



# Kéiron

nr. 13

2003

**M**alato

	Editoriale	10
<hr/>		
	E T I C A	
I. Carrasco de Paula	Libertà del medico per la migliore prescrizione	12
G. Giarelli	L'empowerment del malato nella relazione terapeutica: da paziente a partner?	18
E. Mancini	Un ospedale a misura di bambino	32
<hr/>		
	S C I E N Z A	
C. Cipolla e A. Maturo	Il malato e la sua malattia	42
L. Dalla Ragione	Il filo d'erba kantiano: il concetto di singolarità in psichiatria	52
G. Corbellini	Il ciarlatano saccente	58
L. Santi	Diagnosticare, curare e guarire biotech	62
P. Schirripa	Il paziente di fronte a un'offerta terapeutica composita: itinerari terapeutici in Ghana	70
<hr/>		
	S O C I E T À	
F. Spandonaro	Pazienti, consumatori e cittadini: a chi si rivolgono le politiche di domanda?	80
G. Zuccatelli	L'azienda sanitaria appropriata	90
R. Appignanesi	Una sanità sicura?	98
G. Baraldi	"L'amor che move" l'azienda sanitaria	108
I. Cavicchi	Il malato afferrabile	118
F. Voltaggio	La clinica e la relazione	130
A. Pieretti	La medicina delle medicine, riflessioni a margine	138
G. Marchetti	L'antirappresentazionalismo contemporaneo	146
F. Toscani	La medicina e il morente: un nuovo rapporto medico-paziente	156
I. Portioli	Il malato chi è? È cambiato?	164
A. Panti	Sperimentare su un solo paziente, una vita da medico generale	172
	RECENSIONI	178

Federico Spandonaro

## PAZIENTI, CONSUMATORI E CITTADINI: A CHI SI RIVOLGONO LE POLITICHE DI DOMANDA?

Le politiche di domanda nel SSN italiano stentano a decollare, anche per una marcata confusione riguardo al soggetto delle stesse. L'economia si dovrebbe occupare di consumatori e non di pazienti: l'equivoco in ambito di sanità pubblica persiste, con l'effetto di mantenere in vita un sistema di erogazione spesso insoddisfacente. Analogamente, se si passasse dalla logica della soddisfazione dei bisogni a quella della soddisfazione della domanda, anche le politiche allocative assumerebbero connotati diversi, evitando il rischio che la logica dei bisogni diventi un paravento per alimentare in modo autoreferenziale l'offerta esistente.

Le immagini dei gioielli pubblicate in queste pagine sono state gentilmente concesse da BVLGARI



80

Kéiron

Un'altra possibilità è quella di leggere il comportamento del paziente secondo la teoria del rapporto di agenzia, ovvero come un consumatore che necessita di un intermediario (agente) per soddisfare i propri bisogni; siamo però qui nell'ambito più generale degli eventuali fallimenti di mercato, qualora asimmetrie informative permettano l'instaurazione di rapporti di agenzia imperfetti.

La risposta al quesito posto dal titolo potrebbe, banalmente, essere che tutti e tre questi stati della persona hanno un interesse economico. Approfondendo l'analisi emergono però lineamenti meno ovvi, e ruoli disomogenei per le tre condizioni richiamate.

L'economia, come è noto, si occupa di scelte e delle condizioni in cui queste scelte si concretizzano (mercati); non ci sono dubbi che in questo approccio ha un ruolo fondamentale l'analisi dei comportamenti del consumatore, guidati dalla ricerca della sua utilità, più o meno altruisticamente determinata.

In altri termini è il consumatore il perno dei ragionamenti dell'economia. Il paziente o il cittadino rappresentano specificazioni del concetto di consumatore, legate a modificazioni della relativa funzione di utilità: concetto, quest'ultimo, che pur fondante della ricerca economica è, quasi paradossalmente, confinato sul piano normativo, essendo difficilmente riassumibile in osservazioni empiriche che lo supportino su di un piano positivo.

