

Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SARS-COV-2?

Equity in the delivery and the financing of healthcare in Italy: what a development in times of SARS-COV2?

Guido Citoni*, Domenico De Matteis**, Margherita Giannoni***

*Dipartimento di Medicina Molecolare Università La Sapienza

** Scuola di Economia Università La Sapienza

*** Dipartimento di Economia Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: equità in salute e assistenza sanitaria, Italia, SARS-CoV-2, finanziamento sanitario

RIASSUNTO

Introduzione: il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è caratterizzato da crescenti disuguaglianze socioeconomiche di salute. Queste si sono tradotte negli anni sempre più spesso in vere e proprie violazioni del principio di equità che caratterizza il SSN, ovvero il concetto per cui il sistema sanitario pubblico, secondo il dettato Costituzionale (art.3) garantisca accesso alle cure ai cittadini in base ai fabbisogni di cure e indipendentemente dalla capacità degli stessi di contribuire al pagamento degli stessi. **Obiettivi:** discutere da una prospettiva economico-sanitaria, le evidenze riguardo all'equità in base al reddito nell'uso dei servizi sanitari (orizzontale) e nel finanziamento degli stessi (verticale) del SSN, analizzando le sfide poste dalla Pandemia SARS-COV-2.

Metodi: le principali evidenze per l'Italia tratte dalla letteratura economica sulla misurazione dell'equità, intesa sia come equità orizzontale che verticale vengono discusse alla luce del recente andamento della spesa sanitaria, sia prima che durante la Pandemia SARS-COV-2.

Risultati: in Italia prima dell'insorgere della pandemia sussistevano problemi di equità sia nell'uso dei servizi (orizzontale) che nel finanziamento (verticale). Le disuguaglianze socioeconomiche preesistenti tra individui stanno aumentando, come conseguenza della crisi economica innestata dalla Pandemia. Da un lato la spesa sanitaria pubblica è stata aumentata per il contrasto delle conseguenze della Pandemia e, dopo anni di politiche di contenimento dei costi, si è osservata una generale presa di consapevolezza da parte del decisore pubblico dell'importanza dell'investimento pubblico in sanità. Il finanziamento, d'altra parte, non sembra avere alterato la propria composizione e al momento non sono state introdotte fonti aggiuntive specifiche.

Conclusioni: la crisi economica innestata dalla Pandemia rischia di aumentare le disuguaglianze

Autore per corrispondenza: margherita.giannoni@unipg.it

socioeconomiche e per questa via di ridurre l'equità del sistema sanitario pubblico. A fronte degli incrementi di spesa sanitaria pubblica stanziati per l'emergenza, restano invariati i divari strutturali interregionali che sono importanti fonti di disuguaglianze ed iniquità. L'allocazione delle ulteriori risorse pubbliche destinate al SSN deve prevedere una valutazione non solo in termini di efficienza ed appropriatezza ma anche di equità.

Keywords: equity in health and healthcare, Italy, Sars-Cov-2, healthcare financing

SUMMARY

Introduction: the Italian National Health Service (SSN-Servizio Sanitario Nazionale) is characterized by growing socioeconomic inequalities in health care use and financing. Over the years, these have increasingly translated into real violations of the equity principle that characterizes the SSN, based on the idea that the public health system, according to the Constitutional dictation (art.3) should guarantee equal access to care for citizens based on healthcare needs and regardless of their ability to pay.

Objectives: to discuss from a health economics perspective, the main evidence available for Italy on income-related equity in the use (horizontal) and in the financing (vertical) of healthcare services; to describe the main challenges posed by the SARS-COV-2 pandemic.

Methods: the main evidence for Italy from the economic literature on the measurement of both horizontal and vertical equity is discussed and recent trends in healthcare expenditure are reported before and during the SARS-COV-2 Pandemic.

Results: in Italy before the outbreak of the pandemic there were equity problems both in the use of services (horizontal) and in financing (vertical). Pre-existing socio-economic inequalities between individuals are increasing, as a consequence of the economic crisis triggered by the Pandemic. On the one hand, public health expenditure has been increased to counteract the consequences of the Pandemic and, after years of cost containment policies, there has been a general awareness by the public decision-maker of the importance of public investment in health. The financing, on the other hand, does not seem to have altered its composition and at the moment no specific additional sources have been introduced.

Conclusions: the economic crisis triggered by the Pandemic is likely to increase socio-economic inequalities and to reduce the equity of the public health system. Despite remarkable increases in public health expenditure for the emergency, the interregional structural gaps remain, which are important sources of inequality and inequity. There is the need of setting criteria for the allocation of the additional public funding allocation, which should be based on equity and not only on efficiency and appropriateness.

1. Introduzione*

Il presente lavoro riporta alcune evidenze riguardo alle misurazioni dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con l'obiettivo di analizzare le principali sfide poste dalla Pandemia SARS-COV-2 in una prospettiva economico-sanitaria. In questa disamina verranno analizzati due aspetti dell'equità, ovvero l'equità nell'uso dei servizi e l'equità nel finanziamento degli

* La stesura del lavoro è il frutto del lavoro congiunto dei coautori. In particolare, GC ha curato la parte su equità verticale (par. 4), DD ha curato la rassegna bibliografica, l'introduzione (par. 1) e la rassegna sulla parte empirica sull'equità verticale, MG la parte sull'equità orizzontale e la spesa sanitaria (par. 2 e 3). Le conclusioni sono comuni.

stessi¹, che costituiscono una dimensione essenziale della performance del SSN e i cui elevati livelli hanno fatto sì che all'inizio di questo millennio il sistema sanitario italiano venisse valutato dall'OMS come secondo solo alla Francia nel mondo. La teoria economica valuta l'equità di un sistema sanitario facendo ricorso a due concetti fondamentali. Il primo è l'equità orizzontale, che implica che singoli cittadini che hanno le stesse esigenze sanitarie, dovrebbero ricevere la stessa quantità e qualità di cure indipendentemente dal loro status socioeconomico e dalla loro capacità e possibilità di pagare tali servizi (1). Il secondo è l'equità verticale, che prevede un trattamento diverso per gli individui che hanno caratteristiche differenti, che tipicamente viene utilizzata per valutare il finanziamento dei servizi sanitari, laddove il concetto implica in pratica che individui che presentano redditi diversi dovrebbero essere chiamati a contribuire in misura diversa al finanziamento del SSN (2).

