

Istituzioni sanitarie

di Maurizio Ferrera e Franca Maino
Università degli Studi di Milano

Contributo pubblicato in Enciclopedia Italiana. Eredità del Novecento, Roma, Istituto della Enciclopedia Italiana, 2001, pp. 930-943.

SOMMARIO: 1. Origini e istituzionalizzazione dei moderni sistemi sanitari. 2. L'evoluzione dei sistemi sanitari nel secondo dopoguerra. 3. I fattori di riforma. 4. La crescita dei costi e la crisi dei sistemi sanitari. 5. Strategie di contenimento della spesa sanitaria. 6. Il riformismo sanitario degli anni novanta. 7. I dilemmi del XX secolo: la nuova agenda di riforma sanitaria. Bibliografia.

1. Origini ed istituzionalizzazione dei moderni sistemi sanitari

Lo sviluppo dei sistemi sanitari, come in generale quello dello stato sociale, è strettamente legato al processo di modernizzazione ed ai processi di urbanizzazione e di industrializzazione che ad essa si sono accompagnate (v. Flora e Alber, 1983). L'urbanizzazione sempre più intensa determinò un peggioramento delle condizioni di vita e un sovraffollamento delle città aumentando i rischi di epidemia: di qui la riorganizzazione su vasta scala delle pratiche di terapia medica e di igiene collettiva, e l'introduzione di specifiche misure di regolazione e di intervento diretto da parte dello Stato a fini sia di assistenza sia di prevenzione. Il detonatore del decollo della sanità in senso moderno fu costituito dalla devastante epidemia di colera scoppiata nel 1832 (diciottomila vittime nella sola Parigi). La neutralizzazione dei veicoli di "contagio" e la soppressione di ogni potenziale fonte di "miasma" (i due fattori ritenuti responsabili della spirale epidemica) furono i due principali e originari obiettivi di politica sanitaria perseguiti dai paesi europei a partire dagli anni trenta del secolo scorso. Più che come una "politica" nel senso odierno di *policy*, in questa fase il ruolo dello Stato in campo sanitario si caratterizzava per un insieme di interventi di "polizia", ossia di azioni ispettive da parte delle autorità pubbliche volte a far rispettare le norme di igiene (v. De Swaan 1988, p. 126). Anche a seguito del crescente numero di medici e del lento ma inarrestabile progresso del sapere clinico, a tali azioni si affiancarono progressivamente nuove misure per la razionalizzazione e l'espansione delle strutture di cura e assistenza, per il risanamento urbano e per la disciplina delle pratiche terapeutiche. Il peggioramento delle condizioni lavorative ed i maggiori rischi di infortunio sul posto di lavoro connessi al processo di industrializzazione determinarono a loro volta interventi e misure di assistenza e di

prevenzione in campo sanitario, e in seguito favorirono l'introduzione di una assicurazione sociale obbligatoria contro i rischi da infortunio.

Oltre alle élites di governo, alle burocrazie statali e ai medici, nella prima ondata di istituzionalizzazione della sanità hanno avuto un ruolo di rilievo anche le chiese, gli istituti privati di beneficenza (che intensificarono il proprio attivismo sociale e dirottarono verso questo settore una parte significativa delle proprie risorse finanziarie e organizzative) e i vari movimenti popolari (sia associazioni e sindacati di ispirazione socialista che movimenti di ispirazione politico-religiosa, come l'Opera dei Congressi in Italia che fu tra i portavoce della dottrina del cattolicesimo sociale). Mentre le chiese e gli istituti di beneficenza si dedicarono principalmente a garantire assistenza (non solo sanitaria ma anche sociale) ai cittadini bisognosi e meno abbienti, furono soprattutto i movimenti politico-religiosi a sperimentare le prime forme di mutualismo sanitario tramite l'istituzione di appositi fondi "assicurativi" a iscrizione volontaria, creando così un nuovo meccanismo di redistribuzione su larga scala del rischio di malattia e di compensazione semi-automatica (in denaro e/o in natura) dei danni conseguenti. Di fronte a queste forme di mutualismo in campo sanitario, lo Stato fu stimolato ad emanare provvedimenti di legge a fini regolativi del mutuo soccorso. A questo riguardo, come emerge dalla tab. 1, alcuni paesi si distinsero per la loro precocità: in Gran Bretagna la prima legge risale al 1793, in Francia al 1834, in Spagna al 1839 e in Belgio al 1849.

