



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA

PROVA FINALE

"LA SALUTE DISUGUALE,
ANALISI DELLA RELAZIONE TRA ECONOMIA E SANITÀ"

RELATORE:

CH.MO PROF. PARIGI BRUNO MARIA

LAUREANDO/A: TAURO FRANCESCA

MATRICOLA N. 1120898

ANNO ACCADEMICO 2016/2017

Indice

INTRODUZIONE

I. ANALISI E INDICI PER STUDIARE LE DISUGUAGLIANZE

- 1.1 Critica al PIL come indice per calcolare la disuguaglianza di benessere5
- 1.2 Alternative al PIL: indici di concentrazione.....7
- 1.3 Modello di Grossman, la domanda di salute.....10

II. RELAZIONE TRA ECONOMIA E SANITÀ IN ITALIA

- 2.1 Determinanti delle disuguaglianze di salute.....13
- 2.2 La sanità in Italia.....16
- 2.3 Le politiche interventistiche adottate in Italia.....20

III. DISUGUAGLIANZE DI SALUTE: PANORAMA INTERNAZIONALE

- 3.1 La salute nel mondo.....25
- 3.2 L'intervento sulla sanità di Organizzazioni e Cooperazioni internazionali.....30
 - 3.2.1 Organizzazioni Mondiale della Sanità.....30
 - 3.2.2 Organizzazioni Non Governative.....32

CONCLUSIONE.....35

BIBLIOGRAFIA.....37

SITOGRAFIA.....39

LA SALUTE DISUGUALE

Analisi della relazione tra economia e sanità

“Io penso che la diseguaglianza sia un elemento della libertà. Una società libera lascia molto spazio alle differenze tra gli uomini, e non solo a quelle di carattere, ma anche a quelle di grado. La diseguaglianza però non è più compatibile con la libertà quando i privilegiati possono negare i diritti di partecipazione degli svantaggiati, ovvero quando gli svantaggiati restano nei fatti del tutto esclusi dalla partecipazione al processo sociale, economico e politico.”

Ralf Dahrendorf¹

Introduzione:

Il mondo di oggi e degli ultimi decenni è caratterizzato principalmente dal progresso e dalla globalizzazione, che hanno reso possibile un miglioramento nello stile di vita complessivo, rispetto al passato. Per molti il tenore di vita è in crescita e sono sempre meno coloro che vivono in condizioni di estrema povertà. L'aspettativa di vita, in molte parti del mondo, è aumentata ed è diminuita la mortalità infantile, ma è ancora troppo elevato il numero di persone in condizioni d'indigenza e morte prematura. Il panorama globale comprende ancora profonde disuguaglianze, le quali si manifestano in molti ambiti legati al genere, al reddito, all'istruzione, all'occupazione e alla salute. Nello specifico, in questo elaborato si cercherà di analizzare il fenomeno globale della salute disuguale, che è presente in tutti i Paesi, sia quelli in ritardo di sviluppo sia quelli più industrializzati, e che porta la popolazione, soprattutto quella più svantaggiata, a notevoli squilibri e limitazioni. Uno dei tanti esempi è possibile ritrovarlo nella situazione di un piccolo paese africano esportatore di petrolio, che nonostante il reddito non irrilevante, presenta una mortalità nel primo anno di vita pari a cinque neonati

¹ R. Dahrendorf, *Libertà attiva. Sei lezioni su un mondo instabile*, Laterza, 2003, pp. 19-20

su cento, contrariamente agli USA che presentano la mortalità infantile riguarda solo cinque bambini su mille.

Date queste premesse, il lavoro si concentrerà in particolare sull'analisi concernente la diffusione e la manifestazione di tale disuguaglianza, spiegando quali siano gli indicatori più adatti alla stima corretta della misurazione della salute percepita dalla popolazione globale, criticando l'utilizzo del Prodotto Interno Lordo e tenendo in considerazione l'indice Gini, spesso usato in questo contesto, e il modello di Grossman, studiato approfonditamente dall'economia sanitaria.

In seguito saranno introdotte e illustrate le diverse categorie di fattori che causano le disuguaglianze sanitarie, con alti o bassi gradi d'influenza. Tale aspetto è fondamentale per individuare poi una possibile politica interventistica efficiente e inoltre per spiegare i motivi della possibile concentrazione delle disuguaglianze sanitarie in determinate aree geografiche.

Dopo aver introdotto le principali cause di tali disuguaglianze, si focalizzerà l'attenzione sulla sanità italiana, esaminando in particolare il diverso livello di salute delle popolazioni appartenenti alle aree meridionali (nello specifico analizzeremo la Campania) e a quelle settentrionali, attraverso l'utilizzo di dati Istat e di un Rapporto attinente a tale tema. Dopo aver contestualizzato il livello sanitario della nostra nazione, si vedrà come lo Stato abbia cercato di ridurre tale problematica attraverso politiche interventistiche, in particolare l'evoluzione e le implicazioni del Patto della salute negli ultimi decenni. Oltre che al panorama italiano si dedicherà un particolare approfondimento al quadro della sanità globale, considerando le disuguaglianze tra diversi Paesi ed esaminando in particolare la difficoltà di salute dell'Africa subsahariana; si prenderanno in esame a tale proposito indicatori come longevità della vita o relazione tra reddito e sanità. Inoltre sarà oggetto di analisi la situazione odierna di Cuba, in contrapposizione con quella degli Stati Uniti.

Nella parte conclusiva, verrà dedicato un focus allo sviluppo e alle funzioni delle organizzazioni internazionali, sorte con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sanitarie. In particolare verrà presa in considerazione l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), di cui verranno analizzati alcuni interventi e regolamentazioni, valutando specifici dati riportati nel Rapporto Annuale delle Statistiche sulla Salute, da cui si possono ricavare considerazioni relative ai risultati della sanità globale. Inoltre sarà preso in esame il contributo essenziale delle Organizzazioni Non Governative, partendo con la con Bill & Melinda Gates Foundation, vertice delle Ong a livello mondiale, per arrivare infine alla più importante No Profit in Italia, ovvero Medici per l'Africa - Cuamm.

Ho deciso di approfondire questo tema, in quanto il mondo delle disuguaglianze mi ha sempre suscitato un particolare interesse e curiosità. Inoltre quest'anno sono rimasta colpita

dall'ingiustizia sociale causata dalle diseguaglianze di salute, tema affrontato nella dodicesima edizione del Festival di Economia, tenutosi a Trento. Al Festival hanno partecipato i maggiori esperti a livello internazionale, come l'epidemiologo M. Marmot, gli economisti J. Tirole e O. Blanchard, i quali hanno introdotto i contesti delle disuguaglianze sanitarie attuali in un'ottica internazionale, cercando di esporre le teorie o specifiche considerazioni, individuando le cause e le possibili soluzioni. Oltre a queste motivazioni, un'altra ragione fondamentale mi ha spinto ad elaborare la mia tesi su questo tema: l'opportunità che ho avuto di entrare in contatto con la prima Organizzazione No Profit d'Italia in ambito di salute in Africa, ovvero *Medici con l'Africa – Cuamm*, grazie al mio stage curriculare. Ho avuto infatti, occasione di conoscere in modo approfondito la storia passata e attuale delle principali aree d'intervento e le problematiche più rilevanti che influenzano la vita della popolazione africana, in un'ottica sanitaria. Mi sono, inoltre, dedicata alla lettura e alla ricerca, venendo a conoscenza di storie e testimonianze di chi ha avuto esperienze in loco e che hanno sperimentato direttamente la complessità della salute africana. E' necessario ricordare quanto la salute disuguale sia un problema fondamentale nella vita quotidiana delle persone. È per questo che molti studiosi, sociologi, epidemiologi ed economisti hanno contribuito con teorie e supposizioni, cercando delle soluzioni ottimali e arrivando spesso a una conclusione comune.

I. ANALISI E INDICI PER STUDIARE LE DISUGUAGLIANZE

1.1 Critica al PIL come indice per calcolare la disuguaglianza di benessere

Il più diffuso indicatore economico sintetico, utilizzato a livello globale, introdotto dal celebre economista americano Simon Kuznets, è il PIL (Prodotto Interno Lordo), il quale permette di misurare il livello generale di produzione interna di un Paese, ovvero il valore della sua ricchezza in termini economici di beni e servizi, in via generale quindi stima l'importanza economica assoluta della nazione, permettendo un confronto con altri Paesi a livello mondiale². Il PIL, introdotto dopo la Grande Depressione, ebbe un grande successo, tanto da essere adottato da molte grandi istituzioni finanziarie internazionali, come il Fondo Monetario Internazionale e la Banca Mondiale, per scegliere le politiche economiche ottimali e applicare le teorie macroeconomiche sul tema del benessere economico di un Paese. In ogni caso si arrivava alla medesima conclusione, cioè che l'aumento della disponibilità di beni materiali, e quindi di ricchezza, equivale a un aumento del benessere e della felicità.

Da circa metà del secolo scorso, però le certezze investite in questo indicatore vengono messe in discussione, in particolare l'idea di considerare il PIL come strumento idoneo a misurare il concetto "felicità" unicamente in termini di benessere economico.

Robert Kennedy, nel 1968, presso l'Università del Kansas, tenne un celebre discorso nel quale, con coraggio e forte idealismo, introdusse una dura critica nei confronti dell'indicatore PIL, ritenuto inadeguato per calcolare il benessere delle nazioni:

«Il Pil non tiene conto della salute delle nostre famiglie, della qualità della loro educazione o della gioia dei loro momenti di svago. [...] Misura tutto, in poche parole, eccetto ciò che rende la vita veramente degna di essere vissuta. Può dirci tutto sull'America ma non se possiamo essere orgogliosi di essere americani».

Possiamo quindi sostenere, grazie ad approfonditi studi economici come quello di Ekins nel 1995 e di Fuà nel 1993, che i risultati effettivi stimati dal PIL non sono considerati esaustivi, dal momento che la felicità e il livello di ricchezza hanno una scarsa correlazione.

Una delle più celebri teorie economiche in termini di benessere venne formulata nel 1974 dall'economista americano Richard Easterlin. Egli elaborò quello che è stato chiamato "il

² F. De Novellis, *Dizionario di Economia e Finanza*, 2012: Disponibile su: http://www.treccani.it/enciclopedia/pil_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/

paradosso di Easterlin”, per cui il benessere della popolazione non dipende soltanto dal denaro, ma anche dai rapporti sociali, dalle condizioni ambientali, dalla salute, dall’istruzione e da molti altri fattori soggettivi.

Questa teoria, nota anche come “*paradosso della felicità in economia*”, viene interpretata in modi differenti. Ad esempio, l’economista americano Robert H. Frank, scrive:

“Molta evidenza empirica suggerisce che se usiamo un aumento del nostro reddito semplicemente per comprare case più grandi e auto più costose, non ci ritroviamo dopo questi acquisti più felici di prima. Ma se usiamo l’aumento di reddito per acquistare più beni non vistosi (unconspicuous goods) – come liberarsi da lunghi spostamenti per lavoro o per cambiare un lavoro noioso –, allora l’evidenza empirica mostra un quadro ben diverso. Meno spendiamo in beni vistosi, più riusciamo a ridurre ingorghi nel traffico, più tempo dedichiamo alla famiglia, agli amici, al sonno, ai viaggi, e ad altre attività interessanti. Sulla base della migliore evidenza empirica, possiamo affermare che riallocare il nostro tempo e denaro in queste e simili attività ci renderebbe la vita più sana e più felice»

E’ quindi possibile utilizzare il “paradosso di Easterlin” per confrontare il benessere tra Paesi. Secondo l’utilizzo dell’indicatore PIL, i Paesi avanzati ed emergenti risulteranno possedere un maggiore Prodotto Interno Lordo rispetto ai Paesi più poveri, e quindi in molti potranno supporre, attraverso le implicazioni generali della teoria economica dominante, che il benessere medio cresca proporzionalmente all’aumento del reddito, ovvero maggiormente nei Paesi più industrializzati. Dobbiamo però considerare che, secondo l’interpretazione della teoria precedentemente considerata, è possibile affermare che i Paesi più poveri non risulteranno essere significativamente meno felici di quelli più ricchi. In altri termini, quando ci si trova in una situazione di povertà, la correlazione tra incremento di beni e successivamente di benessere sarà fortemente positiva, ma quando viene superato un certo livello di ricchezza (Layard stima che questa soglia corrisponda a un reddito *pro-capite* medio maggiore di 20.000 dollari annui³), ovvero quella che consente di soddisfare i bisogni ordinari della vita, l’aumento di reddito non si traduce più in felicità. Queste considerazioni spiegano l’andamento a rendimenti di scala decrescenti della curva di utilità del benessere, la quale esplicita che, a una maggior quantità di ricchezza si avrà inizialmente una relazione positiva tra reddito e felicità, ma, oltre un certo valore di sviluppo economico, non ci sarà più un legame tra PIL pro capite e benessere degli abitanti.

