



Ministero dello Sviluppo Economico
Dipartimento per le Politiche di Sviluppo e di Coesione
Unità di valutazione degli investimenti pubblici (UVAL)



DISUGUAGLIANZE SANITARIE E MEZZOGIORNO

Elena Granaglia e Viola Compagnoni



*Introduzione**

Se si considerano i dati correnti di spesa sanitaria pubblica, il Servizio sanitario nazionale appare ben posizionato in termini di equità orizzontale sul piano territoriale. Nel decennio 1991-2000, si è assistito ad un sensibile movimento nella direzione di una maggiore uniformità nella distribuzione della spesa sanitaria pubblica pro capite: la Calabria, ad esempio, ha registrato, nel periodo, un incremento della spesa corretta per la mobilità dell'80%, mentre per l'Emilia Romagna l'incremento è stato solo del 27% (Commissione Tecnica per la Spesa Pubblica, 1998). Conclusioni analoghe sono derivabili da un recente studio basato su dati più sofisticati di spesa sanitaria pro capite associata alle diverse situazioni di morbilità. Pur nel riconoscimento di molte cautele dovute a limiti nei dati e nelle metodologie, il grosso delle differenze nella spesa per soggetti appartenenti alla stessa macro-patologia (circa il 96%) sarebbe spiegato da differenze di trattamento all'interno della medesima regione, anziché da differenze fra regioni (Bordignon, Fontana, Peragine, 2006).

Assicurare eguale spesa sanitaria pubblica pro capite, a prescindere dal territorio di residenza, è, però, solo una delle specificazioni possibili di equità orizzontale in ambito territoriale. Equità orizzontale significa eguale trattamento degli eguali e, anche in ambito territoriale, la definizione sia degli eguali sia dell'eguale trattamento si presta ad una pluralità di specificazioni oltre a quelle basate sul metro monetario.

Concentrando l'attenzione sul piano delle finalità/impieghi del finanziamento pubblico (dunque, prescindendo da quest'ultimo)¹, il presente lavoro ha due obiettivi principali, che corrispondono ai due capitoli in cui è strutturato. Il primo è quello di mettere a fuoco la pluralità di configurazioni in cui, nel nostro SSN, può sostanziarsi l'equità orizzontale in ambito territoriale e, all'interno di tale pluralità, di difendere una concezione plurale basata sulla centralità del conseguimento di risultati in termini di salute e di soddisfazione di bisogni sanitari (anziché in meri termini monetari). Cruciale, al riguardo, è il contributo offerto dalla prospettiva dell'eguaglianza di capacità sviluppata da A. Sen².

Il secondo obiettivo è quello di verificare, sul piano empirico del confronto fra la situazione sanitaria nel Mezzogiorno e quella nel resto del paese, la superiorità della concezione plurale in termini di risultati. Detto in altri termini, l'obiettivo è quello di verificare se e in che misura la presa in considerazione di variabili aggiuntive rispetto alla spesa pubblica pro capite metta in risalto la presenza di possibili iniquità sanitarie fra il Mezzogiorno e il resto del paese altrimenti sottovalutate. Data l'eterogeneità esistente all'interno dello stesso Mezzogiorno, il capitolo cercherà di mettere in evidenza anche la posizione delle singole regioni del Mezzogiorno rispetto al complesso delle altre regioni (in termini di numerosità delle regioni eventualmente svantaggiate e di intensità dello svantaggio).

*Il primo capitolo è a cura di Elena Granaglia, mentre il secondo è a cura di Elena Granaglia e Viola Compagnoni. L'intero documento è stato oggetto di un costante confronto con l'Unità di valutazione degli investimenti pubblici del Ministero dello Sviluppo Economico.

¹ Un unico accenno viene fatto al finanziamento privato in quanto possibile segnale di non soddisfazione dell'eguaglianza di trattamento rispetto alle finalità del finanziamento pubblico.

² Fra i numerosi lavori sul tema, cfr, Sen, 1985 e Sen, 1992. Per un approfondimento sul pensiero di Sen, mi permetto di rimandare a Granaglia, 2001 e alla bibliografia ivi citata.

