

Equità orizzontale in un quadro di federalismo sanitario: alcuni contributi dalla prospettiva della giustizia distributiva*

Elena Granaglia

(Università della Calabria e Scuola Superiore di Economia e Finanza, Roma)

Versione provvisoria

Introduzione

Uno dei compiti cruciali, in un quadro di federalismo fiscale, è quello di distinguere fra diversità inter-regionali da considerare inique sul piano orizzontale, l'equità orizzontale richiedendo l'eguale trattamento degli eguali, e diversità compatibili con tale equità, in quanto effetto della libertà di scelta¹. In ambito sanitario, la risposta fornita dal rinnovato Titolo V della Costituzione (anche nel rispetto dell'art. 32) è, come noto, quella di richiedere l'eguaglianza di trattamento rispetto ai livelli essenziali di assistenza (LEA). Al contempo, sono da ritenersi perfettamente legittime diversità nei livelli addizionali rispetto ai LEA e, all'interno degli eventuali vincoli posti da principi generali di responsabilità statale, nelle modalità di erogazione delle prestazioni connesse ai LEA stessi². Gli eguali, in questa prospettiva, sono coloro che risiedono nel nostro paese³.

Questo lavoro dà per scontato tale quadro normativo, di cui, peraltro, condivide pienamente la definizione nazionale dei LEA, i LEA riflettendo il carattere universale di diritti, e la più complessiva legittimità, da parte dello stato, della statuizione di principi generali. Dà, pure, per scontate le indicazioni del DCPM 29 novembre 2001, di specificazione dei LEA in termini di lista negativa, che esclude alcune prestazioni, senza formulare in positivo le prestazioni da assicurare, e vieta, in quanto discriminatori, criteri espliciti di selezione fra pazienti⁴. Assume, altresì, la piena legittimità, nel riparto delle risorse, del riferimento a nozioni di costo standard.

Il tema su cui concentra l'attenzione è una domanda ancora largamente aperta: vale a dire, in cosa tradurre/sostanziare l'eguale trattamento rispetto ai LEA? Ci si può accontentare di una mera traduzione "monetaria", ossia, della disponibilità di un'eguale quota capitaria e, in caso affermativo, l'eguaglianza dovrebbe essere indifferenziata oppure differenziata sulla base delle condizioni sanitarie e di quali? Oppure, è desiderabile allargare la nozione di risorse in modo da includere un insieme di servizi considerati essenziali (di nuovo, in una prospettiva non differenziata o in una differenziata) o, addirittura, si dovrebbe sostituire la nozione di risorse con quella di risultati e, in tal caso, quali? O, ancora, il riferimento dovrebbe essere a opportunità di accesso?

¹ In questo senso, si segue l'indicazione di Atkinson e Stiglitz, 1976, secondo cui l'equità orizzontale non considera le differenze nelle preferenze rilevanti ai fini della discriminazione fra soggetti. In altri termini, ineguaglianze dovute all'esercizio delle preferenze sarebbero perfettamente legittime.

² Tali principi, ad esempio, potrebbero vietare il ricorso a modalità organizzative quali i buoni per l'acquisto di assicurazioni, nell'assunto che un siffatto cambiamento implicherebbe, *de facto*, la fine del SSN.

³ Si prescinde dalla questione dell'immigrazione irregolare.

⁴ La selezione fra i pazienti è preclusa anche dall'articolo 21 della Carta dei diritti dell'Unione Europea. L'unica eccezione, per il nostro paese, riguarda prestazioni caratterizzate da vincoli naturali nell'offerta, come i trapianti, per le quali sono giustificati criteri espliciti di selezione. Il che non significa che criteri impliciti di selezione non siano attuati sul piano micro delle scelte da parte dei singoli erogatori di prestazione. In questa sede, però, l'attenzione è limitata al piano macro dell'equità orizzontale fra aggregati di individui. Sulla distinzione, in sanità, fra il piano macro e quello micro, cfr., fra gli altri, Culyer, 2001.

Il lavoro mira a rispondere a queste domande, assumendo la prospettiva della più recente letteratura di etica pubblica e di economia in materia di giustizia distributiva. Come noto, con l'eccezione della prospettiva comunitaria e di alcuni circoscritti contributi da parte di alcuni autori non comunitari⁵, questa letteratura si occupa essenzialmente dell'eguaglianza inter-personale (a prescindere dalle questioni territoriali). Ciò nonostante, le discussioni, al cuore di quella letteratura, circa il "cosa" dell'eguaglianza distributiva (ossia, *equality of what?*) appaiono feconde anche per una riflessione sull'eguaglianza territoriale.

Il lavoro è diviso in due parti. La prima presenta una tassonomia della pluralità di risposte che possono essere offerte, la quale mette, fra l'altro, in evidenza il carattere sottile dell'equità orizzontale, la cui specificazione richiede il rimando a principi spessi di giustizia⁶. La seconda offre una valutazione di tali risposte. La metodologia è essenzialmente teorica: si esaminano le accezioni alternative di eguale trattamento secondo la prospettiva della giustizia distributiva. L'attesa è che le indicazioni sviluppate possano avere implicazioni pratiche ai fini della specificazione concreta dei LEA.

La conclusione è a favore di una nozione di eguaglianza di trattamento come eguaglianza di risultati, in termini di salute e di soddisfazione dei bisogni, a loro volta intesi sia in un'accezione più finale, centrata sugli esiti delle cure, sia in una più strumentale, centrata sui dati di consumo. La messa a fuoco delle risposte fornite dalle diverse prospettive può, però, essere utile anche per chi dissenta da tale conclusione. "Vedere" la pluralità delle possibili risposte, e, con essa, delle possibili dimensioni di svantaggio appare condizione essenziale alla presa di scelte più informate.

Tre brevi avvertenze alla lettura. Primo, l'equità territoriale è solo una delle componenti della stessa equità orizzontale. Ad esempio, una situazione in cui i poveri del Sud siano svantaggiati esattamente come i poveri del Nord sarebbe equa sul piano territoriale. Sarebbe, però, iniqua qualora l'iniquità orizzontale, anziché rispetto alla variabile territoriale, sia valutata rispetto a quella socio-economica. Ancora, l'equità orizzontale è solo una parte della più complessiva equità. Ad esempio, nel nostro paese non esiste alcuna iniquità orizzontale rispetto al divieto all'eutanasia. Ciò nondimeno, tale divieto potrebbe essere ritenuto iniquo.

Secondo, rispetto alla stessa equità orizzontale a stampo territoriale, l'attenzione del lavoro non solo è concentrata sulle finalità/sugli impieghi del finanziamento pubblico, prescindendo da quest'ultimo. Anche rispetto alle finalità/impieghi del finanziamento, è concentrata unicamente sul "cosa", senza toccare l'altra questione cruciale relativa al "quanto": vale a dire, i livelli essenziali sono da intendersi in termini di soglia minima o di livelli "fortemente" egualitari? Si prescinde altresì dalle iniquità infra-regionali, pur nel riconoscimento che queste potrebbero essere assai più pronunciate di quelle inter-regionali (cfr., ad esempio, Bordignon, Fontana, Peragine, 2006).

Terzo, anche in presenza di disuguaglianze territoriali considerate inique⁷, la conclusione non è necessariamente a sostegno di maggiori trasferimenti alle regioni penalizzate. La responsabilità delle disuguaglianze potrebbe, infatti, essere di queste ultime. Anche da questo tema, si prescinde in questa sede.

1. Eguaglianza rispetto a che cosa?

⁵ Cfr., ad esempio, Van Parijs, 2005.

⁶ Sulla distinzione fra principi etici sottili e spessi, cfr. Walzer, 1994.

⁷ D'ora in avanti, a meno di esplicite indicazioni contrarie, i termini ineguaglianze e iniquità sono utilizzati come sinonimo, le disuguaglianze rilevate risultando indesiderabili secondo le diverse prospettive di giustizia.