³ R. Layard, *Happiness and public policy: a challenge to the profession*, 2006

Spostando l'attenzione più verso il presente, possiamo osservare come la posizione di criticità verso l'indicatore del Prodotto Interno Lordo sia ancora più marcata. Nel 2009 ci fu infatti la consegna di un Rapporto al governo francese⁴, una ricerca coordinata da Amartya Sen e Joseph Stiglitz per studiare il legame che univa il PIL con il benessere sociale.

Dal risultato di questo rapporto, possiamo trarre le medesime conclusioni degli economisti precedenti, sottolineando ancora una volta la scarsa correlazione, a volte nulla, che lega reddito e felicità.

Dalle considerazioni fatte in precedenza possiamo quindi concludere che il dibattito, passato e presente, riguardante il Prodotto Interno Lordo come indicatore di benessere sanitario e non solo, ha portato a una maggiore circoscrizione dell'area di analisi, in modo da utilizzarlo sempre più specificatamente per la misurazione del benessere economico, evitando quindi distorsioni in materia di considerazioni sanitarie e di benessere generale.

1.2 Alternative al PIL: indici di concentrazione

In questi ultimi decenni, gli economisti si sono concentrati sullo studio specifico riguardante il livello di benessere in termini di salute, e in particolare sulla possibile presenza del grado di disuguaglianze.

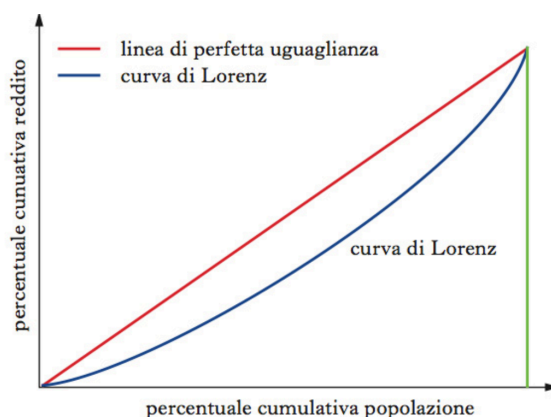
La disuguaglianza di salute è un fenomeno sempre più presente nelle società odierne, tanto che viene studiata e analizzata da molti economisti, come Joseph Stiglitz e Amartya Sen, e anche epidemiologi famosi, come ad esempio Michael Marmot, i quali si concentrano sulle determinanti che la causano e sulle possibili politiche da adottare ai fini di ridurla. Per avviare uno studio effettivo sulla disuguaglianza, l'economia sanitaria si dedica all'individuazione di un indice appropriato per misurarla. Ovviamente l'indicatore PIL, che rischia di generare notevoli distorsioni (come abbiamo evidenziato in precedenza), viene escluso. Vengono invece considerati diversi strumenti come gli indici di concentrazione. Più nello specifico possiamo osservare l'utilizzo diffuso della curva di Lorenz, elaborata nel 1905 da M. O. Lorenz, economista statunitense, la cui rappresentazione si basa sull'individuazione della distribuzione del reddito o del benessere di un Paese in un determinato periodo di tempo.

Graficamente, come mostra la Figura 1, la curva di Lorenz può essere spiegata attraverso il piano cartesiano, nel quale l'ascissa si riferisce alle frequenze cumulate (es. popolazione), mentre l'ordinata racchiude i diversi valori della variabile oggetto di analisi (es. reddito, mortalità, malattie...), in questo modo si riesce ad evidenziare il livello di disuguaglianza di

⁴J. E. Stiglitz, A. Sen & J.P. Fitoussi. Report by the *Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress* Vol. 12 (Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress, 2009).

una distribuzione nello specifico di una frequenza scelta, ad esempio è sarebbe possibile valutare la rappresentazione della porzione di salute totale percepita della popolazione (funzione cumulata). La curva di Lorenz quindi, se si sviluppa unicamente con una linea diagonale, ossia di 45° , rappresenterà la condizione di uguaglianza perfetta in cui il Paese o soggetto analizzato si può trovare. Se tuttavia il Paese si troverà in una situazione non egualitaria, la curva di Lorenz sarà collocata sopra o sotto la diagonale. Nel caso in cui la variabile scelta come oggetto di analisi abbia risultati positivi per la popolazione, come ad esempio avere una speranza di vita elevata, uno stile di vita spiccatamente salutare o un alto reddito, allora la curva di Lorenz si troverà sopra la diagonale di perfetta uguaglianza. Contrariamente, se la variabile di riferimento risulterà essere influente in modo negativo, come ad esempio mostra il grafico sottostante in cui viene specificato un basso tasso di reddito distribuito in modo non ugualitario tra la popolazione, la curva si collocherà sotto la diagonale. Concludendo, è possibile affermare che, tanto più è maggiore la distanza tra la curva di Lorenz e la diagonale, tanto più è alto il livello di disuguaglianza in salute.

Figura 1: Esempio di curva di Lorenz, riferita alle disuguaglianze di reddito



Fonte.: *Dizionario di Economia e Finanza* (2012). Treccani. Disponibile su:
http://www.treccani.it/enciclopedia/concentrazione_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/

Un altro strumento di concentrazione, direttamente collegato alla curva di Lorenz, ritenuto molto valido per paragonare diversi Paesi o specifiche aree geografiche, è il coefficiente Gini, con il quale è possibile identificare l'ampiezza della disuguaglianza.

L'intervallo di valore proprio di tale indice va da un minimo di 0 (perfetta uguaglianza) a un massimo di 1 (totale disuguaglianza), in particolare, tanto più il coefficiente Gini ha valore elevato, tanto maggiore sarà la tendenza alla disuguaglianza distributiva, al contrario, tanto più il valore sarà basso tanto più si avrà maggiore tendenza all'equidistribuzione. L'indice Gini inoltre, risulta essere equivale all'area di concentrazione racchiusa tra la diagonale di

perfetta uguaglianza e la curva di Lorenz, la quale indica quanto la reale distribuzione si distingue da quella omogenea.

Questi indici e curve di concentrazione vengono utilizzati, oltre che per un'analisi specifica in termini di disuguaglianza di un'area geografica, anche, più in generale, per una classificazione e un successivo confronto, tra Paesi, usufruendo ad esempio dello studio di variabili specifiche, quali tasso di mortalità infantile o generale.

Lo studioso Wagstaff avviò nel 2000 una ricerca⁵ in materia di disuguaglianza tra Paesi in via di sviluppo, focalizzandosi nello specifico sul tasso di mortalità infantile sotto i cinque anni d'età. Dalle curve di concentrazione elaborate emerse che il Brasile si colloca al vertice della disuguaglianza concernente la mortalità infantile, con un indice di concentrazione negativo, il quale sottolinea che un maggior tasso di mortalità infantile è collegato all'appartenenza al gruppo con minor reddito.

Da un punto di vista generale, oltre all'utilizzo degli indici di concentrazione, in alcuni casi complessi da calcolare, gli economisti di tutto il mondo si sono impegnati per identificare un indicatore appropriato, capace di misurare la qualità della vita, stimando il livello di soddisfazione individuale, che racchiude varie determinati non trascurabili, come: sanità, ambientale, istruzione, ecc... Tra i molteplici indicatori elaborati, lo strumento maggiormente utilizzato a livello internazionale è l'Indice di Sviluppo Umano (ISU o HDI), realizzato nel 1990 dall'economista Mahbub ul Haq. Questo indice viene utilizzato come misuratore della qualità della vita dei Paesi, in particolare si sviluppa in tre dimensioni: possibilità di trascorrere una vita sana e lunga, monitorare il grado d'istruzione e avere uno standard di vita dignitoso.

Come è possibile osservare nella tabella sottostante, i Paesi più industrializzati, come Norvegia o Stati Uniti, si classificano nelle prime posizioni del Ranking elaborato attraverso l'indice in questione, anche l'Italia risulta essere in una buona posizione, infatti secondo ISU si classifica al ventiseiesimo posto, con una crescita nel 2015 di circa il 15% rispetto al 1990.

I Paesi in via di sviluppo o sotto sviluppati invece, risultano essere in fondo alla classifica, come ad esempio i Paesi appartenenti all'Africa subsahariana, i quali risultano avere un ISU molto basso.

⁵ A. Wagstaff, (2000) "Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries". *Bulletin of the World Health Organization*, 78: 19-29.

Figura 2: Classifica secondo Human Development Index di alcuni Paesi (1990-2015)

HDI Rank	Paese	Valore							
		1990	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1	Norvegia	0.849	0.917	0.939	0.941	0.942	0.945	0.948	0.949
10	Stati Uniti	0.860	0.884	0.910	0.913	0.951	0.916	0.918	0.920
21	Francia	0.779	0.849	0.882	0.885	0.887	0.890	0.894	0.897
26	Italia	0.768	0.828	0.872	0.877	0.876	0.877	0.881	0.887
68	Cuba	0.676	0.686	0.780	0.778	0.773	0.772	0.772	0.775
174	Etiopia	-	0.283	0.411	0.422	0.427	0.435	0.441	0.448
187	Nigeria	0.212	0.255	0.323	0.331	0.342	0.345	0.351	0.353

United Nations Development Programme, Human Development Reports. Disponibile su:
<http://hdr.undp.org/en/composite/trends>

Possiamo quindi osservare che ISU non si limita ad analizzare unicamente la società in termini economici, ma anche dal punto di vista sociale. Il Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo (U.N.D.P.) ovvero, un'organizzazione internazionale che ha come principale obiettivo l'attuazione di programmi d'incentivazione e sostegno dei Paesi in via di sviluppo, si concentra ad esempio sui temi di: riduzione della mortalità infantile, promozione dell'uguaglianza e miglioramento del sistema sanitario, stilando un Rapporto annuale basato sull'indice ISU riferendosi sempre a un tema differente (es: tema Rapporto 2006: "energia, povertà e scarsità d'acqua mondiale").

Concludendo, possiamo sostenere che l'economia sanitaria e sociale ha visto un notevole sviluppo dal punto di vista dell'analisi del benessere socio-economico, riuscendo a minimizzare le distorsioni e alterazioni dei dati e rendendo le informazioni più nitide e autentiche.

1.3 Modello di Grossman, la domanda di salute

Negli anni Sessanta, una crescente attenzione viene posta nel settore sanitario e nelle sue determinanti socioeconomiche, le quali tendono a condizionare lo stato di salute degli individui. La ragione principale viene identificata nella rapida crescita di questo settore, rilevata in particolare nei Paesi caratterizzati da un'economia avanzata in grado di influenzare l'economia e assorbire molte risorse in termini di PIL, come ad esempio in Germania, Francia e Svezia, dove nel 2015 venne destinato al settore sanitario circa l'11% del PIL totale⁶. Anche

⁶ Rapporto OCSE (2016), "Health at a Glance"

per questo motivo quindi, si sono sviluppati nuovi bisogni e diversi modelli di consumo, come ad esempio la nuova concezione di salute, ovvero vista come un “nuovo” bene economico, non più studiato solo con prospettiva individuale ma anche con un’ottica collettiva, in grado di incentivare un crescente processo di miglioramento e diffusione dei servizi sanitari.

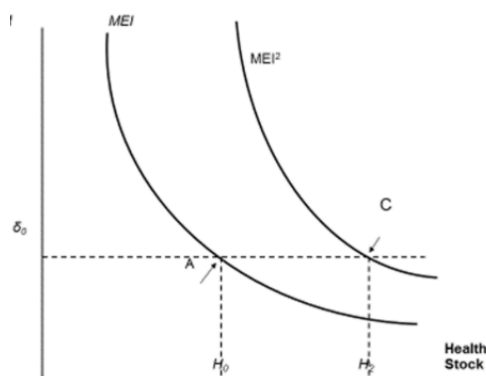
Il celebre lavoro del premio Nobel per l’economia nel 1972, Kenneth Arrow: *“Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care”*, è stato uno dei primi grandi contributi che ha alimentato lo stimolo dello studio e della ricerca riguardo alle molteplici caratteristiche dell’economia sanitaria odierna. In particolare in questo lavoro viene analizzato il contesto delle assicurazione mediche, individuando il punto debole presente nelle teorie del benessere e le asimmetrie informative capaci di provocare un’inefficienza del mercato. Dopo l’importante approccio di Arrow, possiamo considerare il primo fondamentale studio teorico ed empirico attribuibile all’economista statunitense Michael Grossman: *“On the Concept of Health Capital and The Demand for Health”* il quale viene considerato la base dell’economia sanitaria. Grossman fu il primo ad applicare e sviluppare una funzione di domanda di salute e delle prestazioni sanitarie, seguendo le linee guida dettate della teoria neoclassica del consumatore. Tale teoria è fondata sulla domanda di salute, intesa rivoluzionariamente in due modi: come bene di “consumo”, ovvero in grado di far crescere direttamente la funzione d’utilità individuale, e come bene di “investimento”, alimentato o limitato dall’ammontare di tempo impiegato per raggiungere un determinato livello di benessere sanitario. L’investimento nella produzione di benessere sanitario, inteso da Grossman, viene fatto indirettamente sotto forma di input, facendo ad esempio uso di cure mediche o più in generale di uno stile di vita salutare, attraverso attività sportive o cibi sani.