Alcune brevi, preliminari, avvertenze alla lettura appaiono necessarie. Primo, il contributo è normativo nel senso di ritenere i risultati un elemento cruciale ai fini della rilevazione delle disuguaglianze interregionali (come di altre disuguaglianze). Non è, però, normativo nel senso forte di quantificare i risultati da conseguire (ad esempio, il paniere dei bisogni da soddisfare). Tale compito non può che spettare alle scelte collettive, alla luce del vincolo delle risorse e dei possibili conflitti fra equità orizzontale in ambito territoriale e altre dimensioni dell'equità, anche in ambiti extra-territoriali e extra-sanitari. L'assunto è che la conoscenza delle disuguaglianze in termini di conseguimento di risultati sia, comunque, una condizione indispensabile alle scelte.

Una conseguenza è l'impossibilità di sviluppare misure normative della disuguaglianza. Non a caso, nel corso del lavoro, il riferimento è alla rilevazione (anziché alla misurazione) delle disuguaglianze. Ad esempio, si ipotizzi (come peraltro è vero) che al Sud vi sia la regione con il peggior esito in termini di mortalità, ma che al Nord vi sia il maggiore il numero di regioni con tassi di mortalità superiori alle restanti regioni del Sud. Ebbene, l'esercizio non ci dice dove si localizzi l'eventuale disuguaglianza territoriale. Similmente (come peraltro è di nuovo vero), si ipotizzi che al Sud l'attesa di vita senza disabilità a 65 anni sia inferiore rispetto a quella del Nord. Ebbene, questa disuguaglianza potrebbe non essere ritenuta iniqua se l'obiettivo fosse quello di assicurare a tutti un determinato ammontare di anni dalla nascita all'età matura³.

Secondo, la verifica effettuata nel Capitolo 2, lungi dall'offrire un quadro completo delle possibili iniquità a danno del Mezzogiorno, ha valore essenzialmente esemplificativo. L'esercizio, infatti, non solo si basa su dati disponibili, ma neppure mira essere esaustivo rispetto ad essi. Semplicemente, vuole verificare il guadagno informativo derivante dall'utilizzazione di una concezione di equità orizzontale attenta ai risultati.

Terzo, l'equità territoriale è solo una componente dell'equità orizzontale. Ad esempio, una situazione in cui i poveri del Sud fossero svantaggiati in ambito sanitario esattamente come i poveri del Nord potrebbe essere perfettamente 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, la quale si estende a casi in cui non vi è alcuna differenza di trattamento, ma ciò nondimeno il trattamento effettuato è ritenuto iniquo. Ad esempio, nel nostro paese non esiste alcuna iniquità orizzontale, a origine territoriale o socio-economica, con riferimento al divieto all'eutanasia. Ciò nondimeno, si potrebbe affermare che tale trattamento sia iniquo.

Quarto, ed ultimo, anche in presenza di disuguaglianze territoriali considerate inique, la conclusione non è quella di un'attribuzione automatica di responsabilità ai livelli di governo. Vale a dire, rilevare disuguaglianze sanitarie fra territori non implica la richiesta automatica di maggiore redistribuzione da parte dello stato: le responsabilità potrebbero essere locali. Inoltre, cruciali, al fine del contrasto delle disuguaglianze sanitarie, sono anche interventi in ambiti extra-sanitari, *in primis*, di riduzione dello svantaggio socio-economico.

³ Su questo obiettivo, cfr. più sotto nella discussione sulla salute.

Capitolo 1

Equità orizzontale e disuguaglianze territoriali in sanità

1.1 La pluralità di accezioni di equità orizzontale in ambito territoriale. Alcune note introduttive

L'assunto implicito che muove gran parte delle ricerche sulla disuguaglianze tra territori (come sulla più complessiva disuguaglianza) è che le disuguaglianze siano inique. Non tutte le disuguaglianze potrebbero, tuttavia, essere inique, dipendendo da differenze nei bisogni, nelle preferenze, nell'assunzione di responsabilità che potrebbero essere repute eque⁴. Il criterio cardine, tipicamente utilizzato in ambito territoriale, per distinguere fra disuguaglianze inique e disuguaglianze compatibili con l'equità, è quello dell'equità orizzontale: i soggetti definiti come eguali con riferimento alla variabile territoriale devono avere lo stesso trattamento.