Tabella 1 - Le tappe principali dell'intervento pubblico in sanità nei principali paesi

Paesi	Legislazione sul mutuo soccorso	Assicurazione obbligatoria	Servizio sanitario nazionale	Tentativi di riforma falliti
Gran Bretagna	1793, 1815, 1850, 1898	1911	1946	
Svezia	1891, 1910, 1931	1946	1953, 1970	1919, 1948
Danimarca	1892	1933	1971	1919
Norvegia		1909, 1953	1959	1893-96
Italia	1886	1944	1978	1919, 1946
Spagna	1839, 1859	1942	1986	1931
Germania	Provvedimenti locali	1883		
Austria		1888, 1939		
Francia	1834, 1852, 1898	1930, 1945		1928
Belgio	1849, 1898	1944		
Olanda		1929, 1934		
Svizzera	1911, 1964	1994		1900, 1920, 1947, 1972, 1986

Fonte: rielaborazione da Immergut, 1992, p. 59.

Al mutualismo sanitario ha fatto seguito l'introduzione dell'assicurazione pubblica e

obbligatoria contro le malattie, che ha rappresentato il vero punto di svolta nell'evoluzione dei moderni sistemi sanitari. Dei quattro rischi sociali quello di malattia è stato in genere il secondo (preceduto dall'assicurazione anti-infortunistica e seguito da quelle pensionistica e di disoccupazione) ad essere coperto attraverso l'istituzione di una assicurazione sociale obbligatoria (v. Alber, 1987). Non va dimenticato, inoltre, che inizialmente l'assicurazione di malattia tutelava dalla perdita del reddito e solo successivamente le prestazioni in denaro vennero integrate con prestazioni mediche. L'assicurazione obbligatoria si distinse dalle tradizionali istituzioni di beneficenza pubblica, privata e religiosa per il fatto di offrire prestazioni in forma imparziale e semi-automatica, secondo procedure e modalità organizzative altamente specializzate, su base non più locale ma nazionale (anche se lungo demarcazioni occupazionali). A differenza delle istituzioni di mutuo soccorso, l'assicurazione obbligatoria prescindeva inoltre da ogni preferenza politico-confessionale dei propri affiliati e creava un nuovo diritto sociale all'assistenza in caso di malattia, disciplinato e protetto dalla legge. Tale diritto, tuttavia, presupponeva come contro-partita un dovere di contribuzione da parte di ogni potenziale beneficiario. Il paese pioniere in campo sanitario fu la Germania di Bismarck, che introdusse il primo schema già nel 1883, seguita dall'Austria nel 1888 (v. tab. 1). Si tratta degli unici due paesi in cui l'assicurazione obbligatoria di malattia venne introdotta prima della fine del XIX secolo. Gli altri paesi raggiunsero questo traguardo con un ritardo più che ventennale e spesso con grandi difficoltà. In alcuni casi i primi tentativi di innovazione fallirono: in Svizzera l'obbligo assicurativo è diventato legge federale solo nel 1994. L'istituto dell'assicurazione obbligatoria si è diffuso col tempo anche al di fuori del contesto europeo. Negli Stati Uniti la copertura pubblica riguarda, tuttavia, solo i cittadini poveri e quelli anziani: i tentativi di introdurre schemi più inclusivi non hanno avuto sinora alcun successo (v. sotto, cap. 3).