Non mancano, peraltro, nella letteratura economica, tentativi di considerare il paziente-malato in quanto tale; rimanendo in un ambito discorsivo, potremmo dire che il malato è essenzialmente un consumatore che vede modificarsi la propria curva di indifferenza (ovvero l'ambito delle scelte razionali di consumo: quanto del bene o servizio A e quanto del B, a parità di utilità ottenuta) per effetto di una modificazione nello stato di salute (1). Si fa discendere da questi ragionamenti, ad esempio, l'inelasticità a livello individuale del consumo sanitario al prezzo, e quindi la natura di bene primario della salute. In queste modificazioni dell'utilità risiederebbe buona parte della peculiarità della micro-economia sanitaria e quindi la sua giustificazione come branca dell'economia politica.

In verità qualche perplessità sull'approccio è lecita: provocatoriamente, se analizziamo le pretese diversità fra la condizione di malato e quella (ad esempio) di "affamato", è facile concludere che sono minime; chi ha saltato un pranzo, sa come una significativa fame comporta il vedere sotto una



luce "nuova" l'alternativa fra una lauta cena e un buon film, ma non per questo in economia si sente il bisogno di ridefinire l'utilità in funzione della intensità della fame. Proseguendo sullo stesso filo di ragionamento, si potrebbe arrivare a non considerare la salute fra i beni primari, come fa Rawls nella sua teoria della giustizia sociale.

Tratto dal sito web [www.olemiss.edu](http://www.olemiss.edu)

La questione sembra invece più interessante, e piena di conseguenza, se ci si interroga sul versante della natura della razionalità dell'individuo: in tale ambito rimane da giustificare, e la soluzione non sembra del tutto immediata, una visione miope, che sottovaluta l'utilità del consumo fin tanto che il bisogno non diventa attuale. Questa miopia è peraltro empiricamente constatabile, ed è talmente importante da essere alla base delle giustificazioni dell'intervento pubblico in sanità, su cui torneremo in seguito.

Analogamente la condizione di cittadino deriva da quella di appartenenza ad una comunità e, quindi, il riferimento teorico naturale è alla funzione di benessere sociale, che sostituisce e generalizza quella di utilità individuale.

Siamo nell'ambito del welfare, ovvero nel campo dell'equità ove vanno socialmente mediate le istanze individuali: il che è notoriamente facile a dirsi, ma difficile a realizzarsi.

A riprova di ciò, pur non mancando gli studi sull'equità orizzontale e verticale, essi sono condotti in una ottica interna al sistema sanitario, e seguono logicamente – dandole per scontate – le scelte in merito all'allocazione primaria delle risorse pubbliche e private. La decisione su quanto destinare a consumi pubblici (individuali e collettivi) ha un ruolo prioritario, e di grande attualità, in un contesto in cui la "limitatezza" delle risorse pubbliche per la sanità sembra essere divenuto un assioma (2). La scelta fondamentale non è forse più, oggi, quella fra un'impostazione individualistica o solidaristica del

2 Non mancano eccellenti eccezioni: si pensi per tutte al recente "Patto per la Salute" del governo Blair, che intende rilanciare l'intervento pubblico in Sanità.



82

Kéiron



Tony Dummett, *The decisive moment strikes: a worker's café in Auckland, New Zealand.*

sistema, quanto quella fra dare, o meno, forte responsabilità paternalistica allo Stato. In altri termini, in un contesto caratterizzato dall'impossibilità di creare un mercato competitivo, la questione di fondo è quanto e quale "Stato" si vuole: e la risposta, in termini di efficienza delle scelte, è tutt'altro che univoca, come le statistiche sulla spesa e la qualità dei servizi insegnano.

Passando dalle scelte individuali a quelle collettive, siamo passati dal campo dell'economia politica a quello delle politiche sanitarie; quest'ultime devono oggi interrogarsi sull'importanza, nel sentire comune, di istanze che spesso assumono valenza antitetica per le loro conseguenze economiche: libertà di scelta e contenimento dei costi, coesione sociale e personalizzazione dei servizi, tanto per citarne alcune.

Sulle modalità di formazione delle utilità, individuali e collettive, la teoria ha sinora dato risposte del tutto parziali. La politica surroga alla carenza della scienza, ma è per questo costretta a scegliere aprioristicamente, a volte sulla scorta di sensazioni senza alcun riscontro oggettivo; a riprova di ciò, in Italia non si conoscono rilevanti studi di impatto delle politiche sanitarie: non è uno sterile slogan rimarcare come si conoscano molto meglio i costi del sistema, piuttosto che i benefici e tanto meno i benefici sociali.

Sono quindi la natura del ragionamento e dell'impostazione metodologica dell'economia, come anche alcune perduranti carenze teoriche, le ragioni di fondo che portano a privilegiare la figura dell'individuo come consumatore nell'approccio economico.

In campo sanitario potrebbe sembrare paradossale concentrarsi sul consumatore e non sul paziente, per quanto il rapporto con il solo malato va ormai stretto alla stessa medicina: si pensi alla prevenzione primaria e alle conseguenze che porterà la genomica, che porteranno a cure in assenza di sintomi. In ogni caso non necessariamente un approccio basato sul consumatore è disdicevole, specie se serve a ricordare l'importanza del concetto di utilità.

Quest'ultimo ha, ad esempio, certamente una valenza più ampia e più rispettosa della dignità umana, di quella connessa al concetto di bisogno.

## SIAMO TUTTI UGUALI



...MA UGUALI A CHI?

Joaquim Salvador Lavado, in arte Quino,  
*Il mondo di Mafalda*

3 Cfr. ad es. Drummond, 2000.

Non di meno, e malgrado l'impegno degli studi di *Value Economic* nell'utilizzare misure di utilità (3) (l'è più classico è l'utilizzo dei QALY's - *Quality Adjusted Years* sul versante delle quantificazione dei benefici), l'assenza di prezzi di mercato che rivelino le preferenze dei consumatori, il destino del ricercatore rimane quello di interpretare soggettivamente le utilità, facendosi implicitamente carico di giudizi di valore.

Sul versante delle politiche macro-economiche la questione è evidente: le misure di beneficio sono praticamente assenti, scelte che avvengono al più sulla base del criterio del bisogno. Come precedentemente affermato, il bisogno - si sottintende il bisogno clinico - certamente non coincide con la dimensione di utilità: come disconoscere l'esistenza di benefici derivanti dalla affermazione del proprio stato sociale (status) derivante dalla capacità di accesso all'ultima scoperta (il grande luminare), dalla eliminazione dell'ansia (forse ipocondria), dal desiderio di fare il "massimo, non la nulla di intentato", per una persona cara, e così via.

Il bisogno entra quindi nell'agone delle scelte economiche (pubbliche), pur non essendo una categoria strettamente economica. E la giustificazione risiede in un'aprioristica definizione di cosa sia meritorio: l'insieme delle prestazioni erogate, coinciderebbe l'insieme degli interventi erogati per soddisfare i bisogni clinici.

La vastità e in qualche misura l'indeterminatezza delle definizioni correnti di salute dovrebbero peraltro far riflettere su quanto sia accidentata la strada delle definizioni dei bisogni clinici. Sul piano normativo è oggi di moda appoggiarsi a un utilitarismo, quello di appropriatezza clinica, che in realtà discrimina i soli interventi medici

efficaci i cui benefici, per un determinato soggetto, superano i rischi (4); esiste quindi una potenziale contraddizione tra il principio di efficienza economica (che sconta i costi e i rischi) e, data la natura assolutamente individuale della definizione, con la natura sociale delle scelte che il principio dovrebbe supportare.

Sul piano pratico, registriamo che i bisogni la stessa inosservanza citata per le funzioni di utilità e l'esperienza della capitale nel NHS (5) inseguono come i consumi osservati siano ben lontani dai bisogni, seppure in qualche modo definiti.

4 Cfr. Materia, 2003

5 Cfr. Sutton et al., 2002

Tratto dal sito web  
www.federationforpeace.com



84

Kéiron



**Dai Bisogni  
alla Domanda**

I consumi sanitari, ovvero la domanda espressa, sono infatti il frutto del sovrapporsi alla spinta dei bisogni, di fattori di offerta, inefficienza, aspettative collettive; nello stesso tempo, risentono della insoddisfazione dei bisogni (domanda inespressa) che né il sistema pubblico, né la capacità di pagare dei singoli hanno permesso di soddisfare.

La domanda espressa non contiene quindi tutti (e la distanza sarà tanto minore quanto più alto sarà il livello economico del Paese, e tanto più equo il servizio sanitario) i bisogni clinici, mentre contiene altri fattori che da questi esulano.

Sembra facile, di nuovo apparentemente, combattere eccessi di domanda derivanti da eccessi di offerta, o da istanze equitative (si pensi al moral hazard tipico degli esenti), o gli sprechi derivanti da inefficienze di processo (inappropriatezza organizzativa) o tecniche (sprechi nell'uso di risorse).

Molto più difficile appare invece eliminare la spinta dei bisogni non strettamente clinici.

Apparentemente la scommessa dei sistemi sanitari pubblici si gioca sulla risposta da dare alla profezia di Brook, che nel 1994 scriveva sull'autorevole "British Medical Journal" "senza metodi per identificare l'assistenza non appropriata, la capacità della società di garantire a tutti la copertura sanitaria potrebbe venire meno".

Dobbiamo però chiederci se l'obiettivo sia davvero soddisfare i bisogni (con un po' di forzatura il paziente) oppure vada soddisfatta la domanda (ovvero il consumatore). L'approccio basato sulla ricerca dell'appropriatezza, quand'anche applicabile senza ledere il rapporto fiduciario medico-paziente, risponde in realtà al primo criterio. Non è difficile immaginare che se una società di individui insoddisfatti a causa di un sistema iniquo è una condizione insopportabile, anche una società di individui giustamente (o equamente) insoddisfatti non è un grande risultato, e finirebbe per mettere in crisi dalle fondamenta il sistema pubblico.

Per forza di cose è alla soddisfazione (possibilmente equa e informata) dei cittadini che il sistema deve mirare: e quindi alla domanda prima dei bisogni.

Chi pratica la sanità sa che non si avvicina la domanda espressa ai bisogni senza agire sul lato delle politiche di offerta, ma come il NHS ci insegna, il solo razionamento porta al collasso il sistema sul versante della soddisfazione degli utenti.

Ecco quindi che si delinea il ruolo centrale delle politiche di domanda (di educazione e informazione), ma anche di equa



## L'evoluzione dei bisogni e della domanda

6 In realtà è in corso un dibattito scientifico sulla corretta misura dell'elasticità al reddito dei consumi sanitari, ma questo non cambia sostanzialmente la questione da un punto di vista qualitativo. Cfr. Atella- Marini.

7 Cfr. ad. es. Abel Smith 1967, Gerdtham et al. 1992.

compartecipazione ai costi del sistema, che sono necessarie per far quadrare il cerchio. È pleonastico sottolineare che esistono politiche di domanda, e non politiche di bisogno.

In termini dinamici fronteggiamo oggi due grandi scommesse: quella sugli effetti dell'invecchiamento della popolazione e quella dell'ampliamento delle possibilità di cura.

Iniziando dalla seconda, è sotto gli occhi di tutti la dimensione dei passi avanti che la medicina ha fatto nell'ultimo secolo. In termini di assorbimento di risorse ciò ha comportato un progressivo ampliamento della quota di bilancio delle famiglie assorbita dai servizi sanitari (pubblici e privati). Contrariamente a quanto prima affermato sulla natura del consumo individuale, il consumo sanitario aggregato si comporta come per i beni di lusso (6), ovvero aumenta la sua incidenza sui bilanci all'aumentare del reddito medio dei Paesi (7). A questo fenomeno certamente contribuisce sia la natura labour intensive del settore, che secondo la legge di Okun comporta una crescita della produttività minore della media e, di conseguenza, un aumento dei prezzi relativi, sia la tecnologia, non tanto, o non solo, per i suoi costi unitari, quanto per le maggiori opportunità terapeutiche che offre.

Sulla velocità di innovazione futura ogni stima è largamente opinabile, se non altro perché la natura dell'innovazione può essere molteplice. Un esempio classico lo abbiamo in campo farmaceutico: l'introduzione di una New Chemical Entity un conto è se genera (ad un estremo) un blockbuster che offre nuove opportunità terapeutiche e un'altro è se ne deriva un farmaco di nicchia, che migliora magari l'efficacia di un trattamento già esistente: anche i costi conseguenti saranno certamente difforni e non comparabili.

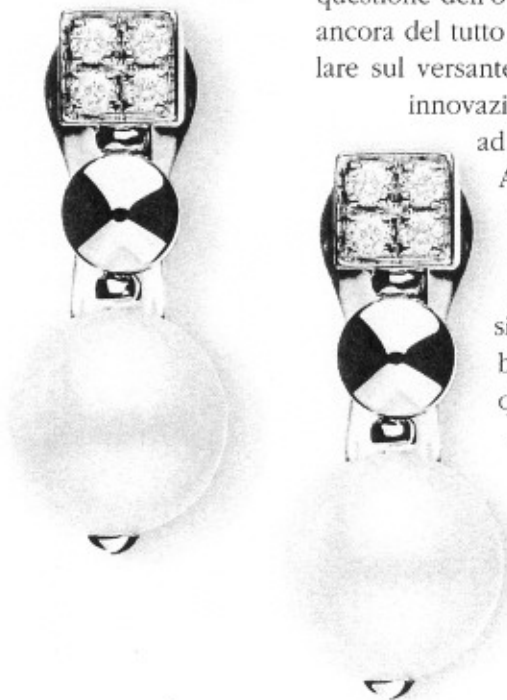
Si deve però segnalare, per la sua crescente importanza, la questione dell'overlapping delle tecnologie, che non è stata ancora del tutto compiutamente esplorata, in modo particolare sul versante degli sprechi che implica. In una fase di innovazioni marginali, il fenomeno tende certamente

ad ampliare la sua importanza (8).

Anche sulla questione dell'invecchiamento le incertezze non mancano, ma qualche informazione in più è disponibile.

Sostanzialmente esistono due "scuole di pensiero": la prima proietta nel futuro gli attuali bisogni di salute (e assistenza, visto che in questo campo è centrale la questione della non autosufficienza), ottenendone stime di costo sanitario abbastanza pessimistiche (9).

L'altra "scuola" sostiene invece che i profili di vita cambieranno radicalmente, e con essi i bisogni specifici per età, e quindi la domanda di cure e assistenza; a supporto di questa visione esistono varie







evidenze empiriche: in particolare sembrerebbe che in Francia e USA l'invecchiamento sia negli ultimi decenni coinciso con una diminuzione della domanda complessiva da parte degli anziani, tanto da poter prevedere un saldo (più anziani, ma più sani e quindi a minore costo) negativo **(10)**.

Una costola di questo approccio è quella che collega l'evoluzione dei costi alla morte, assumendo che il periodo di concentrazione dei consumi rimanga comunque limitato a pochi anni (o mesi) prima della morte **(11)**.

Evidentemente la visione del futuro economico della Sanità è in questi casi molto più ottimistica. Se risulta difficile fare previsioni, sarebbe però quanto meno utile gestire il presente con un occhio al futuro.

Nella politica nostrana non mancano le contraddizioni da

Tamara de Lempicka, *Self portrait in the Green Bugatti*, 1925, collezione privata

**8** Cf. Cicchetti, 2005.

**9** Si veda ad esempio per l'Italia RGS, 2002.

**10** Una rassegna dei contributi sul tema è contenuta in Piperno, 2002.

**11** Ibidem.



Codognato, *Vini di Lusso*, 1920 da Vintage Posters

### Conseguenze e prospettive

questo punto di vista: tanto per citare qualche fatto di attualità, notiamo che le Regioni sono oggi pronte a battere cassa per effetto delle cure (aggiuntive?) che dovranno garantire agli immigrati per effetto della Legge Bossi-Fini, mentre non si vedono grandi progetti per far fronte alle modificazioni che per lo stesso motivo stanno intervenendo sul lato delle patologie, e che dovrebbero rimettere in discussione scelte di chiusura di reparti fatte non molto tempo fa; nello stesso modo, il Ministero mentre insiste sulla ulteriore riduzione dei posti letto per acuti (nella vana speranza che questo di per sé comporti risparmi), dovrebbe tenere conto dell'aumento (questo sì prevedibile) nel medio termine degli assistiti anziani, che se certamente comporterà più cronicità, non potrà non avere effetti espansivi sulle acuzie, allungando anche le degenze medie, per effetto di comorbilità, gravità media dei casi, etc.

Quanto sopra argomentato dovrebbe far riflettere sulla valenza delle politiche che pretendono di rendere compatibile la domanda espressa con le risorse finanziarie, agendo esclusivamente sul lato dell'offerta; magari dando al (singolo) medico la responsabilità di razionare il sistema con l'arma della appropriatezza clinica.

Non dovrebbe essere la crescita dei bisogni il vero oggetto di preoccupazione, quanto la discrasia fra domanda sanitaria in senso lato e disponibilità a pagare per un sistema di assicurazione collettiva e solidale che garantisca la copertura di tale domanda. In prospettiva questo fattore potrà rappresentare un grande problema anche per lo sviluppo delle forme di assicurazione sanitaria integrativa.

Non di meno prove scientifiche dell'esistenza di questa discrasia non vengono prodotte: essa si desume dai comportamenti della politica, sempre che essa interpreti correttamente le istanze sociali.

Si pone quindi un problema di verifica dei principi che sottostanno all'intervento pubblico in sanità: mentre all'atto della costituzione del servizio sanitario (L. n. 833/1978) non ci furono dubbi nel finalizzare il sistema alla riduzione dei gap esistenti fra Regioni, oggi è difficile capire se il sistema attuale risponde ancora a valori condivisi. Interrogando la popolazione sulle caratteristiche che dovrebbe avere un intervento pubblico in sanità, è improbabile che possano emergere richieste di garanzia dell'appropriatezza o dell'efficienza. Più facilmente sarebbe richiamata la libertà di scelta, la tempestività di risposta, l'eccellenza delle cure e altre caratteristiche del servizio.

Il sentire comune in un ambito come quello sanitario è tutt'altro che scontato. Andrebbero ad esempio approfondite le ragioni per cui nella società britannica si rifiuta l'idea delle prestazioni essenziali, mentre si punta all'eccellenza del sistema (sino al punto di trasformare nella forma il celeberrimo



Nella pagina seguente, Kirk Richards, *The gift*, 2003 collezione privata

88

Kéiron

12 Atella, Mennini, Spandonaro, 2004.

### BIBLIOGRAFIA

Abel-Smith, B., *An International Study of Health Expenditure*, Geneva, World Health Organisation, 1967 ("Public Health Papers" No. 32).

Atella, V. e Marini, G., *Is health care expenditure really a luxury good? A reassessment and new evidence based on OECD data*, inviato per pubblicazione a "Journal of Health Economics".

Atella V., Pennini, F.S. e Spandonaro, E., *Criteri per l'allocazione regionale*

NICE, da istituto per l'analisi Costo-Efficacia a istituto per la *Clinical Excellence*). Nel mentre, il razionamento si persegue con un forte impegno sul versante informativo, sostenendo e promuovendo la responsabilità individuale dei singoli (il patto per la salute).

Di contro è noto come in Italia l'opinione pubblica preferisca circoscrivere il sistema pubblico a un set di prestazioni essenziali, piuttosto che agire sulle responsabilità del singolo, sia essa quella di mantenere stili di vita sani (non è un caso che siamo fra le popolazioni più sedentarie) o mettere mano al portafoglio per migliorare lo "stato di salute" del SSN.

Se la ragione è una, ormai radicata, diffidenza per i servizi ad erogazione pubblica diretta (peraltro con livelli molto difforni sul territorio, in funzione delle capacità regionali di gestire efficientemente i servizi stessi) allora i risparmi sono una politica suicida: o si investe per migliorare o è meglio passare la mano, cambiando la natura dell'intervento pubblico in Sanità.

Tra l'altro siamo, sul lato del finanziamento, all'inaugurazione del modello di federalismo fiscale, che si regge su una fortissima (ma non più totale) perequazione delle capacità fiscali e su una negletta definizione dei bisogni sanitari, anch'essa a fini perequativi.

Nei fatti, però, la stima dei bisogni si fonda sui consumi effettivi (siano essi appropriati o no, siano essi efficienti o no): il legittimo sospetto è che, al di là dell'apparente ovvietà della necessità di una perequazione dei bisogni, si stia ancora perseguendo il mantenimento dei livelli storici di spesa, senza alcun riguardo per la domanda espressa dalle popolazioni **(12)**. L'effetto è insostenibile, quanto è insostenibile un federalismo in perduranti condizioni di forte squilibrio socio-economico Nord-Sud: si penalizza così il consumo di chi ha risorse e servizi efficienti da comprare, e contemporaneamente si costringe chi ha servizi inefficienti a rimanere forzatamente in un sistema inadeguato, sperando in un suo ravvedimento spontaneo.

In definitiva, malgrado due riforme importanti, il peso dei consumatori nella sanità italiana continua a essere irrilevante: non è allora un caso che il SSN collezioni riconoscimenti per la sua efficacia clinica e bocciature sul lato della soddisfazione dei cittadini!



*delle risorse per la sanità: riflessioni sul caso italiano*, in "Politiche Sanitarie", V. 5, n. 1, 2004.

Brook, R.H., *Appropriateness: the next frontier*, in "British Medical Journal", 308, 1994.

Catananti C., Cicchetti A. e Marchetti, M., *Overlapping delle tecnologie e i processi di sostituzione tecnologica in sanità*, Atti convegno AIES, Roma 30-31/10/2003.

Drummond, M.F., O'Brien, B.J., Stoddart G.L. e Torrance, G.W., *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*, Roma, Il Pensiero Scientifico Ed., 2000.

Gerdtham, U.G., Sogaard, J., Andersson, F. e Jonsson, B., *An econometric analysis of health care expenditure: A cross-section study of the OECD countries*, in "Journal of Health Economics", 11, 63, 1992.

Jacobzone, S., *Coping with aging: international challenges*, in "Health Affairs", vol.19, 2000.

Materia, E., *Appropriatezza: origini, implicazioni, valutazione*, in "Tendenze nuove", n. 4-5, Bologna, Il Mulino, 2003.

Newhouse, J.P., *Medical Care Expenditure: A Cross-national Survey*, in "Journal of Human Resources", Vol. 12, 1977.

Piperno, A., *Avremo le risorse per curarci? Come si presentano le sfide prossime venture al welfare sanitario: dati e riflessioni sul rapporto tra sviluppo sociodemografico, spesa e policy*, Progetto Strategico del CNR, *Problemi prioritari e politiche di razionalizzazione del sistema sanitario nazionale*, 2002.

Ragioneria Generale dello Stato, *Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sanitario*, in "Temi di finanza pubblica", Quaderno n. 4, 2002.

Sutton, M., Gravelle, H., Morris, S., Leyland, A., Windmeijer, F., Dibben, C. e Muirhead, M., *Allocation of Resources to English Areas: Individual and small area determinants of morbidity and use of healthcare resources. Report to the Department of Health*, Edinburgh, Information and Statistics Division, 2002.