Anche qualora limitato all'ambito territoriale, il criterio dell'equità orizzontale può, però, essere specificato in modi diversi, sulla base dei diversi principi sostantivi di giustizia⁵. Utilizzando le qualificazioni di Walzer (1994), potremmo affermare che l'equità orizzontale è un criterio sottile, la cui specificazione richiede il rimando a principi spessi.

Iniziando dalla definizione degli eguali⁶, la variabile territoriale potrebbe essere costituita dall'appartenenza allo stato-nazione, a prescindere dalla regione di residenza. In tal caso, sarebbero inique le disuguaglianze che riflettono l'influenza della variabile sub-nazionale. Ad esempio, sarebbe iniquo che un cittadino di una regione godesse di tutele superiori a quelle di un altro per il mero fatto di appartenere ad una regione piuttosto che un'altra.

Gli eguali, lungi dall'essere i cittadini dello stato nazione, potrebbero, altresì, essere gli individui in quanto tali, a prescindere da qualsiasi appartenenza territoriale particolare, inclusa quella allo stato-nazione, come nelle prospettive cosmopolite. All'opposto, gli eguali potrebbero essere coloro che, oltre a essere membri di un medesimo stato-nazione, sono anche membri di un medesimo territorio sub-nazionale, come nelle prospettive comunitarie. In tal caso, paradossalmente, sarebbe perfettamente compatibile con l'equità orizzontale non preoccuparsi di alcuna disuguaglianza fra territori sub-nazionali o, comunque, preoccuparsene assai poco, esattamente, come oggi non preoccupano o preoccupano assai poco le disuguaglianze fra nazioni. Sarebbe, invece, discriminatoria un'eventuale imposizione statale di redistribuzione da un territorio sub-nazionale ad un altro, la quale implicherebbe discriminazione a danno di un gruppo di eguali (gli abitanti del territorio sub-nazionale cui è imposta la redistribuzione).

Passando all'eguaglianza di trattamento, si pone, innanzitutto, la questione del "cosa". Vale a dire, eguale trattamento rispetto a dotazioni di risorse, oppure, al conseguimento di risultati, o, a opzioni

⁴ Implicita, in questa affermazione, è una concezione di egualitarismo non estrema, intendendosi per estrema una concezione secondo cui la disuguaglianza sarebbe indesiderabile in sé, a prescindere dagli spazi in cui si verifica e dalle ragioni che l'hanno generata. Per una difesa della concezione estrema, cfr. Temkin, 2003 e per una critica secondo cui la concezione estrema sarebbe del tutto minoritaria, Hausmann, 2002. Sul tema, cfr. anche la nota 45. D'ora in avanti, a meno di ulteriori qualificazioni, le disuguaglianze cui si fa riferimento sono disuguaglianze potenzialmente inique (nel senso di essere contrarie a qualche specificazione di equità orizzontale).

⁵ In questo senso, le diverse teorie della giustizia avrebbero il ruolo di sostanziare l'equità.

⁶ Sulla "grammatica" dell'eguaglianza, in termini di chi, cosa, come e altre variabili, mi permetto di rimandare a Granaglia, *cit.*

intermedie, quali la spesa effettiva per la soddisfazione dei diversi bisogni e l'opportunità di soddisfare i bisogni?

Le dotazioni di risorse, dal canto loro, possono includere risorse monetarie e, in tal caso, generico potere d'acquisto o potere d'acquisto differenziato sulla base dei bisogni. Possono, altresì, includere risorse fisiche: fattori produttivi e/o strutture produttive. I risultati possono essere definiti nello spazio della soddisfazione di bisogni oppure in quello del conseguimento della salute⁷. Bisogni e salute, a loro volta, possono essere diversamente definiti. Ancora, le opportunità di soddisfare i bisogni possono essere concepite in termini più o meno stringenti, a seconda del tipo di barriere e di costi all'accesso considerati.