Nel periodo che va dall'inizio del nostro secolo alla seconda guerra mondiale il settore sanitario registra una crescita progressiva e lineare del proprio peso istituzionale. La medicina e la chirurgia si affermano come discipline di primo piano in ambito accademico, anche a seguito dei progressi compiuti sul fronte della ricerca clinica e farmacologica (soprattutto la scoperta della penicillina). La professione medica si specializza e si organizza. La crescita economica consente migliori condizioni di igiene, mentre l'aumento della scolarizzazione articola e modernizza i comportamenti sanitari della popolazione. Ma soprattutto si estende il raggio della regolazione pubblica sull'intero settore. In molti paesi l'assicurazione obbligatoria di malattia viene estesa a nuove categorie di lavoratori e ai loro familiari, determinando una progressiva estensione della copertura. Parallelamente aumenta ovunque l'offerta di servizi da parte dello Stato, specialmente nel comparto ospedaliero.

2. L'evoluzione dei sistemi sanitari nel secondo dopoguerra

E' nel secondo dopoguerra che si riscontra un ulteriore e netto rafforzamento del peso

istituzionale della sanità. A partire dagli anni cinquanta il settore sanitario conosce in tutti i principali paesi industrializzati una forte espansione sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo. L'indicatore più sintetico per cogliere questo processo sotto il profilo quantitativo è la percentuale di spese sanitarie rispetto al PIL. Come mostra la tab. 2, in tutti i paesi considerati la spesa sanitaria totale rispetto al PIL è più che raddoppiata negli ultimi trent'anni. Gli Stati Uniti sono il paese che registra la crescita più massiccia: nel 1996 il settore sanitario arriva ad assorbire il 13,6 % del PIL. Parallelamente aumenta anche la quota di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria, a testimonianza del crescente intervento statale in questo settore. Un secondo indicatore è dato dai tassi di occupazione nel settore sanitario sul totale degli occupati: dagli anni sessanta agli anni novanta tale percentuale è aumentata in maniera consistente in tutti i paesi OCSE. In alcuni paesi ha ormai superato il 9 per cento: rispettivamente è pari al 9,1% in Norvegia, al 9,9% in Svizzera e al 10% in Svezia (OCSE 1995). Un terzo indicatore è rappresentato dal grado di inclusione dell'assistenza sanitaria che, come mostra la tab. 3, cresce progressivamente in tutti i paesi a partire dagli anni cinquanta.

Tabella 2 - Evoluzione della spesa sanitaria nei principali paesi OCSE (1960-1996)

	1960			1996		
	a	b	c	a	b	c
Belgio	1,3	2,1	3,4	6,8	1,0	7,8
Canada	2,3	3,1	5,4	6,4	3,2	9,6
Francia	2,4	1,8	4,2	7,3	2,5	9,8
Germania	3,2	1,6	4,8	8,2	2,3	10,5
Italia	3,0	0,6	3,6	5,5	2,3	7,8
Giappone	1,8	1,2	3,0	5,7	1,5	7,2
Olanda	1,3	2,5	3,8	6,2	2,4	8,6
Spagna	0,9	0,6	1,5	5,8	1,6	7,4
Svezia	3,4	1,3	4,7	7,2	1,4	8,6
Svizzera	2,0	1,3	3,3	7,1	3,1	10,2
Regno Unito	3,3	0,6	3,9	5,8	1,1	6,9
Stati Uniti	1,3	4,0	5,3	6,3	7,3	13,6

a = spesa pubblica in % del PIL

b = spesa privata in % del PIL

c = spesa totale in % del PIL

Fonte: rielaborazione su dati OECD, 1994 e 1998.

Tabella 3 - Estensione della copertura sanitaria nei principali paesi OCSE (1960-1990)

Paesi	1960	1970	1980	1990
	%	%	%	%
Germania	85.0	88.0	91.0	92.2
Austria	78.0	91.0	99.0	99.0
Francia	76.3	95.7	99.3	99.5
Belgio	58.0	85.0	99.0	98.0
Olanda	71.0	86.0	74.6	69.2
Svizzera	74.0	89.0	96.5	99.5
Svezia	100.0	100.0	100.0	100.0
Danimarca	95.0	100.0	100.0	100.0
Norvegia	100.0	100.0	100.0	100.0
Regno Unito	100.0	100.0	100.0	100.0
Irlanda	85.0	85.0	100.0	100.0
Italia	87.0	93.0	100.0	100.0
Spagna	54.0	61.0	83.0	99.0
Canada	68.0	100.0	100.0	100.0

Fonte: rielaborazione da OECD, 1995, tab. 7, p. 17.

