



L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà / Toth, Federico. - In: POLITICHE SOCIALI. - ISSN 2284-2098. - STAMPA. - 3:3(2016) - pp. 421-440. [[10.7389/84844](https://doi.org/10.7389/84844)]

ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE
DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna Archivio istituzionale della ricerca

L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:

Availability:

This version is available at: <https://hdl.handle.net/11585/573173> since: 2023-05-30

Published:

DOI: <http://doi.org/10.7389/84844>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it/>).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

This is the final peer-reviewed accepted manuscript of:

Federico Toth (2016): L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà, Politiche Sociali, (3): 421-440

The final published version is available online at:

<https://dx.doi.org/10.7389/84844>

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (<https://cris.unibo.it>)

When citing, please refer to the publisher version.

L'universalismo sanitario sulla carta e nella realtà

Federico Toth

1. Copertura sanitaria universale: cosa s'intende

Poiché in letteratura sono state avanzate definizioni anche molto diverse di “copertura sanitaria universale” (Stuckler *et al.* 2010; O'Connell *et al.* 2014; Abihiro e De Allegri 2015), è opportuno sgombrare subito il campo da possibili fraintendimenti. In questo lavoro, parlando di *copertura sanitaria universale* intendiamo la situazione per cui tutti i residenti in un determinato paese detengono una copertura assicurativa a tutela delle cure sanitarie ritenute essenziali. Non importa se tale copertura assicurativa sia pubblica o privata, derivi da uno schema obbligatorio oppure volontario: ciò che conta è che alla fine tutti i residenti risultino coperti contro i rischi di malattia, e che tale copertura riguardi tutte le cure mediche ritenute fondamentali.

Si parlerà viceversa di soggetti “non assicurati” in riferimento a coloro che non dispongano di tale tipo di copertura assicurativa e che debbano pertanto pagare le cure sanitarie di tasca propria.

Tale definizione di copertura sanitaria universale rimanda al concetto di cure mediche *essenziali* (Boerma *et al.* 2014; O'Connell *et al.* 2014). Il punto merita una precisazione. Il riferimento a un qualche pacchetto di “cure essenziali”, sebbene scivoloso sul piano operativo (i vari governi nazionali possono infatti declinare tale principio in modo differente), si rende necessario sul piano concettuale. Fin da subito, deve infatti risultare chiara la differenza tra cure *d'emergenza* e cure *essenziali*. Le prime, le cure d'emergenza, fanno fronte a un immediato pericolo di vita del paziente e non possono quindi essere differite. Le seconde, le cure *essenziali*, costituiscono invece una categoria più ampia, che ricomprende non solo le cure d'emergenza ma anche molti altri trattamenti non urgenti. Nei paesi civili, le cure d'emergenza devono essere garantite a tutti gli individui, *incondizionatamente*. Anche se i pazienti sono poveri, sprovvisti di assicurazione o di regolare permesso di soggiorno, il personale sanitario è tenuto a prestare le cure d'emergenza. Tutti i medici – come recita il giuramento di Ippocrate – sono obbligati a prestare l'assistenza d'urgenza e a curare ogni paziente con “*eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale o ideologia politica*”. Possiamo insomma ritenere che le cure d'emergenza costituiscano un livello minimo di assistenza sanitaria che in tutti i paesi – certamente in

quelli menzionati nei prossimi paragrafi – viene garantito anche ai soggetti privi di assicurazione sanitaria. Le cure d'emergenza rappresentano tuttavia solo una piccola parte delle prestazioni sanitarie complessivamente erogate dal sistema sanitario.

Quando trattiamo di copertura sanitaria universale ci riferiamo pertanto non solo alle cure urgenti, ma a tutte le prestazioni che, seppure differibili o programmabili, sono ritenute fondamentali per garantire la piena salute delle persone.

1.1. Le due dimensioni dell'universalismo

Già da queste prime battute, s'intuisce come il problema della copertura sanitaria universale presenti due diverse dimensioni (Stuckler *et al.* 2010; WHO 2010). La prima dimensione riguarda la *diffusione* dell'assicurazione sanitaria, ossia quante persone (calcolate in percentuale sull'intera popolazione) godano di una qualche forma di copertura sanitaria. La seconda dimensione riguarda invece il livello di protezione – potremmo parlare di *generosità* – della copertura assicurativa: quante, e quali, prestazioni sono incluse nella polizza? Quali trattamenti sono completamente a carico dello schema assicurativo e quali richiedono invece un contributo economico da parte dell'assistito?

La prima dimensione riguarda quindi essenzialmente *chi* è coperto. La seconda dimensione si riferisce invece a *cosa* viene garantito dalla copertura assicurativa. Il lettore tenga a mente l'esistenza di queste due diverse dimensioni, perché tale distinzione verrà ripresa nel prosieguo del lavoro.

L'articolo è organizzato nel modo seguente. Si partirà, nel prossimo paragrafo, da un'analisi comparata di tutti i paesi OCSE e di quelli appartenenti all'Unione Europea: per ogni paese, si valuterà quanti residenti abbiano un'assicurazione sanitaria e quanti ne risultino invece sprovvisti. Nel terzo paragrafo, i dati sulla diffusione dell'assicurazione sanitaria relativi al 2015 verranno confrontati con quelli di 20 e di 40 anni fa, in modo tale da ricostruire un quadro diacronico del fenomeno. Nel quarto paragrafo ci si soffermerà non più sulla diffusione della copertura, ma sulla generosità degli schemi assicurativi adottati nei diversi paesi europei. Verranno a tal fine utilizzati due indicatori: la spesa sanitaria *out-of-pocket* e gli "*unmet medical needs*". Nel quinto paragrafo ci si concentrerà infine sul caso italiano: si valuterà in quale misura il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) sia davvero universale, e ci si soffermerà sui fattori che limitano di fatto l'accesso alle cure.