Ci si vuole interrogare sullo stato dell'arte prima della pandemia, capire se negli ultimi venti anni l'equità del SSN abbia retto davanti alle sfide poste dalle continue politiche di contenimento dei costi, dettate dai crescenti vincoli di bilancio pubblico imposti a livello macroeconomico (da ultimo dalla recessione globale del 2008), dal crescente decentramento regionale conseguente l'attuazione del federalismo fiscale con la riforma del titolo V della Costituzione nel 2001. Oltre a questo si cercherà di capire come la pandemia e la sua gestione potrebbero impattare sull'equità del sistema. La pandemia SARS-COV-2 ha avuto infatti un devastante effetto "orizzontale" in Italia sia sulla salute della popolazione che sull'economia. Ha preso alcuni cittadini, per lo più anziani e nelle regioni del nord, e ne ha lasciati altri, ha avuto un impatto economico profondamente dissimile tra settori economici (ha affossato turismo e auto e favorito assicurazioni), tra aziende di differenti dimensioni (le più colpite sembrano essere state le micro e piccole imprese), tra territori (nord vs. sud). La Pandemia ha avuto anche una ricaduta "verticale" cioè su individui, aziende, regioni, differenti per reddito e ricchezza. La stessa ha messo in difficoltà i sistemi sanitari di tutto il mondo, Italia inclusa. Qui, in particolare rispetto ad altri paesi, si sono verificate forti differenze tra i sistemi sanitari regionali nella gestione della pandemia, basti pensare al caso di Lombardia e Veneto che pur avendo conosciuto il virus nelle stesse ore, hanno sistemi diversi e hanno usato diverse modalità di gestione dei servizi sanitari, con una conseguentemente diversa evoluzione del contagio (3). Le politiche attuate per contrastare l'impatto negativo della Pandemia sulla salute e sull'economia si sono susseguite a ritmo crescente in Italia a partire da Marzo 2020, prevedendo anche notevoli aumenti di spesa pubblica in sanità (4). Appare quindi utile accennare all'evoluzione della spesa sanitaria pubblica prima e durante la pandemia, cercando di valutare come gli aumenti di spesa pubblica registrati a seguito degli interventi si pongano rispetto alla situazione pre-Pandemia.

¹ Il tema delle disuguaglianze socioeconomiche e dell'equità nello stato di salute della popolazione non verrà trattato in questo contributo poiché una sua disamina richiederebbe un contributo specifico, che sarà possibile produrre in seguito poiché la pandemia è ancora in atto e le evidenze e i dati disponibili al momento sono limitati.

Ci si chiede se il rifinanziamento di un SSN da tempo sotto-finanziato, come da più parti evidenziato, possa contribuire a salvaguardare anche l'equità del sistema.

Alla luce di queste considerazioni, il lavoro si articola come segue. La prima parte del lavoro riporta evidenze sull'equità orizzontale e analizza l'andamento della spesa sanitaria pubblica sia prima che durante la Pandemia. La parte successiva riporta evidenze sull'equità verticale e considerazioni sulla possibile evoluzione in tempi di Pandemia e successivamente. L'ultima parte conclude.

2. Equità orizzontale e pandemia SARS-COV-2

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato negli ultimi trent'anni caratterizzato da crescenti e persistenti disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria. I determinanti socioeconomici delle disuguaglianze nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari sono diversi. La letteratura sia epidemiologica che economica indica tra i principali il reddito ed il livello di istruzione di un individuo (5). Queste disuguaglianze si sono tradotte negli ultimi venti anni sempre più spesso in vere e proprie violazioni di quel principio di equità orizzontale che ha caratterizzato il SSN sin dalla sua fondazione, ovvero il concetto per cui il sistema sanitario pubblico, secondo il dettato Costituzionale (art.3) debba garantire l'accesso alle cure ai cittadini in base ai fabbisogni di cure e indipendentemente dalla capacità degli stessi di contribuire al pagamento degli stessi. Il caso italiano presenta la peculiarità per cui l'appartenenza geografica (regione di residenza) risulta essere una fonte di disuguaglianze molto rilevante sia nella salute (6), che nell'uso dei servizi.

L'equità orizzontale nell'uso dei servizi sanitari viene misurata nella teoria economica con indicatori che confrontano la concentrazione dei redditi nella popolazione considerata con la distribuzione, sempre in base al reddito, delle cure analizzate (1-2). Gli indicatori stimati per l'Italia indicano problemi per le visite specialistiche e diagnostiche, ma una sostanziale equità nell'uso dei servizi di ricovero e di medicina di base (7-9). Trattando di disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi si può fare riferimento all'indicatore Eurostat che misura in media i bisogni insoddisfatti di cure mediche. Anche se in Italia in media solo il 2% della popolazione li registra, principalmente a causa di costi e tempi di attesa, il valore è quasi il 5% per la classe di reddito (quintile) più bassa, mentre scende all'1% per gli individui che appartengono al quintile più alto; inoltre i valori nelle regioni meridionali più povere sono quasi il doppio rispetto alle regioni più ricche del Nord (10). La letteratura economica segnala tradizionalmente che l'equità orizzontale è difficile da definire e misurare. Le limitazioni principali dei, peraltro scarsi, tentativi di misurarla in maniera sistematica nei sistemi sanitari, sono basate sia su considerazioni teoriche (cosa misurare, quale equità, con quali metodi/indicatori) che sulla difficoltà empirica di misurare indicatori affidabili che siano basati congiuntamente sui dati di reddito,

condizioni socioeconomiche degli individui, salute e uso dei servizi, con i dati relativi ai flussi finanziari amministrativi sul ricorso ai servizi (1-2).

Secondo l'OCSE la pandemia ha innescato la più profonda crisi economica dai tempi della Grande Depressione del 1929 (11). La stessa pandemia sta colpendo maggiormente individui delle classi sociali più svantaggiate: negli Usa dati recenti mostrano che le disparità economiche e sociali sono aumentate anche in relazione ai livelli di istruzione ed allo status razziale / etnico, di immigrazione (12). Pesanti le ripercussioni registrate sul mercato del lavoro. Secondo l'OCSE, nel periodo marzo-maggio 2020 le richieste di sussidio di disoccupazione sono aumentate del 40% mentre le offerte di lavoro online sono diminuite del 30%; tali effetti inoltre hanno inciso maggiormente sulle classi di occupazione più fragili, quali donne, lavoratori autonomi, temporanei, o con bassi salari ed i giovani (11). Parallelamente, l'OCSE ha riportato un aumento delle disuguaglianze sociali: la probabilità di smettere di lavorare risulta doppia per i lavoratori a basso reddito, che hanno una probabilità di poter lavorare da casa del 50% più bassa, rispetto a quelli ad alto reddito. Si prevede come minimo un aumento della disoccupazione a livelli simili a quelli della grande recessione del 2008, pari ad oltre l'11%, +2% rispetto a quello di fine 2019 con un milione e mezzo di disoccupati in più rispetto all'anno passato. Il dato potrebbe ulteriormente aumentare in caso di ripresa della pandemia in autunno (11).

Un altro problema è legato all'accesso all'assistenza sanitaria di classi fragili di popolazione, quali ad esempio i cittadini immigrati, che mostra ancora una volta la variabilità tra le regioni (13) e appare critico durante la pandemia in tutta Europa(14). Anche gli anziani sono stati pesantemente colpiti dalla pandemia in generale, particolarmente se cronici (4). Le cure per le malattie croniche sono state ritardate durante il lockdown con le conseguenti difficoltà di accesso dovute a liste di attesa allungate (3). Secondo una indagine recente, il 55% dei malati cronici ha difficoltà ad accedere alle visite per effetto della pandemia e il 65% ha dichiarato di aver avuto tempi di attesa più lunghi². Sembra quindi cruciale monitorare la situazione di tutti i gruppi fragili di popolazione durante la pandemia poiché questa potrebbe aggravare ulteriori disparità esistenti.