L'ultimo quarantennio ha assistito a numerose innovazioni anche sotto il profilo organizzativo. In tutti i paesi occidentali è stato attuato un intervento sempre più massiccio da parte dello Stato, sia nella regolazione dei comportamenti individuali e collettivi che nell'erogazione diretta di prestazioni e servizi. Il termine *sanità* (o sistema sanitario) ha finito per denotare quasi unicamente l'insieme dei programmi e delle strutture pubbliche in questo settore, che peraltro rappresentano uno dei pilastri portanti del contemporaneo Stato sociale. Tale denotazione è tuttavia fuorviante, dal momento che anche nelle società più sviluppate la sfera della sanità continua a includere infatti numerosi attori e pratiche di tipo non pubblico: non solo la medicina privata, ma anche l'insieme delle attività di cura (nel senso più ampio del termine) svolte autonomamente da associazioni volontarie, famiglie e individui. Una rilevante dimensione di variazione fra i sistemi sanitari dei vari paesi occidentali è costituita proprio dalle configurazioni particolari del mix fra pubblico, privato e "sociale": si pensi all'elevato grado di pubblicizzazione della sanità nei paesi scandinavi, al ruolo delle associazioni mutualistiche non pubbliche o semi-pubbliche nella sanità olandese o svizzera, o al peso del settore privato nella sanità americana. Ma, quale che sia, il mix fra le tre principali componenti del sistema sanitario poggia ormai sempre e comunque su articolate discipline normative emanate dallo Stato. In ogni caso la diversa rilevanza quantitativa del settore non pubblico nei paesi OCSE è segnalata dai dati della tab. 2.

L'innovazione più rilevante del lungo boom espansivo post-bellico è stata l'introduzione di un nuovo modello organizzativo per l'intervento pubblico: il servizio sanitario nazionale. Già negli anni trenta e quaranta si era affacciato anche nella sanità un nuovo orientamento culturale volto a riformare tutto il ventaglio delle politiche sociali: la dottrina della "sicurezza

sociale". Tale dottrina si poneva come superamento del tradizionale approccio basato sull'assicurazione obbligatoria dei lavoratori e raccomandava l'istituzione di sistemi di protezione sociale integrata, fornita direttamente dallo Stato, finanziata preferibilmente dal gettito fiscale piuttosto che dai contributi e basata su diritti di cittadinanza, automaticamente estesi a tutta la popolazione. Il primo paese a procedere in questa direzione fu la Nuova Zelanda che nel 1938 introdusse il primo sistema sanitario nazionale. Tuttavia, l'idea di un sistema sanitario nazionale è associata alla figura di Lord Beveridge, principale artefice del piano di riforma che prenderà il suo nome e della creazione, nel 1946, del National Health Service britannico (NHS). Come mostra la tab. 1, l'esempio del Regno Unito è stato successivamente emulato dai paesi scandinavi, prima, e dai paesi sud-europei nel corso dell'ultimo ventennio. L'Italia, tradizionalmente caratterizzata da un sistema occupazionale e frammentato di welfare, è stata il primo paese sud-europeo ad imboccare la strada dell'universalismo in campo sanitario (v. Ferrera, 1993), seguita dalla Spagna nel 1986.