La prospettiva dell'eguaglianza di risorse

Le risorse monetarie. L'eguaglianza di trattamento può, innanzitutto, specificarsi in termini di dotazioni di risorse monetarie, come nella prospettiva dell'eguaglianza di risorse (Rawls, 1971, Ackerman, 1980, Dworkin, 1981a, 2000, Van Parijs, 1995). Il reddito avrebbe il merito di essere un bene primario, utile qualsiasi siano le preferenze individuali: dunque, perfettamente rispettoso delle libertà individuali. Le dotazioni, a loro volta, possono essere intese in termini non differenziati oppure differenziati.

Dotazioni monetarie non differenziate. La prospettiva dell'eguaglianza di risorse monetarie tende a privilegiare la non differenziazione: questa, ad esempio, è la prospettiva di Rawls, (*cit.*). L'assunto è che la differenziazione comporti un contrasto inevitabile fra valori diversi di buona/cattiva vita e, con esso, costi di transazione elevati per le scelte collettive. Meglio, allora, evitare tale contrasto, procedendo nella direzione non solo dell'egualitarismo generale – appunto, della redistribuzione di denaro -, ma di una versione estrema di quest'ultimo, caratterizzata da dosi eguali di reddito.

Certamente, l'egualitarismo generale appare irrealizzabile nella forma pura, laddove, come in sanità, le allocazioni hanno una finalità specifica⁸. In tale contesto, lo “spirito” dell'egualitarismo generale sarebbe rispettato da una quota capitaria secca, corrispondente al costo standard dell'assistenza sanitaria mediamente erogata (data l'assenza di una lista positiva), con aggiustamenti per contrastare rischi di inappropriatezza⁹.

Secondo questa prospettiva, se si considerano i dati correnti di spesa sanitaria pubblica, il Servizio sanitario nazionale appare ben posizionato. Nel decennio 1991-2000, si è, infatti, assistito ad un movimento verso una maggiore uniformità nella distribuzione della spesa sanitaria pubblica pro capite: la Calabria, ad esempio, ha registrato un incremento della spesa corretta per la mobilità dell'80%, mentre per l'Emilia Romagna l'incremento è stato solo del 27%¹⁰.

Il prezzo da pagare è, però, quello di una specificazione delle dotazioni di risorse che, trattando egualmente soggetti che vivono in regioni caratterizzate da condizioni sanitarie diverse (nonché da diverse condizioni economiche), non tratta come eguali gli abitanti del nostro paese¹¹. Lungi dall'evitare il ricorso ai valori, questa scelta assume il giudizio di valore di ignorare tali diversità.

Dotazioni monetarie differenziate. Quando ammette le differenziazioni, la prospettiva dell'eguaglianza di risorse fa leva, soprattutto, su (limitate) finalità di risarcimento, rispetto a condizioni di svantaggio ritenute sostanzialmente irrimediabili (Rawls, *cit.*, Ackerman, *cit.*, Dworkin, *cit.*, Van Parijs, 1995). Obiettivo dell'assistenza sanitaria è, invece, quello di rimediare a condizioni di svantaggio sanitario. Il risarcimento non sembra, dunque, di grande utilità come guida alla differenziazione. Esiste, però, la via indicata da Dworkin (2000), Rawls (2001) e da Pogge (2002), secondo cui le dotazioni potrebbero contemplare una differenziazione sulla base di bisogni (standard).

⁸ La forma pura coinciderebbe con la perequazione rispetto alle capacità fiscali, a prescindere da qualsiasi finalità.

⁹ Sul concetto torneremo più sotto.

¹⁰ In Italia, la quota capitaria è da anni ponderata. Il risultato in termini di maggiore uniformità sarebbe, però, apprezzato dai sostenitori della non differenziazione.

¹¹ Sulla distinzione fra trattare in modo eguale e trattare come eguali, cfr. Dworkin, *cit.*

In questa prospettiva, l'equità orizzontale richiederebbe di assegnare più risorse ai territori caratterizzati da più bisogni: il riferimento diventa ad una quota capitaria ponderata¹². Anche nella prospettiva della non differenziazione, ovviamente, i bisogni non sono, del tutto, sottovalutati: la quota capitaria secca, ad esempio, è effettivamente goduta solo da chi necessita di interventi sanitari. Le differenze nei bisogni, però, non influenzerebbero le dotazioni di risorse, così esulando dalla dimensione rilevante ai fini della rilevazione delle iniquità orizzontali. Nell'ipotesi della differenziazione, invece, l'assunto è che non si possa essere penalizzati per il fatto di vivere in una regione caratterizzata da maggiori bisogni.

Come argomenta Culyer (*cit.*), la ragione ultima per preoccuparsi della soddisfazione dei bisogni dipende dalla centralità della salute, intesa come attesa complessiva/flusso di vita di cui si può godere nel tempo¹³. La salute potrebbe essere sottovalutata dal riferimento ai bisogni.

Il rapporto fra bisogni e salute è, ovviamente, stretto. La salute stessa potrebbe essere definita un bisogno e la sua realizzazione, oltre che da interventi di prevenzione, richiede la soddisfazione di singoli bisogni. In questo senso, il riferimento alla salute, lungi dal rendere inutile il riferimento ai bisogni, rappresenterebbe un mero criterio di selezione di questi ultimi. Peraltro, se si utilizzano i tassi di mortalità come *proxy* dei bisogni sanitari, la differenziazione sulla base dei bisogni coinciderebbe con quella basata sulla salute, la mortalità essendo il risvolto della medaglia delle attese di vita.

Esiste, però, una distinzione cruciale: i bisogni riguardano domande "discrete" di cura, che prescindono dalla capacità di beneficiare in termini di salute complessiva. La salute richiede, invece, di considerare l'entità della capacità di beneficiare in termini di flussi di anni di vita¹⁴.

Naturalmente, sia i bisogni sia la salute dipendono da una pluralità di variabili extra-sanitarie. Occupandoci di sanità, in entrambi i casi, la differenziazione terrebbe conto unicamente delle componenti influenzabili dal SSN.

Infine, sebbene centrali, bisogni e salute potrebbero non essere l'unico parametro di differenziazione. Potrebbe, infatti, giustificarsi una differenziazione in presenza di contesti di complessivo svantaggio socio-economico, anche a parità di bisogni. Una ragione è che le regioni più povere non godrebbero del "dividendo"¹⁵ di cui godono gli abitanti delle regioni più ricche, dove una quota maggiore di popolazione ricorre alla medicina privata, così permettendo risparmi per il servizio pubblico. Un'altra è che i pazienti poveri potrebbero necessitare di tassi più elevati di utilizzazione delle strutture di ricovero, non disponendo di adeguate opzioni di cura, quando rilasciati (si pensi, ad esempio, al caso degli anziani soli)¹⁶.

¹² Dare di più a chi ha più bisogni viene tipicamente considerata una questione di equità verticale. A me sembra, invece, che la differenziazione riguardi un classico problema di equità orizzontale. La questione, in altri termini, appare la medesima delle scale di equivalenza utilizzate per rendere equivalenti redditi di famiglie di diversa numerosità. Come si vuole neutralizzare il diverso costo dei figli a carico per ragioni di equità orizzontale, lasciando più risorse a chi ha più figli, così, in ambito sanitario, si lascerebbero più risorse a chi ha più bisogni. In altri termini, anche in ambito sanitario, il trattamento diversificato è necessario solo per rendere eguali dotazioni che, data la diversità dei bisogni non lo sarebbero.

¹³ Sulla salute in termini di flussi (*streams*) composti dalla salute prima della malattia, dalla salute che si avrebbe/non avrebbe senza trattamento sanitario e dalla salute guadagnata, cfr. Dolan, Olsen, 2001.

¹⁴ La contrapposizione fra i due piani della soddisfazione delle domande discrete e del flusso di anni di vita sussiste qualsiasi siano le qualificazioni terminologiche utilizzate. Ad esempio, anziché a bisogni e a salute, come in Culyer, *cit.*, ci si potrebbe riferire a bisogni sanitari e bisogni di salute. La distinzione resterebbe, comunque, intatta.

¹⁵ Su tale dividendo, cfr. Hoel and Sæther, 2003.

¹⁶ Considerazioni simili, in termini di necessità di maggiori risorse potrebbero, quanto meno in parte, estendersi ai soggetti che abitano in zone rurali.

