. 70.]

Christensen, R., Johnson, W., Branscum, A. e Hanson, T.E.

- 2011 *Bayesian Ideas and Data Analysis: An Introduction for Scientists and Statisticians*, Boca Raton, FL: CRC Press. [Citato a p. 112.]

Cilione, G.

- 2012 *Diritto Sanitario*, 2<sup>a</sup> ed., Santarcangelo di Romagna: Maggioli. [Citato a p. 62.]

Cislaghi, C. e Costa, G.

- 2010 «I costi standard», in *Rapporto Sanità 2010. Federalismo e Servizio sanitario nazionale*, a cura di N. Falcitelli, G.F. Gensini, M. Trabucchi e F. Vanara, Bologna: Il Mulino, pp. 109-139. [Citato a p. 150.]

Cissé, B., Luchini, S. e Moatti, J.P.

- 2007 «Progressivity and horizontal equity in health care finance and delivery: What about Africa?», *Health Policy*, 80, n. 1, pp. 51-68. [Citato a p. 39.]

Coady, D., Clements, B. e Gupta, S.

- 2012 *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, Washington, DC: International Monetary Fund. [Citato a p. 53.]

Cobalti, A. e Schizzerotto, A.

- 1994 *La mobilità sociale in Italia*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 99, 100.]

Coburn, D.

- 2006 «Income inequality, social cohesion and the health status of populations: The role of neo-liberalism», *Social Science & Medicine*, 51, n. 1, pp. 135-146. [Citato a p. 24.]

Cockerham, W.C.

2007 «New directions in health lifestyle research», *International Journal of Public Health*, 52, n. 6, pp. 327-328. [Citato a p. 22.]

Coletta, V., Collicelli, C., Di Candia, M.A., Manacorda, T., Oleari, F., Palumbo, F., Pardini, L., Simonetti, G. e Vaccaro, K.

2010 *Cittadini e salute. La soddisfazione degli italiani per la sanità*, Roma: Quaderni del Ministero della Salute. [Citato a p. 152.]

Collicelli, C., Coletta, V. e Di Candia, M.A.

2012 «Qualità e impatto sociale dei servizi sanitari in Italia», in *Rapporto Sanità 2012. Strategie per il contenimento dei costi in sanità tra esigenze cliniche, organizzative ed economiche*, a cura di G.F. Gensini, A.L. Nicelli, M. Trabucchi e F. Vanara, Bologna: Il Mulino, pp. 43-96. [Citato a p. 150.]

Collier, R.B. e Collier, D.

2002 *Shaping the Political Arena: Critical Junctures, the Labor Movement, and Regime Dynamics in Latin America*, Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press. [Citato a p. 60.]

Conner, M. e Norman, P.

2005 *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models*, 2<sup>a</sup> ed., Maidenhead: Open University Press. [Citato a p. 36.]

Cook, R.D. e Weisberg, S.

1999 *Applied Regression Including Computing and Graphics*, New York, NY: Wiley. [Citato a p. 104.]

Coppini, M.A., Emanuelli, F. e Petrilli, G.

1948 «Il costo della riforma della previdenza sociale», *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, 35, n. 3-4, pp. 367-445. [Citato a p. 66.]

Cosmacini, G.

2005 *Storia della medicina e della sanità in Italia. Dalla peste nera ai giorni nostri*, Bari: Laterza. [Citato a p. 64.]

Crompton, R.

2008 *Class and Stratification*, 3<sup>a</sup> ed., Cambridge: Polity Press. [Citato a p. 40.]

Crosa, E.

1955 *Diritto costituzionale*, 4<sup>a</sup> ed., Torino: UTET. [Citato a p. 67.]

Culyer, A.J.

- 1993 «Health, health expenditures, and equity», in *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, a cura di E. van Doorslaer, A. Wagstaff e F. Rutten, Oxford: Oxford University Press, pp. 229-319. [Citato a p. 37.]
- 1995 «Need: The idea won't do – But we still need it», *Social Science & Medicine*, 40, n. 6, pp. 727-730. [Citato alle pp. 37, 96.]

Culyer, A.J. e Wagstaff, A.

- 1993 «Equity and equality in health and health care», *Journal of Health Economics*, 12, n. 4, pp. 431-457. [Citato alle pp. 32, 37.]

Dahlgren, G. e Whitehead, M.

- 1991 *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Stockholm: Institute for Future Studies. [Citato a p. 21.]

Dahrendorf, R.

- 1959 *Class and Class Conflict in Industrial Society*, Stanford, CA: Stanford University Press. [Citato a p. 41.]

Damiani, G., Federico, B., Bianchi, C.B.N.A., Ronconi, A., Basso, D., Fiorenza, S. e Sassi, F.

- 2011 «Socio-economic status and prevention of cardiovascular disease in Italy: Evidence from a national health survey», *The European Journal of Public Health*, 21, n. 5, pp. 591-596. [Citato a p. 128.]

Daniels, N.

- 1985 *Just Health Care*, Cambridge: Cambridge University Press. [Citato alle pp. 15, 31.]
- 2008 *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge: Cambridge University Press. [Citato a p. 15.]

Daniels, N., Kennedy, B.P. e Kawachi, I.

- 1999 «Why justice is good for our health: The social determinants of health inequalities», *Daedalus*, 128, n. 4, pp. 215-251. [Citato a p. 16.]

Davidson, P.L., Andersen, R.M., Wyn, R. e Brown, E.R.

- 2004 «A framework for evaluating safety-net and other community-level factors on access for low-income populations», *Inquiry*, 41, n. 1, pp. 21-38. [Citato a p. 34.]



Davis, K. e Moore, W.E.

- 1945 «Some principles of stratification», *American Sociological Review*, 10, n. 2, pp. 242-249. [Citato a p. 41.]

De Lillo, A. e Schizzerotto, A.

- 1985 *La valutazione sociale delle occupazioni. Una scala di stratificazione occupazionale per l'Italia contemporanea*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 98.]

Del Giudice, R.

- 1943 «Il Piano Beveridge: dalla culla alla bara», *Le Assicurazioni Sociali*, 1, pp. 1-17. [Citato a p. 66.]

Del Vecchio, M.

- 2003 «Le aziende sanitarie tra specializzazione organizzativa, deintegrazione istituzionale e relazioni di rete pubblica», *Mecosan*, 12, n. 46, pp. 9-24. [Citato alle pp. 76, 80.]

Denier, Y.

- 2007 *Efficiency, Justice, and Care: Philosophical Reflections on Scarcity in Health Care*, New York, NY: Springer. [Citato a p. 31.]