La creazione di "servizi nazionali" ha storicamente rappresentato un nuovo significativo punto di svolta nel processo di istituzionalizzazione della sfera sanitaria, per molte ragioni. Un servizio nazionale tende infatti a essere più omogeneo e standardizzato rispetto ai tradizionali sistemi di mutue obbligatorie: e ciò vale sia per i diritti riconosciuti ai cittadini, sia per gli standard di prestazione (almeno sulla carta). Inoltre, un servizio nazionale tende per sua natura a erodere gli spazi di azione del settore non pubblico e a indurre una progressiva omologazione dei comportamenti sanitari sia degli utenti che dei fornitori di prestazioni. Infine un servizio nazionale realizza pienamente l'ideale della cittadinanza sanitaria: ossia di una garanzia di assistenza universale, collegata al solo *status* di cittadino e dunque indipendente da ogni altra condizione socio-economica. Ciò non significa naturalmente che la creazione di un servizio nazionale sia da considerarsi come uno stadio evolutivo "superiore" e quasi obbligato anche per quei sistemi organizzati su base mutualistica. Nel corso dell'ultimo quarantennio anche questi sistemi hanno peraltro registrato un notevole sviluppo organizzativo e hanno esteso il raggio di copertura della protezione pubblica sino a raggiungere anch'essi, di fatto, la piena universalità (v. tab. 3). D'altro canto, vi sono importanti differenze anche fra i servizi nazionali dei paesi elencati nella tab. 1 (ad esempio fra il NHS britannico e il Servizio sanitario nazionale italiano), proprio per quanto riguarda il grado di istituzionalizzazione. L'idea stessa di un "servizio nazionale" conferisce nondimeno al sistema di tutela della salute di questi paesi una risorsa simbolica aggiuntiva, con un suo autonomo potenziale di condizionamento sulla logica di funzionamento non solo del settore sanitario, ma del sistema di *welfare* nel suo complesso.

I due modelli sanitari, mutualistico e nazionale, si differenziano sotto diversi aspetti. Innanzi tutto in termini di formato di copertura: nel primo modello i principali destinatari delle prestazioni sanitarie sono i lavoratori, nel secondo l'intera cittadinanza. Questa differenza emerge molto chiaramente dai dati della tab. 3. La stessa tabella mostra tuttavia che i paesi con un sistema sanitario di tipo assicurativo garantiscono comunque una

copertura che sebbene non arriva a coprire l'intera popolazione è ormai superiore al 90%. I sistemi di tipo assicurativo, inoltre, presentano spesso differenziazioni di trattamento tra le varie categorie occupazionali, sia in termini di prestazioni erogate che in termini di contributi. In secondo luogo, nel sistema assicurativo il principale erogatore di prestazioni e servizi, le mutue assicurative, è privato o para-statale, mentre nei sistemi sanitari nazionali è lo Stato che si fa carico della gestione e dell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Questo incide sulla gamma delle prestazioni offerte che, nel primo caso, è più circoscritta e in funzione della partecipazione assicurativa e, nel secondo caso, è più estesa, in genere più omogenea e in funzione del requisito di cittadinanza o residenza. In terzo luogo, anche il meccanismo di finanziamento è differente, rispettivamente di tipo (prevalentemente) contributivo o di tipo (prevalentemente) fiscale. Molti paesi presentano sistemi misti in cui il finanziamento della sanità è frutto di un mix di contributi sociali e gettito fiscale.

Tabella 4 - Erogazione e finanziamento dei sistemi sanitari

		Finanziamento	
		Fiscale	Contributivo
	Pubblica	Svezia, Danimarca, Norvegia, Finlandia, Regno Unito, Irlanda, Italia, Spagna	
	Mista	Portogallo, Australia, Nuova Zelanda	Germania, Austria, Francia, Belgio, Lussemburgo, Grecia ¹ , Giappone
	Privata	Canada	Olanda, Svizzera, Stati Uniti ²

¹ In Grecia il finanziamento della sanità si compone anche di una parte di tipo fiscale.

² Negli Stati Uniti il finanziamento contributivo è principalmente su base volontaria.

Fonte: rielaborazione da OECD, 1992 e 1994.