Inoltre, si pone la questione del "come", la quale concerne la qualità, a sua volta distinta in una dimensione tecnica (relativa agli effetti sulla salute) e in una non tecnica (relativa al comfort alberghiero delle strutture, alla relazione fra pazienti e personale del servizio sanitario, agli orari di erogazione delle prestazioni e alla localizzazione delle strutture, a prescindere dagli effetti sulla qualità tecnica)⁸ e degli eventuali costi all'accesso. Alcune risposte al "cosa" includono, già esse stesse, informazioni sul "come". Ad esempio, come vedremo, l'identificazione dei bisogni richiede la contestuale identificazione di processi di cura appropriati e l'appropriatezza ha a che fare con la qualità in senso tecnico. Similmente, informazioni su orari di erogazione delle prestazioni e sulla localizzazione delle strutture sono elementi del "cosa" nella prospettiva dell'eguaglianza delle opportunità di soddisfare i bisogni, ma sono anche elementi di qualità (tecnica e non) con riferimento alla prospettiva dell'eguale soddisfazione dei bisogni.

Dipendendo dalle risposte al "cosa", tali informazioni, potrebbero, però, essere o non essere offerte. Ad esempio, il riferimento ai bisogni non tiene conto delle dimensioni di qualità non tecnica e dei costi di accesso. Similmente, l'eguaglianza di trattamento in termini di dotazioni di risorse fisiche potrebbe non tenere conto della qualità delle stesse, sia nella componente tecnica sia in quella non tecnica. Il che giustifica l'introduzione, distinta, della questione del "come".

Si pone, infine, la questione del "quanto", ossia, del livello al quale fissare la "quantità/qualità" di eguaglianza distributiva che si vuole raggiungere fra i diversi territori. Vale a dire, l'ammontare di tutela concerne una soglia, a partire dalla quale ampio spazio è lasciato alle preferenze dei cittadini dei diversi territori, oppure l'equità richiede un trattamento sostanzialmente egualitario? Inoltre, indipendentemente da tale scelta, in presenza di più dimensioni del "cosa", quali sono i pesi da attribuire a ciascuna di esse? Ancora, il "quanto" di eguaglianza cui si ha diritto è condizionato al perseguimento di comportamenti responsabili oppure prescinde da esso, ossia, fa o no leva sulla distinzione fra *brute luck* e *option luck* (ossia, fra sorte bruta e sorte dovuta all'assunzione esplicita di rischi)? Ciò significa, in altri termini, definire se subordinare o no l'eguaglianza al perseguimento, da parte degli abitanti delle diverse regioni, di stili di vita considerati responsabili nonché allo sforzo fiscale e allo sforzo nel controllo delle eventuali inefficienze nell'amministrazione pubblica.

Di fronte a questa pluralità di scelte, come procedere?

⁷ Sulla differenza fra le due variabili, cfr. la discussione più avanti.

⁸ La distinzione fondamentale fra dimensione tecnica e non tecnica consiste negli effetti sulla salute. Anche gli orari di erogazione delle prestazioni e la localizzazione potrebbero essere un segnale di qualità tecnica, come nel caso dell'indisponibilità, temporale o spaziale, di servizi di emergenza. Il che non ignora, come vedremo, più sotto, che possa esservi complementarità fra le due dimensioni di qualità, nel senso che laddove si registra una minore qualità non tecnica potrebbe esservi anche una minore qualità tecnica. Dal punto di vista analitico, si tratta, però, di piani distinti.

1.2 Il piano del capitolo

La via intrapresa è la seguente. Da un lato, per specificare le dimensioni dell'equità orizzontale, ci si rivolge al quadro normativo esistente nel nostro paese in materia sanitaria, costituito dagli art. 32 e 117 della Costituzione, dalla legge 833, di istituzione nel 1978 del SSN, dalla legge di riforma 229 del 1999 e dal DCPM 29 novembre 2001 di specificazione dei LEA: i livelli essenziali di assistenza. Tale DCPM precisa le caratteristiche dei LEA in termini di una lista negativa, che esclude alcune prestazioni, senza formulare in positivo una lista da soddisfare, e vieta, in quanto discriminatori, criteri espliciti di selezione fra pazienti⁹. Dall'altro lato, dato il *focus* del lavoro, si adotta una prospettiva nazionale, ritenendo eguali coloro che abitano (hanno la residenza o sono domiciliati) nei confini del nostro paese e prescindendo dalle questioni di giustizia globale.