2. La copertura sanitaria universale: uno sguardo comparato

Quando si affronta il tema della copertura sanitaria universale, noi italiani tendiamo a considerarla una conquista sociale ampiamente diffusa. Sappiamo che nel nostro paese abbiamo un sistema sanitario universale e presumiamo che anche gli altri paesi europei abbiano sistemi analoghi. Fra i paesi economicamente più sviluppati, l'unico noto per non avere la copertura sanitaria universale sono gli Stati Uniti: alcuni milioni di americani sono infatti privi di assicurazione sanitaria e questo tema è da anni al centro del dibattito politico americano. La riforma Obama, approvata nel 2010, ha inteso ridurre il numero degli "uninsured", senza tuttavia approdare alla copertura sanitaria dell'intera popolazione (Jacobs e Skocpol 2010; Toth 2011).

Ma gli Stati Uniti sono davvero l'unico paese – fra quelli economicamente più sviluppati – senza la copertura universale? Quello dei cittadini privi di copertura sanitaria è quindi un problema solo statunitense o lo si ritrova – magari in forme diverse, o in misura inferiore – anche nella vecchia Europa? Proviamo a rispondere, riportando qualche dato.

Consideriamo, in prima battuta, i 34 paesi appartenenti all'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo economico (OCSE): di questi, 18 garantiscono la copertura universale; 5 paesi hanno una copertura che si potrebbe definire "quasi-universale"; 11 paesi non hanno la copertura universale.

I 18 paesi dotati di copertura universale (in cui è pertanto coperto il 100% della popolazione) comprendono: Australia, Canada, Corea del Sud, Danimarca, Finlandia, Giappone, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Portogallo, Norvegia, Nuova Zelanda, Regno Unito, Repubblica Ceca, Slovenia, Svezia e Svizzera.

Cinque paesi hanno una copertura che può essere considerata "quasi universale": in questi paesi la percentuale di non assicurati è infatti minima, inferiore allo 0,2% della popolazione. Questi cinque paesi sono: Austria, Francia, Germania, Paesi Bassi e Spagna.

Nei rimanenti 11 paesi (circa un terzo dei paesi OCSE) la copertura universale non viene raggiunta. In queste nazioni – stando agli ultimi dati OCSE (2015) – i non assicurati rappresentano infatti almeno l'1% della popolazione residente. I paesi privi di copertura sanitaria universale sono: Belgio, Cile, Estonia, Grecia, Lussemburgo, Messico, Polonia, Slovacchia, Stati Uniti, Turchia e Ungheria.

Questo è il quadro se consideriamo i paesi membri dell'OCSE.

Se si considerano invece i 28 paesi appartenenti all'Unione Europea, la situazione è la seguente: 14 paesi hanno la copertura universale, 5 una copertura "quasi universale", 9 una copertura non universale. I nove paesi europei privi di copertura universale sono: Belgio, Bulgaria, Cipro, Estonia, Grecia, Lussemburgo, Polonia, Slovacchia e Ungheria. I casi più

preoccupanti paiono quelli di Bulgaria e Grecia, in cui gli individui privi di assicurazione sanitaria sono più del 20% della popolazione (vedi **tabella 1**).

**Tabella 1 - Percentuale della popolazione provvista di assicurazione sanitaria
(anni 1975, 1995 e 2015)**

	1975	1995	2015		1975	1995	2015
Australia*	100	100	100	Lussemburgo*°	99,8	98,6	96,4
Austria*°	96,0	99,0	99,9	Malta°	ND	100	100
Belgio*°	99,0	99,0	99,0	Messico*	35,0	72,0	98,9
Bulgaria°	100	ND	77,0	Norvegia*	100	100	100
Canada*	100	100	100	Nuova Zelanda*	100	100	100
Cile*	ND	85,6	98,2	Paesi Bassi*°	69,5	98,6	99,8
Cipro°	ND	ND	83,0	Polonia*°	100	100	91,6
Corea del Sud*	14,5	100	100	Portogallo*°	60	100	100
Croazia°	100	100	100	Regno Unito*°	100	100	100
Danimarca*°	100	100	100	Rep. Ceca*°	100	100	100
Estonia*°	100	95,8	93,6	Romania°	100	100	100
Finlandia*°	100	100	100	Slovacchia*°	100	99,3	94,6
Francia*°	97,3	99,4	99,9	Slovenia*°	100	99,0	100
Germania*°	92,1	99,9	99,8	Spagna*°	81,0	98,6	99,9
Giappone*	100	100	100	Svezia*°	100	100	100
Grecia*°	75,0	100	79,0	Svizzera*	94,0	99,5	100
Irlanda*°	85	100	100	Turchia*	33,6	65,0	98,1
Islanda*	99,8	100	100	Ungheria*°	100	100	96,0
Israele*	94,5	100	100	USA*	85,9	83,7	89,6
Italia*°	95,0	100	100				
Lettonia°	100	ND	100	<i>Totale paesi OCSE</i>	<i>83,4</i>	<i>91,5</i>	<i>96,6</i>
Lituania°	100	100	100	<i>Totale EU-28</i>	<i>93,8</i>	<i>99,7</i>	<i>98,3</i>

Legenda: * Paese membro dell'OCSE; ° Paese membro dell'Unione Europea;
ND: dato non disponibile;

Note: in caso di dato mancante, il valore si riferisce all'anno più prossimo disponibile.

Fonte: OCSE (2015); OCSE (2014); Eurostat (2015); European Observatory on Health Systems and Policies-HiTs (vari anni); US National Health Statistics Reports (2009).

Già sulla base di questi dati, siamo in grado di tirare una prima conclusione. Sebbene il problema venga solitamente associato solo agli Stati Uniti, scopriamo invece che molti altri paesi dell'area OCSE (circa un terzo) e dell'Unione Europea (più di un terzo, e arrivano alla metà se si includono anche i paesi "quasi-universali") non garantiscono la copertura sanitaria universale.

Allo stato attuale, i non assicurati nei paesi dell'Unione Europea sono complessivamente 8,6 milioni, corrispondenti all'1,7% della popolazione. Per chi ritiene che l'Unione Europea dovrebbe dotarsi di un sistema di welfare unico, e quindi uniforme in tutti i paesi membri, questo è sicuramente un dato su cui riflettere.

Il calcolo complessivo delle persone prive di assicurazione sanitaria può essere fatto anche in riferimento ai 34 paesi OCSE: su una popolazione complessiva di poco meno di 1,3 miliardi, i non assicurati sono circa 43 milioni, ossia il 3,4% degli abitanti. Ad alzare la quota complessiva di non assicurati dell'area OCSE provvedono soprattutto gli Stati Uniti, che da soli contribuiscono con 33 milioni di *"uninsured"* (US Census Bureau 2015).

3. L'estensione della copertura sanitaria: *going universal*?

Quella appena riportata è la situazione aggiornata al 2015. Per mettere bene a fuoco il problema, la fotografia attuale andrebbe tuttavia collocata in prospettiva storica. Qual era la situazione vent'anni fa? Facciamo un ulteriore balzo indietro, di altri due decenni: com'era il quadro quarant'anni fa? Mettendo a confronto il dato attuale con quelli del 1975 e del 1995, saremo in grado di cogliere come il fenomeno sia andato evolvendosi nel tempo.

Guardando i dati riportati sempre nella tabella 1, possiamo – anche qui – selezionare dapprima i 34 paesi OCSE. Nel 2015, come si è detto, i paesi con copertura universale o quasi-universale sono complessivamente 23 (18 più 5). Una ventina di anni fa, nel 1995, i paesi con copertura universale o quasi universale erano 20 (19 più 1), quelli senza copertura universale 14. I non assicurati – nei paesi OCSE – erano l'8,5% della popolazione (contro il 3,4% di oggi). Andiamo ancora più indietro nel tempo: nel 1975, la copertura universale o quasi-universale veniva garantita in 17 (15 più 2) paesi, e i non assicurati erano il 16,6% della popolazione.

Se ci concentriamo sull'area OCSE, appare dunque evidente una progressiva evoluzione verso l'universalismo: rispetto a 40 anni fa i paesi con copertura universale (o quasi-universale) sono infatti passati da 17 a 23; per contro, gli individui non assicurati sono scesi da oltre il 16% della popolazione all'attuale 3,4%. Tale trend è stato efficacemente condensato nello slogan *"Going universal"*, utilizzato anche in alcune pubblicazioni della Banca Mondiale (Cotlear *et al.* 2015).

Un analogo confronto intertemporale può essere condotto in riferimento ai 28 paesi che afferiscono attualmente all'Unione Europea. Se all'interno dell'area OCSE la spinta verso l'universalismo è stata costante, lo stesso non può dirsi per i paesi UE. Vediamo i dati.

Quattro decenni fa, a metà degli anni Settanta, i paesi europei con copertura universale o quasi-universale erano 16. Lo stesso dato si registrava anche vent'anni più tardi, nel 1995. Solo negli

ultimi due decenni il valore è aumentato: oggi, come si è già detto, i paesi europei universali o quasi-universali sono infatti 19. Se guardiamo però al numero complessivo dei soggetti non assicurati, la tendenza verso una sempre maggiore estensione della copertura sanitaria non trova piena conferma. Nel 1975 i non assicurati in Europa erano il 6,2% della popolazione. Nel 1995 essi sono diminuiti fino allo 0,3%. Ma negli ultimi due decenni il dato è tornato a crescere. Dal 1995 a oggi, nei paesi dell'Unione Europea, i residenti privi di assicurazione sanitaria non solo non sono diminuiti, ma sono di molto aumentati: da un milione e mezzo di non assicurati del 1995 si è infatti passati agli 8,6 milioni di oggi.

Ricapitoliamo allora quanto emerge dai dati riportati nella tabella 1.

Se consideriamo i 34 paesi OCSE, si registra un progressivo aumento, da 40 anni a questa parte, della copertura sanitaria: è aumentato il numero dei paesi che garantiscono la copertura universale, ed è di molto diminuito il numero complessivo di persone non assicurate.

Se ci concentriamo invece sui 28 paesi aderenti all'Unione Europea, il trend del "*going universal*" fa registrare un andamento altalenante. Anche in Europa nel ventennio 1975-1995 il numero complessivo dei non assicurati è molto diminuito, passando da oltre 28 milioni ad appena un milione e mezzo. Negli ultimi vent'anni (1995-2015) la quota dei cittadini privi di assicurazione sanitaria è tuttavia tornata a crescere, arrivando oggi a quota 8,6 milioni. I non assicurati sono concentrati soprattutto in tre paesi: Polonia (3,2 milioni), Grecia (2,4 milioni) e Bulgaria (1,7 milioni). Si potrebbe pensare che il calo della copertura sanitaria sia da attribuire essenzialmente alla crisi economica che si è abbattuta sui paesi europei a partire dal 2008. Questo è vero solo in parte: il numero dei non assicurati era infatti iniziato ad aumentare già nei primi anni Duemila, arrivando a 3,8 milioni nel 2005 e attorno ai 4,5 milioni nel 2008. La crisi economica ha poi naturalmente peggiorato la situazione, portando a un'ulteriore contrazione della copertura sanitaria, soprattutto in Grecia e in Polonia.

4. La generosità della copertura: la spesa out-of-pocket e gli "unmet medical needs" in Europa

Si è quindi visto che in metà dei paesi aderenti all'Unione Europea (14 su 28) viene garantita la copertura sanitaria universale, mentre in altri 5 si ha una copertura "quasi universale". Tale dato riguarda la *diffusione* della copertura (quante persone dispongono di una qualche forma di assicurazione sanitaria), ma non la sua *generosità*. E' infatti lecito chiedersi se la copertura assicurativa di cui dispongono i cittadini nei diversi paesi dia effettivamente diritto a tutti i

trattamenti essenziali, o solo ad alcuni. E ancora: le spese sanitarie sono completamente coperte dallo schema assicurativo o lo sono solo in parte?

Può infatti capitare che i cittadini risultino formalmente coperti contro i rischi di malattia, ma debbano poi, di fatto, pagare di tasca propria per usufruire di determinate cure. Questo può derivare dal fatto che lo schema assicurativo non copre alcune prestazioni. Oppure può dipendere dai lunghi tempi d'attesa per usufruire di determinati trattamenti. Oppure ancora può essere prevista una qualche forma di compartecipazione alla spesa a carico del paziente: questo può finire per limitare l'accesso alle cure soprattutto da parte dei meno abbienti. Un conto sono insomma i diritti sulla carta, un altro conto sono le prestazioni di cui i cittadini usufruiscono realmente (Stuckler *et al.* 2010; Abihiro e De Allegri 2015; Cotlear *et al.* 2015).

Per valutare quanto i cittadini dei diversi paesi siano realmente tutelati rispetto ai rischi di malattia, possono essere utilizzati due indicatori. Il primo è la spesa sanitaria out-of-pocket. Il secondo indicatore è costituito dai cosiddetti "bisogni sanitari non soddisfatti" (*unmet medical needs*). Purtroppo i dati sugli *unmet medical needs* sono raccolti solo in riferimento ai paesi europei, e non si dispone di tale dato per tutti i paesi OCSE. Questa è la ragione per cui questo paragrafo si sofferma solo sui paesi del vecchio continente (i 28 paesi membri dell'Unione Europea, più Islanda, Norvegia e Svizzera).

4.1. La spesa out-of-pocket

Partiamo dalla spesa out-of-pocket: con tale espressione – com'è noto – si intendono tutte le spese mediche che i singoli individui sostengono di tasca propria, e che non vengono rimborsate da nessuno schema assicurativo. In Italia, giusto per fare un esempio, la maggiore parte delle cure dentistiche sono out-of-pocket, così come la spesa per i farmaci da banco, acquistabili senza ricetta.

In linea generale, dobbiamo ritenere che se una copertura assicurativa è onnicomprensiva e molto generosa, le spese out-of-pocket saranno minime. Se, al contrario, la copertura assicurativa è meno generosa, essa finirà per rovesciare sull'assicurato una parte delle spese. Se in un paese si riscontra quindi un alto livello di spesa out-of-pocket possiamo dedurre che le coperture assicurative di cui dispongono i cittadini siano poco generose (Abihiro e De Allegri 2015).

Diamo allora un'occhiata all'incidenza della spesa out-of-pocket (calcolata in percentuale rispetto alla spesa sanitaria complessiva) nei paesi europei (**tabella 2**). Ci aspetteremmo che i paesi dotati di copertura universale presentino dei valori di spesa out-of-pocket tendenzialmente inferiori rispetto ai paesi in cui una parte della popolazione è invece priva di

copertura sanitaria. Il ragionamento, molto semplicemente, è il seguente: i non assicurati devono pagare tutte le spese sanitarie di tasca propria, incrementando così la spesa out-of-pocket; al contrario, se in un paese tutti i residenti detengono una copertura assicurativa sanitaria, dovrebbero esserci meno occasioni per mettere mano al portafoglio.

Tabella 2 – La spesa out-of-pocket e i bisogni sanitari “non soddisfatti” in Europa (anno 2014, o ultimo anno disponibile)

	<i>Spesa sanitaria out-of-pocket (% spesa sanitaria complessiva)</i>	<i>Bisogni medici non soddisfatti (% degli intervistati)</i>	<i>Bisogni dentistici non soddisfatti (% degli intervistati)</i>
Austria	17,4	0,4	1,4
Belgio	17,9	1,9	3,0
Bulgaria	44,5	8,9	9,7
Cipro	47,2	4,4	7,4
Croazia	12,8	3,3	2,5
Danimarca	13,7	1,3	4,3
Estonia	21,8	8,4	8,3
Finlandia	19,4	4,3	4,6
Francia	6,7	2,7	5,5
Germania	13,5	1,6	2,0
Grecia	30,7	9,0	8,7
Irlanda	19,0	3,3	5,8
Italia	22,1	7,1	10,0
Lettonia	38,5	13,8	18,9
Lituania	32,5	3,2	4,3
Lussemburgo	11,6	0,9	1,6
Malta	32,0	0,9	1,0
Paesi Bassi	5,2	0,4	1,1
Polonia	23,6	8,8	5,0
Portogallo	27,7	3,0	14,3
Regno Unito	9,9	1,6	2,9
Rep. Ceca	14,7	1,0	1,7
Romania	19,5	10,4	10,5
Slovacchia	23,3	1,9	2,3
Slovenia	12,7	0	0,7
Spagna	23,8	0,8	7,5
Svezia	14,8	1,9	5,1
Ungheria	28,1	2,4	4,2
<i>Media EU-28</i>	<i>21,4</i>	<i>3,6</i>	<i>5,5</i>
Islanda	17,4	3,6	11,1
Norvegia	14,4	1,5	5,5
Svizzera	26,8	1,2	4,8

Fonte: Eurostat (2015); OCSE (2015); WHO (2015).

In linea generale, tale aspettativa viene confermata dai dati: i paesi senza copertura universale hanno infatti, in media, una spesa out-of-pocket superiore al 27%, mentre nei paesi con copertura universale o quasi-universale la spesa out-of-pocket si assesta mediamente attorno al 19%.

Emergono tuttavia alcuni paesi che pur avendo la copertura universale presentano livelli molto elevati di spesa out-of-pocket. E' questo il caso di Lettonia, Lituania, Malta, Portogallo e Svizzera. In questi cinque paesi – tutti, ripetiamo, con copertura universale – la spesa out-of-pocket supera, talvolta anche di molto, il 25% della spesa sanitaria complessiva. Anche Spagna (23,8%) e Italia (22,1%) registrano valori piuttosto elevati di spesa out-of-pocket.

Questo significa – per usare la distinzione fatta in precedenza tra *estensione* e *generosità* dello schema assicurativo – che nei paesi appena menzionati la copertura sanitaria è sì molto estesa (copre l'intera popolazione), ma si rivela – nei fatti – poco generosa.

4.2. Gli “unmet needs”

Il secondo indicatore che possiamo utilizzare per soppesare la *generosità* della copertura sanitaria è rappresentato da quelli che vengono chiamati “bisogni medici non soddisfatti” (in inglese si utilizza l'espressione “*unmet medical needs*”). Tale indicatore tenta di determinare in quale misura i cittadini rinuncino a cure mediche di cui avrebbero bisogno per ragioni economiche o per limiti organizzativi del sistema sanitario (Cylus e Papanicolas 2015).

Le opinioni dei cittadini riguardo ai bisogni sanitari “non soddisfatti” (e quindi riguardo alle barriere che di fatto limitano l'accesso ai servizi sanitari), vengono raccolte annualmente dall'Eurostat, all'interno dell'indagine EU-SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*). Agli intervistati viene chiesto se negli ultimi 12 mesi abbiano dovuto rinunciare a una visita medica o dentistica ritenuta “davvero necessaria” a causa di una delle seguenti ragioni: l'eccessivo costo a carico del paziente; i lunghi tempi d'attesa per ricevere la prestazione; l'eccessiva distanza rispetto al luogo di residenza.

Nella tabella 2 vengono riportate, per ogni paese europeo, i dati più recenti riguardanti: 1) la percentuale di intervistati che dichiara di avere rinunciato nell'ultimo anno ad almeno una visita medica, ritenuta necessaria, a causa del costo, delle lunghe liste d'attesa o dell'eccessiva distanza rispetto al luogo di residenza; 2) la percentuale di intervistati che, sempre per le medesime ragioni, dichiara di aver rinunciato a un trattamento dentistico reputato necessario.

In modo simile a quanto argomentato riguardo alla spesa out-of-pocket, ci aspetteremmo, anche su questo fronte, un livello inferiore di “*unmet needs*” nei paesi universalistici, e un livello superiore nei paesi senza copertura universale.

I dati riportati in tabella 2 sembrano evidenziare – in linea generale – l’esistenza di una relazione inversa tra estensione della copertura e “*unmet medical needs*”; tale relazione appare però piuttosto lasca. E’ vero infatti che nei paesi con copertura universale o quasi-universale i cittadini che dichiarano bisogni medici insoddisfatti sono, in media, il 3,1% della popolazione, contro un valore medio di 5,2% nei paesi non universali. E’ però anche vero che i valori più alti di “*unmet medical needs*” si registrano in 2 paesi dotati di copertura universale: la Lettonia e la Romania. Anche Italia, Finlandia e Islanda, pur avendo la copertura universale, hanno valori di “bisogni sanitari insoddisfatti” superiori alla media europea.

Consideriamo infine l’ultima colonna della tabella 2, riguardante i bisogni dentistici non soddisfatti. La percentuale di intervistati che dichiara di aver dovuto rinunciare a trattamenti dentistici ritenuti “necessari” è massima in 5 paesi: Lettonia, Portogallo, Islanda, Romania e Italia. Eppure tutti questi 5 paesi hanno formalmente la copertura universale (che, evidentemente, esclude – almeno in larga parte – le cure dentali).

I dati sui bisogni non soddisfatti, sia in campo medico sia in quello dentistico, sembrano in definitiva confermare quanto emerso anche in relazione alla spesa out-of-pocket: *estensione* e *generosità* della copertura assicurativa sono due proprietà distinte, che non necessariamente procedono di pari passo. Possono infatti esistere paesi che pur non avendo la copertura universale risultano tuttavia “generosi”: è questo il caso, ad esempio, del Lussemburgo. All’opposto, esistono paesi con copertura universale, ma “poco generosi”: tra questi la Romania, la Lettonia e – purtroppo per noi – l’Italia.

Annoverare l’Italia tra i paesi “universalistici poco generosi” può comprensibilmente non fare piacere. Dubito tuttavia che il lettore sia del tutto sorpreso da tale classificazione. Chi risiede in Italia è infatti consapevole che molte spese di carattere sanitario sono a carico del singolo cittadino, e che per ricevere determinate prestazioni nelle strutture pubbliche sono da mettere in conto lunghe liste d’attesa. Questo spiega l’alto valore della spesa out-of-pocket (superiore alla media europea, anche se di poco) e, ancor più, le cattive performance del sistema sanitario italiano in tema di bisogni medici e dentistici insoddisfatti (su questi fronti siamo invece tra i peggiori in Europa).

Il SSN italiano – è bene metterlo in chiaro, per evitare malintesi – ha certamente grandi meriti e, sotto molti aspetti, non esce affatto male dal confronto con i sistemi sanitari degli altri paesi OCSE (Toth 2014). La sua istituzione nel 1978 ha rappresentato una grande conquista sociale

per il nostro paese, e chi scrive non ha dubbi sul fatto che il servizio sanitario pubblico vada difeso e ulteriormente potenziato. Per quanto se ne possa parlare bene, è tuttavia evidente come il nostro SSN presenti alcuni limiti. Vediamo quali, approfondendo – nel prossimo paragrafo – il caso italiano.

5. Il SSN italiano: universale ma non troppo

5.1. L'estensione della copertura

Addentriamoci allora nel caso italiano, partendo dalla prima delle due dimensioni individuate in precedenza, quella dell'*estensione* della copertura sanitaria. Ci domandiamo se il SSN italiano garantisca davvero la copertura sanitaria dell'intera popolazione, o se qualche categoria rimanga esclusa.

Dal punto di vista dell'estensione della copertura, il nostro Servizio Sanitario Nazionale può certamente essere definito un sistema universale. Esso infatti fornisce assistenza non solo a tutti i cittadini italiani, ma anche agli stranieri che si trovino, a vario titolo, sul territorio nazionale. I cittadini dei paesi membri dell'Unione Europea hanno infatti diritto al medesimo trattamento degli italiani. Anche i cittadini extracomunitari con regolare permesso di soggiorno godono dell'assistenza del servizio sanitario pubblico: essi possono iscriversi, gratuitamente, al Servizio Sanitario Nazionale, e scegliere il proprio medico di famiglia (viene così garantita la parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani).

Veniamo infine agli extracomunitari senza permesso di soggiorno: anche costoro hanno diritto, in Italia, all'assistenza sanitaria. In teoria, tale assistenza non dovrebbe essere gratuita: gli stranieri senza regolare permesso di soggiorno non possono iscriversi al SSN e dovrebbero pagare per le cure mediche di cui usufruiscono. Esiste tuttavia un modo per eludere il pagamento: all'assistito basta infatti compilare un'autocertificazione in cui dichiarare di essere indigente e di non essere quindi in grado di far fronte alle spese mediche. In virtù di tale dichiarazione, all'assistito viene rilasciata una tessera «STP» (straniero temporaneamente presente): tale tessera dà diritto ad usufruire gratuitamente non solo delle cure d'emergenza, ma anche di buona parte delle prestazioni ritenute essenziali. Ai possessori di una tessera STP non viene tuttavia concesso di iscriversi presso un medico di famiglia: questo può finire per privarli di parte delle cure primarie e preventive.

Insomma, non solo gli italiani ma anche tutti gli stranieri che si trovino sul territorio italiano (per motivi di lavoro, studio, turismo o altro) possono accedere alle cure erogate dal SSN. Almeno sulla carta, in Italia l'assistenza sanitaria non viene negata a nessuno.

All'atto pratico, però, oltre agli stranieri senza permesso di soggiorno, un'altra categoria rischia di non essere completamente tutelata contro i rischi di malattia: le persone senza fissa dimora. Queste ultime sono a rischio dal punto di vista della copertura sanitaria per una questione meramente burocratica: chi non ha un domicilio stabile non risulta infatti afferente a nessuna azienda sanitaria locale (ASL) e non può quindi scegliere il proprio medico di famiglia. In molti casi tale ostacolo viene aggirato assegnando alle persona senza fissa dimora un indirizzo fittizio; ma non sempre questo avviene. Può pertanto capitare che persone senza fissa dimora e stranieri senza documenti abbiano accesso alle cure ospedaliere (soprattutto tramite il pronto soccorso), ma debbano rinunciare a parte delle cure primarie.

5.2. La "globalità" delle prestazioni erogate

Veniamo alla seconda dimensione, quella della *generosità* della copertura sanitaria.

Come si evince anche dalla legge n° 833 del 1978, che ha istituito il SSN, in Italia il servizio sanitario pubblico dovrebbe essere improntato al principio della "globalità" delle prestazioni erogate (Gasparro 2009; Mapelli 2012). Detto in altri termini, al servizio pubblico viene chiesto di offrire un pacchetto di servizi sanitari ampiamente generoso, così da farsi carico di tutti i problemi di salute della popolazione. Anche qui, è lecito domandarsi se il SSN italiano offra davvero ai propri assistiti un pacchetto *onnicomprensivo* di cure sanitarie.

Si può iniziare col dire che nel nostro paese il servizio pubblico eroga un'ampia gamma di prestazioni di carattere sanitario. La sfera di competenza del SSN non si limita infatti alla diagnosi e alla cura delle malattie, ma spazia dalla prevenzione alla riabilitazione, dalla sicurezza sul lavoro ai servizi veterinari, dalla tutela della salute mentale alla lotta alle dipendenze quali alcol, fumo, droga, gioco d'azzardo. I compiti assegnati al servizio sanitario pubblico sono davvero molto ampi: il SSN sembrerebbe insomma rispecchiare un approccio *globale* alla promozione della salute.

Ciononostante, esistono prestazioni sanitarie che il SSN italiano non finanzia, perlomeno non a tutti gli assistiti. Riesce d'altronde difficile pensare che il servizio pubblico possa davvero fornire all'intera popolazione tutte le possibili prestazioni di carattere medico-sanitario. Per quanto suggestiva in linea di principio, la formula del «dare tutto a tutti» non è purtroppo finanziariamente sostenibile. Si è così ritenuto opportuno stilare un elenco delle prestazioni che il servizio sanitario pubblico s'impegna a garantire, in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, a tutti gli assistiti: sono questi i «livelli essenziali di assistenza» (LEA). I LEA costituiscono quindi le prestazioni che gli italiani hanno diritto di ricevere dal Servizio

Sanitario Nazionale in forma gratuita o tutt'al più dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket).

La definizione e l'aggiornamento della lista dei LEA compete al Ministero della Salute. Tale lista fu stilata per la prima volta nel 2001, e comprende oltre 5.700 tipi di prestazioni (Gasparro 2009). Per evitare equivoci, a fianco dell'elenco dei servizi ritenuti essenziali, il Ministero della Salute ha predisposto due ulteriori liste: quella delle prestazioni *parzialmente* escluse, e quella delle cure *totalmente* escluse dai LEA.

Nelle prestazioni *parzialmente escluse* (in quanto erogabili solo a determinate condizioni o a determinate categorie di utenti) ricadono, ad esempio, la fisioterapia ambulatoriale e le cure dentarie. Il SSN s'impegna infatti a fornire l'assistenza odontoiatrica solo ai minori di 14 anni e ad alcune determinate categorie di adulti che si trovino in condizioni di particolare vulnerabilità sanitaria o sociale. A tutti gli altri assistiti il servizio pubblico garantisce solo il trattamento delle urgenze (in presenza, ad esempio, di infezioni acute) e le visite diagnostiche in caso di tumori al cavo orale. In tutti gli altri casi, le cure odontoiatriche sono a carico del singolo cittadino (Toth 2014).

Risultano invece *totalmente escluse* dai LEA: 1) le prestazioni che non abbiamo come fine diretto la tutela della salute (rientrano in tale categoria molti interventi di chirurgia estetica); 2) le cure la cui efficacia non si ritenga ancora sufficientemente provata in ambito scientifico (si pensi, ad esempio, alle medicine non convenzionali quali fitoterapia, omeopatia, chiropratica, osteopatia); 3) i trattamenti che, a parità di beneficio per il paziente, risultino più costosi di altri già disponibili.

Torniamo alla nostra domanda: quanto è generoso il pacchetto dei servizi offerti dal SSN? Per quanto si faccia promotore di un'ampia gamma di interventi, il servizio sanitario pubblico italiano non finanzia – dichiaratamente – alcuni tipi di prestazioni. Dobbiamo allora concludere che il principio della globalità delle cure non è pienamente soddisfatto.

5.3. Dalla carta alla realtà: gli ostacoli nell'accedere alle cure

Quanto si è appena detto in relazione alla copertura sanitaria dell'intera popolazione e all'erogazione dei LEA riguarda ciò che il SSN *dovrebbe* garantire ai propri assistiti. Se però si passa dalla carta alla realtà (ciò che il SSN riesce effettivamente a garantire), il quadro si presenta differente. Nell'accedere a molte delle prestazioni essenziali gli utenti del SSN incontrano infatti ostacoli di varia natura. Tali ostacoli producono, di fatto, un razionamento implicito dell'assistenza fornita dal servizio pubblico (Cotlear *et al.* 2015).

I residenti in Italia non dispongono di una copertura realmente “globale” a causa di alcuni limiti del nostro SSN, riconducibili essenzialmente a quattro fattori: 1) alcune prestazioni, per quanto importanti per la salute, risultano formalmente escluse dai LEA; 2) le regioni hanno difficoltà a erogare l'intera gamma dei LEA; 3) i tempi d'attesa nelle strutture pubbliche sono eccessivamente lunghi; 4) i ticket a carico degli utenti possono condizionare le scelte di cura soprattutto dei soggetti meno abbienti. Vediamo ognuno di questi quattro fattori più nel dettaglio.

Il primo limite – lo si è già detto – riguarda il fatto che alcune prestazioni non sono comprese nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e non sono quindi finanziate dal SSN. Esempio: una quota della spesa farmaceutica, così come buona parte delle cure dentistiche e di fisioterapia sono a carico dei singoli cittadini. Le cure escluse dai LEA incidono parecchio sulla spesa privata: in Italia la spesa out-of-pocket è infatti costituita per il 53% dai farmaci e per il 23% dalle cure odontoiatriche (The European House-Ambrosetti 2015).

Un secondo ostacolo all'effettivo accesso ai servizi sanitari deriva dalle inadempienze delle singole regioni. Il Ministero della Salute monitora infatti ogni anno in quale misura le regioni siano effettivamente in grado di erogare i livelli essenziali di assistenza (LEA). Da tale monitoraggio (Ministero della Salute 2015) emerge che le regioni del Centro-Nord sono in grado di erogare la maggioranza dei LEA in modo appropriato e con tempi di attesa ragionevoli (le regioni migliori, sotto questo aspetto, risultano Toscana, Emilia-Romagna e Piemonte). Le regioni del Mezzogiorno, al contrario, risultano in larga misura inadempienti: esse non erogano tutti i LEA, talvolta non li erogano in modo appropriato, spesso non li erogano nei tempi dovuti.

Proprio i lunghi tempi d'attesa costituiscono un ulteriore ostacolo nell'accesso alle cure. E' questo uno dei principali problemi che affliggono il nostro SSN, e ha naturalmente l'effetto di incentivare l'acquisto di prestazioni specialistiche dal settore privato. Va infatti notato che il problema delle lunghe liste d'attesa riguarda quasi esclusivamente le strutture pubbliche, perché quelle private hanno solitamente tempi di risposta molto inferiori. Solo qualche esempio per rendersi conto dell'entità del problema: per una colonscopia nelle strutture pubbliche si attendono mediamente 87 giorni, nel privato solo 8 giorni; per una risonanza magnetica del ginocchio nelle cliniche private si aspettano mediamente 5 giorni, nel pubblico 74; per una visita oculistica nelle strutture pubbliche bisogna attendere in media 69 giorni, nel privato solo 6 (Censis 2015). Di fronte a tali differenze nei tempi d'attesa, è comprensibile che molti pazienti preferiscano mettere mano al portafoglio, rivolgendosi al settore privato. Come conferma anche una ricerca del Censis (2014), il 48% di coloro che si sono rivolti a

fornitori privati, pagando di tasca propria, dichiara di averlo fatto a causa delle lunghe liste d'attesa delle strutture pubbliche.

Un quarto, e ultimo, ostacolo nell'accedere alle cure è infine rappresentato dai ticket. Questi ultimi – come tutti gli italiani sanno – consistono in compartecipazioni alla spesa che il singolo paziente è tenuto a corrispondere per usufruire di determinate prestazioni. Esistono ticket sulle visite e sugli esami specialistici, sulle prescrizioni farmaceutiche, sull'accesso al pronto soccorso per i casi meno gravi. Secondo i dati forniti dalla Corte dei Conti (2016), gli italiani sborsano ogni anno per i ticket poco meno di 2,9 miliardi di euro. Le entrate derivanti dai ticket corrispondono quindi a circa il 2% dell'intera spesa sanitaria complessiva, e a meno del 10% della spesa sanitaria privata. Non moltissimo. La spesa media pro capite per i ticket è di circa 47 euro l'anno. Il dato, posto così, è tuttavia poco indicativo perché un'ampia fetta di popolazione è esentata dal pagamento dei ticket. Sono infatti previste diverse categorie di esenzione: non pagano il ticket i cittadini a basso reddito, gli invalidi, coloro che sono affetti da determinate patologie croniche o malattie rare.

Essendo in larga misura stabiliti a livello regionale, i ticket non sono affatto uniformi sul territorio nazionale. Si prenda come esempio il ticket sulle prescrizioni farmaceutiche: in alcune regioni non è previsto, in altre è costituito da una quota fissa, in altre ancora esso è modulato in base al reddito familiare. Così per la stessa prescrizione farmaceutica si possono pagare 8 euro in Toscana, 4 in Lombardia, 2 in Calabria, un euro a Trento; in Friuli-Venezia Giulia, Valle d'Aosta, Marche e Sardegna non si paga nulla.

5.4. La rinuncia alle cure per ragioni economiche

I limiti del SSN appena passati in rassegna fanno sì che gli italiani debbano mettere mano al portafoglio anche per ricevere cure considerate “essenziali”, cui formalmente avrebbero quindi diritto. Il fatto che una parte dell'assistenza sanitaria sia a carico dei singoli utenti costituisce evidentemente un elemento di discriminazione tra soggetti più e meno abbienti. Chi ha maggiore disponibilità economica può infatti permettersi prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dal SSN, può accorciare i tempi d'attesa, dispone di maggiore libertà nella scelta del medico o del luogo di cura. Chi è indigente deve invece accontentarsi di quel che passa il servizio pubblico, corre il rischio di indebitarsi per pagare i conti sanitari, e in alcuni casi si vede costretto a rinunciare alle cure.

I dati forniti dall'Istat (2015) mettono infatti in luce un fenomeno preoccupante: il 4,3% della popolazione italiana (ovvero 2,6 milioni di individui) dichiara di aver rinunciato nell'ultimo anno ad almeno una visita specialistica – che pure riteneva necessaria per la propria salute –

per ragioni esclusivamente economiche. Circa 2,3 milioni di persone hanno dovuto rinunciare, sempre per motivi economici, all'acquisto di farmaci. A questi vanno aggiunti coloro che si sono indebitati – chiedendo prestiti in banca o ai familiari – per far fronte alle cure sanitarie: ben 7,7 milioni di italiani (Censis 2015).

Sotto questo aspetto si registra una forte disparità tra Nord e Sud del paese: ha infatti rinunciato alle cure – per ragioni economiche – il 2,8% della popolazione delle regioni centro-settentrionali, contro il 6,5% delle regioni del Mezzogiorno (Istat 2015).

Viene facile pensare che a rinunciare alle cure siano soprattutto le famiglie meno abbienti. Tale congettura trova conferma in uno studio condotto recentemente dall'associazione Altroconsumo (2015): tale ricerca mostra che se consideriamo solo le famiglie con un reddito inferiore a 1.550 euro mensili (corrispondente grossomodo alla soglia di povertà relativa per una famiglia di quattro componenti), la percentuale di quelle che rinuncia a cure necessarie supera il 60%.

6. Conclusioni

In questo articolo si è cercato di investigare – prima in chiave comparata e poi soffermandosi sul caso italiano – il tema della copertura sanitaria universale. Tale concetto è stato “spacchettato” in due diverse componenti, quella della *diffusione* dell'assicurazione sanitaria e quella della *generosità* del pacchetto assicurativo. Per ognuna di queste due dimensioni si è cercato di tenere distinti – per quanto possibile – il piano dei diritti *sulla carta* dalla situazione *de facto*.

Siamo partiti dall'analisi comparata della diffusione dell'assicurazione sanitaria nei paesi OCSE e in quelli dell'Unione Europea: negli ultimi 40 anni, i paesi capaci di garantire la copertura dell'intera popolazione sono andati progressivamente aumentando. In un quadro complessivo di estensione dell'universalismo sanitario, un dato deve però preoccupare l'Unione Europea: negli ultimi due decenni il numero di cittadini europei privi di assicurazione sanitaria è infatti aumentato, passando da 1,5 milioni nel 1995 agli oltre 8 milioni attuali.

Oltre alla diffusione della copertura si è considerata ma anche la generosità degli schemi assicurativi. Dal confronto tra i diversi paesi europei emerge un'ulteriore fonte di preoccupazione: in diversi paesi, anche tra quelli dotati di copertura universale, una quota non irrilevante della popolazione dichiara bisogni sanitari “non soddisfatti”, a causa dell'eccessivo costo delle cure, dei lunghi tempi d'attesa o della distanza rispetto al luogo di

residenza. Tra i paesi europei che – sulla base degli indicatori utilizzati – possono essere catalogati come “universali ma poco generosi” ricade, almeno in parte, anche l'Italia.

Si è cercato allora di individuare i fattori che, nel nostro paese, ostacolano l'effettiva fruizione delle cure sanitarie: le prestazioni escluse dai LEA, le inadempienze regionali nell'erogare le cure essenziali, le lunghe liste d'attesa, i ticket. L'azione congiunta di questi fattori finisce per incentivare il ricorso a fornitori privati, incrementando la spesa out-of-pocket. Naturalmente a essere svantaggiate da tale situazione sono soprattutto le fasce più povere della popolazione.

Bibliografia

Abihiro, G.A. e M. De Allegri (2015), *Universal health coverage from multiple perspectives: a synthesis of conceptual literature and global debate*, in «BMC International Health and Human Rights», 15, 1, pp. 17-23.

Altroconsumo (2015), *Sanità cara: gli italiani rinunciano alle cure*, Roma, Altroconsumo. <http://www.altroconsumo.it/salute/diritti-del-malato/news/spese-mediche>. Ultimo accesso: 30 marzo 2016.

Boerma, T. et al. (2014), *Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels*, in «PLoS Med», 11, 9, pp. 1-8.

Censis (2014), *Monitor Biomedico 2014. Informati ed insoddisfatti: verso una sanità minimale?*, Roma, Censis.

Censis (2015), *49° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese*, Roma, Censis.

Corte dei Conti (2016), *Rapporto 2016 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma, Corte dei Conti.

Cotlear, D. et al. (2015), *Going Universal: How 24 Developing Countries Are Implementing Universal Health Coverage Reforms from the Bottom Up*, Washington, The World Bank.

Cylus, J. e I. Papanicolas (2015), *An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?*, in «Health Policy», 119, 9, pp. 1133-1144.

Eurostat (2015), *Healthcare Statistics*, Lussemburgo, Eurostat. http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_statistics. Ultimo accesso: 30 marzo 2016.

Gasparro, N. (2009), *Diritto sanitario*, Milano, Gruppo 24 Ore.

Istat (2015), *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*, Roma, Istituto Nazionale di Statistica.

- Jacobs, L. e T. Skocpol (2010), *Health care reform and American politics: what everyone needs to know*, New York, Oxford University Press.
- Mapelli, V. (2012), *Il sistema sanitario italiano*, Bologna, il Mulino.
- Ministero della Salute (2015), *Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA" attraverso gli indicatori della griglia LEA*, Roma, Ministero della Salute.
- O'Connell T., R. Rasanathan e M. Chopra (2014), *What does universal health coverage mean?*, in «The Lancet», 383, pp. 277-279.
- Ocse (2014), *Health at a Glance: Europe 2014*, Parigi, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico.
- Ocse (2015), *OECD Health Statistics 2015*, Parigi, Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico. <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>. Ultimo accesso: 30 marzo 2016.
- Stuckler, D. et al. (2010), *The political economy of universal health coverage*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità.
- The European House-Ambrosetti (2015), *Meridiano Sanità. Rapporto 2015*, Milano, The European House-Ambrosetti.
- Toth, F. (2011), «Yes, we did»? *Luci ed ombre della riforma sanitaria di Obama*, in «Rivista Italiana di Scienza Politica», 41, 1, pp. 105-130.
- Toth, F. (2014), *La sanità in Italia*, Bologna, il Mulino.
- US Census Bureau (2015), *Health Insurance Coverage in the United States: 2014. Current Population Reports*, Washington, US Government Printing Office.
- US National Health Statistics Reports (2009), *Health insurance coverage trends, 1959-2007. Estimates from the National Health Interview Survey*, Hyattsville, National Center for Health Statistics.
- Who (2010), *Health systems financing: the path to universal coverage*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità.
- Who (2015), *WHO Global Health Expenditure Database*, Ginevra, Organizzazione Mondiale della Sanità. <http://apps.who.int/nha/database>. Ultimo accesso: 30 marzo 2016.