3. La spesa sanitaria pubblica prima e durante la Pandemia

Una caratteristica principale del sistema sanitario italiano nel tempo è stata la sua capacità di migliorare la salute della popolazione ad un costo relativamente basso (10).

Nel 2019 la spesa sanitaria pro capite in Italia appariva circa il 14% più bassa rispetto alla media OECD (3.649 USD contro 4.224 USD) (Figura 1). Nello stesso periodo la percentuale sul PIL della spesa sanitaria totale (escluse le spese di investimento nel settore sanitario) è stata dell'8,8%, quando ha raggiunto, dopo anni, la media OECD, comunque risultando

² Cfr. <https://www.ilsole24ore.com/art/effetto-coronavirus-55percento-malati-cronici-ha-difficolta-ad-accedere-visite-ADvTcvT>, ultimo accesso in data 17/7/2020.

inferiore ai livelli di paesi europei come Francia (11,2%) e Germania (11,7%), Portogallo (9,6%), seppure vicina alla Spagna (9%), e superiore alla Grecia (7,8%) (figura 1). Il valore si era mantenuto costantemente inferiore alla media OECD, principalmente a causa della lenta crescita del PIL dopo l'inizio della recessione globale nel 2008 (15). Questa percentuale non è aumentata dal 2003, principalmente a causa della lenta crescita del PIL dopo l'inizio della recessione globale nel 2008; il 74% della spesa sanitaria è finanziata con fondi pubblici; il resto è costituito principalmente dalla spesa privata delle famiglie (detta Out-of-Pocket - OOP) (23%). Una serie di misure di contenimento dei costi sono state introdotte dopo l'ultima recessione globale nel 2008 al fine di ridurre la spesa pubblica, con il risultato di spostare l'onere dal settore pubblico alle famiglie, stabilendo vincoli di bilancio più stringenti per la spesa pubblica, ad esempio aumentando il ticket sui farmaci, sui servizi specialisti e diagnostici (16-18). A questo si sono aggiunti il ricorso ancorché parziale al finanziamento a costi-standard e l'imposizione alle regioni in deficit di pesanti misure di rientro (19)³.

In Italia la spesa privata OOP è notevolmente superiore rispetto ad altri paesi del Nord Europa come Francia (9%), Germania (13%) e Regno Unito (16%), sebbene al di sotto di alcuni altri paesi dell'Europa meridionale come la Grecia (35%) e il Portogallo (28%) (figura 1).

In pratica, dopo la recessione del 2008, l'onere delle cure è stato spostato in misura crescente sulla spesa privata delle famiglie (19-20).

Nel 2018, dopo quarant'anni dalla sua fondazione, il SSN risultava sostanzialmente sotto-finanziato, con carenze di organico e strutturali divari Nord-Sud nell'offerta (17-19). Poco prima dello scoppio della pandemia, il governo aveva iniziato ad aumentare i finanziamenti al SSN con la legge di bilancio per il 2019⁴. Dopo lo scoppio della crisi sanitaria ed economica, il governo ha approvato un'ulteriore serie di misure volte a distribuire risorse a molti settori, compresa l'assistenza sanitaria⁵. Le misure economiche sono state mirate a sostenere sia i lavoratori che le imprese nonché la domanda (3-4). Le principali misure hanno riguardato i trasferimenti pubblici, il lavoro, e prestiti, agevolazioni fiscali e crediti d'imposta finalizzati ad aumentare la liquidità delle imprese (21). Il concorso dello Stato alla spesa sanitaria è stato aumentato di 7 miliardi di euro per il 2020 arrivando a 84,6 miliardi⁶, con ulteriori aumenti previsti per i successivi anni (0,60 per il 2021 e 1,609 per il 2022) (22). Le previsioni di spesa per la Competitività e

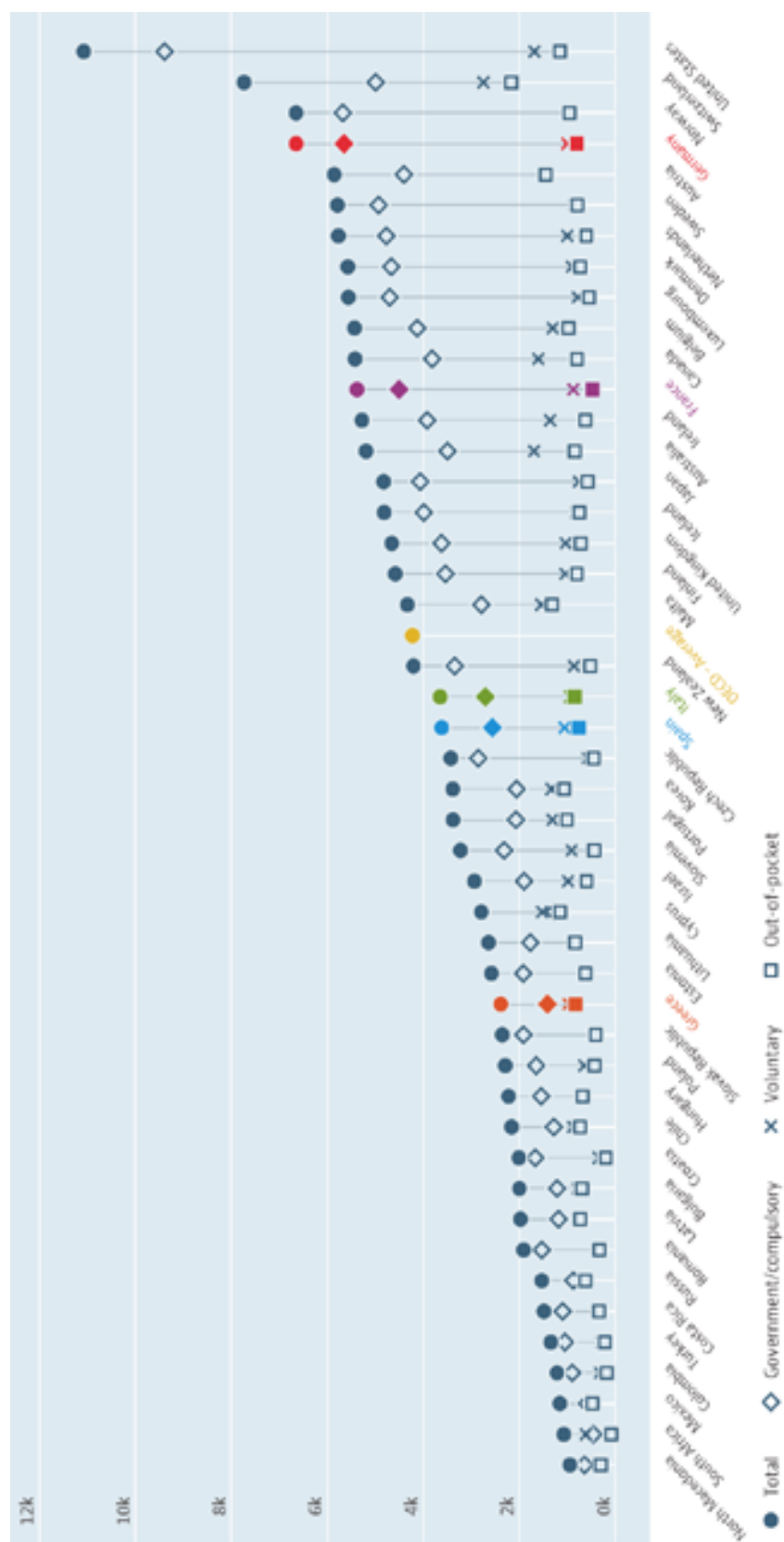
³ Sull'evoluzione della spesa sanitaria negli ultimi venti anni e il conseguente dibattito cfr. Gerotto, 2020 (17).