Il che non significa che il quadro normativo esistente nel nostro paese sia limitato a tale prospettiva. Al contrario, si considerino i dettami degli articoli 32 e 117 della Costituzione, i quali contemplano rispettivamente il diritto di tutti gli individui alla tutela della salute, e la garanzia, su tutto il territorio nazionale, dei medesimi livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Ebbene, il riferimento, nell'art. 32, alla salute come ad un diritto degli individui, anziché solo dei cittadini, potrebbe implicare obblighi nei confronti di chi abita in paesi più poveri, dove tale diritto non è soddisfatto. Similmente, il riferimento agli individui nell'art. 32 e l'obbligo di garantire i LEA su tutto il territorio nazionale potrebbero porre obblighi nei confronti degli immigrati irregolari nel nostro paese. Di queste questioni, però, non ci si occupa¹⁰.

Riferirsi al quadro normativo esistente, implicando il rimando al diritto positivo, rischia di incorrere nel classico problema di Hume: il dovere essere non può essere automaticamente derivato dall'essere, che potrebbe essere iniquo. L'assunto è che il quadro considerato sia condivisibile¹¹. Alcune specificazioni, come discuteremo, possano essere indesiderabili, ma il quadro, nel complesso, appare compatibile con altre che appaiono desiderabili.

Attingendo alle riflessioni dell'etica pubblica in materia di concezioni alternative dell'eguaglianza distributiva, il capitolo si concentra sul "cosa", ossia, sugli spazi rispetto ai quali si potrebbe sostanziare l'eguale trattamento. L'assunto, al riguardo, è che tutte le concezioni sopra menzionate siano compatibili con il quadro normativo esistente nel nostro paese¹². La risposta che appare da privilegiare è, però, quella che fa leva sul conseguimento di risultati.

Rispetto al "quanto" ci si limita ad una riflessione su come pensare i livelli essenziali, in un contesto federale, con riferimento a ciò che attiene alla responsabilità nazionale e ciò che può essere lasciato alla libertà delle regioni. Non si entra, invece, nel merito delle altre questioni.

⁹ La selezione fra i pazienti appare 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, che contemplano criteri espliciti di selezione. Pure da tale caso si prescinde in questo lavoro, a causa del livello di dettaglio che sarebbe richiesto. Il che non significa che criteri impliciti di selezione non siano attuati sul piano micro, delle scelte da parte dei singoli erogatori di prestazione. Al contrario, il vincolo delle risorse li rende, spesso, inevitabili. In questa sede, però, l'attenzione è rivolta al piano macro dell'equità orizzontale fra aggregati di individui. Sulla distinzione, in sanità, fra il piano macro e quello micro (relativo a questioni di giustizia locale), cfr., fra gli altri, Culyer, 2001.

¹⁰ Le considerazioni presentate sono perfettamente applicabili agli immigrati irregolari, qualora si decidesse di includerli nel gruppo degli eguali.

¹¹ Si condivide, così, la prospettiva di lavori quali quello di Bordignon, Fontana, Peragine, *cit.* di considerare il quadro normativo vigente, ma, si sottolinea la necessità di una condivisione sulla base di principi equitativi (il dato positivo, del mero rimando alla costituzione apparendo insufficiente) e si porta l'attenzione sulla pluralità di possibili specificazioni.

¹² L'unica eccezione riguarda un'accezione di eguaglianza di opportunità in termini meramente formali di non divieto all'accesso, irrealizzabile in un Servizio sanitario nazionale. Il riferimento è, dunque, unicamente ad una concezione in termini effettivi. Come vedremo, quest'ultima può, però, sostanzinarsi in termini più o meno stringenti.