Dotazioni di risorse specifiche. Come sottolinea Sen (1985, 1992, 1999)¹⁷, la disponibilità di risorse monetarie, ancorché differenziate, potrebbe essere insufficiente ai fini della conversione in risultati. Ad esempio, è difficile convertire risorse monetarie in assistenza a lungo termine, in mancanza di strutture residenziali protette e di servizi di assistenza domiciliare. Similmente, l'assenza (o la sostanziale assenza), in determinate di regioni, di strutture di radioterapia potrebbe ostacolare la cura per i malati di tumore di quelle regioni, anche a parità di dotazioni monetarie.

Anziché in termini monetari, le risorse potrebbero, dunque, specificarsi in termini specifici, relativi all'insieme quanti-qualitativo delle risorse fisiche esistenti nelle diverse regioni, dal personale alle strutture e ai macchinari. Anche a questo riguardo, resterebbero aperte le medesime scelte se differenziare o no e su quale base.

La prospettiva dell'eguaglianza di risultati

Nella prospettiva della differenziazione delle risorse è implicita la desiderabilità di alcuni risultati: si erogano, ad esempio, più risorse ai territori con più bisogni, perché si vuole assicurare la soddisfazione di quei bisogni. L'enfasi resta, però, sui mezzi e assicurare mezzi rappresenta solo *una* delle condizioni necessarie al conseguimento dei risultati, anche nella prospettiva di risorse specifiche differenziate. Al fine dei risultati, pesano anche le barriere all'accesso, abbiano esse a che fare con le modalità di organizzazione dei servizi (tempi di attesa, rigidità negli orari, disponibilità ad "ascoltare" da parte degli addetti ai servizi stessi) e/o con le barriere informative/culturali e monetarie (in presenza, ad esempio di compartecipazioni e di vincoli ad assentarsi dal lavoro o dalle responsabilità di cura)¹⁸. Ancora, un conto è un accesso non qualificato ai servizi, un altro un accesso di pari qualità. Perché limitare allora l'eguaglianza di trattamento alle risorse, anche se specifiche¹⁹? Ciò rifletterebbe, secondo Sen, un feticismo (insensato) delle risorse.

Inoltre, nella prospettiva della differenziazione, il riferimento alle risorse, anche se specifiche, rischia di disincentivare il miglioramento dell'assistenza: più si è bisognosi e/o meno salute si ha, più risorse, si riceverebbero. Il che, sebbene possa non incentivare un peggioramento esplicito ed opportunistico di tali condizioni, non ne incentiva, però, il miglioramento.

Infine, seppur differenziate, le dotazioni di risorse non riusciranno mai a "mimare" con precisione le esigenze dei diversi contesti. Si consideri la differenziazione sulla base dei bisogni. Anche se tutti acconsentissimo sulla definizione di bisogno in termini di cura da una determinata condizione di morbilità, la misurazione di tale condizione non può che poggiare su *proxies*. Date le difficoltà di rilevazione della morbilità, la variabile più utilizzata, i tassi di mortalità (standardizzata per sesso e per età) per le diverse condizioni di morbilità, ignora, però, i tanti e seri danni della malattia, una volta esclusa la morte. Inoltre, i tassi di mortalità, come tutte le variabili di esito, sono soggetti ai problemi di confondimento, non permettendo di distinguere la mortalità attribuibile alla sanità da quella attribuibile ad interventi extra-sanitari. Similmente appaiono evidenti i limiti di altre *proxy* quali eventuali indicatori demografici e/o eventuali indicatori socio-economici, utilizzabili alla luce rispettivamente della relazione a J fra spesa sanitaria e della correlazione positiva fra condizioni sanitarie e condizioni socio-economiche. Ad esempio, pur essendo assodato il peso di queste ultime

¹⁷ D'ora in avanti, a meno di specificazioni diverse, quando si cita Sen ci si riferisce a tali lavori.

¹⁸ La mobilità sanitaria e la spesa privata potrebbero sia fungere da *proxy* di barriere sia segnalare costi all'accesso: un esempio, a quest'ultimo riguardo, è fornito dalla spesa privata finalizzata alla riduzione dei tempi di attesa per i ricoveri pubblici.

¹⁹ *Prima facie*, l'assenza di un vincolo di destinazione, come è nel nostro paese, potrebbe aggravare il problema. Nei fatti, però, la sanità continua a dimostrarsi il capitolo di spesa più vorace.

sull'insorgenza e sulla gravità dei bisogni²⁰, rimane largamente incerto il peso da attribuire sia alla deprivazione (assoluta) sia al gradiente sociale (ossia, alle disuguaglianze relative a prescindere dal reddito medio)²¹, sia ai singoli svantaggi, da quelli associati al reddito disponibile a quelli associati all'istruzione, alla collocazione sul mercato del lavoro e al contesto in cui si vive. Se si è interessati a tenere conto delle diversità nelle condizioni sanitarie, il rischio, con riferimento ai bisogni, è, dunque, quello di dare troppo o troppo poco²².

A questi limiti potrebbe sopperire l'eguaglianza di risultati. L'attenzione ai risultati (alle conseguenze in senso forte)²³, come noto, è tipica delle prospettive benessereistiche e dei bisogni fondamentali, le quali interpretano i risultati in termini rispettivamente di benessere e di bisogni, nell'accezione, che potremmo definire strumentale, di utilizzazione (delle strutture e delle macro-categorie di prestazioni, come le prestazioni farmaceutiche).

Seguendo Sen, i risultati, i cosiddetti funzionamenti, potrebbero, però, includere risultati ritenuti desiderabili per ragioni di stare bene anziché di benessere. Mentre il benessere avrebbe a che fare con stati mentali (siano essi di tipo edonico o no) soggettivamente percepiti dai singoli, lo star bene avrebbe a che fare con condizioni riconoscibili e condivisibili da terzi in quanto degne di apprezzamento²⁴. I risultati potrebbero, altresì, riguardare condizioni di essere e di fare, che potremmo definire più finali (rispetto alla soddisfazione di bisogni nell'accezione strumentale sopra indicata), come essere curati in presenza di condizioni di morbilità e essere in salute. In questa prospettiva più finale, conterebbero, ad esempio, esiti, quali la funzionalità raggiunta con le cure oppure l'assenza/il contenimento delle complicanze. La stessa accezione strumentale potrebbe essere ampliata in modo da tenere conto dei processi di cura (anche a parità di utilizzazione)²⁵.

La prospettiva dell'eguaglianza di opportunità

In quanto oggetto dell'eguaglianza, i risultati potrebbero comportare la violazione della libertà. Seppure per ragioni diverse, ci ritroveremmo, così, nella stessa situazione critica imputata all'eguaglianza rispetto alle dotazioni di risorse: gli individui non sarebbero trattati come eguali.

²⁰ Per l'Italia, cfr., ad esempio, Costa e Faggiano (a cura di), 1994, Costa, Spadea, Cardano (a cura di), 2004, ISTAT, 2004 nonché il Manifesto per l'Equità, 2005. Si noti il diverso uso dell'indicatore relativo alle condizioni socio-economiche. Sopra, l'assunto era che a parità di bisogni, chi vive in condizioni di svantaggio socio-economico potrebbe necessitare di più risorse. Qui, invece, si sottolinea come vivere in tali condizioni influenzi l'entità dei bisogni.

²¹ Sul ruolo del gradiente sociale, cfr. i diversi studi sui dipendenti statali inglesi (individui, comunque non poveri) descritti in Marmot, 2002 e 2004 e in Marmot, Wilkinson (eds.), 1999. Sulla questione, cfr. anche Acheson, 1998, Crepaz e Crepaz, 2004 e Sen, 1999. Per posizioni critiche, che sottolineano il peso della povertà, cfr. Deaton, 2003, Lynch *et al.*, 2004, Mechanic, 2002 e Smits *et al.*, 2004.

²² Certamente, esistono possibili antidoti. Ad esempio, si potrebbero depurare i dati di mortalità dalla mortalità attribuibile a variabili extra-sanitarie e all'interno della quota residua, ci si potrebbe concentrare sulla mortalità evitabile dalla sanità, quale la mortalità per diabete entro i 50 anni oppure la mortalità da tumore al collo dell'utero. Ciò nonostante, i rimedi restano parziali e il rischio complessivo è quello di una differenziazione inadeguata a cogliere l'entità delle differenze nelle condizioni di bisogno. Cfr. ad esempio, la ricostruzione delle difficoltà registrate nel Regno Unito in Glennester *et al.* 2000.

²³ Anche l'eguaglianza di risorse dimostra un interesse nei confronti delle conseguenze: appunto, delle risorse. Nei termini di Nozick, è anch'essa una teoria modellata della giustizia. Nella prospettiva dell'eguaglianza di risorse, l'attenzione, però, è solo ai mezzi, non a ciò che i mezzi permettono di acquisire. Il che giustifica il riferimento a versioni debole e forte del consequenzialismo.

²⁴ Sulla distinzione, cfr., fra gli altri, Griffin, 1993.

²⁵ Per processi di cura si intendono le singole terapie, a parità di utilizzazione di strutture o macro-categorie di prestazioni: ad esempio, i singoli farmaci utilizzati. Diversamente da quanto avviene nella prospettiva delle dotazioni di risorse, in quella del conseguimento di risultati non avrebbero rilievo *proxy* di bisogno, quali le situazioni socio-economiche o demografiche.

Lo stesso Sen, pur criticando la prospettiva delle dotazioni di risorse e riconoscendo il ruolo dei risultati, non difende la soddisfazione *tout court* di questi ultimi, bensì la possibilità di una loro soddisfazione, ossia, una nozione di eguaglianza di opportunità (in termini reali)²⁶. Utilizzando la terminologia di Sen, l'obiettivo dovrebbe essere quello delle capacità, intese come opportunità di perseguire i funzionamenti. Avere una capacità potrebbe, infatti, implicare scegliere di non raggiungere il funzionamento associato, come nel noto esempio di Sen di chi, pur avendo il reddito per acquistare il cibo, decide di digiunare. Digiunare, però, è ben diverso dal morire di fame.

Le libertà che rischiano di essere violate dall'eguaglianza di risultati non sarebbero unicamente le libertà di scelta. Sarebbe violata anche la dimensione dell'integrità personale (libertà di non essere minacciati da interventi che ledono il nostro corpo e le nostre attese di vita). La questione appare particolarmente ostica per quanto concerne l'eguaglianza di salute. Alla luce dell'impossibilità di fare vivere tutti a lungo, l'unico modo per garantire l'eguaglianza sarebbe quello di penalizzare chi ha maggiori attese di vita²⁷, così dando luogo al cosiddetto effetto di *levelling down*²⁸.

La ricerca dell'eguaglianza di salute potrebbe, altresì, provocare un incremento della disuguaglianza. È questo, ad esempio, il caso di programmi di prevenzione individuale, i cui benefici tendono a concentrarsi fra chi è già più avvantaggiato anche sul piano socio-economico. Un esempio interessante è quello dei programmi di prevenzione della mortalità neonatale negli Usa (Mechanic, *cit*). Nel 1950, tale mortalità era per i neri era pari a 43,9 per 1000 bambini nati vivi, mentre per i bianchi era pari a 26,8. Nel 1998, le percentuali erano rispettivamente del 13,8 e del 6. La differenza, a danno dei neri, era, dunque, aumentata dal 64,7 al 130, nonostante il guadagno in termini assoluti. Programmi aggiuntivi specificamente indirizzati ai neri avrebbero potuto incrementare l'eguaglianza. Tali programmi, potrebbero, però, comportare costi elevati a fronte di bassi guadagni in termini aggregati di salute²⁹.

Nella prospettiva dell'eguaglianza di opportunità sarebbero inique solo le disuguaglianze relative alle barriere all'accesso a servizi di pari qualità. Non lo sarebbero le disuguaglianze negli esiti, una volta egualizzate le condizioni di accesso a cure di eguale qualità, le quali rifletterebbero il rispetto della libertà³⁰.

Gli ostacoli all'accesso, a loro volta, potrebbero essere intesi in termini stringenti, inclusivi dei costi, monetari o anche psicologici associati al raggiungimento dei risultati. Secondo Le Grand (1991), ad esempio, egualizzare le opportunità di soddisfare i bisogni richiederebbe la completa egualizzazione degli insiemi di scelta, nel senso di un'egualizzazione completa dei vincoli (barriere

²⁶ La nozione formale, ovviamente, sarebbe garantita anche dall'eguaglianza in termini di dotazioni o, addirittura, dalla mera assenza di discriminazioni legali all'accesso.

²⁷ Il che implicherebbe una discriminazione fra pazienti, (che, nel nostro ordinamento, è, peraltro, vietata) Come argomenta Daniels 2001, trattare gli individui in modo diverso in diversi stadi della vita potrebbe, però, non produrre iniquità orizzontali, qualora si consideri il profilo intertemporale nella distribuzione complessiva dei benefici e dei costi. In questa prospettiva, potrebbe essere legittimo discriminare sulla base dell'età (mentre, resterebbe, illegittimo discriminare sulla base del genere), come sostenuto anche da Williams, 1997.

²⁸ Qualsiasi movimento verso l'eguaglianza di risorse implica un livellamento verso il basso di chi ha più risorse. Per *levelling down* si intende un movimento che comporta unicamente un peggioramento senza miglioramento per chi sta peggio. Sul concetto, cfr. Broome, 1995, Hausman, 2002, Temkin, 2003.

²⁹ Sulle difficoltà dei programmi di attivazione indirizzati ai gruppi più svantaggiati, cfr., ad esempio, Aizer, 2006

³⁰ Vi sarebbe anche un'altra accezione di opportunità come eguali probabilità di ottenere o non ottenere un bene scarso, ma ciò si applicherebbe ad un contesto di selezione esplicita, dal quale, come indicato nella nota 4, si prescinde in questa sede. Per una difesa specifica dell'eguaglianza di opportunità in sanità, cfr. anche Mooney *et al.* 1991 e 1992.

e costi)³¹. In alternativa, si potrebbe propendere per un'accezione meno stringente, sensibile unicamente alla presenza delle barriere, a prescindere dai costi.

2. Una valutazione

Non differenziazione vs. differenziazione delle risorse monetarie

Il costo della non differenziazione appare ingente, alla luce anche del minore costo della differenziazione rispetto a quanto sostenuto dai difensori della non differenziazione.

Al riguardo, è certamente vero che differenziare implica effettuare scelte di valore. Come specificare, ad esempio, i bisogni? In termini puramente oggettivi, siano essi di morbilità a prescindere dalla gravità, oppure di morbilità associata a gravità, secondo scale di gravità alla Carlsson, basate sulla lontananza dal decesso o, ancora, seguendo Culyer (*cit.*), sulla base della spesa necessaria a portare ciascun individuo sulla propria frontiera di salute? Oppure, occorre utilizzare anche una specificazione in termini soggettivi?

Considerazioni simili valgono per la salute. Si considera, ad esempio, l'intero l'arco temporale delle attese di vita alla nascita, oppure si considerano periodi più ristretti, quali le attese fino ad una data età, secondo il principio, ad esempio, del *fair inning* di Williams (*cit.*), o, ancora, le attese relative alla vecchiaia? È, poi, sufficiente limitarsi al numero di anni, oppure, occorre tenere conto della relativa qualità? In tal caso, ritorna la scelta fra valutazioni oggettive e soggettive, ad esempio, fra DALYs (come nella prospettiva cosiddetta del peso della malattia – *burden of disease*) e QALYs³².

Infine, a prescindere dalla definizione, quali bisogni e quali eventuali combinazioni fra bisogni e salute selezionare al fine della differenziazione e quali pesi attribuire?