⁴ Lo stanziamento per il 2019 è stato pari a 114.474 milioni di euro, con un aumento previsto di 2.000 milioni per il 2020 e un ulteriore aumento di 1.500 per il 2021. Cfr. Ragioneria Generale dello Stato (20), UPB (2020) [22]. Legge n. 145/2018.

⁵ Sul dettaglio delle misure e stanziamenti previsti cfr. UPB (2020) (22).

⁶ Dati Ragioneria Generale dello Stato (<https://openbdap.mef.gov.it/it/BdS/Scopri>, dati pubblicati 8 luglio 2020)

(a) dollari USA correnti



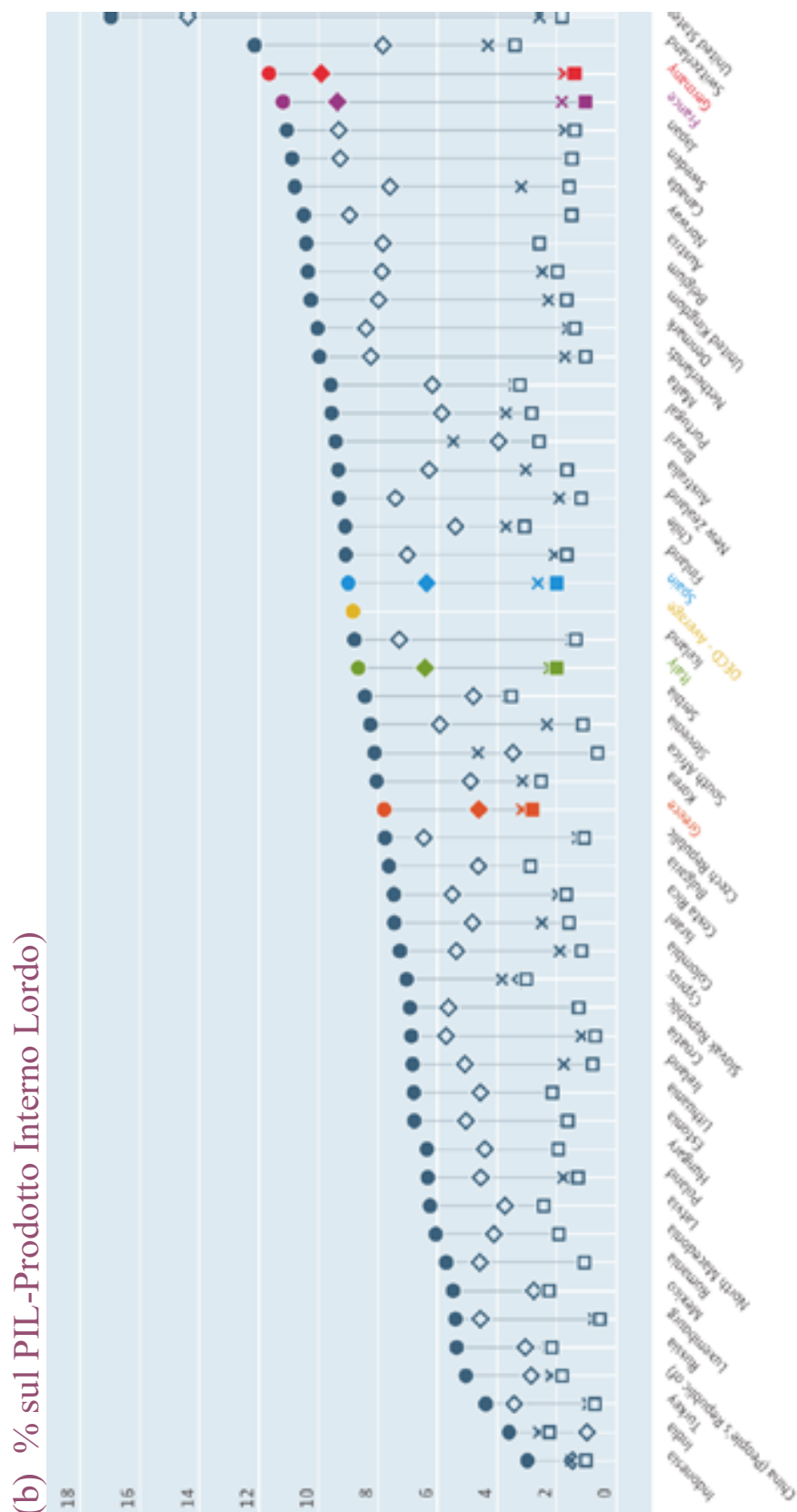


Figura 1 - Spesa Sanitaria nei paesi OCSE e componenti (pubblica, privata: assicurazioni volontarie e privata OOP) 2019 o ultimo anno disponibile

Fonte: OECD (2020), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 19 July 2020)(15)

sviluppo delle imprese nel 2020 sono passate da 22,6 a 127,8 miliardi di euro⁷. L'aumento degli stanziamenti è seguito anche a una accresciuta consapevolezza dell'importanza dell'investimento nel SSN da parte sia dell'opinione pubblica che del decisore politico. Se quindi, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, la spesa sanitaria pubblica fino alla pandemia è stata sempre condizionata nel nostro paese dal vincolo macroeconomico imposto dai meccanismi europei di stabilità ai conti pubblici, la pandemia ha ribaltato la situazione: nuove risorse per dare ossigeno alla sanità pubblica. Tuttavia, molte questioni restano aperte.