Donabedian, A.

- 1972 «Models for organizing the delivery of personal health services and criteria for evaluating them», *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50, n. 4, pp. 103-154. [Citato a p. 35.]

Donzelli, A.

- 1998 *Sistemi sanitari a confronto. Efficacia, costi e qualità percepita*, 2<sup>a</sup> ed., Milano: Franco Angeli. [Citato alle pp. 45, 50.]

Dormont, B., Grignon, M. e Huber, H.

- 2006 «Health expenditure growth: Reassessing the threat of ageing», *Health Economics*, 15, n. 9, pp. 947-963. [Citato alle pp. 51, 52.]

Dworkin, R.

- 2000 *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Cambridge, MA: Harvard University Press. [Citato a p. 14.]

Einaudi, L.

- 1949 *Lezioni di politica sociale*, Torino: Einaudi. [Citato a p. 66.]

Elster, J.

1992 *Local Justice: How Institutions Allocate Scarce Goods and Necessary Burdens*, New York, NY: Russell Sage Foundation. [Citato a p. 7.]

Erikson, R. e Goldthorpe, J.H.

1992 *The Constant Flux: A Study of Class Mobility in Industrial Societies*, Oxford: Clarendon Press. [Citato alle pp. 41, 100.]

Esping-Andersen, G.

2005 «Le nuove sfide per le politiche sociali del XXI secolo», *Stato e mercato*, 25, n. 2, pp. 181-206. [Citato a p. 51.]

Ezzati, M., Vander Hoorn, S., Rodgers, A., Lopez, A.D., Mathers, C.D. e Murray, C.J.

2003 «Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors», *The Lancet*, 362, n. 9380, pp. 271-280. [Citato a p. 22.]

Fabbrini, S.

2008 «De Gasperi e la “giuntura critica” del periodo 1948-1953. L'Italia dell'immediato dopo-guerra tra due modelli di democrazia», *Ricerche di storia politica*, 11, n. 1, pp. 53-64. [Citato a p. 65.]

Falcitelli, N., Gensini, G.F., Trabucchi, M. e Vanara, F.

2010 (a cura di), *Rapporto Sanità 2010. Federalismo e Servizio sanitario nazionale*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 83, 85.]

Falcitelli, N., Trabucchi, M. e Vanara, F.

2000 (a cura di), *Rapporto Sanità 2000. L'ospedale del futuro*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 64, 71.]

Fattore, G. e Ferrè, F.

2012 «I tempi di attesa per le prestazioni del SSN: stato dell'arte e alcune riflessioni», in *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, a cura di E. Cantù, Milano: EGEEA, pp. 245-267. [Citato a p. 151.]

Feder, G., Crook, A.M., Magee, P., Banerjee, S., Timmis, A.D. e Hemingway, H.

2002 «Ethnic differences in invasive management of coronary disease: Prospective cohort study of patients undergoing angiography», *British Medical Journal*, 324, n. 7336, pp. 511-516. [Citato a p. 34.]

Ferrara, R. e Vipiana, P.M.

1999 *Principi di diritto sanitario*, Torino: Giappichelli. [Citato alle pp. 69-71.]

Ferrera, M.

1984 *Il welfare state in Italia. Sviluppo e crisi in prospettiva comparata*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 43.]

1993 *Modelli di solidarietà. Politica e riforme sociali nelle democrazie*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 17.]

1995 «The rise and fall of democratic universalism: Health care reform in Italy, 1978–1994», *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 20, n. 2, pp. 275-302. [Citato alle pp. 78, 122.]

1996 «Il modello sud-europeo di welfare state», *Rivista italiana di scienza politica*, 26, n. 1, pp. 67-101. [Citato a p. 75.]

2006 *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 17, 43-45, 47, 50.]

2007 «Trent'anni dopo. Il welfare state europeo tra crisi e trasformazione», *Stato e mercato*, 27, n. 3, pp. 341-376. [Citato a p. 51.]

France, G.

2006 *Federalismi e sanità*, Milano: Giuffrè. [Citato a p. 57.]

France, G., Taroni, F. e Donatini, A.

2005 «The Italian health-care system», *Health Economics*, 14, n. S1, S187-S202. [Citato a p. 122.]

Franzoni, A.

2005 «Programmare la sanità oggi. Un approccio funzionale al rapporto “domanda-bisogni”», *Sanità pubblica e privata*, 3, n. 5, pp. 41-50. [Citato alle pp. 73, 75.]

Fuà, G. e Sylos-Labini, P.

1963 *Idee per la programmazione economica*, Bari: Laterza. [Citato a p. 69.]

Gandek, B., Ware Jr, J.E., Aaronson, N.K., Apolone, G., Bjorner, J.B., Brazier, J.E., Bullinger, M., Kaasa, S., Leplege, A. e Prieto, L.

1998 «Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment», *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, n. 11, pp. 1171-1178. [Citato a p. 38.]

Ganzeboom, H.B., De Graaf, P.M. e Treiman, D.J.

1992 «A standard International Socio-Economic Index of occupational status», *Social Science Research*, 21, n. 1, pp. 1-56. [Citato a p. 98.]

Gelman, A., Carlin, J.B., Stern, H.S. e Rubin, D.B.

2003 *Bayesian Data Analysis*, 2<sup>a</sup> ed., Boca Raton, FL: Chapman & Hall. [Citato a p. 112.]

Gelman, A. e Hill, J.

2007 *Data Analysis Using Regression and Multilevel/Hierarchical Models*, Cambridge: Cambridge University Press. [Citato alle pp. 107, 112, 115.]

Gerdtham, U.-G. e Jönsson, B.

2000 «International comparisons of health expenditure: Theory, data and econometric analysis», in *Handbook of Health Economics — Volume 1*, a cura di A.J. Culyer e J.P. Newhouse, Amsterdam: Elsevier, pp. 11-53. [Citato a p. 51.]

Geyer, S., Hemström, Ö., Peter, R. e Vågerö, D.

2006 «Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, n. 9, pp. 804-810. [Citato a p. 39.]

Giarelli, G.

2003 *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Milano: Franco Angeli. [Citato alle pp. 45, 47.]

Gill, J.

2008 *Bayesian Methods: A Social and Behavioral Sciences Approach*, 2<sup>a</sup> ed., Boca Raton, FL: Chapman & Hall. [Citato a p. 112.]

Giorgetti, R.

2010 *Legislazione e organizzazione del servizio sanitario*, Santarcangelo di Romagna: Maggioli. [Citato a p. 83.]

Girotti, F.

1998 *Welfare state. Storia, modelli e critica*, Roma: Carocci. [Citato alle pp. 17, 43, 65, 72, 75, 76.]

Goddard, M. e Smith, P.C.

- 2001 «Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK», *Social Science & Medicine*, 53, n. 9, pp. 1149-1162. [Citato alle pp. 36, 37, 96.]

Goldfield, N.

- 2010 «The evolution of Diagnosis-related groups (DRGs): From its beginnings in case-mix and resource use theory, to its implementation for payment and now for its current utilization for quality within and outside the hospital», *Quality Management in Healthcare*, 19, n. 1, pp. 3-16. [Citato a p. 82.]

Graham, G.

- 1988 *Contemporary Social Philosophy*, Oxford: Blackwell; trad. it. *Filosofia e società. Una introduzione*, Milano: Il Saggiatore, 1991. [Citato a p. 7.]

Graubard, B.I. e Korn, E.L.

- 1999 «Predictive margins with survey data», *Biometrics*, 55, n. 2, pp. 652-659. [Citato a p. 116.]

Gravelle, H. e Sutton, M.

- 2001 «Inequality in the geographical distribution of general practitioners in England and Wales 1974-1995», *Journal of Health Services Research & Policy*, 6, n. 1, pp. 6-13. [Citato a p. 34.]

Grossi, B.

- 1998 «I cambiamenti in atto nel sistema sanitario nazionale», in *Rapporto Sanità 1998. Priorità e finanziamento del Servizio sanitario nazionale: le fragilità*, a cura di M. Trabucchi e F. Vanara, Bologna: Il Mulino, pp. 25-82. [Citato a p. 79.]

Guiducci, P.L.

- 1999 *Manuale di diritto sanitario*, Milano: Franco Angeli. [Citato a p. 63.]

Gulliford, M.

- 2003 «Equity and access to health care», in *Access to Health Care*, a cura di M. Gulliford e M. Morgan, London: Routledge, pp. 36-60. [Citato alle pp. 32, 33.]

Gulliford, M. e Morgan, M.

- 2003 (a cura di), *Access to Health Care*, London: Routledge. [Citato alle pp. 31, 32, 39.]

Hanratty, B., Zhang, T. e Whitehead, M.

- 2007 «How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review», *International Journal of Health Services*, 37, n. 1, pp. 89-109. [Citato a p. 139.]

Hargreaves Heap, S., Hollis, M., Lyons, B., Sugden, R. e Weale, A.

- 1992 *The Theory of Choice: A Critical Guide*, Oxford: Blackwell; trad. it. *La teoria della scelta. Una guida critica*, Bari: Laterza, 1996. [Citato alle pp. 7, 8, 10, 11.]

Harkin, A.M.

- 2001 *Equity of Access to Health Services: Some Relevant Issues in an Irish Context*, Dublin: Institute of Public Health in Ireland. [Citato a p. 32.]

Harsanyi, J.C.

- 1955 «Cardinal welfare, individualistic ethics, and interpersonal comparison of utility», *Journal of Political Economy*, 63, n. 4, pp. 309-321. [Citato a p. 9.]

Hartwig, J.

- 2008 «What drives health care expenditure? Baumol's model of unbalanced growth revisited», *Journal of Health Economics*, 27, n. 3, pp. 603-623. [Citato a p. 52.]

Haynes, R.

- 2003 «Geographical access to health care», in *Access to Health Care*, a cura di M. Gulliford e M. Morgan, London: Routledge, pp. 13-35. [Citato a p. 35.]

Health Education Unit

- 1986 «Life-styles and health», *Social Science & Medicine*, 22, n. 2, pp. 117-124. [Citato a p. 22.]

Housman, J. e Dorman, S.

- 2005 «The Alameda County study: A systematic, chronological review», *Journal of Health Education*, 36, n. 5, pp. 302-308. [Citato a p. 22.]

Huber, M.

- 1999 «Health expenditure trends in OECD countries, 1970-1997», *Health Care Financing Review*, 21, n. 2, pp. 99-118. [Citato a p. 50.]

Iacus, S.M., King, G. e Porro, G.

- 2011 «Multivariate matching methods that are monotonic imbalance bounding», *Journal of the American Statistical Association*, 106, n. 493, pp. 345-361. [Citato a p. 103.]

Idler, E.L. e Angel, R.J.

- 1990 «Self-rated health and mortality in the NHANES-I Epidemiologic Follow-up Study», *American Journal of Public Health*, 80, n. 4, pp. 446-452. [Citato a p. 38.]

Ikegami, N., Yoo, B.-K., Hashimoto, H., Matsumoto, M., Ogata, H., Babazono, A., Watanabe, R., Shibuya, K., Yang, B.-M. e Reich, M.R.

- 2011 «Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges», *Lancet*, 378, n. 9796, pp. 1106-1115. [Citato a p. 39.]

Istat

- 2006 *Il sistema di indagini sociali multiscopo. Contenuti e metodologia delle indagini*, Roma: Istituto Nazionale di Statistica. [Citato a p. 93.]
- 2011 *Come si rilevano i prezzi al consumo*, Roma: Istituto Nazionale di Statistica. [Citato a p. 99.]

Jackman, S.

- 2009 *Bayesian Analysis for the Social Sciences*, 2<sup>a</sup> ed., Hoboken, NJ: Wiley. [Citato a p. 112.]

Jacobs, L.R. e Skocpol, T.

- 2012 *Health Care Reform and American Politics: What Everyone Needs to Know*, Oxford: Oxford University Press. [Citato alle pp. 48, 57, 58.]

Johnson, J.A. e Coons, S.J.

- 1998 «Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample», *Quality of Life Research*, 7, n. 2, pp. 155-166. [Citato a p. 38.]

Jorio, E. e Jorio, F.

- 2002 «Riforma del welfare, devoluzione e federalismo della salute», *Sanità pubblica*, 22, n. 5, pp. 603-649. [Citato alle pp. 75, 80-82.]

Kawachi, I., Subramanian, S V e Almeida-Filho, N.

- 2002 «A glossary for health inequalities», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, n. 9, pp. 647-652. [Citato a p. 21.]

- Khaw, K.-T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. e Day, N.  
2008 «Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk prospective population study», *PLoS Medicine*, 5, n. 1, pp. 39-47. [Citato a p. 22.]
- Kodrاليu, G., Mosconi, P., Groth, N., Carmosino, G., Perilli, A., Gianicolo, E.A.L., Rossi, C. e Apolone, G.  
2001 «Subjective health status assessment: Evaluation of the Italian version of the SF-12 Health Survey. Results from the MiOS Project», *Journal of Epidemiology and Biostatistics*, 6, n. 3, pp. 305-316. [Citato a p. 38.]
- Krieger, N.  
2011 *Epidemiology and the People's Health: Theory and Context*, Oxford: Oxford University Press. [Citato alle pp. 21, 43.]
- Kuh, D.J.L., Power, C., Blane, D. e Bartley, M.  
1997 «Social pathways between childhood and adult health», in *A Life Course Approach to Chronic Disease Epidemiology: Tracing the Origins of Ill-Health from Early to Adult Life*, a cura di D.J.L. Kuh e Y. Ben-Slomo, 1997<sup>a</sup> ed., Oxford: Oxford University Press, pp. 169-178. [Citato a p. 24.]
- Kuhn, T.S.  
1962 *The Structure of Scientific Revolutions*, Chicago, IL: University of Chicago Press. [Citato a p. 6.]
- Le Grand, J.  
1987 «Equity, health, and health care», *Social Justice Research*, 1, n. 3, pp. 257-274. [Citato alle pp. 16, 32.]
- Leckie, G. e Charlton, C.  
2013 «runmlwin: A program to run the MLwiN multilevel modeling software from within Stata», *Journal of Statistical Software*, 52, n. 11, pp. 1-40. [Citato alle pp. 114, 115.]
- Lega, F.  
2004 «Reti organizzative ed aziende sanitarie: una lunga storia incompiuta», *Sanità pubblica e privata*, 2, n. 11-12, pp. 1057-1061. [Citato a p. 80.]



Lindholm, L., Rosen, M. e Emmelin, M.

- 1996 «An epidemiological approach towards measuring the trade-off between equity and efficiency in health policy», *Health Policy*, 35, n. 3, pp. 205-216. [Citato a p. 16.]

Liu, G.G., Zhao, Z., Cai, R., Yamada, T. e Yamada, T.

- 2002 «Equity in health care access: Assessing the urban health insurance reform in China», *Social Science & Medicine*, 55, n. 10, pp. 1779-1794. [Citato a p. 39.]

Lo Scalzo, A., Donatini, A., Orzella, L., Cicchetti, A., Profili, S. e Maresso, A.

- 2009 «Italy: Health system review», *Health Systems in Transition*, 11, n. 6, pp. 1-216. [Citato alle pp. 140, 152.]

Long, J.S.

- 1997 *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*, Thousand Oaks, CA: Sage. [Citato a p. 116.]

Longo, F., Del Vecchio, M. e Lega, F.

- 2010 *La sanità futura. Come cambieranno gli utenti, le istituzioni, i servizi e le tecnologie*, Milano: Università Bocconi Editore. [Citato a p. 148.]

Lorant, V., Boland, B., Humblet, P. e Deliege, D.

- 2002 «Equity in prevention and health care», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56, n. 7, pp. 510-516. [Citato alle pp. 34, 128.]

Lorenzini, S. e Petretto, A.

- 2001 «Finanziamento pubblico e federalismo sanitario», in *I servizi sanitari in Italia 2001*, a cura di G. Fiorentini, Bologna: Il Mulino, pp. 37-75. [Citato a p. 148.]

Lu, J.-f.R., Leung, G.M., Kwon, S., Tin, K.Y.K., Van Doorslaer, E. e O'Donnell, O.

- 2007 «Horizontal equity in health care utilization: Evidence from three high-income Asian economies», *Social Science & Medicine*, 64, n. 1, pp. 199-212. [Citato a p. 39.]

Lynch, J.W., Kaplan, G.A., Pamuk, E.R., Cohen, R.D., Heck, K.E., Balfour, J.L. e Yen, I.H.

- 1998 «Income inequality and mortality in metropolitan areas of the United States», *American Journal of Public Health*, 88, n. 7, pp. 1074-1080. [Citato a p. 22.]

Macinko, J.A. e Starfield, B.

- 2002 «Annotated bibliography on equity in health, 1980-2001», *International Journal for Equity in Health*, 1, n. 1. [Citato alle pp. 28, 31.]

Macintyre, S.

- 1997 «The Black Report and beyond: What are the issues?», *Social Science & Medicine*, 44, n. 6, pp. 723-745. [Citato a p. 22.]

Maciocco, G.

- 2009 *Politica, salute e sistemi sanitari. Le riforme dei sistemi sanitari nell'era della globalizzazione*, 2<sup>a</sup> ed., Roma: Il Pensiero Scientifico. [Citato alle pp. 19, 26, 48, 57.]

Maciocco, G., Salvadori, P. e Tedeschi, P.

- 2010 *Le sfide della sanità americana*, Roma: Il Pensiero Scientifico. [Citato a p. 57.]

Mackenbach, J.P. e Kunst, A.E.

- 1997 «Measuring the magnitude of socio-economic inequalities in health: An overview of available measures illustrated with two examples from Europe», *Social Science & Medicine*, 44, n. 6, pp. 757-771. [Citato a p. 33.]

Maino, F.

- 2001 *La politica sanitaria*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 43-45, 81, 82.]
- 2009 «Il sistema sanitario italiano tra contenimento della spesa, malasanià e politicizzazione», in *Politica in Italia. Edizione 2009*, a cura di G. Baldini e A. Cento-Bull, Bologna: Il Mulino, pp. 241-260. [Citato a p. 53.]

Mapelli, V.

- 2007 *I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali*, Roma: Formez. [Citato a p. 148.]
- 2012 *Il sistema sanitario italiano*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 50.]

Marmot, M.G.

- 2004 *The Status Syndrome: How Social Standing Affects Our Health and Longevity*, London: Bloomsbury. [Citato a p. 24.]
- 2005 «Social determinants of health inequalities», *The Lancet*, 365, n. 9464, pp. 1099-1104. [Citato a p. 24.]
- 2006 «Status syndrome: A challenge to medicine», *The Journal of the American Medical Association*, 295, n. 11, pp. 1304-1307. [Citato a p. 22.]

Marmot, M.G., Rose, G., Shipley, M. e Hamilton, P.J.

- 1978 «Employment grade and coronary heart disease in British civil servants», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 32, n. 4, pp. 244-249. [Citato a p. 23.]

Marmot, M.G. e Wilkinson, R.G.

- 2006 (a cura di), *Social Determinants of Health*, 2<sup>a</sup> ed., Oxford: Oxford University Press. [Citato alle pp. 16, 22, 23, 46.]

Marshall, T.H.

- 1964 *Class, Citizenship, and Social Development: Essays*, Chicago, IL: University of Chicago Press. [Citato a p. 77.]

Martinelli, A.

- 1983 «Salute e sistemi sanitari occidentali», in *La sociologia sanitaria*, a cura di P. Donati, Milano: Franco Angeli, pp. 121-140. [Citato a p. 45.]

Masseria, C. e Giannoni, M.

- 2010 «Equity in access to health care in Italy: A disease-based approach», *The European Journal of Public Health*, 20, n. 5, pp. 504-510. [Citato alle pp. 125, 130.]

Masseria, C. e Paolucci, F.

- 2005 «Equità nell'accesso ai ricoveri ospedalieri in Europa e in Italia», *Quaderni acp*, 12, n. 1, pp. 3-7. [Citato a p. 130.]

McCullagh, P. e Nelder, J.A.

- 1989 *Generalized Linear Models*, 2<sup>a</sup> ed., London: Chapman & Hall. [Citato alle pp. 105, 106.]

McGinnis, J.M. e Foege, W.H.

- 1993 «Actual causes of death in the United States», *The Journal of the American Medical Association*, 270, n. 18, pp. 2207-2212. [Citato a p. 22.]

McGinnis, J.M., Williams-Russo, P. e Knickman, J.R.

- 2002 «The case for more active policy attention to health promotion», *Health Affairs*, 21, n. 2, pp. 78-93. [Citato a p. 21.]

McHorney, C.A., Ware Jr, J.E. e Raczek, A.E.

- 1993 «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs», *Medical Care*, 31, n. 3, pp. 247-263. [Citato alle pp. 38, 97.]

McKinnon, B., Harper, S. e Moore, S.

- 2011 «Decomposing income-related inequality in cervical screening in 67 countries», *International Journal of Public Health*, 56, n. 2, pp. 139-152. [Citato a p. 129.]

Mooney, G.H.

- 1983 «Equity in health care: Confronting the confusion», *Effective Health Care*, 1, n. 4, p. 179. [Citato a p. 32.]

Morana, D.

- 2009 «Dal 1948 al 1978: l'interpretazione (riduttiva) dell'art. 32 Cost. nel primo "trentennio sanitario"», in *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, a cura di R. Balduzzi, Bologna: Il Mulino, pp. 321-331. [Citato a p. 67.]

Morgan, M.

- 2003 «Patients' help seeking and access to health care», in *Access to Health Care*, a cura di M. Gulliford e M. Morgan, London: Routledge, pp. 61-83. [Citato a p. 36.]

Mossey, J.M. e Shapiro, E.

- 1982 «Self-rated health: A predictor of mortality among the elderly», *American Journal of Public Health*, 72, n. 8, pp. 800-808. [Citato a p. 37.]

Mylykangas-Luosujärvi, R., Aho, K., Kautiainen, H. e Isomäki, H.

- 1995 «Shortening of life span and causes of excess mortality in a population-based series of subjects with rheumatoid arthritis», *Clinical and Experimental Rheumatology*, 13, n. 2, pp. 149-153. [Citato a p. 23.]

Nagel, T.

- 1991 *Equality and Partiality*, Oxford: Oxford University Press. [Citato a p. 14.]

North, C.C. e Hatt, P.K.

- 1947 «Jobs and occupation: A popular evaluation», *Opinion News*, 9, pp. 3-13. [Citato a p. 41.]

Nozick, R.

- 1974 *Anarchy, State, and Utopia*, New York, NY: Basic Books; trad. it. *Anarchia, Stato e Utopia*, Firenze: Le Monnier, 1981. [Citato alle pp. 8-10.]

Nussbaum, M.C.

- 2002 *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 9, 14.]

Nutbeam, D.

- 2008 «The evolving concept of health literacy», *Social Science & Medicine*, 67, n. 12, pp. 2072-2078. [Citato a p. 123.]

O'Donnell, O. e Propper, C.

- 1991 «Equity and the distribution of UK National Health Service resources», *Journal of Health Economics*, 10, n. 1, pp. 1-19. [Citato a p. 33.]

O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. e Lindelow, M.

- 2008 *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*, Washington, DC: World Bank Publications. [Citato alle pp. 16, 37, 96.]

OECD

- 2010 *Value for Money in Health Spending*, Paris: Organisation for Economic Cooperation e Development. [Citato a p. 53.]

Oleske, D.M.

- 2009 *Epidemiology and the Delivery of Health Care Services: Methods and Applications*, 3<sup>a</sup> ed., New York, NY: Springer. [Citato a p. 26.]

Olla, G., Pavan, A., Gugliotta, A., Lallai, M. e Nardi, M.G.

- 2000 *Il management nell'azienda sanitaria*, 2<sup>a</sup> ed., Milano: Giuffrè. [Citato alle pp. 73, 74.]

Omran, A.R.

- 1971 «The epidemiologic transition: A theory of the epidemiology of population change», *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 49, n. 4, pp. 509-538. [Citato a p. 22.]

Oppenheim, F.E.

- 1983 «Giustizia», in *Dizionario di politica*, a cura di N. Bobbio, N. Matteucci e G. Pasquino, Torino: UTET, pp. 474-479. [Citato a p. 7.]

Osler, M., Prescott, E., Christensen, U., Due, P. e Engholm, G.

- 2002 «Income inequality, individual income, and mortality in Danish adults: Analysis of pooled data from two cohort studies», *British Medical Journal*, 324, n. 7328, pp. 13-16. [Citato a p. 22.]

Paasche-Orlow, M.K. e Wolf, M.S.

- 2007 «The causal pathways linking health literacy to health outcomes», *American Journal of Health Behavior*, 31, n. Supplement 1, S19-S26. [Citato a p. 123.]

Pagano, A., Auxilia, F. e Castaldi, S.

- 1996 «Lo sviluppo di sinergie tra diverse strutture ospedaliere nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale», in *Strategie e gestione delle reti di aziende sanitarie*, a cura di M. Meneguzzo, Milano: Egea. [Citato a p. 82.]

Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A.A., Pallikarona, G., Niakas, D. e Tountas, Y.

- 2009 «Factors affecting use of preventive tests for cardiovascular risk among Greeks», *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6, n. 10, pp. 2712-2724. [Citato a p. 128.]

Parsons, T.

- 1940 «An analytical approach to the theory of social stratification», *American Journal of Sociology*, 45, n. 6, pp. 841-862. [Citato a p. 41.]

Pavolini, E. e Vicarelli, M.G.

- 2009 «The role of private providers in the Italian public health care system», *Mecosan*, 18, n. 71, pp. 15-29. [Citato a p. 166.]
- 2012 «Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS», *Current Sociology*, 60, n. 4, pp. 472-488. [Citato a p. 148.]
- 2013 «Le due Italie della sanità», in *Il divario incolmabile. Rappresentanza politica e rendimento istituzionale nelle regioni italiane*, a cura di S. Vassallo, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 148.]

Payne, N. e Saul, C.

- 1997 «Variations in use of cardiology services in a health authority: Comparison of coronary artery revascularisation rates with prevalence of angina and coronary mortality», *British Medical Journal*, 314, n. 7076, pp. 257-261. [Citato a p. 34.]

Penchansky, R. e Thomas, J.W.

- 1981 «The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction», *Medical Care*, 19, n. 2, pp. 127-140. [Citato a p. 35.]

Pescosolido, B.A.

- 1992 «Beyond rational choice: The social dynamics of how people seek help», *American Journal of Sociology*, 97, n. 4, pp. 1096-1138. [Citato a p. 36.]

Pisati, M.

- 2000 *La mobilità sociale*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 40, 100.]
- 2003 *L'analisi dei dati. Tecniche quantitative per le scienze sociali*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 106.]
- 2010a «Incompresa. Breve guida a un uso informato della regressione nella ricerca sociale», *Rassegna italiana di sociologia*, 51, n. 1, pp. 33-60. [Citato a p. 116.]
- 2010b *Voto di classe. Posizione sociale e preferenze politiche in Italia*, Bologna: Il Mulino. [Citato a p. 102.]

Powell, M.

- 1992 «Hospital provision before the NHS: Territorial justice or inverse care law?», *Journal of Social Policy*, 21, n. 2, pp. 145-163. [Citato a p. 34.]

Power, C. e Matthews, S.

- 1997 «Origins of health inequalities in a national population sample», *The Lancet*, 350, n. 9091, pp. 1584-1589. [Citato a p. 24.]

Powers, M. e Faden, R.R.

- 2006 *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Health Policy*, Oxford: Oxford University Press. [Citato a p. 15.]

Rabe-Hesketh, S. e Skrondal, A.

- 2012a *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Volume I: Continuous Responses*, 3<sup>a</sup> ed., College Station, TX: Stata Press. [Citato a p. 107.]
- 2012b *Multilevel and Longitudinal Modeling Using Stata. Volume II: Categorical Responses, Counts, and Survival*, 3<sup>a</sup> ed., College Station, TX: Stata Press. [Citato a p. 107.]

Rasbash, J., Charlton, C., Jones, K. e Pillinger, R.

- 2012 *Manual Supplement for MLwiN: Version 2.26*, University of Bristol: Centre for Multilevel Modelling. [Citato a p. 114.]

Rasbash, J., Steele, F., Browne, W.J. e Goldstein, H.

2012 *A User's Guide to MLwiN: Version 2.26*, University of Bristol: Centre for Multilevel Modelling. [Citato a p. 114.]

Rawls, J.

1971 *A Theory of Justice*, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press; trad. it. *Una teoria della giustizia sociale*, Milano: Feltrinelli, 1982. [Citato alle pp. 9, 11, 12.]

2001 *Justice as Fairness: A Restatement*, Cambridge, MA: Harvard University Press. [Citato a p. 8.]

Rebba, V.

2009 «I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell'accesso alle cure?», *Politiche sanitarie*, 10, n. 4, pp. 221-242. [Citato alle pp. 122, 123, 140, 148, 150.]

2012 «Evoluzione dei sistemi sanitari tra sostenibilità e promozione della qualità: alcune esperienze internazionali», *Politiche sanitarie*, 13, n. 3, pp. 127-128. [Citato alle pp. 50, 51.]

Reiss, A.J.

1961 (a cura di), *Occupations and Social Status*, New York, NY: Free Press of Glencoe. [Citato a p. 41.]

Renzulli, A.

1945 «Rilievi e proposte per una riforma dell'assistenza sanitaria mutualistica», *Igiene e Sanità Pubblica*, 1, pp. 411-417. [Citato a p. 65.]

Ritter, G.A.

1996 *Storia dello Stato sociale*, Bari: Laterza. [Citato alle pp. 17, 43, 44.]

Rodin, D., Stirbu, I., Ekholm, O., Dzurova, D., Costa, G., Mackenbach, J.P. e Kunst, A.E.

2012 «Educational inequalities in blood pressure and cholesterol screening in nine European countries», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, n. 11, pp. 1050-1055. [Citato alle pp. 34, 128.]

Rodríguez-Artalejo, F., Díez-Gañán, L., Artiñano, A.B. e Banegas Banegas, J.R.

2003 «Effectiveness and equity of serum cholesterol and blood pressure testing: A population-based study in Spain», *Preventive Medicine*, 37, n. 2, pp. 82-91. [Citato a p. 128.]



Roemer, J.E.

- 1998 *Theories of Distributive Justice*, Cambridge, MA: Harvard University Press. [Citato a p. 14.]

Rogers, A., Hassell, K. e Nicolaas, G.

- 1999 *Demanding Patients? Analysing the Use of Primary Care*, Maidenhead: Open University Press. [Citato a p. 36.]

Rothbard, M.N.

- 1973 *For a New Liberty: The Libertarian Manifesto*, New York, NY: Macmillan. [Citato alle pp. 8, 10.]

Rothgang, H., Cacace, M., Frisina, L., Grimmeisen, S., Schmid, A. e Wendt, C.

- 2010 *The State and Healthcare: Comparing OECD Countries*, Basingstoke: Palgrave Macmillan. [Citato a p. 45.]

Rothman, K.J., Greenland, S. e Lash, T.L.

- 2008 *Modern Epidemiology*, 3<sup>a</sup> ed., Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins. [Citato alle pp. 105, 116.]

Ruger, J.P.

- 2009 *Health and Social Justice*, Oxford: Oxford University Press. [Citato alle pp. 15, 31.]

Sacco, I.M.

- 1943 «Considerazioni intorno al piano Beveridge», *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 14, pp. 234-240. [Citato a p. 65.]

Sandel, M.J.

- 1998 *Liberalism and the Limits of Justice*, 2<sup>a</sup> ed., Cambridge: Cambridge University Press. [Citato a p. 14.]

Sangiuliano, R.

- 2011 (a cura di), *Diritto sanitario e Servizio sanitario nazionale*, 21<sup>a</sup> ed., Napoli: Edizioni Giuridiche Simone. [Citato a p. 79.]

Scanlon, T.M.

- 1998 *What We Owe to Each Other*, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press. [Citato a p. 14.]

Schieber, G.J. e Poullier, J.P.

- 1991 «International health spending: Issues and trends», *Health Affairs*, 10, n. 1, pp. 106-116. [Citato a p. 51.]

Sen, A.K.

- 1979 «Utilitarianism and welfarism», *The Journal of Philosophy*, 76, n. 9, pp. 463-489. [Citato a p. 11.]
- 1982 *Choice, Welfare, and Measurement*, Oxford: Blackwell. [Citato alle pp. 9, 13.]
- 1999a «Democracy as a universal value», *Journal of Democracy*, 10, n. 3, pp. 3-17. [Citato a p. 9.]
- 1999b *Development as Freedom*, Oxford: Oxford University Press. [Citato a p. 14.]
- 2002 «Why health equity?», *Health Economics*, 11, n. 8, pp. 659-666. [Citato alle pp. 15, 31.]
- 2005 «Human rights and capabilities», *Journal of Human Development*, 6, n. 2, pp. 151-166. [Citato a p. 13.]
- 2009 *The Idea of Justice*, Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press. [Citato a p. 9.]

Shaw, C., Tansey, R., Jackson, C., Hyde, C. e Allan, R.

- 2001 «Barriers to help seeking in people with urinary symptoms», *Family Practice*, 18, n. 1, pp. 48-52. [Citato a p. 36.]

Shi, L. e Starfield, B.

- 2001 «The effect of primary care physician supply and income inequality on mortality among blacks and whites in US metropolitan areas», *Journal of Information*, 91, n. 8, pp. 1246-1250. [Citato a p. 34.]

Shi, L., Starfield, B., Kennedy, B. e Kawachi, I.

- 1999 «Income inequality, primary care, and health indicators», *The Journal of Family Practice*, 48, n. 4, pp. 275-284. [Citato a p. 34.]

Skrondal, A. e Rabe-Hesketh, S.

- 2009 «Prediction in multilevel generalized linear models», *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 172, n. 3, pp. 659-687. [Citato alle pp. 111, 117.]

Smith, S., Newhouse, J.P. e Freeland, M.S.

- 2009 «Income, insurance, and technology: Why does health spending outpace economic growth?», *Health Affairs*, 28, n. 5, pp. 1276-1284. [Citato a p. 54.]

Somkotra, T.

- 2011 «Measurement and explanation of horizontal (in)equity in health care utilization among Thais after universal coverage policy implementation», *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 23, n. 6, pp. 980-995. [Citato a p. 39.]

Spagnuolo Vigorita, R.

- 2003 *Politiche pubbliche del servizio sanitario. Profili giuridici*, Napoli: Editoriale Scientifica. [Citato a p. 66.]

Stansfeld, S.A. e Marmot, M.G.

- 2002 *Stress and the Heart: Psychosocial Pathways to Coronary Heart Disease*, London: BMJ Books. [Citato a p. 23.]

Starfield, B.

- 2001 «Improving equity in health: A research agenda», *International Journal of Health Services*, 31, n. 3, pp. 545-566. [Citato alle pp. 16, 31.]

StataCorp

- 2011 *Stata Statistical Software: Release 12*, College Station, TX: StataCorp LP. [Citato a p. 114.]

Subramanian, S V, Belli, P. e Kawachi, I.

- 2002 «The macroeconomic determinants of health», *Annual Review of Public Health*, 23, n. 1, pp. 287-302. [Citato a p. 22.]

Subramanian, S V, Jones, K. e Duncan, C.

- 2003 «Multilevel methods for public health research», in *Neighborhoods and Health*, a cura di I. Kawachi e L.F. Berkman, Oxford: Oxford University Press, pp. 65-111. [Citato a p. 107.]

Subramanian, S V e Kawachi, I.

- 2004 «Income inequality and health: What have we learned so far?», *Epidemiologic Reviews*, 26, n. 1, pp. 78-91. [Citato a p. 21.]

Sutton, M., Carr-Hill, R., Gravelle, H. e Rice, N.

- 1999 «Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilisation?», *Social Science & Medicine*, 49, n. 7, pp. 867-878. [Citato a p. 33.]

Taroni, F.

- 2009 «L'analisi comparativa delle politiche sanitarie tra diffusione delle leggi e apprendimento sociale», in *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, a cura di R. Balduzzi, Bologna: Il Mulino, pp. 15-20. [Citato a p. 56.]
- 2011 *Politiche sanitarie in Italia: Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma: Il Pensiero Scientifico. [Citato alle pp. 62, 64-69, 71, 73, 74, 78, 83, 166.]

Taroni, F. e Nobilio, L.

- 2004 «Concentrazione e persistenza della spesa sanitaria: evidenze empiriche e implicazioni per le politiche sanitarie», in *I servizi sanitari in Italia*, a cura di G. Fiorentini, Bologna: Il Mulino, pp. 171-199. [Citato a p. 50.]

Taylor, C.

- 1991 *The Malaise of Modernity*, Toronto: House of Anansi Press. [Citato a p. 14.]

The EuroQol Group

- 1990 «EuroQol: A new facility for the measurement of health-related quality of life», *Health Policy*, 16, n. 3, pp. 199-208. [Citato a p. 38.]

The Institute for the Future

- 2003 *Health and Health Care 2010: The Forecast, the Challenge*. 2<sup>a</sup> ed., San Francisco, CA: Jossey-Bass. [Citato a p. 21.]

Thorpe, K.E., Howard, D.H. e Galactionova, K.

- 2007 «Differences in disease prevalence as a source of the US-European health care spending gap», *Health Affairs*, 26, n. 6, w678-w686. [Citato a p. 59.]

Titmuss, R.M.

- 1959 *Essays on "The Welfare State"*, New Haven, CT: Yale University Press. [Citato a p. 47.]

Tobin, J.

- 1970 «On limiting the domain of inequality», *Journal of Law and Economics*, 13, n. 2, pp. 263-277. [Citato a p. 15.]

Treiman, D.J.

- 1977 *Occupational Prestige in Comparative Perspective*, New York, NY: Academic Press. [Citato alle pp. 41, 97.]

Van de Mheen, H., Stronks, K., Looman, C.W.N. e Mackenbach, J.P.

- 1998 «Does childhood socioeconomic status influence adult health through behavioural factors?», *International Journal of Epidemiology*, 27, n. 3, pp. 431-437. [Citato a p. 24.]

Van Doorslaer, E., Koolman, X. e Jones, A.M.

- 2004 «Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe», *Health Economics*, 13, n. 7, pp. 629-647. [Citato a p. 125.]

Van Doorslaer, E., Masseria, C. e The OECD Health Equity Research Group Members

- 2004 *Towards High-Performing Health Systems: Policy Studies*, Paris: OECD, pp. 109-165. [Citato alle pp. 39, 123, 125, 130, 139.]

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A. e Rutten, F.

- 1993 (a cura di), *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press. [Citato alle pp. 32, 139.]

Vásquez, F., Paraje, G. e Estay, M.

- 2013 «Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, n. 2, pp. 98-106. [Citato a p. 39.]

Vicarelli, M.G.

- 1997 *Alle radici della politica sanitaria in Italia. Società e salute da Crispi al fascismo*, Bologna: Il Mulino. [Citato alle pp. 60, 62-64.]

- 2006 «Medicus omnium. La costruzione professionale del medico di medicina generale (1945-2005)», in *I medici di medicina generale in Italia*, a cura di C. Cipolla, C. Corposanto e W. Tousijn, Milano: Franco Angeli, pp. 50-99. [Citato alle pp. 71, 78.]

Vikum, E., Krokstad, S. e Westin, S.

- 2012 «Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: The population-based HUNT3 survey», *International Journal for Equity in Health*, 11, n. 1, pp. 1-9. [Citato a p. 139.]

Villermé, L.R.

- 1840 *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers employés dans les manufactures de coton, de laine et de soie*, Paris: Jules Renouard et C. [Citato a p. 22.]

Vineis, P. e Dirindin, N.

- 2004 *In buona salute. Dieci argomenti per difendere la sanità pubblica*, Torino: Einaudi. [Citato a p. 63.]

Vito, F.

- 1945 «I piani per la sicurezza sociale: i limiti di applicabilità e le condizioni di successo», *Rivista Internazionale di Scienze Sociali*, 16, pp. 189-198. [Citato a p. 66.]

Von Hayek, F.A.

- 1960 *The Constitution of Liberty*, Chicago, IL: University of Chicago Press. [Citato a p. 8.]
- 1976 *Law, Legislation and Liberty. Volume II: The Mirage of Social Justice*, Chicago, IL: University of Chicago Press. [Citato alle pp. 8, 10.]

Wagstaff, A., Paci, P. e Van Doorslaer, E.

- 1991 «On the measurement of inequalities in health», *Social Science & Medicine*, 33, n. 5, pp. 545-557. [Citato a p. 33.]

Wagstaff, A. e Van Doorslaer, E.

- 2000a «Equity in health care finance and delivery», in *Handbook of Health Economics*, a cura di A.J. Culyer e J.P. Newhouse, Amsterdam: Elsevier, pp. 1803-1862. [Citato a p. 32.]
- 2000b «Measuring and testing for inequity in the delivery of health care», *Journal of Human Resources*, 35, n. 4, pp. 716-733. [Citato a p. 16.]

Wallace, S.P. e Gutiérrez, V.F.

- 2005 «Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities», *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, n. 5-6, pp. 394-409. [Citato a p. 39.]

Walters, K., Iliffe, S. e Orrell, M.

- 2001 «An exploration of help-seeking behaviour in older people with unmet needs», *Family Practice*, 18, n. 3, pp. 277-282. [Citato a p. 36.]

Ware Jr, J.E., Kosinski, M. e Keller, S.D.

- 1996 «A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity», *Medical Care*, 34, n. 3, pp. 220-233. [Citato alle pp. 38, 97.]

Ware Jr, J.E. e Sherbourne, C.D.

- 1992 «The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection», *Medical Care*, 30, n. 6, pp. 473-483. [Citato alle pp. 38, 97.]

Whitehead, M.

- 1992 «The concepts and principles of equity and health», *International Journal of Health Services*, 22, n. 3, pp. 429-445. [Citato alle pp. 16, 31.]

WHO

- 2000 *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva: World Health Organization. [Citato a p. 33.]
- 2002 *The World Health Report 2002. Reducing Risks, Promoting Healthy Life*, Geneva: World Health Organization. [Citato a p. 22.]
- 2008 *Closing the Gap in a Generation: Health Equity Through Action on the Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization. [Citato a p. 27.]
- 2010a *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*, Geneva: World Health Organization. [Citato a p. 21.]
- 2010b *The World Health Report 2010. Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*, Geneva: World Health Organization. [Citato a p. 33.]

Williams, A.H.

- 1993 «Equity in health care: The role of ideology», in *Equity in the Finance and Delivery of Health Care: An International Perspective*, a cura di E. van Doorslaer, A. Wagstaff e F. Rutten, Oxford: Oxford University Press, pp. 287-298. [Citato a p. 31.]
- 1997 «Intergenerational equity: An exploration of the 'fair innings' argument», *Health Economics*, 6, n. 2, pp. 117-132. [Citato a p. 16.]

Williams, B.A.O.

- 1981 *Moral Luck: Philosophical Papers, 1973-1980*, Cambridge: Cambridge University Press. [Citato a p. 9.]

Wilson, T.W., Kaplan, G.A., Kauhanen, J., Cohen, R.D., Wu, M., Salonen, R. e Salonen, J.T.

- 1993 «Association between plasma fibrinogen concentration and five socioeconomic indices in the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study», *American Journal of Epidemiology*, 137, n. 3, pp. 292-300. [Citato a p. 23.]

Winkleby, M.A., Jatulis, D.E., Frank, E. e Fortmann, S.P.

- 1992 «Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease», *American Journal of Public Health*, 82, n. 6, pp. 816-820. [Citato a p. 39.]

Winslow, C.E.A.

- 1920 «The untilled fields of public health», *Science*, 51, n. 1306, pp. 23-33. [Citato a p. 17.]

Woodward, M., Shewry, M.C., Cairns S Smith, W. e Tunstall-Pedoe, H.

- 1992 «Social status and coronary heart disease: Results from the Scottish Heart Health Study», *Preventive Medicine*, 21, n. 1, pp. 136-148. [Citato a p. 22.]

Wright, E.O.

- 1985 *Classes*, London: Verso. [Citato a p. 41.]
- 2005 (a cura di), *Approaches to Class Analysis*, Cambridge: Cambridge University Press. [Citato a p. 41.]

Zanetta, G.P. e Casalegno, C.

- 1999 *Le leggi della nuova sanità*, Milano: Il Sole 24 Ore Libri. [Citato alle pp. 70, 74.]