La funzione di produzione in questione, prevede quindi la presenza di questi input sanitari, capaci d’influenzare direttamente lo stock salutare e quindi il benessere individuale. Tale funzione è caratterizzata dalla legge di produzione marginale decrescente, la quale si verifica quando all’aumentare di un fattore produttivo (input=dieta, sport...), corrisponda un minore incremento della quantità del prodotto (output=salute). Ad esempio una persona che pratica sport abitualmente da anni, avrà un incremento di benefici sanitari minori, rispetto a una persona che ha iniziato a dedicarsi allo sport da poco. Per tale motivo la funzione di produzione si appiattisce verso destra, denotando come lo stock di salute contribuisca in modo sempre più decrescente all’aumento di benessere sanitario. Questo fenomeno si sviluppa poiché la salute, in quanto bene capitale, è soggetto a un peggioramento lungo il corso del tempo, influenzato in particolare dal tasso naturale di deterioramento (δ).

Il tasso naturale di deterioramento è positivamente correlato all'età degli individui, in particolare, assumendo che δ sia una funzione crescente dell'età, possiamo supporre che l'invecchiamento dell'individuo porti all'aumento del tasso di deterioramento, il quale conseguentemente ridurrà lo stock di salute.

Il modello di Grossman prova quindi a fornire un'interpretazione e un'analisi di come l'invecchiamento sia considerato una delle ragioni principali delle variazioni di domanda di salute e di servizi sanitari, portando una maggior attenzione all'applicazione delle politiche sanitarie le quali mirano ad incrementare una futura sostenibilità della spesa sanitaria rivolta soprattutto alla popolazione anziana. Oltre a considerare questa relazione, il modello di Grossman studia le variazioni dello stock di salute che comportano un cambiamento positivo o negativo, delle condizioni socioeconomiche. In particolare Grossman si concentra sull'analisi dei diversi livelli d'istruzione, i quali presentano indubbiamente un impatto sullo stock di salute e più precisamente, sulla produttività marginale degli input utilizzati per produrla. Ad esempio, come illustrato nella Figura 3, un alto tasso d'istruzione, sposterebbe la curva di Grossman verso l'alto portandola, con un uguale livello di δ , al raggiungimento di un più alto livello di salute. In generale si può dire che un più elevato tasso di scolarizzazione, porta a un maggior godimento dello stato di benessere sanitario, in quanto la popolazione con caratteristiche socioeconomiche migliori, tende ad essere maggiormente informata sul rischio che certi comportamenti "dannosi" possono comportare, riuscendo successivamente a evitare l'assunzione di determinate sostanze, farmaci o l'inizio di "cattive" abitudini, come dipendenza da nicotina o bevande alcoliche.

Figura 3: Istruzione e domanda di salute



C.Novi, *Misurare la Disuguaglianza in Economia Sanitaria: l'Indice di Concentrazione*.
Università degli Studi di Pavia.

II. RELAZIONE TRA ECONOMIA E SANITÀ IN ITALIA

2.1 Determinanti delle disuguaglianze di salute

Prima di iniziare con un'approfondita analisi sulle disuguaglianze di salute a livello nazionale e successivamente con prospettiva globale, dobbiamo concentrarci sulle principali determinanti che influenzano l'evolversi della salute e l'estendersi o il contrarsi del gap sanitario tra regioni geografiche.

Le disuguaglianze di salute, il più delle volte, sono inevitabili (per esempio tra giovani e vecchi o donne e uomini), sempre presenti all'interno di molte popolazioni o più in generale in differenti aree geografiche. Possiamo quindi dedurre quanto sia complessa la rete di meccanicismi che genera le disparità sociali nella salute. In merito, la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, studia attentamente la relazione, le cause e le conseguenze di questi meccanicismi di generazione delle disuguaglianze di salute con il fine di spiegare le disparità, ma soprattutto per individuare il contesto ottimale per applicare una politica interventistica o un'azione correttiva. Le determinanti della salute disuguale sono di diversa natura e hanno di conseguenza un differente livello di influenza sulle disparità sociali.

La prima categoria da considerare è quella attinente alle determinanti distali, ovvero collegate al contesto economico e sociale della società stessa, le quali sono in grado di influenzare fortemente il benessere sanitario e di valutare ad esempio il grado di opportunità lavorativa o di qualità della vita offerta. Queste determinanti sono soggette a studi approfonditi, i quali sfruttano spesso le analisi statistiche o econometriche per confrontare e sottolineare i risultati ricavati. Una delle variabili maggiormente utilizzate è senz'altro l'istruzione, la quale presenta la più alta correlazione con il livello di mortalità, ovvero chi è caratterizzato da una scarsa risorsa di formazione e istruzione sarà maggiormente soggetto a fattori rischiosi per la salute, ammalandosi con alta frequenza e causando maggiori casi di morte. Possiamo osservare queste considerazioni, in modo più evidente, in un lavoro di Giuseppe Costa⁷: *“Cosa sappiamo della salute disuguale in Italia”*. In questo studio viene sottolineato, come già considerato in precedenza, come l'istruzione può influenzare criticamente il tasso di mortalità, nello specifico Costa riporta dei dati relativi al 2010, dove un uomo in possesso di titolo di laurea può contare di vivere 5,2 anni in più di chi si è ha la licenza elementare, in conclusione sostiene che maggiore è il livello di istruzione, maggiori sono le speranze di vita dell'individuo. In generale, possiamo quindi affermare che, il contributo che l'istruzione

⁷ Contributi degli esperti INMP, ISS, Agenas e ISTAT attivi nella *Joint Action Europea* sulle disuguaglianze di salute.

concede al controllo della disparità sanitaria avviene grazie alla capacità dell'individuo di dedurre le competenze adeguate e le conoscenze educative, utili sia per la promozione sociale e sanitaria sia per creare delle nuove opportunità di salute.

Una seconda categoria di determinanti che influiscono sul crescere o il decrescere della disuguaglianza di salute sono le determinanti prossimali, ovvero tutti quei fattori che possono provocare un aumento della probabilità di manifestazione o esposizione progressiva di una malattia. Questi fattori, definiti "di rischio", in grado di influenzare il contesto della vita quotidiana e di lavoro, possono essere di carattere ambientale (come condizioni fisiche, chimiche...), lavorativo o psicosociale (stili di vita insalubri). Ciascuno di questi fattori viene manifestato a seconda della posizione sociale dell'individuo, causando anche in questo caso elevate disuguaglianze salutari. Spesso le disuguaglianze di salute si manifestano tra le categorie di lavoratori qualificati e non qualificati, in particolare in merito alle condizioni lavorative. In Italia, come in molti altri Paesi, uno dei fattori di rischio più critici, capace di marcare le disuguaglianze tra classi sociali, è la sicurezza sul lavoro. Più nello specifico possiamo osservare che chi gode di una qualifica professionale elevata ha meno probabilità di ricevere un danno rispetto a chi appartiene ad una classe sociale inferiore, il quale spesso è soggetto a infortuni o incidenti nel suo contesto lavorativo (Vanni et al, 2005). Di questa categoria di determinanti fanno parte i fattori psicosociali, i quali sono in grado di influenzare e stimolare problemi allo stato di salute dell'individuo, generando diverse complicazioni salutari, come ad esempio: cardiopatia ischemica, depressione, stress lavorativo ecc...

Riguardo la manifestazione di questi fattori sopra descritti, negli ultimi anni, gli studiosi e in particolare gli esperti di risorse umane, hanno ampiamente considerato diversi modelli teorici. Un'attenzione particolare viene posta per la teoria "effetto Hawthorne" elaborata dai sociologi Elton Mayo e da Fritz J. Roethlisberger, nel 1927: "*The social problems of an industrial civilization*", la quale si focalizza sulla relazione tra soddisfazione dei lavoratori e la loro effettiva produttività. Nel 1924, Mayo avviò un esperimento presso le officine Hawthorne, nei pressi di Chicago, con il fine principale di studiare il fattore umano e più in generale il contesto lavorativo in relazione con l'aumento di produttività, contrariamente dagli studi di Taylor che venivano mirati, unicamente alla retribuzione e agli incentivi lavorativi. L'esperimento si basava sulla modifica delle condizioni lavorative eccessivamente restrittive e poco permissive, in particolare con l'introduzione di una più elevata illuminazione nell'ambiente lavorativo. Mayo quindi a seguito dell'analisi del grado di connessione tra questo cambiamento con il livello del rendimento effettivo, concluse che il comportamento delle lavoratrici esaminate era più profittevole rispetto alle condizioni iniziali. Il motivo principale di questo risultato si riflette, in primis sulla componente emotiva, in quanto, esse,

sapendo di essere oggetto di studio, si sentivano maggiormente considerate e rivalutarono positivamente la loro responsabilità e ruolo all'interno del processo produttivo. Un secondo motivo è attinente alle condizioni lavorative più favorevoli, in questo caso la maggior illuminazione del luogo di lavoro, ma possono esistere altre agevolazioni, come ad esempio maggior flessibilità dell'orario di lavoro, tutte in grado di alimentare comportamenti positivi e poco ostili da parte delle dipendenti.

Un altro modello utile per capire il diverso comportamento dei lavoratori riguardo alle condizioni cui sono sottoposti nell'ambiente lavorativo è quello del sociologo americano Karasek "demand control", elaborato nel 1985 e ripreso da Siegrist nel 1996, con la teoria "Effort Reward Imbalance". Questi due modelli fanno riferimento ai fattori situazionali ai quali sono sottoposti i dipendenti, i quali spesso possono causare un alto livello di stress.

Il modello più attuale "effort-reward" indaga quali sono i meccanicismi e le determinanti della relazione instaurata tra sforzo lavorativo (effort) e la successiva ricompensa (reward). Tra i diversi risultati che vengono rilevati, possiamo osservare che, se il dipendente, a seguito di un elevato sforzo lavorativo, non gli viene attribuita una ricompensa equa e adatta, esso andrà a stimolare negativamente la sua sfera emotiva, aumentando quindi la possibilità di subire danni sui processi psicofisiologici come depressione⁸, coronaropatia ischemica⁹ o disturbi muscolo-scheletrici del rachide e dell'arto superiore¹⁰.

In generale, a seguito dell'applicazione di questi diversi modelli, basati sugli effetti dell'ambito lavorativo, è possibile sottolineare la relazione positiva tra un contesto lavorativo disagiata e l'alta possibilità di ammalarsi. In particolare ciò avviene prevalentemente nelle classi occupazionali inferiori, nelle quali è possibile trovare maggiori casi di bassa sicurezza, basso livello di riconoscimento o bassa autonomia.

È possibile quindi affermare che le disuguaglianze di salute sono particolarmente presenti all'interno del contesto lavorativo e che le cause che le generano sono molteplici. Per tale motivo, si può dedurre che vi è la necessità di introdurre politiche complesse e mirate, così da ottimizzare gli interventi e capire soprattutto le esigenze dei lavoratori di diverse classi occupazionali.

L'ultima categoria di determinanti in grado di generare disuguaglianze sociali è collegata ai fattori legati alla salute fisica, psicologica e mentale dell'individuo, ovvero al loro grado di vulnerabilità. La reazione a tali fattori varia da persona a persona, in base alla possibilità di far fronte a particolari patologie cliniche. Anche in questo caso è possibile osservare una

⁸ Bonde, 2008

⁹ Eller et al., 2009

¹⁰ Costa & Vieira, 2010

distribuzione irregolare della maggiore o minore vulnerabilità delle popolazioni nei confronti della salute. In particolare le classi sociali più svantaggiate presentano i più alti tassi di alcuni tipi di malattie, quali: infezioni HIV al collo dell'utero;¹¹ prevalenza di casi di sovrappeso e obesità;¹² elevata presenza del diabete, il quale è sostiene una crescita sensibile all'abbassarsi della licenza di studio¹³.

In seguito a delle ricerche e alcuni studi passati non siamo ancora in grado di individuare i meccanismi che stabiliscono la relazione tra posizione sociale e condizioni di vulnerabilità. Attraverso dati recenti è possibile generalizzare, affermando che l'individuo appartenente a una classe sociale inferiore sarà soggetto a una maggior vulnerabilità salutare. Questo accade per diversi motivi, in primis poiché risulta essere raro e a volte, inesistente la possibilità di accesso a prevenzione per ridurre o limitare la progressione di un danno di salute, come ad esempio attraverso a vaccinazioni, controlli periodici o semplicemente prescrizione di farmaci o medicine. Un'altra causa può essere individuata nella qualità e nella tipologia di assistenza offerta. In genere le persone appartenenti a una classe sociale bassa, tendono a non avere i mezzi informativi e la motivazione per cercare una struttura sanitaria adatta ai loro problemi salutari, trascurando l'attenzione che dovrebbe invece essere dedicata al loro percorso di guarigione. Nella realtà, esiste una grande interazione tra tutte queste determinanti che influenzano fortemente lo stato di salute, come ad esempio tra stile di vita e contesto familiare e sociale, istruzione e reddito, per questo motivo è complicato individuare un unico fattore e quindi di conseguenza, adottare comportamenti correttivi mirati.

2.2 La sanità in Italia

La storia del nostro Paese è stata soggetta a numerose dinamiche e cambiamenti, i quali hanno influenzato, con diversi gradi d'intensità la crescita delle macro-regioni italiane. Negli ultimi decenni, l'Italia è stata protagonista di un netto miglioramento dello stato di salute generale della popolazione, e in particolare possiamo osservare che l'aspettativa di vita è aumentata, mentre il tasso di mortalità è diminuito. L'aumento di tali benefici non è stato ripartito proporzionalmente su tutta la popolazione, ma solo tra la porzione composta da persone economicamente più favorite. Per tale motivo, si sono sviluppati differenti contesti con caratteristiche eterogenee che hanno generato disuguaglianze tra diverse aree geografiche.

Agli inizi degli anni novanta, le regioni meridionali presentarono delle crescenti aspettative di vita che a seguito della crisi economica hanno presentato uno sviluppo rallentato, sia in

¹¹ Sanjosè et al., 1997

¹² Voller e Buiatti, 2006

¹³ Gnani et al., 2008

ambito sociale che economico. Il nord Italia invece, risulta essere più avanzato in molti settori relativi ai servizi e all'assistenza sanitaria, i quali risultano essere caratterizzati da maggior efficienza e qualità rispetto alle aree del mezzogiorno. Nel nostro Paese, nell'ambito delle disuguaglianze sanitarie, sono state elaborate diverse ricerche. Una di queste è stata sviluppata dalla Fondazione Farmafactoring, il cui obiettivo è quello di incentivare la ricerca scientifica e la promozione della formazione e dell'istruzione. Tale Fondazione ha sviluppato nel 2015 un'analisi relativa alle disuguaglianze sanitarie, con lo specifico focus sulla regione Campania. In questa indagine vengono considerati diversi indicatori per valutare lo stile di vita e gli aspetti generali del livello salutare della popolazione, in particolare vengono valutati degli elementi riguardanti: l'alimentazione, (ad esempio la regione campana ha uno dei più alti indicatori di obesità a livello nazionale, ovvero il 51% popolazione campana contro il 44,5% della media nazionale¹⁴) e il livello di attività fisica svolta, il quale sottolinea uno scarso interesse alle attività fisiche.

Negli ultimi anni, da dati provenienti dall'Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, possiamo osservare come la Sicilia e la Campania abbiano una speranza di vita di quattro anni inferiore a quella della popolazione del Trentino e che la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Campania, è registrata come la più bassa del Paese.

È inevitabile dedurre, che nella regione presa in esame, sono presenti dei comportamenti salutari negativi, i quali si sono concretizzati nel tempo generando sempre più spesso patologie critiche in misura più elevata rispetto alle aree in cui viene data maggior attenzione all'offerta e domanda delle prestazioni sanitarie.

È errato pensare che l'Italia, come in molti altri paesi, siano presenti le disuguaglianze unicamente in base alla collocazione delle diverse aree geografiche.

Le disuguaglianze risiedono principalmente nella presenza di diverse classi sociali, in particolare chi appartiene a un'alta fascia di reddito è di conseguenza soggetto a più opportunità, come ad esempio nell'ambito professionale, sanitario o educativo, ha una più alta aspettativa di vita rispetto alla popolazione con basso reddito. Come scritto in precedenza l'evoluzione del nostro Paese è stata soggetta a notevoli dinamiche e cambiamenti. Uno degli eventi recenti e più incidenti che ha colpito l'Italia è senz'altro la crisi economica del 2008, la quale ha riportato notevoli conseguenze a livello di benessere economico, con inevitabili conseguenze anche sul benessere generale della popolazione. Ad esempio, nel settore lavoro vi è stata una rapida crescita del tasso di disoccupazione, infatti secondo i dati Istat, dal 6,7%

¹⁴ Istat, 2013

nel 2008, pari circa a 1,6 milioni di disoccupati, fino ad arrivare al picco nel 2014, pari al 13,4%, ovvero di circa 3,5 milioni.

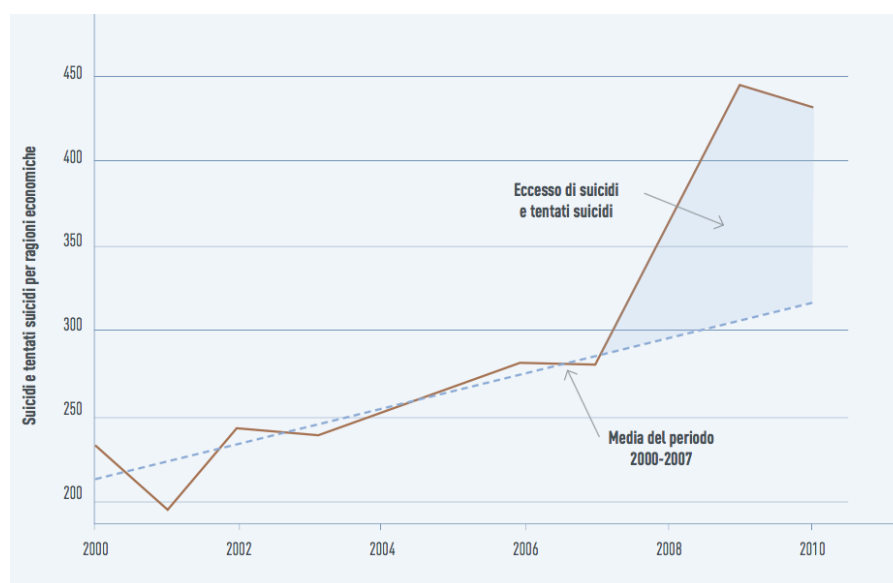
Conseguentemente, l'insicurezza finanziaria ed economica manifestata in Italia, ha colpito le famiglie con reddito e istruzione appartenenti al livello più basso, causando un declino economico progressivo e una successiva stagnazione. La crisi economica ha causato un malessere complessivo, colpendo in particolare il settore della salute, il quale è visto come uno dei principali determinanti della produttività del Paese, ciò ha comportato un effetto negativo sia sulla produttività sia sull'offerta di servizi sanitari, che non riesce a soddisfare in maniera adeguata la domanda sanitaria della popolazione.

Per capire in che modo l'impatto della crisi economica ha influenzato lo stato di salute della popolazione, e quali siano state le effettive conseguenze, è necessario individuare i principali canali diretti e indiretti che provocano questa connessione. Una delle maggiori cause è riscontrabile nel contesto in cui l'Italia si trova, che pone in continua discussione vari ambiti, come: la relazione con il fenomeno di globalizzazione, i cambiamenti demografici o le relazioni internazionali. In particolare dentro queste sfere d'influenza agiscono le determinanti distali della salute, ovvero le categorie come lavoro, servizi, povertà o istruzione, fortemente sensibili alla crisi e che, devono essere prese in considerazione per un eventuale intervento politico. Oltre al peggioramento in termini di posti di lavoro, basse opportunità e livello educativo, o carenza dell'assistenza sanitaria, possiamo individuare come peggior conseguenza, la crescente disuguaglianza sociale tra ricchi e poveri, in particolare come già introdotto precedentemente, la classe sociale con reddito più basso è stata penalizzata notevolmente, nel 2012 ad esempio, la percentuale di povertà è aumentata fino al 29,9%, la quota più alta, dopo la Grecia (34,6%) nei Paesi Europei. Secondo il Rapporto elaborato dalla Fondazione Farmafactoring, è fondamentale studiare gli effetti di breve e lungo periodo, per capire al meglio le effettive conseguenze che la crisi economica ha portato sullo stato di salute degli individui in riferimento anche alle diverse fasce di reddito. Non potendo stimare gli effetti di lungo periodo, la Fondazione si è concentrata su quelli di breve termine, con lo scopo di catturare i diversi cambiamenti e modifiche dello stato di salute della popolazione. Questo studio è stato possibile, grazie all'utilizzo di alcuni indicatori, i quali si riferiscono ad esempio: alla salute soggettiva (self-reported), alla salute fisica e mentale, agli infortuni e alla mortalità. Di tutti questi indicatori, i più utili per individuare gli effetti netti che la crisi ha provocato nel breve periodo, sono gli indicatori di salute mentale e salute soggettiva, i quali sono più sensibili a stress e tensioni fisiche e mentali, dovute principalmente ai cambiamenti di natura economica e di contesto lavorativo. Uno degli indicatori da prendere in considerazione e che ha presentato una significativa correlazione positiva con il fenomeno

della crisi economica, è il tasso di mortalità dovuto in particolare a episodi di suicidi e tentati suicidi. L'indagine sviluppata dall'ISTAT mostra come la popolazione italiana, nonostante in generale abbia sempre presentato un basso rischio di suicidio, dal 2002 tale tasso ha iniziato una leggera crescita, raggiungendo una notevole impennata negli anni della crisi.

Link Lab, il Laboratorio di ricerca socio-economica dell'Università degli Studi Link Campus University, si è dedicata all'analisi di questo fenomeno¹⁵. Possiamo quindi osservare dallo studio elaborato, che nel 2006 ci sono stati circa 280 casi di suicidi e tentati suicidi per ragioni economiche, diversamente dai circa 450 registrati nel 2009. È quindi possibile osservare nel grafico sottostante, che nel 2009 è stato rilevato un incremento di tale tasso circa del 60% rispetto agli anni precedenti la crisi. Tali risultati sono stati causati principalmente dagli effetti diretti della crisi economica, come situazioni debitorie, prezzi elevati e mancanza di moneta circolante.

Figura 4: Numero di suicidi e di tentati suicidi per motivi economici in Italia tra il 2000 e il 2010¹⁶



Possiamo arrivare ad affermare, in conclusione che la crisi economica iniziata nel 2008 e presente tutt'ora, è stata l'artefice di un notevole aumento della povertà generale, con la conseguenza negativa di forte peggioramento complessivo dello stato di sanità. In seguito alla crisi economica, abbiamo potuto osservare come il gap tra ricchi e poveri si sia ampliato ulteriormente e per tale motivo la politica italiana, dopo aver considerato tutti gli elementi direttamente e indirettamente responsabili, ha il compito di intervenire attraverso delle

¹⁵ Disponibile su: <http://lab.unilink.it/files/2014/05/STUDIO-COMPLETO-Suicidi-crisi-1°-Trim.-2014.pdf>

¹⁶ Fondazione Farmafactoring, 2015. *Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia*. Milano

politiche mirate, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze sociali e di incrementare il benessere sanitario e generale della popolazione.

2.3 Le politiche interventistiche adottate in Italia

Come si può dedurre da quanto detto in precedenza, prima che lo Stato intervenga con una politica mirata alla riduzione delle disuguaglianze in termini di salute, è opportuno analizzare al meglio le determinanti dirette e indirette che le causano, così da riconoscere i meccanismi di generazioni e ottimizzare i risultati. Recentemente, la situazione italiana è stata soggetta a una maggiore attenzione da parte delle istituzioni, le quali, grazie all'adozione di alcuni interventi europei (come Health 2020¹⁷), hanno maggiormente sensibilizzato il problema di tali disuguaglianze sia a livello nazionale che regionale.

Un intervento politico, quindi, risulta essere indispensabile, in quanto le disuguaglianze di salute, oltre a risultare inefficienti per il Paese, rappresentano un freno allo sviluppo sociale ed economico, determinando un alto costo per il servizio sanitario, per le politiche assistenziali e per il welfare, con un'incidenza complessiva, stimato intorno al 10% del PIL. Per tale motivo, lo Stato Italiano ha cercato di intervenire attraverso dei programmi e politiche, per aumentare l'equità di salute e puntare al maggior benessere. È opportuno, prima di analizzare il contesto e le implicazioni delle politiche odierne, far riferimento agli interventi adottati in un passato recente, e osservare lo sviluppo e i risultati generati. In particolare è possibile focalizzarci sulla storia delle policy italiane relative alla salute, nello specifico ci concentreremo su quella risultata più influente per il Sistema Sanitario Nazionale, ossia: il **“Patto per la salute”**, definito dal sito del Ministero della Salute, come:

“un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema”.

Il Patto per la Salute, anche se non è stato definito come tale ma più in generale come accordo, fu siglato per la prima volta nel 3 agosto 2000 dal Presidente del consiglio Giuliano Amato e dal ministro della salute Umberto Veronesi.

Successivamente la politica italiana, introdusse delle modifiche e delle rielaborazioni ai “contratti” bilaterali tra Regioni e Governo in questione, partendo dal “Patto per la salute

¹⁷ Ministro della Salute, 2013. *Salute 2020*: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1819_allegato.pdf

2001-2003” e arrivando fino ai giorni nostri con quello più recente, ovvero “Patto per la salute 2014-2016”. Più nello specifico è possibile affermare che questi “accordi” hanno come obiettivo principale quello di individuare strategie, programmi, metodi per garantire un sistema sanitario adeguato ed efficiente, in grado di adattarsi ai cambiamenti, ai bisogni della domanda di salute e sempre in un’ottica di equità sanitaria. Per quanto riguarda il giudizio dei risultati degli interventi riferimenti ai primi quattro Patti, appare difficile concludere una valutazione precisa e accurata, in quanto sono emerse complesse e numerose componenti da valutare. Prendendo in considerazione, il Patto per la salute del 2010-2012, siglato dal Governo e dalle Regioni il 3 dicembre 2009, è intervenuto per ottimizzare le performance sanitarie attraverso un intervento di assicurazione pari a 104.614 milioni di euro nel 2010 e 106.934 milioni di euro per l’anno 2011, corrispondente a un incremento del 2,8% per l’anno 2012. Rispetto agli anni passati, in questa pianificazione è stato ampliato il settore di programmazione strategica, puntando sull’investimento di una maggior qualità dei servizi sanitari regionali, soprattutto per quanto riguarda l’area meridionale, così da mirare a un funzionamento sanitario ugualitario tra regioni. Sono quindi state implementate delle innovative attività funzionali molto specifiche, ovvero: a) riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; b) qualificazione dell’assistenza specialistica; c) assistenza farmaceutica; d) meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico privato; e) accordi sulla mobilità interregionale; f) governo del personale; g) assistenza territoriale e post acuta; h) potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili

A seguito della breve introduzione di questo Patto, è possibile prendere in considerazione l’aggiornamento e il miglioramento di tale politica, attraverso la siglatura del “Patto per la Salute 2014-2016”, avvenuta il 10 luglio 2014.

Tale politica viene così definita dal Ministro della Salute Beatrice Lorenzin, nella newsletter Saluteinforma+ dell’11 luglio 2014:

“Il nuovo Patto per la salute 2014 - 2016, mira ad un generale efficientamento del nostro Sistema Sanitario Nazionale, proprio nell’ottica dell’appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa”.

In questo periodo triennale, tale politica, introduce degli aspetti rivoluzionari, infatti, oltre a concentrarsi sul fronteggiamento di nuove sfide, come ad esempio: l’invecchiamento della popolazione, trovare farmaci efficienti ma costosi, o rendere la medicina personalizzata

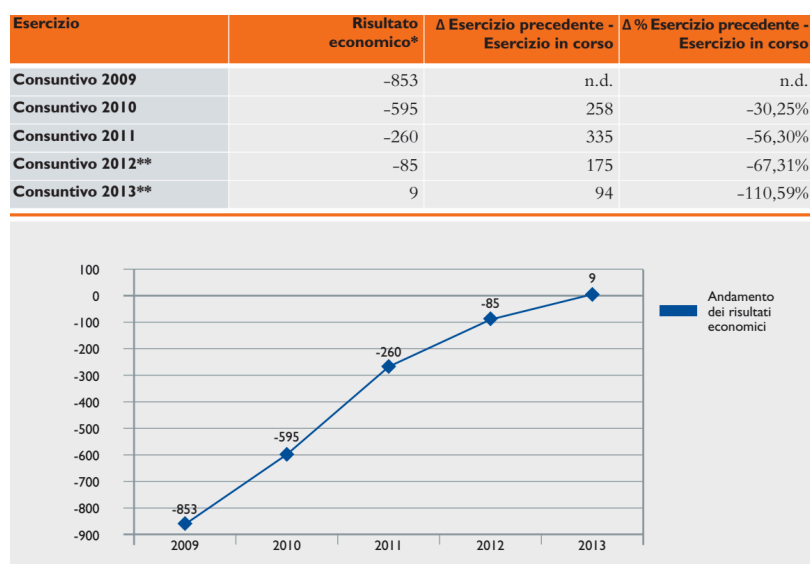
ottimale, il Patto tende a minimizzare gli sprechi e le inefficienze, con lo scopo di reinvestire tali risparmi in programmi attinenti alla sfera sanitaria, in particolare nell'ottica dell'ottimizzazione delle risorse.

Possiamo osservare infatti, che all'interno del SSN italiano è presente una alta percentuale di consumo riguardante la ripartizione della spesa sanitaria derivante dal Fondo sanitario nazionale, in particolare gli eccessi di tale sprechi sono distribuiti in modo disuguale in Italia, con diverse quote di consumo tra le Regioni del Nord e del Sud Italia.

Secondo un'analisi condotta dal Ministero della Salute (2011), la Regione della Campania, eroga (2009) circa 850 euro per abitante per l'assistenza residenziale, mentre 943 euro per il sostegno ospedaliero, contrariamente nel Veneto, vengono destinati rispettivamente 608 e 837 euro. Nel caso della Campania, spesso risultano esserci problemi per quanto riguarda le dotazioni strutturali e mediche per gli anziani, questo avviene principalmente a causa della mal ripartizione dei fondi sanitari, ad esempio, spendendo eccessivamente in prodotti farmaceutici (256 euro, a differenza dei 198 in Lombardia) o nell'eccessivo numero di ricoveri ospedalieri (229% in Campania, contro il 166% in Emilia Romagna) e per la rispettiva attribuzione di un costo elevato (5.677 euro contro 5.167 della Toscana).

Attraverso gli interventi precedentemente descritti, in particolare il Patto per la Salute 2010-2012, la Campania fu soggetta a un mirato Piano di rientro, il quale riuscì a far raggiungere alla Regione dei miglioramenti nelle performance sanitarie, ma soprattutto a un netto ridimensionamento del disavanzo, il quale nel 2009 era pari al 853 milioni di euro.

Figura 5: 2009-2013: Andamento dei risultati economici del Sistema sanitario regionale della Regione Campania



Valori in milioni di euro

* Risultato economico al lordo di costi capitalizzati e ammortamenti

** I risultati economici consuntivi 2012 e 2013 sono esposti al netto delle risorse aggiuntive per copertura Lea pari rispettivamente a:

- circa 233 milioni di euro per il 2012 (gettito fiscale dell'anno d'imposta 2013 a copertura del disavanzo 2012);

- circa 54 milioni di euro per il 2013 (gettito fiscale dell'anno d'imposta 2014 a copertura del disavanzo 2013).

Com'è possibile osservare nei dati riportati sopra, il Sistema Sanitario della Regione Campania ha avuto delle sorprendenti risposte positive alle politiche implementate, infatti, a distanza di quattro anni, si è passati da una perdita di 853 milioni a un utile pari a 9 milioni di euro. Una delle principali motivazioni che ha provocato questi benefici, risiede senz'altro nella capacità di individuare le spese inefficienti e non necessarie, con il fine di minimizzarle e risparmiare sul budget previsto. Possiamo infatti notare che, per quanto riguarda il costo del personale, si è rilevato un calo del 13,3% rispetto ai dati studiati nel 2009¹⁸ (tasso nazionale 2,8%, media Regioni con Piano di rientro pari al 7,7%).

Il ciclo dei Patti per la Salute, come notato in precedenza, servono a ottimizzare i programmi delle spese derivanti dall'Sistema Sanitario Nazionale e, anche se indirettamente, puntano a ridurre le notevoli differenze tra regioni. Per tale motivo, i Patti cercano di incentivare la gestione delle ragioni in ritardo di sviluppo, come nel caso della Campania, Sicilia o Calabria puntando ad un miglioramento delle performance almeno pari all'andamento delle regioni nordiche. Gli esiti di tali politiche, sono senz'altro utili per il potenziamento della sanità italiana, ma sicuramente, se le disuguaglianze cessassero di esistere o anche solo a seguito di una riduzione, potremmo ottenere ulteriori benefici e risparmi a livello di benessere generale. Infatti, è possibile osservare che in assenza di disuguaglianze, risulterebbe esserci una netta riduzione in termini di mortalità del 50% tra gli adulti maschi, mentre, per quanto riguarda i costi, possiamo osservare che la società conterebbe un risparmio di circa il 20% sui costi del sistema sanitario e del 15% sui costi totali del sistema di sicurezza.

La Conferenza Stato-Regioni, per tali ragioni, ha deciso di avviare il programma: "Piano nazionale della prevenzione 2014-2018", affidato al Ministero della Salute. Tale Piano strategico di durata quinquennale, ha come principale obiettivo il sostegno di azioni di sostenibilità sanitarie, in particolare attraverso iniziative in grado di accompagnare il cittadino in tutte le fasi della sua vita, adoperando metodi attivi e personalizzati indirizzati ai ceti più svantaggiati che spesso mostrano una scarsa adesione.

Gli approcci dello Stato italiano quindi, oltre a dedicarsi all'introduzione delle politiche mirate e dirette sulle condizioni sanitarie, devono destinare una considerevole attenzione anche alla sfera sociale, economica ed educativa, come suggerisce il programma Salute 2020 promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Principalmente si dovrebbe agire nei contesti lavorativi e di welfare, nei quali all'interno della popolazione risulta essere molto marcato l'elevato gap tra ricchi e poveri, portando ogni anno, a un crescente allontanamento dall'equità desiderata. Per tale motivo dovrebbero essere

¹⁸ Dati tratti dal Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato del Ministero dell'economia e delle finanze.

considerati dei programmi mirati per ridurre le disuguaglianze all'interno delle classi sociali e per incoraggiare un miglioramento in termini di salute. Ciò potrebbe avvenire, ad esempio attraverso l'introduzione del reddito minimo garantito, uno dei caposaldi del welfare europeo ma non ancora presente in Italia. Anche il settore dell'istruzione risulta essere molto sensibile alle disuguaglianze di salute, mostrando un'elevata correlazione positiva tra persone non istruite e "cattiva" salute. Lo Stato infatti dovrebbe intervenire in tale contesto per incentivare le persone a una maggiore educazione, attraverso ad esempio a corsi obbligatori di educazione sanitaria durante la scuola dell'obbligo, trattando ad esempio temi come: consumo di alcool o droghe, corretta alimentazione, educazione sessuale, come già avvenuto in Toscana con il programma: "Promozione di azioni per favorire tra i giovani stili di vita sani e consapevoli per il benessere ed il successo formativo nella scuola e nella comunità". Un altro possibile metodo per incoraggiare i giovani all'istruzione è l'abbassamento delle barriere all'entrata in termini economici e sociali delle università italiane, in quanto le tasse spesso risultare essere un significativo impedimento per la popolazione più svantaggiata, per tale motivo, infatti i laureati in Italia sono circa la metà rispetto a quelli in Germania o Francia.

III. LE DISUGUAGLIANZE DI SALUTE: PANORAMA INTERNAZIONALE

3.1 La salute nel mondo

Le disuguaglianze nell'ambito della salute sono presenti, oltre che in Italia, nella maggior parte dei Paesi del mondo, e si riscontrano sia tra diverse aree geografiche, sia internamente a ogni Paese. È possibile notare tali differenze prendendo in esame i tassi di mortalità, lo stile di vita e il rischio di malattie, spesso influenzati da condizioni di deprivazione, violenza e infezioni.

Una delle maggiori cause di queste disuguaglianze, secondo l'economista scozzese Angus Deaton, premio Nobel per l'economia nel 2015, è dovuta al fenomeno della globalizzazione e del progresso, seppur considerato da molti e dallo stesso Deaton come artefice dell'aumento del tenore e delle aspettative di vita e del decremento delle condizioni di povertà estrema.

Deaton, nel suo libro del 2013 *“La grande fuga, salute ricchezza e le origini della disuguaglianza”*, a seguito di uno dei suoi elaborati studi attinenti alle dinamiche delle disuguaglianze e alla correlazione tra salute e reddito, esprime così il suo pensiero:

“La disuguaglianza è spesso una conseguenza del progresso. Non tutti si arricchiscono nello stesso momento, né tutti riescono ad avere automaticamente accesso all'acqua potabile, ai vaccini, o ai farmaci per la prevenzione delle malattie cardiache. A loro volta le disuguaglianze incidono sullo sviluppo, sia in modo positivo, sia in modo negativo”.

In questi ultimi decenni, il fenomeno della globalizzazione, caratterizzato principalmente dall'apertura dei mercati, dalla riduzione o abolizione delle barriere tariffarie e dalla libera circolazione dei beni e servizi, ha portato a due importanti e opposte conseguenze. In primis è possibile osservare una rapida integrazione nel mercato mondiale delle economie emergenti (come Cina o India), che ha permesso di risollevare gran parte della popolazione mondiale dalla condizione di povertà estrema e incentivare la redistribuzione della ricchezza mondiale, determinando quindi un processo di “convergenza” economica e non solo. L'altra conseguenza fondamentale si basa invece sulla dilatazione delle disuguaglianze economiche all'interno dei Paesi, tale da provocare una “divergenza”, soprattutto in termini di salute, all'interno della popolazione. In particolare è possibile analizzare, in uno studio condotto da S. Chen e M. Ravallion¹⁹, come la riduzione della povertà, a seguito della globalizzazione, si sia manifestata in modo molto differente tra i diversi Paesi.

¹⁹ *Absolute Poverty Measures for the Developing World, 1981-2004.*

Figura 6:
Livello di popolazione mondiale che vive con meno di un dollaro Usa pro capite al giorno durante il periodo 1981 al 2004

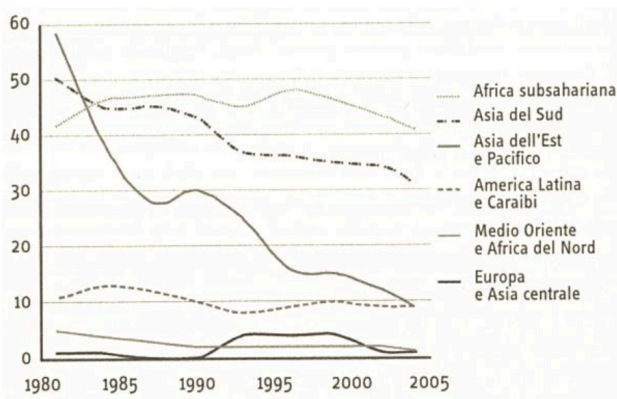
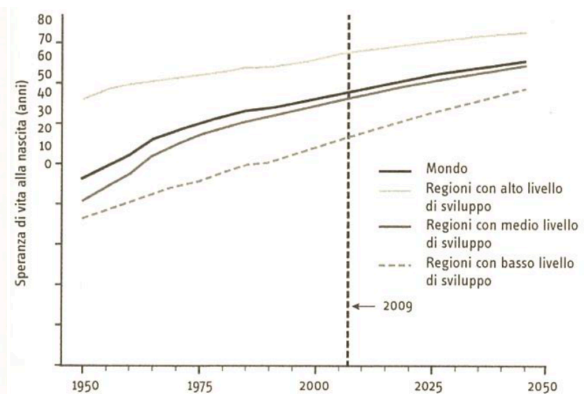


Figura 7:
Speranza di vita alla nascita: mondo e aree del mondo in relazione allo sviluppo



Prendendo in esame ad esempio l'Asia (continente soggetto al più alto livello di convergenza economica mondiale), è possibile notare nella figura in alto a destra, che centinaia di milioni di abitanti hanno registrato un notevole incremento del reddito e sono così usciti dalla situazione di povertà assoluta che li caratterizzava, passando dal 60% del 1980 al 10% del 2004 (caso dell'Asia dell'Est).

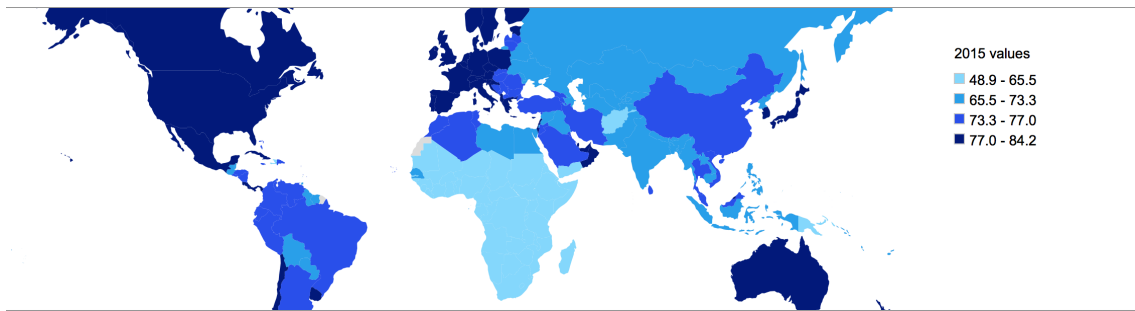
Il caso opposto viene rappresentato invece dall'Africa subsahariana, ovvero una regione che in passato è stata vittima del colonialismo, e che oggi presenta una struttura politica e organizzativa molto debole, la quale non le permette di sfruttare al meglio le materie prime a disposizione e il tutto è aggravato parzialmente dal fenomeno della globalizzazione. Per tali motivi, nell'Africa subsahariana, la percentuale di popolazione che vive con meno di un dollaro al giorno è rimasta stazionaria, ovvero pari circa al 45%.

Il processo di convergenza non ha riguardato solo la sfera economica, ma anche quella sanitaria. In particolare possiamo notare nel grafico in alto a sinistra, l'evoluzione del tasso di longevità e della speranza di vita alla nascita nel tempo. Possiamo quindi rilevare²⁰ che i Paesi con più basso livello di sviluppo (in gran parte appartenenti all'Africa subsahariana) hanno registrato un incremento di longevità di circa 8 anni, ovvero il doppio di quello dei Paesi ad alto livello di sviluppo. Ad esempio, secondo i dati del sito "*Human Development Reports*",²¹ è possibile notare che il Mozambico ha incrementato l'aspettativa di vita del 28,5%, passando dai 43 anni del 1990 ai 55 del 2015. Diversamente, la Norvegia presenta un incremento del 6,8%, passando da un'aspettativa di vita di 76 anni del 1990 agli 82 anni del 2015.

²⁰ United Nations, World Population Ageing, 2009,

²¹ Disponibile su Human Development Reports: <http://hdr.undp.org/en/countries/profiles>

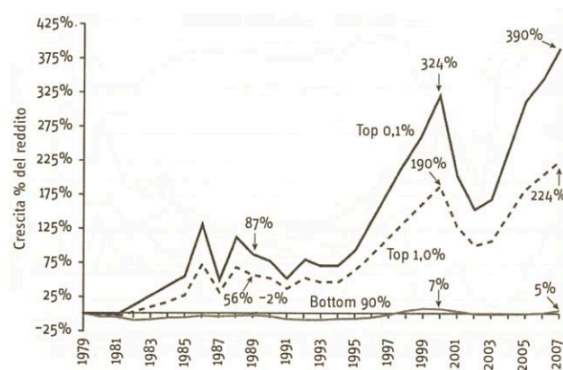
Figura 8: Aspettativa di vita nel 2015



In generale però questi dati possono risultare molto soggettivi, in quanto in alcuni Paesi si riscontrano avvenimenti storici o situazioni difficili e complicate in grado di influenzare altamente gli indicatori in termini di salute. Ad esempio i Paesi dell’Africa meridionale, colpiti dall’epidemia di AIDS, hanno registrato un netto decremento della speranza di vita alla nascita, come nel caso del Sudafrica, che da un tasso di longevità pari a 63 anni nel 1990 è passato a 58 anni nel 2015.

Il processo di divergenza invece si è maggiormente sviluppato tra i Paesi industrializzati dell’Occidente, a causa di una maggior competizione globale a seguito dell’apertura dei mercati, che ha favorito le fasce più alte della popolazione e svantaggiato quelle più basse.

Figura 9: Usa: variazioni della crescita del reddito tra diverse classi sociali (1979 – 2007)²²



In particolare, dallo studio condotto da J.Bivens e L. Mishel²³, è possibile notare nel grafico sopra riportato, come il reddito dell’1% della popolazione americana più ricca sia cresciuto, dal 1979 al 2007, del 224%, con addirittura un incremento del reddito pari al 390% nel caso dello 0,1% più ricco della popolazione. Per il resto della popolazione si è registrata invece una situazione di stagnazione intorno al 5%.

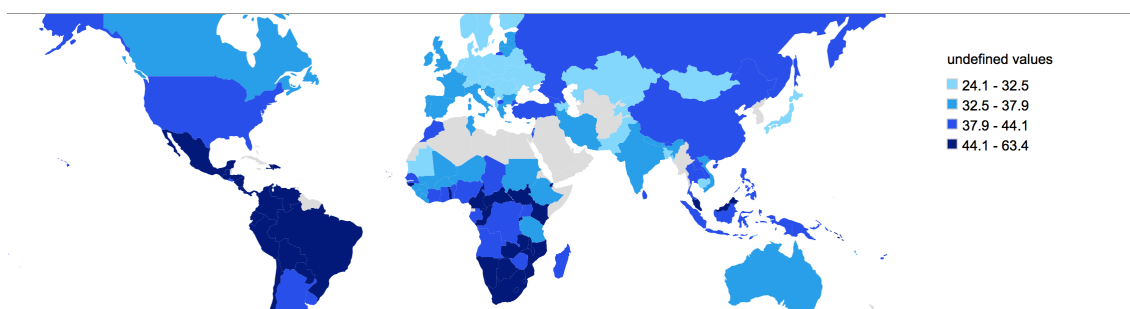
Inoltre, studiando nello specifico il tasso d’inequità percepita a livello mondiale, grazie all’analisi fornita dal sito “Human Development Reports”, possiamo notare che l’America

²² Fonte: J. Bivens, L. Mishel, *Occupy Wall Streeters Are Right about Skewed Economic Rewards in the United States*, October 26th, 2011.

²³ *Occupy Wall Streeters Are Right about Skewed Economic Rewards in the United States*, 2011.

rientra nella fascia medio-alta d'iniquità in termini di reddito. In particolare, l'analisi viene svolta attraverso il coefficiente Gini, il quale risulta uguale a 0 quando è presente perfetta equità e pari a 100 se vi è disuguaglianza assoluta. Nello specifico caso dell'America, nel 2016 il tasso di distribuzione del reddito, misurato con il coefficiente Gini, risulta essere pari al 41,1 (il tasso più alto rilevato, pari al 63,4, appartiene al Sudafrica).

Figura 10: Disuguaglianza del reddito nel 2016 – indice Gini



Questo problema è stato oggetto di numerose analisi negli ultimi anni da parte di studiosi da tutto il mondo, tra i quali il premio Nobel per l'economia nel 2001, Joseph Stiglitz. L'economista americano sostiene infatti così questa tesi, nel suo libro *“The price of inequality”*, 2013:

“[...] Il 99% è la stragrande maggioranza della popolazione che soffre le conseguenze della crisi con la diminuzione del reddito, spesso con la perdita del posto di lavoro, dell'assicurazione sanitaria e anche della casa – e il restante 1% che vive in un'altra realtà, aumentando la propria ricchezza e il proprio benessere”²⁴.

Dal punto di vista sanitario invece, l'economista Stiglitz commenta così il problema delle disuguaglianze in termini di salute in America:

“Le disuguaglianze più preoccupanti sono soprattutto nel campo della salute: in America non esiste il servizio sanitario pubblico. Chi era povero ha meno aspettative di vita di un ricco”²⁵.

Oltre a quello degli studiosi Deaton e Stiglitz, un notevole contributo in tema di disuguaglianze economiche e sociali viene elaborato dall'economista e filosofo indiano Amarty Sen, vincitore del premio Nobel per l'economia nel 1998; egli pone molta attenzione alla disuguaglianza in termini di opportunità e qualità della vita, preoccupandosi soprattutto di analizzare il livello d'istruzione e di salute.

²⁴ J. E. Stiglitz, (2013). *Il prezzo della disuguaglianza*. Einaudi

²⁵ J. E. Stiglitz, 2015. *The Great Divide: Unequal Societies and What We Can Do about Them*.

In particolare, in tema di disuguaglianze di salute, Sen esprime così il suo pensiero:

*“La salute è uno degli aspetti prioritari della vita umana, ma è grande la disuguaglianza nell’accesso alle cure. Se si garantisce l’assistenza sanitaria universale, si migliora la qualità della forza lavoro e dunque tutta l’economia ne avrà benefici”*²⁶.

Da tale affermazione, è possibile intuire che l’economista, nelle sue teorie, considera il fattore umano fondamentale e centrale per l’economia di ogni Paese, elaborando quindi un nuovo concetto di sviluppo che si discosta da quello della crescita. Secondo Sen, infatti, lo sviluppo economico non deriva più da un incremento del reddito, ma in primo luogo dal miglioramento della qualità della vita, caratterizzato dall’uguaglianza di accesso alle cure sanitarie, dall’aumento dell’educazione e quindi da maggiori opportunità per tutta la popolazione. Lo scopo principale, per l’economista indiano, sta nell’agire sull’equità e quindi nella riduzione della disuguaglianza di salute, senza entrare per forza in conflitto con il sistema economico liberale. Sen porta un esempio molto significativo, ovvero “il caso Kerala”, Stato dell’India meridionale, il quale ha riportato una notevole evoluzione del benessere economico, passando da una condizione di estrema povertà, nello scorso secolo, fino a raggiungere i vertici di ricchezza di tutta l’India. Questa brillante scalata al benessere, che ha portato anche a un notevole incremento di produttività generale e quindi reddituale, è stata possibile grazie alle politiche adoperate per il raggiungimento dell’obiettivo, in linea con quello perseguito da Sen, di rendere universale l’accesso alla sanità e all’istruzione, così da diminuire le disuguaglianze. Citando Amartya Sen: *“per la salute non è tanto importante ciò che possiedi, ma cosa puoi fare con ciò che possiedi”*.

Da questa affermazione, possiamo quindi concludere considerando un’analisi elaborata dell’epidemiologo inglese Michael Marmot, nel suo libro del 2016 *“La salute disuguale”*, riguardante le condizioni di salute di diversi Paesi, in questo caso degli Stati Uniti e Cuba, tenendo in considerazione il loro differente livello di reddito nazionale. Marmot, infatti, presta particolare attenzione alla situazione odierna di Cuba, ovvero uno Stato soggetto a un passato legato all’economia comunista dell’Unione Sovietica, il quale, nonostante risulti uno dei Paesi più poveri, registra una sorprendente condizione di salute. L’aspettativa di vita degli abitanti di Cuba infatti, negli ultimi 60 anni, mostra un notevole e incredibile miglioramento, passando da un’aspettativa di vita inferiore di 10 anni rispetto a quella degli Stati Uniti nel 1955, al raggiungimento della stessa aspettativa, pari a 79 anni. Questo risultato, simile anche

²⁶ S. Camisasca, 2017. *Il Nobel Amartya Sen: sull’accesso alle cure le disuguaglianze più grandi*. Disponibile su: [Avvenire.it: https://www.avvenire.it/economia/pagine/cura-personalizzata-un-traguardo](https://www.avvenire.it/economia/pagine/cura-personalizzata-un-traguardo)

in Costa Rica e in Cile, è stato possibile grazie a degli investimenti mirati in istruzione e sanità, tali da incoraggiare una rapida crescita del livello di educazione e dell'assistenza medica, interventi in linea con le teorie e supposizioni elaborate da Amartya Sen.

In sintesi, le disuguaglianze esistono sia in termini economici che sociali in tutto il mondo e per tale motivo è compito dello Stato capire l'importanza che potrebbe avere un intervento mirato a minimizzare tale condizioni, dedicando una maggior attenzione al ruolo dell'istruzione e della sanità, come suggerito da numerosi studiosi internazionali.

3.2 L'intervento sulla sanità di Organizzazioni e Cooperazioni internazionali

Il tema della tutela e incentivazione della sanità non è una questione che si pongono soli i singoli Stati: negli anni si sono sviluppate vere e proprie Organizzazioni e Cooperazioni dedicate alla salvaguardia e sostegno dei livelli di benessere sanitario dei vari Paesi, nel panorama mondiale.

Ripercorrendo l'evoluzione nel passato del tema della tutela sanitaria, è possibile individuare un evento fondamentale con l'introduzione della *“Dichiarazione universale dei diritti umani”* delle Nazioni Unite (Parigi, 10 dicembre 1948), in cui l'art.25 mette in primo piano il tema del diritto alla salute:

“Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia”.

3.2.1 Organizzazione Mondiale della Sanità

Lo stesso anno venne istituita una delle più importanti organizzazioni internazionali, ovvero l'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), in inglese *World Health Organization* (WHO), fondata nel 1948 con sede a Ginevra, la quale si presenta come agenzia speciale delle Nazioni Unite (ONU) per la salute. L'obiettivo principale di tale organizzazione è lo sviluppo del più alto livello sanitario per ogni Paese, riferito non solo all'assistenza sanitaria, ma più concretamente anche al livello effettivo di benessere fisico, mentale e sociale della popolazione. L'OMS offre quindi un contributo essenziale, incoraggiando la cooperazione internazionale in tema sanitario, focalizzandosi sulla lotta ai virus infettivi e sulla gestione

delle emergenze di salute mondiale, introducendo spesso raccomandazioni, atti internazionali o convenzioni.

Più tardi, l'evento più importante che caratterizzò gli anni Settanta fu senz'altro la *“Dichiarazione di Alma Ata, sull'assistenza sanitaria primaria”* (settembre 1978), ovvero una conferenza coordinata dall'OMS, alla quale parteciparono 134 Paesi e 67 organizzazioni internazionali. In particolare questa dichiarazione si sviluppa in dieci punti orientati a seguire la strategia per il sostegno e per l'implementazione dei servizi sanitari, con il fine di riuscire a ottenere un maggior livello di salute per tutti. Da qui il motto: *“Salute per tutti entro il 2000”*.

Tra le regolamentazioni introdotte dall'OMS, una delle più importanti è *“International Health Regulations”* del 1969, aggiornata l'ultima volta nel 2007, ovvero un insieme di norme e procedure riguardanti la gestione della salute mondiale destinate agli specifici Stati, i quali dovranno prestare molta attenzione nel rispetto di tali regole al fine di monitorare le possibili malattie infettive e prevenire la diffusione di epidemie, preservando quindi l'equilibrio sanitario globale. Inoltre, recentemente l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato il Rapporto annuale Statistiche sulla Salute Mondiale 2017, il quale espone il panorama della salute mondiale in modo aggiornato e attendibile, analizzando e monitorando gli indicatori di salute in linea con gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile (OSS), ovvero 17 obiettivi introdotti e promossi dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) in riferimento al periodo 2015-2030 e concordati da 193 Paesi. Nello specifico, la sub direttrice generale dell'OMS, Marie-Paule Kieny, pone particolare attenzione alla procedura del riconoscimento della causa di morte: *“Se i Paesi non fossero a conoscenza delle malattie e della causa di morte della popolazione, sarebbe molto più difficile sapere dove agire”*.

È possibile osservare quindi, a seguito d'interventi e regolamentazioni implementate, un notevole miglioramento per quanto riguarda il riconoscimento delle cause di morte; infatti, se nel 2005 solo un terzo dei decessi (pari circa a 56 milioni di morti) veniva registrato con tale modalità, nel 2015 si è abbassato notevolmente, arrivando a 27 milioni di casi. In particolare Paesi come Cina, Iran e Turchia hanno riportato un notevole incremento nella raccolta di tali informazioni a seguito dei decessi, passando dal 5% del 1999 al 90% 2015.

Un altro intervento fondamentale da citare è senz'altro il nuovo modello di politica per la salute dedicato alle Regioni Europee dell'OMS, ovvero *“Salute 2020”*, approvato da 53 Paesi nel 2012. Tale politica risulta essere fondamentale per il *“miglioramento della salute per tutti e la riduzione delle disuguaglianze, attraverso una migliore leadership e governance per la salute”*²⁷. Margaret Chan, ex direttrice generale dell'OMS, sottolinea come il programma

“Salute 2020” sia molto utile per ogni membro della comunità, ai fini di aiutare a prendere una decisione, basandosi su dati e informazioni aggiornate e attraverso modalità efficaci e innovative, per incoraggiare una crescente partecipazione pubblica e per ottimizzare le condizioni di salute trovando la soluzione più adatta ed economica. In particolare, uno degli obiettivi più importanti è quello attinente alla lotta alle disuguaglianze di salute, problema molto sensibile nella maggior parte dei Paesi.

L’OMS, per tale motivo, pone molta attenzione a questo tema, individuando una possibile soluzione attraverso gli investimenti congiunti tra diversi settori. In particolare gli ambiti maggiormente considerati sono i seguenti: educazione, lavoro, pari opportunità, protezione e coesione sociale. Inoltre, per rendere più efficace ogni tipo d’intervento, risulta necessario individuare le complesse cause che generano le disuguaglianze in tutte le fasi della vita, così da adottare corretti programmi e abbattere le barriere sociali.

3.2.2 Le Organizzazioni Non Governative

Non sono solo le grandi organizzazioni mondiali a porsi la questione delle disuguaglianze di salute e delle relative problematiche, ma anche le Organizzazioni Non Governative a livello mondiale. La più grande Fondazione privata di tutto il mondo, famosa per la sua politica di trasparenza, è la “*Bill & Melanie Fondation*”, fondata nel gennaio del 2000 attraverso la fusione tra la *Gates Learning Foundation* e la *William H. Gates Foundation*.

Oggi è guidata da William H. Gates e Patty Stonesifer (ex delegata Usa all’ONU), i quali nel 2016 hanno destinato 4.561 miliardi di dollari a progetti e attività sostenute dalla Fondazione, in generale volte alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie e della povertà estrema e al miglioramento delle condizioni di vita in Asia, Africa o Sud America. I progetti si sviluppano in diverse aree d’intervento ovvero: sviluppo globale, sanità globale, politiche e appoggio globale e infine interventi diretti derivanti da programmi degli Stati Uniti. In particolare nell’area dedicata alla sanità globale, con un investimento pari a 1.197²⁸ miliardi di dollari, la Gates Fondation si focalizza sulla riduzione delle malattie infettive come l’AIDS (215.460.000\$) e la malaria (203.490.000\$), attraverso ad esempio l’importazione di vaccini (397.980.000\$) nei Paesi in via di sviluppo, tutto questo con un alto livello d’incidenza nella riduzione dei decessi causati da tali malattie. Un altro importante e fondamentale intervento viene dedicato all’istruzione, il cui obiettivo è quello di incentivare l’incremento delle

²⁷ WHO Regional Office for Europe: “*Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*”, 2013

²⁸ Annual Report: <https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/Resources-and-Media/Annual-Reports/Annual-Report-2016>, 2016

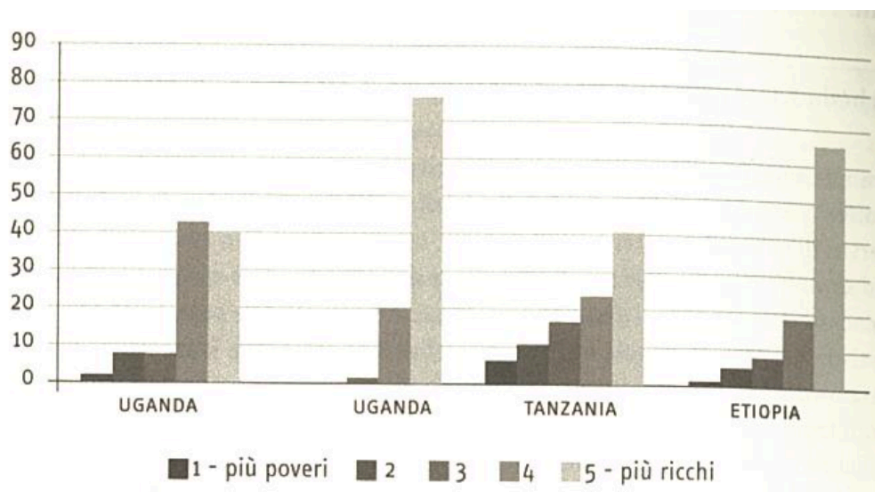
“scarse” informazioni di oltre un miliardo di persone nel mondo entro il 2030, con la costruzione di numerose biblioteche e attraverso il supporto della tecnologia.

Tali obiettivi e problematiche sono condivise da molte Organizzazioni No Profit: in tutto il mondo e in particolare in Italia si riscontra questo tipo di interesse nei confronti dei Paesi poveri o in via di sviluppo. È possibile individuare ad esempio, nel territorio padovano, la prima Ong in campo sanitario per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni africana, ovvero *Medici con l’Africa Cuamm*. Tale organizzazione ha come scopo principale l’incentivazione all’accesso ai servizi sanitari, soprattutto per quanto riguarda la popolazione più povera, attraverso progetti a lungo termine affiancati da investimenti in ricerca e divulgazione scientifica in un’ottica di riduzione delle disuguaglianze e promozione allo sviluppo. In particolare *Medici con l’Africa Cuamm*, secondo i dati dell’Annual Report del 2016, ha utilizzato un fondo d’intervento pari a 23.275.897 euro, dedicato in particolare a progetti riguardanti sette Paesi: Sud Sudan, Sierra Leone, Etiopia, Tanzania, Uganda, Angola e Mozambico, totalizzando 19 ospedali, 45 distretti, 3 scuole per infermiere e ostetriche, 1 università e 1628 risorse umane.

Personalmente, grazie al mio stage curriculare, ho avuto modo di entrare in contatto con l’area amministrativa di tale organizzazione e con altri dipendenti impiegati in diverse mansioni, apprendendo in modo specifico i meccanismi di coordinamento, interni ed esterni all’organizzazione. In particolare sono stata inserita come supporto al Desk Uganda ed Etiopia, e ho seguito progetti specifici relativi rispettivamente agli ospedali di *Matany* e *WolissoSt.Luke*. Inoltre ho avuto la possibilità di capire il rafforzamento del sistema sanitario attinente a queste regioni nello specifico e di rendermi conto della grande disuguaglianza che caratterizza queste aree, le quali crescono a un ritmo lento e faticoso. Nel 2012, entrambe le regioni sono state introdotte in uno dei più importanti programmi avviati dal Cuamm, ovvero: “*Prima le mamme e i bambini*”, il quale si focalizza in 4 ospedali e nei rispettivi distretti di riferimento di 4 Paesi dell’Africa subsahariana (Uganda, Angola, Etiopia, Tanzania), interessando un bacino di circa 1.300.000 abitanti. L’obiettivo principale del progetto è di ridurre la mortalità materna, fetale e neonatale, garantendo l’assistenza al parto sicuro e alle emergenze ostetriche e neonatali, cercando di ridurre il tasso di mortalità materna in seguito a complicazioni e ad eliminare la disuguaglianza che colpisce la popolazione bisognosa. Inoltre un tema caro al progetto è quello di garantire l’equità nell’accesso all’assistenza sanitaria, una questione molto sentita dalla popolazione, in quanto le strutture sanitarie spesso vengono utilizzate dalle classi sociali più avvantaggiate, come succede in molti Paesi del mondo. Nel caso dell’Etiopia, come è possibile notare negli istogrammi riportati nel grafico sottostante, su cento utenti dell’ospedale di Wolisso, sessantasei appartenevano al quintile più ricco e solo

due al quintile più povero, mentre nel caso ancora più eclatante dell'Uganda quasi ottanta pazienti su cento appartengono alla fascia reddituale più alta, mentre solo due a quella più bassa.

Figura 11: Disuguaglianze nell'accesso e profilo socioeconomico delle donne che hanno partorito nel 2012 nei Centri di salute del distretto di Oyam (Uganda), nell'ospedale di Aber (Uganda), di Tosamaganga (Tanzania) e Wolisso (Etiopia)²⁹



Il risultato complessivo successivamente ai 5 anni dall'avvio del programma, si è rivelato proficuo, aumentando la percentuale di parti assistiti del 27% negli ospedali e dell'80% nelle strutture sanitarie periferiche. In particolare la proporzione tra parti attesi nei distretti e parti effettivamente avvenuti nelle strutture sanitarie ha registrato un notevole incremento: in Etiopia si è passati dal 20% al 56,4% e in Uganda da 142,2% al 66.9%.

²⁹ Medici per l'Africa – Cuamm, documento a circolazione interna

Conclusioni:

In conclusione, dopo aver analizzato la complessa e attuale questione della disuguaglianza di salute, trattata nei capitoli precedenti, si può affermare che il problema è serio, di rilevanza mondiale e che influenza l'economia e lo stile di vita di molte persone. Come si è visto, molti studiosi si sono concentrati su questo tema, analizzando l'aspetto reddituale in relazione alla sanità.

Uno dei più importanti contributi in tal senso è quello offerto dall'economista francese Thomas Piketty, il quale, con il suo libro *"Il capitale nel XXI secolo"*, ha fatto sorgere un dibattito politico ed economico a riguardo. La sua tesi, in particolare, riguarda il ruolo dell'accumulazione di capitale e della distribuzione del reddito: egli ritiene che tale situazione è in grado di provocare un vortice di disuguaglianza autoalimentata, che andrà a favorire i più ricchi a svantaggio dei più poveri, provocando un gap sempre più elevato tra queste due categorie e un impoverimento del capitale umano, con l'esclusione di alcuni dal diritto di accesso all'istruzione e ai servizi.

Secondo Piketty, dal momento che la disuguaglianza è deleteria per la crescita, la quale non viene stimolata ma rallentata, è necessario intervenire attraverso politiche statali, come la tassa patrimoniale progressiva, il cui scopo è quello di "invertire la rotta", incentivando la coesione sociale. Il suggerimento di investire nell'istruzione è del resto un refrain che compare nelle opere di molti studiosi delle disuguaglianze.

"L'unica soluzione è investire nel capitale umano. È valido per tutti, Paesi industrializzati o in via di sviluppo", questo è quello che sostiene Eric Maskin, premio Nobel per l'economia nel 2007, il quale vede il rimedio alle disuguaglianze nell'implementazione dell'educazione e dei servizi pubblici per i cittadini. Questa teoria, come abbiamo già visto, è condivisa da M. Marmot, il quale sostiene da sempre che l'antidoto alla riduzione delle disuguaglianze risiede nel garantire a tutti un livello d'istruzione adeguato fin dalla scuola dell'infanzia. Alla stessa conclusione giungono anche gli illustri economisti Joseph Stiglitz e Amartya Sen. Marmot in particolare, nel suo libro *"La salute disuguale"*, porta l'esempio della correlazione tra fumatori e istruzione. Possiamo notare, infatti, come negli Stati Uniti si considera positivo il fatto che si è raggiunto l'obiettivo di far scendere al 15% la percentuale di fumatori in media tra gli adulti, mentre tra le persone in possesso del solo diploma di scuola superiore, il tasso di fumatori resta superiore del 40%³⁰. Sono soprattutto le popolazioni rurali a studiare di meno e a fumare di più e non a caso

³⁰ Dati: *Center for Disease Control and Prevention*, Atlanta

l'incidenza di tumori al polmone tra i residenti in queste zone è superiore del 18-20% a quella di chi vive in città.

La stessa BCE, nell'ultimo Bollettino del 3 agosto 2017³¹, sottolinea l'importanza di prestare "particolare cura" nell'indirizzare maggiori risorse verso la spesa per la sanità e l'istruzione, perché tale spesa porta effetti positivi di lungo periodo sulla crescita, diminuendo allo stesso tempo la spesa meno produttiva. In conclusione, è necessario "ascoltare" i dati e le successive considerazioni degli studiosi, e mettere in pratica i loro suggerimenti che si concentrano tutti sulla necessità di investire in istruzione per combattere le disuguaglianze.

Oggi dobbiamo essere in grado, come afferma Marc Augé, di realizzare la sola utopia valida e le cui fondamenta andrebbero urgentemente costruite o solidificate:

“l'utopia dell'educazione per tutti: l'unica via possibile per frenare una società mondiale ineguale³²”.

³¹ Bollettino BCE n. 5. 3 agosto 2017;

³² M. Augé, 2017. *Un altro mondo è possibile*. Codice

Bibliografia:

- ALFONDO, A., e ALEGRE, E., 2011. Economic growth and budgetary components: a Pamela assessment for the European Union. *Empirical Economics*
- ARROW, K.J., 1963. Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*.
- AUGUÈ, M., 2012. *Futuro*. Bollati Boringhieri.
- BANCA CENTRALE EUROPEA, 2016. *Rapporto Annuale BCE 2016*.
- CARRA, L., 2016. *Le diseguaglianze di salute e le ricadute comunicative verso i cittadini*. Milano: Zadig.
- CATTANEO, A., 2017. Le disuguaglianze nella spesa sanitaria. *Salute e Sviluppo*.
- COSTA G., CISLAGNI, C., e CARANCI, N., 2009. Le disuguaglianze sociali di salute. Problemi di definizione e di misura. *Salute e Società*.
- COSTA, G., et al., 2014. *L'equità nella salute in Italia, secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Milano: Franco Angeli.
- DEATON, A., 2013. *La grande fuga, salute, ricchezza e le origini della disuguaglianza*. Il Mulino.
- FONDAZIONE FARMAFACTORING, 2015. *Crisi economica, diseguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari ed effetti sulla salute delle persone in Italia*. Milano.
- GENOVA, A., 2008. *Le disuguaglianze nella salute, politiche di governance in Italia e in Europa*. Carocci.
- GROSSMAN, M., 1972. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*.
- INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION, 2017. *Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the of Universal Health Coverage*.
- ISTAT, 2012. *La salute e il ricorso ai servizi sanitari attraverso la crisi, Anno 2012*.
- MACIOCCO, G., e SANTOMAURO, F., 2017. *La salute globale*. Roma: Carocci Faber.
- MARMOT, M., 2016. *La salute disuguale, la sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Pensiero Scientifico Editore.
- MEDICI CON L'AFRICA-CUAMM, 2016. *Annual Report*. Padova.

- MINISTERO DELLA SALUTE, 2012. *Rapporto sanità 2012*, Roma
- NOLAN, B., SALVERDA, W., e SMEEDING, T. M., 2012. *The Oxford Handbook of Economic Inequality*, Oxford University Press.
- NOVI, C. *Misurare la Disuguaglianza in Economia Sanitaria: l'Indice di Concentrazione*. Università degli Studi di Pavia.
- OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, 2006. *A caro prezzo, le disuguaglianze della salute*. Firenze: Edizione ETS.
- OSSERVATORIO ITALIANO SULLA SALUTE GLOBALE, 2008. *Salute globale e aiuti allo sviluppo Diritti, ideologie, inganni*. Pisa: Edizioni ETS
- PANEBIANCO, F., 2012. In *Misurare il Benessere, gli indicatori alternativi al PIL*. Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- PIKETTY, T., 2014. *Il capitale nel XXI secolo*. Bompiani.
- RAPPORTO OSSERVASALUTE, 2013. *Un'approfondita analisi dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza sanitaria nelle Regioni italiane*.
- REIDPATH, D.D., ALLOTEY, P., 2007. *Measuring global health inequity*. International Journal for Equity in Health.
- SACHS, J., 2005. *La fine della povertà. Come i paesi ricchi potrebbero eliminare definitivamente la miseria del pianeta*. Milano: Mondadori.
- SEN, A., 2017. *Salute e sanità universali: un obiettivo davvero irraggiungibile?* Bologna: Mast
- STIGLIZ, J.E., 2013. *Il prezzo della disuguaglianza*. Einaudi
- UNITED NATIONS, 2010. *The Millennium Development Goals Report 2010*, New York–United Nations Department of economic and Social Affairs
- WAGSTAFF, A., 2000. *Bulletin of the World Health Organization*. Socioeconomic inequalities in child mortality: comparisons across nine developing countries.
- WHO REGION OFFICE FOR EUROPE, 2013. *Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well-being*.

Sitografia:

- CLEMENTI, L., 2011. *Quando l'equità migliora la vita*. Disponibile su lavoce.info: <http://www.lavoce.info/archives/26721/quando-lequita-migliora-la-vita/>
- BARSANTI, S., 2009. *OMS: le disuguaglianze uccidono su larga scala*. Disponibile su Saluteinternazionale.info: <http://www.saluteinternazionale.info/2009/01/oms-le-disuguaglianze-uccidono-su-larga-scala-il-report-finale-della-commissione-sui-determinanti-sociali-di-salute/>
- BILL & MELINDA GATES FONDATION, 2016. *Annual Report*. Disponibile su Gatesfoundation.org: <https://www.gatesfoundation.org/Who-We-Are/Resources-and-Media/Annual-Reports/Annual-Report-2016>
- BRUNI, L., 2009. *Economia della felicità*. Disponibile su Treccani : http://www.treccani.it/enciclopedia/economia-e-felicita_%28XXI-Secolo%29/
- FESTA, A., 2015. *Disuguaglianza fa rima con declino*. Disponibile su lavoce.info: <http://www.lavoce.info/archives/33951/disuguaglianza-fa-rima-con-declino/>
- GENERAL ASSEMBLY, 2000. *United Nations Millennium Declaration and The Millennium Development Goals*. Disponibile su United Nations: www.un.org/millenniumgoals
- GUERRA, R., 2013. *La (cattiva) salute degli Americani*. Disponibile su Saluteinternazionale.info: <http://www.saluteinternazionale.info/2013/01/la-cattiva-salute-degli-americani/>
- LASTRUCCI, V., 2015. *Prodotto interno lordo: critiche e alternative per la misura del reale benessere delle nazioni*. Disponibile su Centro Salute Globale: <http://www.centrosaluteglobale.eu/site/il-prodotto-interno-lordo-critiche-e-alternative-per-la-misura-del-reale-benessere-delle-nazioni/>
- UNITED NATIONS, Goal 3: *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Disponibile su United Nations: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>