Si prescinde, pure, da una discussione circa ulteriori qualificazioni degli eguali, all'interno del gruppo degli abitanti del nostro paese, e circa il "come". Rispetto alla definizione degli eguali, il quadro normativo esistente è assolutamente definito: le appartenenze regionali non devono influenzare il godimento del diritto alla salute e delle prestazioni essenziali, per tutti gli abitanti del nostro paese, a prescindere dal territorio sub-nazionale in cui si abita. Su questo piano, il capitolo ha nulla da aggiungere, dando per scontata tale scelta. L'unica scelta aperta resta quella se introdurre o meno la variabile aggiuntiva costituita dall'appartenenza o meno a sotto-gruppi selezionati sulla base dell'eguale bisogno. In tal caso, l'eguaglianza, anziché fra gli abitanti, in generale, delle regioni italiane, dovrebbe avvenire fra i sotto-gruppi di abitanti che condividono il medesimo bisogno. Tale scelta, come vedremo, deriva essenzialmente dalla risposta fornita al "cosa". Per questa ragione, viene presa in considerazione nella discussione sul "cosa".

Rispetto al "come", il quadro normativo appare, invece, anch'esso incompleto: dunque, compatibile con una pluralità di risposte. La l. 229 del 1999, ad esempio, sottolinea l'importanza dell'appropriatezza, senza peraltro indicare come verificarla e resta silente circa le dimensioni non tecniche. Il lavoro non discute direttamente tale tema, nell'assunto che il grosso del contendere, in materia di "come", riguardi il livello (qualitativo) da assicurare a tutti gli abitanti del nostro paese, ossia, questioni incluse nella dimensione del "quanto". Tutte le possibili specificazioni del "come" precedentemente indicate appaiono, infatti, desiderabili e non problematiche da un punto di vista normativo.

1.3 Concezioni alternative di eguale trattamento in termini di "cosa"

1.3.1 La pluralità di specificazioni del "cosa"

Le dotazioni (ex ante) di risorse. Il "cosa" può, innanzitutto, specificarsi in termini di dotazioni di risorse destinate alla sanità, a loro volta, distinte in dotazioni di spesa sanitaria pubblica pro capite; di fattori produttivi (personale, macchinari) e di strutture destinati all'erogazione dell'assistenza sanitaria. Le dotazioni di risorse, nel complesso, potrebbero inoltre essere considerate in termini indifferenziati, come nella prospettiva della quota capitaria secca, oppure, differenziati, come nella prospettiva della quota capitaria ponderata. Ancora, nell'ipotesi della differenziazione, diverse potrebbero essere le variabili rispetto alle quali differenziare. La risposta tipicamente offerta è quella in termini di bisogni sanitari (d'ora in avanti, bisogni *tout court*): vale a dire, la quota capitaria dovrebbe essere differenziata sulla base dei bisogni che si registrano nelle diverse regioni.

Si noti: in entrambe le prospettive (della non differenziazione e della differenziazione), gli eguali sarebbero gli abitanti del nostro paese, a prescindere da qualsiasi altra qualificazione, i quali avrebbe diritto a una medesima quota di risorse, secca o ponderata. Inoltre, anche nella prospettiva della non differenziazione, i bisogni non sono, del tutto, sottovalutati. È evidente, ad esempio, che la quota capitaria secca è effettivamente goduta solo da coloro che hanno bisogno di cure sanitarie. I bisogni, però, non contano nell'influenzare le dotazioni di risorse e esulano, quindi, dalla dimensione rilevante ai fini di definire le iniquità orizzontali fra regioni. Nell'ipotesi della differenziazione, invece, l'assunto è che, ovunque si abiti nel territorio nazionale, non si possa essere penalizzati per il fatto di vivere in una regione caratterizzata da maggiori bisogni. Al contrario, le risorse dovrebbero essere rese equivalenti dando di più a chi ha più bisogni¹³.

¹³ Dare di più a chi ha più bisogni viene tipicamente considerata una questione di equità verticale. A me sembra, invece, che in questo caso, si tratti di una questione di equità orizzontale. Il problema mi sembra, infatti, esattamente quello delle scale di equivalenza in presenza di carichi di famiglia diversi. Come in quel caso si vogliono rendere equivalenti redditi, in modo da lasciare 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

La questione più spinosa, nell'ipotesi della differenziazione, concerne la definizione dei bisogni. Al riguardo, esistono certamente risposte consolidate. Ad esempio, appare largamente condivisa una definizione in termini di domande urgenti, l'urgenza derivando dalla finalità di prevenire seri danni e la salute rappresentando la condizione essenziale per il perseguimento dei diversi piani di vita¹⁴. Come ben sintetizza Sen (2002a), "ben poco possiamo fare se siamo costantemente disturbati da malattia e niente se siamo morti". Il che non implica assumere la presenza di accordo su ciò che rappresenti urgenza. Al contrario, il disaccordo appare inevitabile (ancorché più contenuto di quanto spesso affermato). La categoria di urgenza mantiene, però, la propria validità indipendentemente dal disaccordo sul relativo contenuto.