Agevolazioni fiscali, come ad es. quelle previste per l'IRAP - Imposta Regionale sulle Attività Produttive, avranno probabilmente un impatto negativo sull'assistenza sanitaria. Dato che l'IRAP, come si vedrà meglio più avanti, rappresenta una delle principali fonti di finanziamento dell'assistenza sanitaria regionale, si prevede una riorganizzazione del finanziamento dell'assistenza sanitaria a breve termine (22). Inoltre, una delle principali e persistenti problematiche del sistema sanitario è che la spesa sanitaria pubblica mostra variazioni significative tra le regioni, riflettendo lo storico svantaggio socio-economico delle regioni del Sud. A partire dagli anni '90, le politiche del governo italiano per la razionalizzazione e il contenimento della crescita della spesa sanitaria unite al crescente decentramento dell'amministrazione e della fornitura di assistenza sanitaria, hanno portato a crescenti disuguaglianze interregionali e alla creazione di ventuno sistemi sanitari regionali (23-24). C'è un dibattito sul ruolo delle riforme del decentramento fiscale che hanno devoluto le responsabilità finanziarie alle regioni. Alcune evidenze mostrano una riduzione delle spese per determinati servizi forniti ai cittadini e che non siano aumentate le disparità nella salute della popolazione (25). Tuttavia, la pandemia ha messo in evidenza le differenti modalità di gestione del servizio sanitario nelle varie regioni italiane e questo ha innescato un dibattito sull'efficacia del decentramento regionale nella gestione della pandemia (3). Uno dei vantaggi del federalismo sta nella responsabilizzazione delle autorità locali che comporta una maggiore attenzione verso i bisogni dei cittadini. In assenza all'inizio della pandemia di un piano nazionale di immediata efficacia, l'autonomia ha probabilmente consentito ad alcune regioni di poter adeguare la risposta più rapidamente e in alcuni casi con maggiore tempestività ed efficacia nella gestione della pandemia. Mancano tuttavia evidenze aggiornate che appaiono ora quanto mai necessarie per informare il suddetto dibattito e verificare quanto le diverse politiche regionali di gestione pandemica si siano tradotte in disuguaglianze ed iniquità tra cittadini di diverse regioni e, per questa via, in un deterioramento dell'equità del SSN. Inoltre, le risorse vanno priorizzate anche quando, come nel caso degli interventi straordinari previsti per la pandemia, aumentano ed occorrono criteri che non perpetuino o, peggio, aumentino le esistenti iniquità. L'Ufficio parlamentare di bilancio considera

⁷ Ibidem

fondamentale che il settore pubblico sia in grado di stanziare i finanziamenti aggiuntivi fissando le priorità in termini di rapporto costo-efficacia e appropriatezza, al fine di far fronte alle crescenti pressioni dei fornitori di servizi, in particolare dal settore privato (2). Questo appare ancora più rilevante se si dovesse ricorrere anche alle risorse stanziate a livello europeo per aumentare la spesa sanitaria. Come noto, il Consiglio dei governatori del MES (Meccanismo Europeo di Stabilità) e i ministri delle finanze dei 19 paesi dell'area dell'euro il 15 maggio 2020 hanno concordato di rendere disponibile il sostegno alla crisi pandemica agli Stati membri. Pur se una disamina del tema esula dallo scopo del lavoro, in estrema sintesi un paese con un supporto per crisi pandemiche può richiedere di attingere alla linea di credito precauzionale. Il requisito per accedere alla linea di credito prevista è che gli Stati membri dell'area dell'euro che richiedono assistenza si impegnino a utilizzarla per sostenere il finanziamento interno dell'assistenza sanitaria diretta e indiretta, e i costi relativi alla cura e alla prevenzione dovuti alla pandemia⁸. Nonostante l'obiettivo dichiarato sia ridurre al minimo i costi del supporto per crisi pandemiche erogando il finanziamento a costi inferiori rispetto ai prezzi delineati per le consuete linee di credito precauzionali del MES, il dibattito sull'opportunità o meno di fare ricorso alle risorse del MES è acceso, trattandosi comunque di un ulteriore indebitamento (26).

4. Equità verticale e pandemia SARS-CoV-2

L'equità verticale ha a che fare col differente trattamento dei diseguali, e, in campo sanitario, viene declinata sostanzialmente in questo modo: chi più ha più deve contribuire al finanziamento del SSN.

Il concetto base è la "progressività" che abitualmente può essere misurata in termini grafici (curve del Gini e di concentrazione dei pagamenti per la sanità), che però può dar luogo a difficoltà di interpretazione quando le curve misurate si intersecano, o in termini sintetici, mediante indicatori di cui il più usato nello studio della equità (progressività) nel finanziamento è l'indice di Kakwani, che può assumere valori compresi tra -2 e +1 e che rappresenta, per valori negativi regressività della fonte di finanziamento e per numeri positivi progressività (27).

Nello studio della progressività nel finanziamento di un sistema sanitario, bisogna tenere conto di tutte le fonti che contribuiscono a pagare i servizi sanitari. Alcune di esse sono obbligatorie, quali quelle fiscali e contributive, altre volontarie, come le polizze assicurative private e le spese effettuate di tasca propria.

⁸ Il MES può erogare denaro nell'ambito della linea di credito per un periodo di dodici mesi, che può essere prorogato due volte per sei mesi. I prestiti avrebbero una durata media massima di 10 anni. Il paese dovrà pagare, oltre al costo del finanziamento MES, un margine di 10 punti base (0,1%) ogni anno, una commissione di servizio una tantum di 25 punti base (0,25%) e un servizio annuale commissione di 0,5 punti base (0,005%). Questo è inferiore ai prezzi delineati per le consuete linee di credito precauzionali del MES e contribuirà a ridurre al minimo i costi del supporto per crisi pandemiche (cfr. <https://www.esm.europa.eu/content/europe-response-corona-crisis>, last access 15/7/2020).

La metodica attualmente usata per la misurazione dell'"equità verticale" nel finanziamento della sanità, ovvero per individuare se questo finanziamento è "giusto" perché chiede ai ricchi di contribuire di più dei poveri al finanziamento stesso, è basata sulla stima della "progressività dell'intero sistema di finanziamento", misurando la specifica progressività di ogni fonte di finanziamento e poi "pesandola" con la quota percentuale di risorse che quel tipo di finanziamento rappresenta sul totale del finanziamento della sanità italiana. In pratica, si calcolano indici di Kakwani per ogni fonte e poi li si pesa con il mix di finanziamento aggregato della sanità.

Tale metodica, sebbene rigorosa e complessa da misurare, presta il fianco a tre tipi di critiche. La prima riguarda i problemi di misurazione. In assenza di dati amministrativi disponibili, sono necessarie indagini campionarie, per individuare chi paga e cosa paga. In uno studio, da sottoporre per la pubblicazione (28), abbiamo provato a sormontarli mediante il cosiddetto "merge" di due basi dati differenti, quella sui consumi delle famiglie, che ci permette di misurare sia il finanziamento delle spese "private" che quello effettuato tramite l'IVA pagata per gli acquisti, e quella sui redditi e pagamenti fiscali (SILC) per il finanziamento di alcune voci della sanità pubblica. Al termine del nostro esercizio di misurazione, perveniamo alla non piacevole conclusione che il finanziamento della sanità in Italia, nel secondo decennio del 2000, è globalmente "regressivo", cioè danneggia i più poveri. Non era così prima dell'introduzione del federalismo (29).