Nella tab. 4 sono stati collocati i principali paesi OCSE in base a due dimensioni: erogazione dell'assistenza sanitaria, nelle tre forme pubblica, privata e mista, e finanziamento, di tipo prevalentemente fiscale o contributivo. Tra i paesi che presentano un sistema di finanziamento di tipo fiscale troviamo anche l'Italia e la Spagna. In realtà questi due paesi solo recentemente hanno proceduto alla completa fiscalizzazione degli oneri sanitari. Fino alla metà degli anni novanta sarebbe stato più corretto considerare i sistemi di finanziamento italiano e spagnolo ancora come misti. La tab. 4 contempla il binomio erogazione da parte del settore privato e finanziamento individuale e volontario solo nel caso degli Stati Uniti in cui la componente pubblica si limita ai due schemi federali *Medicare* e *Medicaid*, finanziati attraverso il gettito fiscale. Questo non significa che negli altri paesi il settore "privato-

privato” non esista. Al contrario è possibile riscontrare una grande variabilità che vede una presenza minoritaria di questo settore nei paesi anglo-scandinavi con sistemi sanitari nazionali e una percentuale crescente nei paesi con sistemi sanitari di tipo assicurativo. In tutti questi paesi gli schemi privati sono complementari e integrativi di quelli pubblici e coprono dai rischi di malattia fasce circoscritte di popolazione, escludendo in genere individui e gruppi ad alto rischio.

3. I fattori di riforma

I dati qualitativi contenuti nella tab. 1 e i dati di spesa della tab. 2 mostrano che l'espansione dell'intervento pubblico in sanità è avvenuta con tempi, forme e intensità diversi da paese a paese. Solo accurate ricostruzioni storiche possono contribuire ad individuare tutti i fattori responsabili dei singoli percorsi nazionali. Semplificando, si può dire tuttavia che l'evoluzione della politica sanitaria e il processo di statalizzazione del settore sono stati in larga misura influenzati dai rapporti di forza esistenti tra i seguenti attori: i partiti e i movimenti politici; la professione medica e le sue associazioni di categoria; la burocrazia, e in particolare gli apparati che erogano i servizi; e infine le amministrazioni locali (soprattutto ove l'assetto costituzionale o la storia politico-amministrativa conferiscano a queste ultime giurisdizione e competenza nel settore).

I partiti di sinistra e i sindacati dei lavoratori sono stati di norma i propugnatori delle grandi riforme in direzione statalista, in conflitto più o meno aperto con i partiti di centro e di destra. La professione medica, gelosa della propria autonomia di corpo e del proprio *status* economico-sociale, ha invece teso a difendere l'orientamento mercantile del sistema, da cui essa trae ovvi vantaggi. Gli apparati burocratici hanno giocato un ruolo meno netto e prevedibile: in alcuni casi essi hanno osteggiato qualsiasi alterazione dello *status quo* potestativo e delle *routines* amministrative; in altri hanno appoggiato le forze riformiste, anche al fine di accrescere il proprio ambito di azione e le proprie risorse. I rapporti fra governo centrale e governi periferici hanno infine avuto una parte rilevante nel facilitare o ostacolare le coalizioni fra gli altri attori e nel determinare gli esiti istituzionali delle riforme in termini di centralizzazione/decentramento. Nell'arena sanitaria hanno operato naturalmente anche altri attori (datori di lavoro, altre categorie di fornitori, assicurazioni private, associazioni di consumatori, ecc.): quelli citati sono tuttavia i più rilevanti se ciò che interessa è l'assetto macro-organizzativo (il mix fra pubblico e privato, la creazione di un servizio sanitario nazionale, ecc.).