Similmente, per la sanità come per le complessive politiche sociali, appare largamente condiviso il requisito della disponibilità di interventi con produttività marginale positiva¹⁵. Per aversi bisogno, non è sufficiente l'urgenza: è necessaria la disponibilità di antidoti che, in sanità, si sostanziano in cure appropriate¹⁶. Più in particolare, si definiscono appropriate cure sia efficaci in sé sia erogate a pazienti in condizioni di beneficiarne¹⁷. 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 generano non solo sprechi di risorse (inefficienza), ma anche i rischi per la salute, essendo la più parte delle terapie mediche associata a rischi per la salute stessa.

Certamente, sostanziare l'appropriatezza non è facile. Pure in presenza delle più solide evidenze scientifiche, le indicazioni di appropriatezza non possono applicarsi in modo univoco, dovendosi adattare alle specifiche circostanze dei singoli pazienti. 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)¹⁸. In questo senso, linee guida per l'appropriatezza non possono essere imposte per legge. Ciò nonostante, l'entità di quello che ancora non si sa, non giustifica non applicare quello che si sa¹⁹.

dotazioni che, data la diversità dei bisogni non lo sarebbero. L'obiettivo finale è un trattamento egualitario che, solo in ragione della diversità di condizioni, richiede trattamenti differenziati. Diverso è, invece, il caso del finanziamento, dove si vuole che chi ha di più paghi di più.

¹⁴ Si prescinde, così, da una definizione meramente strumentale di bisogno, la quale si applicherebbe anche a domande per più reddito, a prescindere dalle finalità che il reddito dovrebbe soddisfare. Sulla nozione di urgenza, cfr. Scanlon, 1975. Sulla complessità del termine bisogno, cfr., fra gli altri, Miller, 1999.

¹⁵ Sul rapporto fra bisogni e disponibilità di interventi con produttività marginale positiva, cfr. Williams, 1974. Diverso sarebbe il caso in campi, quali quello della ricerca, dove i bisogni riguardano anche domande urgenti per la cui soddisfazione non esistono interventi con produttività marginale positiva. Al contrario, è proprio lo scopo della ricerca quello di individuarli.

¹⁶ La richiesta non ignora il rischio, sottolineato da Taroni, 2000, che l'enfasi sull'appropriatezza favorisca lo sviluppo delle prestazioni divisibili, cui le valutazioni di appropriatezza meglio si prestano, a danno delle prestazioni indivisibili, quali sono molti interventi socio-sanitari e di prevenzione. Il punto è che le prestazioni divisibili vanno, comunque, valutate e, come argomentano Whitehead *et al.*, 2000, esistono indicazioni per una valutazione anche delle prestazioni indivisibili.

¹⁷ 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. Anche l'inappropriatezza genera, ovviamente, inefficienza. Si tratta, però, di piani diversi. Inefficienza, inoltre, potrebbe verificarsi anche in presenza di appropriatezza: ad esempio, qualora, a parità di appropriatezza, si scelga la prestazione più costosa.

¹⁸ Cfr. ad esempio, Falcitelli, Trabucchi, Vanara (a cura di), 2004.

¹⁹ Una via potrebbe essere quella di concentrare la verifica della disuguaglianza nelle aree dove le informazioni sono più solide (cfr., il capitolo 2). Un'altra è quella di neutralizzare l'effetto di creazione di domanda che potrebbe verificarsi in presenza di eccesso di offerta. In ogni caso, anche in assenza di prove di evidenza, informazioni indirette sull'appropriatezza potrebbero derivare da una valutazione della variabilità, l'inappropriatezza, quanto meno *prima facie*, risultando identificata con riferimento ai valori estremi.