La seconda è che il dato che ne risulta, ovvero un valore unico che ci dice se il sistema è progressivo e regressivo, può non essere sufficientemente informativo. Uno dei maggiori rischi è che avvengano delle "compensazioni" a livello aggregato, ovvero che fenomeni di progressività e regressività si elidano parzialmente, impedendoci di visualizzare dove e perché sarebbe necessario intervenire per migliorare il sistema. Disponiamo, è vero, della progressività o regressività della singola fonte di finanziamento, così da poter dire: quella fonte è troppo regressiva, dobbiamo intervenire. Ma ci è occultata una importante fenomenologia, frutto dell'evoluzione progressiva del nostro sistema sanitario verso un federalismo sempre meno solidaristico: le differenze regionali. Se, infatti, in una regione vi fosse una regressività troppo elevata, dovremmo intervenire - una volta compreso se tale andamento dipende dalle singole fonti o dal mix di finanziamento regionale - in quella regione e non sull'intero sistema italiano. D'altra parte, i meccanismi redistributivi tra regioni, che tuttora persistono nel sistema federalista, sono in grado di attenuare tali picchi di regressività, oppure li aggravano? Nello studio citato, spezziamo una lancia a favore dell'attuale sistema, che, lungi dall'essere ideale, trascurando molteplici fattori di "bisogno" nel calcolo delle allocazioni di fondi alle regioni, tuttavia attenua la regressività del sistema di finanziamento italiano.

La terza problematica è di tipo "interpretativo", ovvero ci chiede di riflettere sul significato di progressività e regressività, se applicato a specifiche fonti di finanziamento, come le spese di tasca propria. Nel caso di finanziamento obbligatorio tramite imposte, infatti, il finanziamento non è mai direttamente collegato ai benefici che si traggono dalla sanità:

siamo cioè chiamati a pagare in modo indipendente da quanto utilizziamo. In questo caso, parlare di progressività ha un senso, perché il pagamento non è legato all'uso. Tale distinzione non vale più nelle spese di tasca propria, in cui si paga quello che si usa: maggiori pagamenti per i più ricchi (progressività) significano anche maggior utilizzo da parte dei ricchi. Ha un senso parlare di progressività come "equità", in questo caso? La letteratura internazionale, pur avendo notato il problema, ne ha tuttavia trascurato la risoluzione, preferendo ignorarlo a causa degli, spesso insormontabili, problemi di misurazione. Quali potrebbero essere idonei concetti di equità, in questo caso? Dovremmo misurare il "sussidio sul prezzo" o l'"integrazione di reddito" da concedere ai più poveri: il primo metodo imporrebbe che, a parità di bisogno, i poveri paghino meno lo stesso servizio privato ricevuto di quanto non facciano i ricchi, mentre il secondo dovrebbe misurare, considerando prezzi uguali dei servizi privati per tutti e che i più poveri fronteggiano maggiori bisogni di cure, l'integrazione di reddito necessaria per far fronte a tali maggiori bisogni senza pesare sulle spalle dei più svantaggiati. Ma tutto ciò è difficile da misurare.

Una volta affrontate le principali critiche che si possono avanzare contro gli studi empirici che si occupano di quantificare la progressività del finanziamento, possiamo passare ad indicare i principali risultati che emergono dal nostro studio (28). In Italia, il finanziamento della sanità è affidato sostanzialmente a 5 grandi fonti: IVA, IRAP e Addizionale regionale IRPEF costituiscono le fonti di finanziamento pubblico mentre assicurazioni private e spese di tasca propria finanziano le spese private.

La tabella 1 riporta la composizione del mix di finanziamento nel 2015.

	IRAP	Addizionale regionale IRPEF	IVA	Di tasca propria	Assicurazioni private
ITALIA	14.80%	6.30%	52.30%	24.00%	2.60%
Fonte: Corte dei Conti [30].					

Tabella 1- Fonti di finanziamento del sistema sanitario italiano (anno 2015)

Come si nota nella tabella 2, ogni specifica fonte ha la sua progressività.

	IRAP	Addizionale regionale IRPEF	IVA	Di tasca propria	Assicurazioni private
ITALIA	0,077	0,035	-0,153	-0,137	0,017
Fonte: Citoni, De Matteis, Giannoni [28].					

Tabella 2- Progressività delle fonti di finanziamento del sistema sanitario italiano (2015)

Uno studio recente condotto da chi scrive su dati relativi all'anno 2015 ha evidenziato come, poiché il grosso del finanziamento viene dall'IVA, la sua regressività impronta tutto il sistema, portando ad un valore aggregato dell'indice di equità per l'Italia pari a -0,099, che indica una lieve regressività, mentre è stato stimato che la sola componente pubblica avesse nel 2015 una regressività pari a -0,090 (28). Tale regressività è però molto differenziata tra regioni: le regioni del Sud, qualora dovessero affrontare tutto l'onere del finanziamento con risorse proprie (ex-ante), dovrebbero danneggiare i propri cittadini poveri in misura maggiore di quello che farebbero le regioni ricche del Nord (28). Ciò è dovuto principalmente al fatto che l'IVA è molto più regressiva nelle regioni del Sud. Lo stesso studio indica come, dato che parte delle risorse per finanziare la sanità pubblica vengono da imposte (IVA) raccolte nel Nord, tale regressività, grazie a quella minore delle risorse riscosse al Nord, si riduca, portando la situazione ex-post, cioè dopo la redistribuzione tra regioni, ad un valore di -0,024 (28).

Questo è dunque il valore della solidarietà tra regioni, spesso non enfatizzato quando si accusano le regioni del meridione di sperperare i soldi che vengono loro assegnati (inefficienza gestionale che è comunque presente): i poveri soffrono meno di prima. Un qualsiasi allentamento della solidarietà rischia dunque di danneggiare le frange più povere della popolazione. Non è solo, o tanto un problema geografico, ma uno di "equità verticale". In questo scenario sono valutabili sia le principali opzioni di politica sanitaria oggi in discussione, sia le possibili conseguenze, ancora non misurabili, della pandemia. Che il passaggio al federalismo avrebbe comportato conseguenze orizzontali non trascurabili, cioè un relativo peggioramento della situazione nella fruizione dei servizi per le regioni meridionali, era stato evidenziato in precedenza (31). Infatti, il finanziamento globale da assegnare al SSN, e quindi i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) da garantire, sarebbe stato basato su un cambio di elettore di riferimento per i politici, e cioè dall'elettore mediano nazionale a quello delle regioni più ricche del Nord, cui veniva assegnato il compito di redistribuire risorse alle regioni del Sud, e quindi anche quello di decidere il mix di finanziamento pubblico/privato. In quel lavoro si erano anche evidenziate conseguenze per differenti fasce di età e per differenti redditi individuali.