Il campo di forze tra questi attori è stato storicamente abbastanza bilanciato: l'evoluzione istituzionale del sistema sanitario ha seguito di norma un percorso incrementale, fatto di piccoli aggiustamenti successivi. L'esperienza dell'area anglo-scandinava insegna tuttavia che l'equilibrio ha potuto in alcuni casi sbilanciarsi notevolmente a favore di un dato attore (per esempio i partiti di sinistra), dando così origine a pervasivi cambiamenti

Alcuni passi nella medesima direzione sono stati recentemente compiuti anche da un paese tradizionalmente “massimalista” come la Svezia. Nel 1993 una commissione ufficiale ha presentato una serie di proposte sul modo di fissare le priorità all'interno del servizio sanitario pubblico, distinguendo tra diversi gruppi di attività cliniche (elencate, appunto, secondo l'ordine di priorità): 1) trattamento delle patologie acute che mettono in pericolo la vita (incluse le malattie che, senza trattamento, condurrebbero all'invalidità o a morte prematura); 2) trattamento delle patologie croniche più severe, assistenza terminale palliativa, cura delle malattie che hanno prodotto riduzione di autosufficienza; 3) trattamenti di abilitazione/riabilitazione, inclusa la prevenzione; 4) trattamento delle patologie acute e croniche meno severe; 5) assistenza per ragioni diverse dalla malattia; 6) patologie minori in cui l'auto-cura è sufficiente.

Accanto alla definizione di criteri espliciti finalizzati a limitare il contenuto dei diritti in campo sanitario, è possibile individuare due strategie altrettanto promettenti per rendere l'universalismo sanitario più sostenibile e riconciliabile con l'obiettivo del contenimento dei costi. La prima strategia ha a che fare con l'introduzione, a livello micro, di incentivi specifici per favorire la pratica della medicina basata sull'evidenza empirica (*evidence-based medicine*). Dato che le nuove tecnologie, aprendo nuove opportunità di diagnosi e cura, tendono a far lievitare i costi sanitari, questo tema sta ricevendo sempre più attenzione. Alla luce delle enormi variazioni nei modelli di pratica clinica e in considerazione del fatto che spesso in passato le diverse tecnologie sono state impiegate in assenza di prove certe della loro efficacia, si va diffondendo l'idea che la valutazione debba diventare uno degli strumenti cruciali per affrontare il divario tra domanda e offerta sanitaria. Il problema connesso a questa strategia nasce dall'interferenza che essa comporta per la libertà professionale dei medici. L'altra strategia è quella di incoraggiare i pazienti, adeguatamente informati, a diventare più responsabili, concedendo loro più ampi margini di scelta in merito alla quantità e al tipo di cure che desiderano ricevere. Questa è la direzione in cui si sono mossi soprattutto gli Stati Uniti con il *Patient Self-Determination Act* approvato nel 1991 e a cui ora stanno guardando con interesse anche molti paesi europei.

7.2. Un nuovo mix pubblico-privato

Una conseguenza della nuova fase di austerità economico-finanziaria è che il finanziamento pubblico della sanità e in generale dei servizi sociali non può che essere limitato. Restringere l'universalismo attraverso il co-finanziamento delle prestazioni da parte degli utenti e la definizione di priorità permette di filtrare la domanda sanitaria in base a considerazioni di equità e di efficacia. Tuttavia una ampia e crescente parte della domanda sanitaria è destinata a rimanere priva di risposta, come mostrano i dati sull'aumento della spesa sanitaria privata negli ultimi due decenni (v. tab. 2). Nel contempo si rileva una presenza sempre più forte del “terzo settore”, nel campo soprattutto dei servizi sociali alla persona.

Tuttavia le potenzialità di una ulteriore espansione sia del settore privato che del settore non-profit non sono ancora state pienamente esplorate, nonostante le implicazioni positive che potrebbero emergere in termini di occupazione. Almeno nei paesi europei, il mancato sfruttamento delle potenzialità occupazionali del settore terziario privato per i servizi di cura è in parte dovuto alla “trappola dell’inattività”, causata dagli alti costi del lavoro. Questo tuttavia non è l’unico ostacolo al ricorso al settore privato e/o non-profit: lo sviluppo di forme non pubbliche di servizi sanitari è stata tradizionalmente guardata con sospetto sia come potenziale veicolo di differenziazione sociale che come fonte di erosione della legittimità del welfare state. La questione è se questo sospetto abbia ancora ragione di esistere e se sia possibile individuare qualche forma virtuosa di mix tra sfera pubblica e non pubblica, al fine di risolvere il problema delle risorse scarse senza che questo comporti una diminuzione della qualità delle cure e dell’inclusività della copertura e della legittimità dell’erogazione pubblica.