Alcune risposte sono, però, disponibili. Da un lato, le scelte non possano che essere delegate a processi decisionali collettivi basati sulle preferenze individuali e, nella scelta, gli individui non possono non tenere conto anche delle valutazioni soggettive espresse da chi malato³³. Dunque, un qualche soggettivismo è inevitabile. Dall'altro lato, però, i bisogni non sono mere preferenze³⁴. Sono, al contrario, preferenze caratterizzate dall'urgenza: la loro non soddisfazione provoca danni seri agli individui (*harm*)³⁵. Come efficacemente sintetizza Sen (2002a), “ben poco possiamo fare se siamo costantemente disturbati da malattia e niente se siamo morti”³⁶. L'urgenza, a sua volta, ha a che fare con la richiesta di una valutazione equitativa, ossia, con una selezione delle domande che, lungi dal prendere come date le preferenze soggettive esistenti nei diversi contesti, ne richiede una

³¹ Anche trascurando i problemi informativi indicati più sotto, la piena egualizzazione appare incompatibile con il quadro normativo vigente, che permette alle regioni di istituire *ticket*, così, creando costi di accesso diversi. Ciò non invalida, però, la distinzione fra versioni meno o più stringenti.

³² I DALYs (da minimizzare) sono gli anni persi a causa di mortalità prematura e/o vissuti in cattiva salute misurata su una scala unica ed oggettiva di riduzione delle capacità di funzionare che va da 0, condizione di perfetta salute, a 1, condizione di morte. I QALYs (da massimizzare), gli anni di vita aggiustati per la relativa qualità, sono compatibili con specificazioni sia oggettive sia soggettive della salute.

³³ Ad esempio, sui limiti di un ricorso unicamente a scale oggettive, come nella prospettiva dei DALYs, cfr. Anand and Hanson, 2004.

³⁴ Come sottolinea Tognoni (comunicazione orale), un conto è, però, contrastare il soggettivismo dei bisogni, un altro è mettere al centro dei processi di cura il soggetto.

³⁵ Sulla nozione di urgenza, cfr. Scanlon, 1975. Sulla struttura dei bisogni, cfr. Hasman, Hope, Oesterdal, 2006 e Schmidz, 2006.

³⁶ In realtà, nei servizi sanitari nazionali sono soddisfatte, grazie alla gratuità della medicina di base, anche domande che non hanno la caratteristica dei bisogni, quali cure da raffreddore. La ragione è essenzialmente tecnica, di efficienza, dati i costi e le difficoltà tecniche di prevedere un sistema alternativo di assistenza medica limitato a tali domande.

valutazione imparziale, alla luce di principi generali che possono essere accettati da tutti, a prescindere dalle condizioni sanitarie, dei gusti e delle risorse privatamente detenute che ci capita di avere³⁷.

Il che dovrebbe restringere l'area dei conflitti, contrastando il rischio di un trionfo dei gusti costosi come di quelli poco costosi, come ben messo in evidenza dai contributi, fra gli altri, di Rawls, (1970), Dworkin, (1981b), Hausman, (2006), Hurley, (2006) e Sen, (2002b). Un tipico esempio di gusti costosi sono i gusti espressi dagli ipocondriaci. Gusti poco costosi sarebbero quelli di disabili che, vivendo comunque vite soddisfacenti, non esprimono bisogni di cura (come Tiny Tim nella favola di Dickens' *A Christmas Carol*), oppure, quelli di persone con preferenze adattive rispetto ad un contesto di svantaggio socio-economico³⁸.

Non solo. I bisogni sono caratterizzati anche dalla presenza di interventi con produttività marginale positiva. In questo senso, i bisogni implicano un concetto di offerta³⁹. In sanità, la produttività marginale positiva è spesso qualificata come appropriatezza, intendendosi per appropriatezza, in un'accezione generale, l'erogazione di interventi non solo efficaci in sé, ma anche indirizzati a soggetti in condizione di beneficiarne⁴⁰. Ad esempio, un antibiotico è efficace, ma potrebbe avere una produttività marginale negativa se erogato a chi non ha alcun batterio da contrastare. Cure con produttività marginale negativa producono non solo sprechi di risorse (inefficienza), ma anche rischi per la salute, essendo la più parte delle terapie mediche associata a rischi⁴¹.

Il che non implica assumere la presenza di accordo su ciò che rappresenti urgenza (o ignorare i molti problemi connessi alla valutazione della componente soggettiva)⁴². La categoria di urgenza mantiene, però, la propria validità indipendentemente dal disaccordo sul relativo contenuto. Neppure, ovviamente, implica assumere una conoscenza perfetta del contributo marginale dei diversi interventi. Al contrario, in sanità, numerose sono le aree cosiddette grigie, dove l'informazione è ambigua/limitata. Inoltre, pure in presenza delle più solide evidenze scientifiche, le indicazioni di appropriatezza non possono applicarsi in modo univoco, dovendosi adattare ai singoli pazienti: dunque, non possono essere imposte per legge⁴³. Nonostante tali difficoltà, e pur con tutti i

³⁷ In altri termini, la prospettiva equitativa non legittimerebbe difese dei bisogni che riflettano meri gusti. Al contrario, la difesa delle diverse posizioni dovrebbe fare leva su ragioni di desiderabilità/indesiderabilità che valgono per tutti. Al riguardo, cfr. Daniels and Sabin, 1997.

³⁸ Più si è abituati a stare male e più lo sono i gruppi di riferimento in cui si è collocati, meno si è esigenti circa le condizioni di bisogno e viceversa. Sul punto, cfr., ad esempio Sen, 2002c, con riferimento al confronto fra gli abitanti del Bihar e quelli del Kerala. I primi, pur avendo attese di vita decisamente inferiori a quelle dei secondi, riportano condizioni di morbilità decisamente migliori. A ciò, si aggiungono i ben noti problemi in termini di misurabilità e di confrontabilità del benessere. Sul tema in ambito sanitario, cfr. ad esempio, Broome, 2004 e van Doorslaer and Jones, 2002.

³⁹ Sui bisogni come concetto di offerta, cfr. Williams, 1974. Diverso sarebbe il caso in campi, quali quello della ricerca, dove i bisogni riguardano domande urgenti per la cui soddisfazione non esistono interventi con produttività marginale positiva. Al contrario, è proprio lo scopo della ricerca quello di individuarli.

⁴⁰ Un'accezione più ristretta di appropriatezza si limiterebbe al piano dell'erogazione di prestazioni efficaci ai pazienti in grado di beneficiarne. Una più allargata includerebbe anche l'appropriatezza economica, ossia, l'efficienza.

⁴¹ Al contempo, appare dubbia la specificazione dei bisogni sopra indicata offerta da Culyer (*cit.*) Come conoscere l'ammontare di spesa necessaria al raggiungimento delle frontiere individuali di salute? Inoltre, vi è il lato negativo dell'omogeneizzazione associata al metro monetario: l'offuscamento delle differenze, in termini di sofferenza e disabilità, fra le diverse patologie.

⁴² Cfr., ad esempio, Hausman, McPherson, 2006, cap. 8, McFadden, 2006 e Neuman and Neuman, 2006 e Nord, 2001 sui dilemmi connessi ai deficit cognitivi ed informativi e l'instabilità delle preferenze. In aggiunta, nonostante i progressi in corso, anche a seguito dello sviluppo dell'economia della felicità, molte restano le difficoltà relative alla rilevazione delle preferenze nonché all'effettuazione dei confronti inter-personali.

⁴³ Ad esempio, nell'ambito della lungodegenza, è diffuso reputare appropriato il potenziamento dell'assistenza domiciliare. In determinate istanze, però, potrebbe essere preferibile l'ospedalizzazione, come nel caso di anziani soli, con fragilità mentali e necessitanti di terapia orali complesse (certo, gli ospedali in questione non dovrebbero essere quelli ad alta specializzazione). Sul tema, cfr. ad esempio, Falcitelli, Trabucchi, Vanara (a cura di), 2004.

caveat, evidenze scientifiche sono disponibili e acquisibili. Tali evidenze sono cruciali nella definizione dei bisogni, pena il rischio di una soddisfazione di domande che, in assenza di trattamenti con profilo beneficio-rischio positivo, esulano dalla categoria dei bisogni.

L'obiettivo, infine, non è quello di ricercare un consenso su tutto: al contrario, è quello di individuare un nucleo comune di bisogni e obiettivi di salute sui quali converga il consenso ai fini della realizzazione della differenziazione delle risorse. Già oggi, nel nostro ordinamento, la quota capitaria è ponderata sulla base della mortalità perinatale e infantile, come sarebbe richiesto dall'obiettivo di assicurare un determinato ammontare di anni dalla nascita all'età matura. Tale consenso "ristretto" non sembra, dunque, irraggiungibile.

Appare, invece, poco convincente una differenziazione sulla base solo della presenza di contesti svantaggiati, a prescindere dagli effetti sui bisogni. Da un lato, pur mancando dati attendibili sui possibili risparmi pubblici derivanti da un maggior ricorso alla spesa privata elettiva nelle regioni più ricche, esistono segnali di un uso strategico della sanità pubblica per le prestazioni più costose. Da un altro, appare poco convincente far dipendere la differenziazione da una variabile, quale il ricorso alla spesa privata elettiva, il cui valore potrebbe fluttuare da un anno all'altro. Da ultimo, rispetto ai rischi di più intenso uso delle strutture ospedaliere in presenza di povertà, l'implicazione più convincente/efficiente appare quella di destinare più risorse al contrasto allo svantaggio socio-economico (anziché alla sanità).

Risorse monetarie vs. risorse specifiche

Assicurare una qualche eguaglianza nelle risorse specifiche potrebbe sembrare incompatibile con il Titolo V e, più complessivamente, con la libertà di scelta delle regioni e con l'efficienza. La ragione è che assicurare eguali dotazioni di servizi implicherebbe l'imposizione di modelli organizzativi univoci, a prescindere dalle diversità nelle condizioni regionali (caratterizzate da impieghi differenziati di posti letto ospedalieri, *day hospital*, strutture territoriali diurne e residenziali, infermieri, medici) nonché dalle diverse preferenze in materia. Ad esempio, la minore presenza di residenze protette nel mezzogiorno potrebbe dipendere da preferenze per la cura domestica⁴⁴. La disponibilità di risorse monetarie permetterebbe, invece, una maggiore discrezionalità.

I richiami al rispetto delle diversità locali nei modelli organizzativi non paiono, però, tali da compromettere la desiderabilità di un nucleo comune di risorse specifiche. Come per la differenziazione, la questione, infatti, non è del tipo "tutto o niente". Al contrario, ci si potrebbe rivolgere, anche in questo caso, ad un nucleo ristretto di risorse specifiche, in termini di disponibilità di strutture, quali ospedali, ambulatori, servizi di farmacovigilanza e di più complessiva promozione della qualità sui quali tutti concordano. Al contempo, tassi di ospedalizzazione che variano del 300% fra regioni appaiono difficilmente ascrivibili a differenze nelle preferenze soggiacenti nei modelli di cura. In altri termini, gli aspetti di bene pubblico locale dei modelli organizzativi sarebbero decisamente più contenuti rispetto a quanto asserito dai fautori più accesi del federalismo fiscale. Infine, in presenza di differenze, non si sottovaluti il ruolo delle preferenze adattive, quali, quanto meno in parte, potrebbero essere quelle appena citate per la cura domestica⁴⁵.

L'eguale trattamento in termini di risorse specifiche appare, dunque, una risposta perfettamente plausibile.

⁴⁴ Sono grata a Paola Casavola per avermi spinto ad una riflessione su questo tema.

⁴⁵ Il che, ovviamente, non vuole negare il ruolo di tale cura: semplicemente, si sottolinea anche l'importanza di alternative.

Eguaglianza di risorse vs. eguaglianza di risultati vs. eguaglianza di opportunità

Prima facie, l'eguaglianza di opportunità appare la risposta più promettente, in grado di contrastare i limiti principali attribuiti alle altre due opzioni. Diversamente dall'eguaglianza nelle dotazioni, l'eguaglianza di opportunità terrebbe conto della pluralità di ostacoli nella conversione delle risorse in risultati. Diversamente dall'eguaglianza rispetto ai risultati, terrebbe conto della libertà di scelta, focalizzandosi, appunto, sulle opportunità e non sui risultati.

L'affermazione appare condivisibile nei confronti dell'eguaglianza di risorse. Ma, siamo sicuri che concentrarsi sui risultati comporti i costi sopra indicati? Sul piano dell'eguaglianza inter-individuale, i rischi sono presenti. Su questo piano, ad esempio, l'eguaglianza di salute potrebbe comportare il rischio di *levelling down*. Similmente, rispetto ai bisogni, potranno sempre esservi individui dissenzienti, disinteressati alla soddisfazione.

Sul piano territoriale, i rischi appaiono, però, contenuti. Come sottolinea Hausman (2007) a proposito dell'eguaglianza di salute, sul piano regionale, ineguaglianze di salute o ineguaglianze rispetto alla soddisfazione di bisogni appaiono difficilmente interpretabili come effetto di cause puramente naturali/irrimediabili o della libertà di scelta di non volere essere curati. Ancora, per evitare il rischio che una maggiore eguaglianza derivi da un peggioramento delle regioni che prima stavano meglio sarebbe sufficiente esaminare la direzione, nel tempo, dei cambiamenti. In ogni caso, il riferimento ai risultati appare inevitabile per i minori, gli insani di mente e i beni pubblici dai benefici non escludibili (dunque, dai quali non ci si può sottrarre).

Inoltre, in presenza di *trade off* fra diminuzione della disuguaglianza e guadagni di salute per i gruppi più svantaggiati, si potrebbe dare priorità ai più svantaggiati, qualora le disuguaglianze vadano a favore di questi ultimi, come nell'utilizzazione rawlsiana del *maximin* (ossia, dell'uso delle ineguaglianze al fine del bene comune). Si potrebbero, altresì, selezionare le prestazioni (anziché i pazienti): ad esempio, disincentivando l'accanimento terapeutico. Non si sottovalutino poi le possibili complementarità fra finalità: in molte istanze, rimuovere la mortalità evitabile, come richiesto dall'eguaglianza di salute, permette di produrre più salute anche da un punto di vista aggregato. Basti pensare alla riduzione della mortalità per tumore al collo dell'utero nelle donne di mezza età.

Considerazioni analoghe valgono per l'eguaglianza rispetto ai bisogni. Al riguardo, qualora si utilizzi quella che si è definito la versione strumentale dei bisogni, potrebbero verificarsi anche interferenze aggiuntive rispetto a quelle appena menzionate relative ai modelli di cura, tale versione contemplando un riferimento all'utilizzazione e ai singoli processi di cura. Come sopra affermato, però, l'obiettivo non è quello dell'uniformità su tutto, bensì su un nucleo di elementi condivisi. In ogni caso, l'attenzione stessa ad una qualche eguaglianza nei processi appare perfettamente compatibile con il riconoscimento della possibile pluralità di tali processi con riferimento alla medesima malattia e, anche rispetto ai processi, le differenze fra soggetti (qualora mediamente informati) sembrano assai limitate⁴⁶ e non riflettere una stretta segmentazione/dipendenza territoriale. Se un dato farmaco è efficace, appare evidente che la stragrande maggioranza vorrebbero disporne. Al contrario, a livello locale, potrebbero essere più forti le fazioni che sostengono interessi particolari, a favore, ad esempio, di determinati farmaci, anche se inefficaci.

⁴⁶ Sul tema, cfr. Gori (a cura di), 2005 e Hanoch, Rice, 2006.

Una volta asserita la liceità dei risultati, resta da definire, con riferimento ai bisogni, se privilegiare l'accezione strumentale oppure quella più finale. La prima accezione continuerebbe a peccare di quel feticismo delle risorse che caratterizza la prospettiva dell'eguaglianza di risorse. Seppure con peso minore rispetto a quanto si verifica per la salute, i rischi di confondimento affliggono, però, anche l'accezione finale (siano gli esiti concepiti in termini riduzione della mortalità e/o di diminuzione/azzeramento degli altri danni, meno estremi, associati alla morbilità). Diventa, allora, opportuno il ricorso ad entrambe le accezioni.

In conclusione, molte sono le ragioni a favore dell'adozione di una concezione di eguaglianza di trattamento centrata non solo sui risultati, ma anche su una batteria plurale di questi ultimi, in termini sia di salute sia di soddisfazione dei bisogni, a loro volta intesi sia in un'accezione finale, centrata sugli esiti delle cure, sia in una strumentale⁴⁷.

L'eguaglianza di opportunità, dal canto suo, soffre di alcune serie carenze. Verificare la presenza di opportunità rischia, infatti, di essere impossibile, la verifica richiedendo di sapere se il soggetto che, in una data situazione, ha fatto y avrebbe potuto fare x. Tale informazione, però, si riferisce ad un contro-fattuale (quello che si sarebbe fatto, ma non si è fatto) che non è osservabile⁴⁸. Ad esempio, si ipotizzi che, pur in presenza di campagne informative, un determinato soggetto non acceda a vaccinazioni o a *screening* preventivi. Come fare a sapere se abbia ricevuto informazioni adeguate e, dunque, non vi siano barriere informative, oppure sia ancora disinformato? Osservazioni simili valgono nei confronti di *ticket* anche relativamente bassi. Per sapere se un eventuale non accesso sia o no frutto di libera scelta, dovremmo conoscere l'utilità marginale del reddito dei diversi soggetti. Tale conoscenza è, peraltro, necessaria per l'egualizzazione dei costi di accesso.

Alcune informazioni su barriere e/o costi possono, certamente, essere reperite. Basti pensare alle informazioni sui tempi di attesa, sulla mobilità interregionale, sulla spesa privata. Si tratta, però, di informazioni parziali e, anche a questo riguardo, i dati vanno interpretati con cautela. Ad esempio, i tempi di attesa vanno associati ad informazioni sull'appropriatezza. Lo stesso vale per la spesa privata. A quest'ultimo proposito, occorrerebbe pure isolare (scorporare) la parte imputabile alle preferenze individuali, che non può essere considerata come *proxy* di barriera o come costo da egualizzare⁴⁹. In ogni caso, anche l'eguaglianza di opportunità richiede di specificare i risultati rispetto ai quali assicurare l'accesso⁵⁰.

Conclusioni

Le considerazioni finora svolte congiurano contro una riduzione dei LEA alla mera disponibilità di risorse monetarie, anche qualora differenziate, o, addirittura, di risorse specifiche. Similmente critica appare la risposta in termini di opportunità di accesso. Al contrario, contro il feticismo delle risorse, appare desiderabile il ricorso ad una nozione di eguaglianza di trattamento sulla base di ciò che le risorse e il più complessivo assetto organizzativo dei servizi dovrebbero permettere, ossia, il conseguimento di risultati, intesi in termini plurali di attese di vita e di soddisfazione di bisogni, a loro volta intesi in termini più finali di esiti o più strumentali di consumo.

⁴⁷ Atkinson *et al.* 2002 presenta una batteria di indicatori che potrebbero soddisfare molte di queste esigenze. Nella stessa direzione, cfr. Millar *et al.* 2004.

⁴⁸ Sul tema, cfr. Fleurbaey, 2006.

⁴⁹ Condivisibile, da questo punto di vista, appare l'indicatore utilizzato in CEIS, 2004, che considera il rischio di cadere in povertà associato alla spesa privata per la sanità. Appare, infatti, plausibile che una spesa che rischia di rendere poveri non sia oggetto di libera scelta.

⁵⁰ In questo senso, come argomentano Culyer, *cit.* e Culyer, van Doorsaler and Wagstaff, 1992, l'eguaglianza all'accesso, pur separando la domanda dall'offerta, resterebbe sempre un concetto di offerta, seppure più sofisticato. Per una risposta contraria, cfr. Mooney *et al.*, 1992.

Naturalmente, procedere in questa direzione limita la discrezionalità regionale, mirando ad assicurare una qualche uniformità nei risultati sanitari fra le diverse regioni. Come sopra accennato, tale uniformità appare, però, il riflesso della definizione nazionale dei LEA, i LEA riflettendo il carattere universale dei diritti. In ogni caso, come più volte sottolineato, l'indicazione non è quella di ricercare il consenso su tutto, bensì su un nucleo (un *core*) di risultati⁵¹.

Ciò riconosciuto, da un lato, molte questioni sono comuni a tutte e tre le prospettive considerate: ad esempio, sia che si proceda nella direzione della differenziazione delle risorse, sia che si proceda in quella del conseguimento dei risultati, sia, ancora, in quella dell'eguaglianza di opportunità, occorre, comunque, definire i bisogni e la salute.

Dall'altro lato, la realizzazione di risultati dipende dalle risorse disponibili nonché dalle più complessive barriere all'accesso. Al contempo, i dati di risultato sono costosi da reperire e, se in termini di esito, soggetti a problemi complessi di lettura. Il che limita il novero dei risultati monitorabili. Inoltre, sembra comunque desiderabile un'eguaglianza di trattamento rispetto alle condizioni (risorse e assetto dei servizi) sulla base dei quali ricercare i risultati. Diversamente, il costo di raggiungimento di questi ultimi potrebbe essere assai diverso per le diverse regioni.

La conclusione complessiva è, dunque, a favore di una pluralità di specificazioni dell'eguaglianza di trattamento rispetto ai LEA, basata su indicazioni in termini sia di risorse monetarie e specifiche, sia di opportunità di accesso sia di risultati in termini di bisogni, diversamente definiti, e di salute. Una siffatta prospettiva impedisce lo sviluppo di misure sintetiche di disuguaglianza. Ciò nondimeno, ha il grande pregio di portare alla luce dimensioni di possibili iniquità che rischierebbero di essere ignorate in prospettive più univoche, così permettendo scelte più oculate.

* Questo lavoro prende spunto dal Capitolo 1 del lavoro *Disuguaglianze sanitarie e Mezzogiorno*, condotto per l'UVAL, DPS. Si tratta, però, di una versione originale, che innova fortemente rispetto a quel Capitolo.

⁵¹ Cfr., ad esempio, Olsen, 1997 e i criteri ivi descritti di priorità introdotti in Norvegia.

Bibliografia

- Acheson, D. 1998, *Independent Inquiry into Inequalities in Health Report*, London, The Stationery Office.
- Ackerman, B. 1980, *Social Justice in a Liberal State*, New Haven, Yale University Press (trad. it. *La giustizia sociale in uno stato liberale*, Bologna Il Mulino, 1984).
- Aizer, A. 2006, "Public Health Insurance, Program Take-Up, and Child Health", *NBER WP* 12105.
- Anand, S. and Hanson, K. 2004, "Disability-Adjusted Life Years: a Critical Review", in *Public Health, Ethics, and Equity*, Anand, S. Peter, F. and Sen, A. (eds), Oxford, Oxford University Press.
- Atkinson, T. et al. 2002, *Social Indicators*, Oxford, Oxford University Press.
- Atkinson, T. and Stiglitz, J. 1976, "The design of tax structure: direct vs. indirect taxation", *Journal of Public Economics*, 6: 55-75.
- Barca, F. et al. (a cura di), *Federalismo, equità sviluppo*, Bologna, Il Mulino.
- Bordignon, M., Fontana, A. Peragine, V. 2006, "Un'applicazione empirica della misura dell'iniquità orizzontale in un contesto regionale", in F. Barca et al. (a cura di).
- Broome, J. 1995, *Weighing Goods*, Oxford, Blackwell.
- Broome, J. 2004, *Weighing Lives*, Oxford, Oxford University Press.
- CEIS 2004, *Rapporto CEIS-Sanità 2004*, Roma, Italtpromo.
- Costa, G., Faggiano, F. 1994, *L'equità nella salute in Italia*, Milano, Franco Angeli.
- Costa, G., Spadea, T. e Cardano M. (a cura di) 2004 "Disuguaglianze di salute in Italia", *Epidemiologia e Prevenzione*, numero monografico, 28, 3.
- Crepaz, M. and Crepaz, N. 2004, "Is Equality Good Medicine? Determinants of Life Expectancy in Industrialized Countries", *Journal of Public Policy*, 24,3, 275-298.
- Culyer, A. 2001, "Equity - some theory and its policy implications", *Journal of Medical Ethics*, 27, 275-283.
- Culyer, A., van Doorsaler, E. and Wagstaff, A. 1992, "Utilisation as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard", *Journal of Health Economics*, 11, 93-98.
- Culyer, A. (ed.) 1974, *Economic problems and social goals*, London, Martin Robertson.
- Daniels, N. 2001, "Justice, Health and Healthcare", *The American Journal of Bioethics*, 1, 2, 2-16.
- Daniels, N. and Sabin, J. 1997, "Limits to Health Care: Fair Procedures, democratic deliberation and the legitimacy problem for the insurer", *Philosophy and Public Affairs*, 26, 303-350.
- Deaton, A. 2003, "Health, Inequality, and Economic Development", *Journal of Economic Literature*, 41,1, 113-158.
- Dolan, P. Olsen, J. 2001, "Distributing Health Care", *Journal of Health Economics*, 20, 823-834.
- Dworkin, R. 1981a, "What is Equality. Part 2: Equality of Resources", *Philosophy and Public Affairs*, 10, 4: 283-345.
- Dworkin, R. 1981b, "What is Equality. Part 1: Equality of Welfare", *Philosophy and Public Affairs*, 10, 3: 185-246.
- Dworkin, R. 2000, *Sovereign Virtue*, Cambridge, Harvard University Press.
- Falcitelli, N. Trabucchi, M., Vasara, F. (a cura di), 2004, "L'appropriatezza in sanità", Bologna, Il Mulino.
- Fleurbaey, M. 2006, "Capabilities, Functionings and Refined Functionings", *Journal of Human Development*, 7, 3: 299-310.
- Gori, C. (a cura di) 2005, *Politiche sociali del centro destra. La riforma del welfare lombardo*, Roma, Carocci.
- Glennester, H. et al. 2000, *Paying for Health, Education, and Housing*, Oxford, Oxford University Press.
- Griffin, J. 1993, "Against the Taste Model" in J. Elster and Roemer, *Interpersonal Comparisons of Well-being*, Cambridge, Cambridge University Press: 45-69.
- Hanoch, Y., Rice, T. 2006, "Can Limiting Choice Increase Social Welfare? The Elderly and Health Insurance", *Milbank Quarterly*, 84, 1- 37.

- Hasman, A., Hope, T. Oesterdal, L. 2006, "Equality of Need: three Interpretations", *Journal of Applied Philosophy*, 23 (2): 145-156.
- Hausman, D. 2002, "Equality versus Priority: A Badly Misleading Distinction", *mimeo*.
- Hausman, D. 2006, "Valuing Health", *Philosophy and Public Affairs*, 34, 3: 246-274.
- Hausman, D. 2007, "What's Wrong with Health Inequalities?", *Journal of Applied Philosophy*, 1, 15: 44-66.
- Hausman, D., McPherson, M. 2002, *Economic Analysis, Moral Philosophy and Public Policy*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Hoel, M. and Sæther, E. 2003, "Public health care with waiting time: the role of supplementary private health care", *Journal of Health Economics*, 22, 4, 599-616.
- Hurley, S. 2006, "The 'what' and the 'how' of distributive justice and health", in N. Holtug and K. Lippert-Rasmussen (eds), *Egalitarianism. New Essays on the Nature and Value of Equality*, Oxford, Oxford University Press.
- ISTAT 2004, *Informazione statistica e politiche per la promozione della salute*, Roma, ISTAT.
- Le Grand, J. 1991, *Equity and Choice*, London, Harper Collins.
- Lynch, J. et al. 2004, "Is Income Inequality a Determinant of Population Health? Part 1. A Systematic Review of the Evidence", *Milbank Quarterly*, 82, 1, 1-72.
- Manifesto per l'Equità, 2005, accessibile sul sito www.epidemiologia.it.
- Marmot, M. 2004, *The Status Syndrome*, London, Bloomsbury.
- Marmot, M. 2002, "The influence of income on health: view of an epidemiologist", *Health Affairs*, 21,2, 31-46.
- Marmot, M. e Wilkinson, R. (eds.), 1999, *The Social Determinants of Health*, Oxford, Oxford University Press.
- McFadden D., 2006, "Free Markets and Fettered Consumers", *American Economic Review*, 96, 1: 5-29.
- Mechanic, D. 2002, "Disadvantage, Inequality and Social Policy", *Health Affairs*, 21,2, 48-59.
- Millar, J. et al. 2004, "Selecting Indicators for Patients Safety and the Health Systems Level in OECD Countries", *Health Technical Working Paper*, 18, Parigi, OCSE.
- Miller, D. 1999, *Principles of Social Justice*, Oxford, Oxford University Press.
- Mooney, G. et al. 1991, "Utilization as a measure of equity: Weighing Heat", *Journal of Health Economics*, 10, 475-480.
- Mooney, G. et al. 1992, "Reweighting heat: Response to Culyer, van Doorsaler and Wagstaff", *Journal of Health Economics*, 11, 199-205.
- Neuman S., Neuman, E. 2006, "Explorations of the Effect of Experience on Preferences: Two Health-Care Case Studies", CEPR Discussion Paper No. 5659
- Nord, E. 2001, "The desirability of a condition vs. the well being and the worth of a person", *Health Economics*, 10, 7, 579-581.
- Olsen, J. 1997, "Theories of justice and their implications for priority setting in health care", *Journal of Health Economics*, , 16, 625-639.
- Pogge, T. 2002, "Can the Capability Approach be Justified", *Philosophical Topics*, 30, 2, 167-228.
- Rawls, J. 1971, *A Theory of Justice*, Cambridge, Ma, Harvard University Press (trad. it. *Una teoria della giustizia*, Milano, Feltrinelli, 1982).
- Rawls, J. 2001, *Justice as Fairness. A restatement*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge.
- Scanlon, T. 1975, "Preference and urgency", *The Journal of Philosophy* 72, 19, 655-669
- Schmidz, B. 2006, "How to Derive Claims of Justice from Needs", *paper* presentato alla HDCA International Conference, Groningen, 29 agosto-3 settembre.
- Sen, A. 1985, *Commodities and Capabilities*, Amsterdam, North Holland.
- Sen, A. 1992, *Inequality Re-examined*, London, Clarendon Press (trad.it. *La diseguaglianza. Un riesame critico*, Bologna, Il Mulino, 1994).

- Sen, A. 1999, *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press (trad.it., *Sviluppo e Libertà*, Milano, Mondadori, 2001).
- Sen, A. 2002a, "Why Health Equity?" *Health Economics*, 11, 659-666.
- Sen, A. 2002b, *Rationality and Freedom*, Cambridge, Belknap Press.
- Sen, A. 2002c, "Health: perception versus observation", *BMJ*, 324, 860-861.
- Skinner, J., Zhou, W. 2004, The Measurement and Evolution of Health Inequality: Evidence from the U.S. Medicare Population, *NBER*, 10842.
- Smits, J. *et al.* 2004 "Effects of socio-economic status on mortality: separating the nearby from the farther away", *Health Economics*, 14, 6, 595-608.
- Van Doorslaer, E., Jones, A. 2002, "Inequalities in self-reported health: validation of a new approach to measurement", *Journal of Health Economics*, 22, 1, 61-87.
- Van Parijs, P. 1995, *Real Freedom for All*, Oxford, Oxford University Press.
- Van Parijs, P. 2005, "Fédéralisme fiscale et solidarité", in *Le Fédéralisme fiscal* (M. Mignolet ed.), Bruxelles, De Boeck, 2005.
- Temkin, L. 2003, "Equality, Priority or What?", *Economics and Philosophy*, 19, 61-87.
- Walzer, M. 1994, *Thick and Thin. Moral Argument at Home and Abroad*, Notre Dame, University of Notre Dame Press.
- Williams, A. 1974, "Need as a demand concept (with special reference to health)", in A. Culyer, (ed.).
- Williams, A. 1997 "Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument", *Health Economics*, 6, 117-132.