Il problema che oggi ci interessa è però differente, e non deriva dall'ammontare del finanziamento, ma dalle fonti e modalità di riscossione. Quando da un SSN finanziato con fiscalità nazionale, in cui un peso rilevante è quello dell'IRPEF progressiva, si passa ad un finanziamento, sempre più basato su un'imposta indiretta come l'IVA, la regressività è plausibile. Inoltre, le fonti di finanziamento progressive della sanità pubblica italiana (Addizionale regionale IRPEF e IRAP), vuoi per crisi economiche ripetute dal 2008, vuoi per un attacco delle forze imprenditoriali alla legittimità e gravosità della fonte che su di loro grava (IRAP), si sono progressivamente ridotte e se ne ventila, persino, l'abolizione. C'è da dire che un passaggio da imposizione diretta ad indiretta è evidente un po' in tutto

il mondo e c'è da chiedersi quanto questa ventata sia correlata al progressivo deteriorarsi della distribuzione dei redditi e dei patrimoni evidenziata da Piketty (32).

Inoltre, l'esistenza di una "questione meridionale" è aggravata dal passaggio ad un finanziamento prevalentemente basato sull'IVA. In regioni povere, la quota consumata sul reddito è maggiore di quanto non sia in regioni ricche, per l'elevata presenza di trasferimenti pubblici ed altre forme di sussidio. Appare, quindi evidente che, sebbene l'IVA mantenga una differenziazione di aliquote che dovrebbe avvantaggiare i beni di prima necessità, consumati prevalentemente dai poveri meridionali, e quindi essere "progressiva" rispetto ai "consumi". Tuttavia tale tassazione diviene, per l'elevato rapporto tra consumi e redditi delle regioni meridionali, maggiormente regressiva in queste regioni rispetto al reddito percepito. È quindi cruciale, per alleviare la portata regressiva del finanziamento, la redistribuzione tra regioni: una possibile progressiva diminuzione del suo ammontare sarebbe deleteria per le regioni meridionali.

In quest'ottica si può inserire la discussione corrente sull'importanza ed utilità sociale del terzo pilastro, costituito dalla sanità integrativa. Tralasciamo, per ora, tutti gli aspetti connessi alla realtà dei Fondi e parliamone teoricamente. Indagini accurate (33) dimostrano che gli iscritti ai fondi non costituiscono uno spaccato omogeneo della società italiana, essendo gli iscritti concentrati prevalentemente al Nord (dove sono le aziende/categorie economiche che li promuovono), nelle classi di età attive (sacrificando gli anziani), tra coloro con minore presenza di cronicità e minor "bisogno" sanitario. Appare ovvio che un progressivo "svuotamento" del SSN, per delegare compiti prima pubblici al settore integrativo, non può che aggravare le tre disomogeneità menzionate, e soprattutto la questione meridionale. A noi, in questa sede interesserebbe analizzare se la "progressività" del sistema di finanziamento rischiasse di peggiorare. Purtroppo non siamo in grado, per carenza di dati specifici, di rispondere a questa domanda, perché non abbiamo indagini campionarie che permettano di distinguere i Fondi dalle assicurazioni private tradizionali. Sappiamo tuttavia da studi precedenti che i benefici fiscali, cioè la riduzione delle imposte connessa alla deducibilità dal reddito dei premi/contributi pagati a fondi integrativi, sono grandemente concentrati a favore dei più ricchi e questo costituisce un serio indizio di regressività del sistema "globale" di finanziamento degli stessi (34).

In questo scenario si inserisce la pandemia, che, da una parte ha riportato al centro dell'attenzione il SSN, i medici, gli infermieri e tutte le altre categorie professionali che hanno lavorato ben più (e con maggiori rischi) di quanto previsto contrattualmente, evidenziando un attaccamento spontaneo al sistema che va ben oltre i comportamenti tipici dei contratti di natura privatistica, tanto più se si considera che manca qui l'incentivo negativo tipico del settore privato del licenziamento. Dall'altro lato, il settore integrativo, nella maggior parte dei territori sembra aver giocato per lo più un ruolo residuale rispetto

al settore pubblico nel trattare i malati COVID-19.

Una prima considerazione si riallaccia a quanto già detto sulle fonti del finanziamento sanitario. Nel periodo che seguirà la pandemia, bisognerà contemperare, da una parte gli interessi economici degli imprenditori, che chiedono l'abolizione dell'IRAP, sia considerazioni di equità verticale nel finanziamento della sanità, per le quali l'IRAP dovrebbe restare tra le fonti utilizzate.

Una seconda considerazione riguarda le risorse a disposizione del SSN. Come utilizzarle ai fini del raggiungimento di una sanità migliore? Secondo la teoria economica il federalismo fiscale per sua natura può migliorare l'efficienza, ma può creare problemi di equità. Col senno di poi, il fatto che si siano allentati i cordoni della borsa ad inizio secolo (2001-2005), passando ad un vincolo di bilancio molto meno stringente che in passato, ha permesso di accontentare un po' tutte le regioni, anche quelle meridionali, che, pur perdendo risorse in termini relativi ne acquisivano di più in termini assoluti. La recessione del 2008 ha permesso di evidenziare cosa succede quando i vincoli di bilancio diventano stringenti, cominciando a palesare le criticità dell'impostazione federalista per l'equità del sistema.

Inoltre, visti i problemi che si sono venuti a creare a causa delle discrepanze nell'impostazione della strategia delle differenti regioni, molte volte determinata dall'evoluzione del "modello" di sanità adottato, si cominciano ad avanzare, anche da parte di forze politiche al governo, ipotesi di un maggior accentramento decisionale mediante riforma del titolo V. Una maggior centralità decisionale, laddove il problema di cura principale non sia il trattamento delle cronicità ma quello delle pandemie, può rendere più agevole il coordinamento. Ma questa centralità decisionale richiederebbe anche una maggiore centralità nel finanziamento? Non necessariamente; né il ritorno di un maggior peso del finanziamento nazionale, con imposte dirette anziché indirette, sembra nell'agenda politica.

5. Conclusioni

Sembra cruciale monitorare la situazione di tutti i gruppi fragili durante la pandemia poiché questa potrebbe aggravare ulteriormente le disparità esistenti. Una delle principali conseguenze del lockdown è stata quella di diminuire l'erogazione di servizi medici non indirizzati alla cura del COVID-19, con peggioramenti del trattamento per patologie croniche o comunque bisognose di altra assistenza. Inoltre, è possibile che si siano verificate ulteriori disparità tra chi poteva permettersi un'assistenza privata (anche intra-moenia) e coloro che contavano unicamente sull'assistenza pubblica. Tali condizioni, come è noto, hanno una concentrazione non omogenea orizzontalmente e verticalmente. Rilevanti saranno anche le modalità con cui usciranno dalla crisi sanitaria: con le nostre forze o con l'aiuto della Unione Europea con conseguente indebitamento. Ogni volta che c'è indebitamento pubblico, il meccanismo di restituzione non passa più attraverso

le specifiche fonti d'imposta designate nel sistema federalista, ma segue l'intera struttura della raccolta fiscale pubblica, dove il peso delle imposte dirette è maggiore: finanziare in debito, paradossalmente, dovrebbe portare ad una maggiore progressività, e quindi migliorare l'aspetto dell'equità verticale.