Nelle società contemporanee i servizi di cura ed assistenza sono considerati beni ad alto contenuto valoriale e la loro domanda non è solo in costante crescita ma sta diventando sempre più diversificata, soprattutto tra gli utenti con un profilo economico-sociale e culturale più elevato che sono fortemente interessati alla qualità, alla libertà di scelta e a prestazioni sempre più personalizzate (v. Alestalo e Kuhnle, 2000). Dal momento che è irrealistico aspettarsi che sia lo Stato a soddisfare questa nuova domanda, dobbiamo ritenere inevitabile l’emergere di un mercato sanitario privato sempre più specializzato. La questione cruciale e ancora aperta è quanta parte di questa nuova domanda possa essere attratta in forme “solventi” all’interno della arena sanitaria pubblica e come possa essere conciliata una collaborazione tra le due sfere, quella pubblica e quella privata. Se si riuscisse a fare questo ne deriverebbe un vantaggio, ovvero che le istituzioni pubbliche potrebbero continuare ad essere il luogo privilegiato dell’offerta di cure e del consumo sanitario senza costi aggiuntivi e senza perdite di coesione sociale e di legittimità. Il successo di questa strategia dipende da due condizioni principali: la capacità dei servizi pubblici di soddisfare tale “nuova” domanda e la disponibilità di questi consumatori a pagare queste specifiche prestazioni in aggiunta a quanto da loro già pagato sotto forma di tasse e contributi.

Nei paesi europei la prima condizione è essenzialmente una questione di innovazione, regolazione, organizzazione e gestione della sanità. In Europa la sanità pubblica è stata tradizionalmente il luogo dell’eccellenza medica. La situazione europea a questo riguardo è molto differente da quella americana: in quest’ultimo contesto il ritardo storico dell’introduzione dell’assicurazione sanitaria pubblica ha aperto precocemente opportunità di espansione per i mercati sanitari privati che sono diventati il luogo dell’eccellenza medica creando un sistema a due binari di offerta socialmente differenziata. Nei paesi europei, in cui il livello di fiducia della classe media nei confronti del sistema sanitario è abbastanza alto (tradizionalmente più alto nei paesi anglo-scandinavi e nei paesi dell’Europa continentale rispetto ai paesi del Sud-Europa) non dovrebbe risultare impossibile e nemmeno troppo difficile integrare l’offerta di servizi pubblici con nuovi pacchetti di prestazioni a pagamento

rivolti ai “nuovi” consumatori. La seconda condizione dipende dalla capacità di coniugare l'imposizione di forme di pagamento privato con nuove opportunità. E' certamente vero che gli utenti non accettano volentieri l'imposizione di forme di pagamento privato per ottenere ciò che è offerto gratuitamente ma la disponibilità a pagare potrebbe crescere se gli utenti fossero convinti di avere così accesso ad una più ampia gamma di (nuovi)servizi e avere maggior controllo sulle procedure che riguardano tipologie, tempi e luoghi di accesso. Il pagamento di queste prestazioni potrebbe essere organizzato e incoraggiato in modo istituzionale attraverso la creazione di mutue volontarie. Ovviamente questo sarebbe facilitato se fosse possibile differenziare chiaramente tra prestazioni “essenziali” (fornite a tutti) e prestazioni “non essenziali”, e contribuirebbe alla ridefinizione dell'universalismo lungo le direzioni indicate sopra. Le seconde potrebbero infatti costituire l'oggetto di un secondo pilastro sanitario di prestazioni integrative, oggi ancora scarsamente sviluppato nella maggior parte dei paesi europei. In ogni caso, il dibattito sulla linea di confine fra le prestazioni “essenziali” e quelle “non essenziali” sarà condizionato dagli interessi degli attori in gioco, dalle specificità culturali dei diversi sistemi sanitari, e dalla loro eredità in termini di istituzioni esistenti.