Quello che di positivo ha portato la pandemia, appare la caduta del vincolo di bilancio macroeconomico imposto alla sanità pubblica per decenni nel nostro paese dai meccanismi europei di stabilità ai conti pubblici ed il ribaltamento della situazione: nuove risorse e non condizionate per la sanità a tutela della salute, diritto fondamentale sia a livello nazionale che europeo. Meglio tardi che mai, si potrebbe affermare.

Importante sarà tuttavia definire criteri di allocazione delle risorse aggiuntive che verranno stanziati per il SSN che tengano conto sia dell'efficienza e appropriatezza, che, soprattutto, dell'equità. Monitorare l'equità del sistema è ancora più necessario che in passato. Non possiamo tornare indietro mentre lo spettro di sistemi sanitari dove ancora oggi troppi cittadini non hanno forme di copertura e mancano di accesso ai servizi essenziali per la salute si aggira ancora per il mondo industrializzato costituendo una ulteriore minaccia per la salute della popolazione in tempo di pandemia. I tentativi di misurare l'equità orizzontale e verticale in base al reddito sono stati finora sporadici e non sistematici nel nostro paese. Tuttavia, con la sempre maggiore disponibilità di dati amministrativi in tempo reale grazie allo sviluppo delle tecnologie dell'informazione, con le nuove tecniche di analisi dei big data (es. machine learning), monitorare in tempo reale l'equità non è più un miraggio, ma un obiettivo concretamente raggiungibile che, in tempi di pandemia, non è più un'opzione perché nella storia la crescita delle disuguaglianze nel benessere tra classi socioeconomiche spesso è coincisa con una crisi delle istituzioni democratiche.

Bibliografia

1. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery, Handbook in Health Economics, Amsterdam, Netherlands- North Holland: ed. Culyer A and Newhouse J. 2000; 1804–1862.
2. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in health and health care. In: Handbooks in Health Economics, volume 2 Amsterdam, Netherlands: North Holland: ed. Pauly MV, McGuire TG and Barros pp. 2012; 1003-1092.
3. Bosa I, Castelli A, Castelli M, Ciani O, Compagni A, Garofano M, Giannoni M, Marini G, Vainieri M. Italy's response to the coronavirus pandemic. 2020. Cambridge: Core Blog, Cambridge. <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/16/italys-response-to-the-coronavirus-pandemic/>
4. Fattore G, de Belvis AG, Ricciardi W, Morsella A, Pastorino G, Poscia A, Silenzi A. In: Scarpetti G, Maresso A(eds) Covid-19 Health Systems Response Monitor, WHO, 2020.<https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/countrypage.aspx>
5. Ministero della Salute. L'Italia per l'Equità nella Salute. Roma; 2017.
6. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian Regions. BMC Public Health, 2010; 296 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-296>

7. van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the Use of Medical Care in 21 Oecd Countries. OECD Health Working Papers; 2004.
8. Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach European Journal of Public Health 2010 Oct; 20(5): 504–510. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq029>
9. Glorioso V, Subramanian SV. Equity in Access to Health Care Services in Italy. Health Serv Res. 2014 Jun; 49(3): 950–970. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12128>
10. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels, 2019. <https://doi.org/10.1787/cef1e5cb-en>.
11. OECD. OECD Employment Outlook 2020 - Worker Security and the COVID-19 Crisis. 2020.
12. Ku L, Brantley E. Widening Social and Health Inequalities During the COVID-19 Pandemic. 2020. <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2767253>
13. Giannoni M, Casucci P, Ismail Z. Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Milano: Franco Angeli; 2012.
14. Gross C, Essien U, Pasha S, et al. Racial disparities in population-level COVID-19 mortality. medRxiv. Preprint posted online May 11, 2020. doi:10.1101/2020.05.07.20094250
15. OECD. Health spending (indicator). 2020. doi: 10.1787/8643de7e-em. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
16. Thomson S, Figueras J, Evetovits T et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies (Policy Summary 12); 2014.
17. Gerotto L. L'evoluzione della spesa sanitaria. Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani. Milano, 14 marzo 2020. <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpiEvoluzione%20spesa%20sanitaria.pdf>
18. Ferrè F, Ricciardi W. Italy, in: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J, Kluge H, Economic crisis, health systems and health in Europe- Country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
19. Cartabellotta A. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2018. <https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/544/il-servizio-sanitario-nazionale%0D%0Acompie-40-anni/articolo>
20. Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 6 Roma, 2019. http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf
21. OECD. OECD Economic Outlook, Volume 2020. Issue 1: Preliminary version, No. 107, OECD Publishing, Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/0d1d1e2e-en>
22. UPB (Ufficio Parlamentare di Bilancio). Audizione informale del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio sul DDL di conversione del DL 19 maggio 2020, n. 34 recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. 2020. <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2020/05/Audizione-UPB-DL-Rilancio.pdf>
23. Terlizzi A. Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse, and institutions. Social Policy Administration 2019; Dec. 53 (7): 974-988. <https://doi.org/10.1111/spol.12458>
24. Giannoni M, Hitiris T. The regional impact of health care expenditure: the case of Italy. Applied Economics 2002; 34 (14): 1829-1836.
25. Piacenza M, Turati G. Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens'

- Well-being? Evidence on Health. *Health Economics* 2014; 23(2): 199-224.
26. Cartabelotta A. Cosa sappiamo sui soldi del MES per la sanità. Gimbe. 2020. https://oggiedomani.substack.com/p/cosa-sappiamo-sui-soldi-del-mes-per?utm_source=Fondazione+GIMBE&utm_campaign=1b6b999ad3-5x1000-2017-invio01%2F17_14.04.2017_Tutti_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_406ca0253a-1b6b999ad3-87552645&goal=0_406ca0253a-1b6b999ad3-8755264
 27. Kakwani NC. Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison, *Economic Journal* 1977; 87: 71-80.
 28. Citoni G, De Matteis D, Giannoni M. Vertical equity in healthcare financing in Italian regions. Forthcoming. Una prima versione in: De Matteis D. "Equity in healthcare financing in Italy", PhD thesis in Economics, "La Sapienza" Università di Roma, Italy.
 29. Wagstaff A, van Doorslaer E, et al. Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons. *Journal of Health Economics* 1999; 18:263-290.
 30. Corte dei Conti (Italian Court of Accounting). Rapporto 2016 sul coordinamento della Finanza Pubblica. Roma; 2016.
 31. Citoni G, Solipaca A. La privatizzazione strisciante della sanità italiana: un'analisi descrittiva e alcuni temi equitativi. *Politiche Sanitarie* 2007; 8(4):188-205.
 32. Piketty T. *Le capital au XXI^e siècle*. Paris, Editions du Seuil, 2013 (trad. italiana *Il capitale nel XXI^{mo} secolo*, Milano: Bompiani; 2014).
 33. Citoni G, Piperno A. Terzi paganti privati in sanità: assicurazioni e fondi sanitari. Stato dell'arte, effetti e implicazioni di policy. *Politiche Sanitarie* 2019; 20(1):14-32.
 34. Marenzi A, Rizzi D, Zanette M. Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie* 2019; 20(1):40-54.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno