



# Riccardo e Angela GUGLIELMI



## **OLTRE LA SANITA'**

**VIAGGIO TRA MODELLI ECONOMICI E  
SALUTE PUBBLICA**

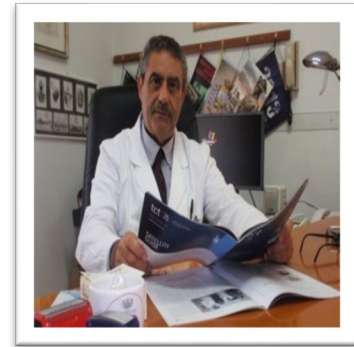
**Storia, Analisi, Prospettive**

# GLI AUTORI

**Riccardo Guglielmi**

**Cardiologo - Giornalista  
Scientifico**

Ordine Medici Bari n° 4064



**Angela Guglielmi**

**Psicologa Psicoterapeuta**

Ordine Psicologi Bari n° 2903



**Copyright © Anno 2026**

**Autori: Riccardo e Angela Guglielmi**

**Tutti i diritti riservati. Questo testo è distribuito a scopo didattico e informativo. È vietata qualsiasi manipolazione, riproduzione o distribuzione non autorizzata del contenuto. Gli autori mantengono tutti i diritti su questa pubblicazione**

**Distribuito gratuitamente grazie a contributo non economico**



# OLTRE LA SANITA'

## VIAGGIO TRA MODELLI ECONOMICI E SALUTE PUBBLICA

*Dedica: Ai miei figli*

### Sommario

<b>Introduzione</b>	<b>Pag. 4</b>
Capitolo I - <b><u>Fondamenti</u> teorici dei sistemi economici</b>	<b>Pag. 6</b>
Capitolo II - <b>Il modello <u>marxista</u> (Lenin)</b>	<b>Pag. 14</b>
Capitolo III - <b>Il modello <u>capitalistico</u></b>	<b>Pag. 27</b>
Capitolo IV - <b>La <u>socialdemocrazia</u> europea</b>	<b>Pag. 46</b>
Capitolo V - <b>Il modello <u>cinese</u></b>	<b>Pag. 53</b>
Capitolo VI - <b>Il modello degli <u>Emirati Arabi</u></b>	<b>Pag. 68</b>
Capitolo VII - <b><u>Economie</u> di guerra e modelli autoritari</b>	<b>Pag. 80</b>
Capitolo VIII - <b><u>Confronto</u> critico tra i modelli</b>	<b>Pag. 87</b>
Capitolo IX - <b><u>Prospettive</u> future e scenari possibili</b>	<b>Pag. 91</b>
<b><u>Conclusioni</u></b>	<b>Pag. 94</b>
<b><u>Bibliografia</u></b>	<b>Pag. 96</b>
<b><u>Conosciamo</u> gli autori</b>	

## **Introduzione**

La relazione tra i modelli economici e l'organizzazione della sanità rappresenta una delle sfide più affascinanti e complesse della società moderna. In un'epoca caratterizzata da rapidi cambiamenti sociali, tecnologici ed economici, comprendere come le scelte macroeconomiche influenzino la salute delle popolazioni è fondamentale per chi, come noi medici, si trova ogni giorno a contatto con le conseguenze concrete di queste decisioni. La sanità, infatti, non è solo un sistema di cura, ma uno specchio delle priorità, dei valori e delle strategie politiche adottate dai diversi Paesi.

## **Obiettivi del lavoro**

Questo progetto si propone di analizzare criticamente i principali sistemi economici contemporanei – dal marxismo al capitalismo, dalla socialdemocrazia europea al modello cinese, fino alle economie miste come quella degli Emirati Arabi – focalizzandosi sull'impatto che ciascun modello esercita sull'organizzazione, il finanziamento e l'accessibilità della sanità. Verranno approfondite le ricadute pratiche di queste scelte economiche, sia in termini di qualità delle cure che di equità nell'accesso ai servizi, con l'obiettivo di tracciare un quadro comparativo che metta in luce punti di forza e limiti di ogni sistema. Il lavoro mira inoltre a offrire spunti utili sia per la pratica clinica che per la riflessione politica e sociale, stimolando una visione critica e propositiva.

## **Metodologia e fonti**

L'analisi si basa su una revisione critica della letteratura scientifica internazionale, includendo dati epidemiologici, rapporti istituzionali (OMS, OCSE, Banca Mondiale), studi di caso e confronti tra indicatori di salute pubblica. Verranno integrati anche elementi di storia della medicina, testimonianze dirette raccolte tramite interviste a professionisti sanitari attivi in diversi contesti e analisi di documenti governativi. Questo approccio multidisciplinare permetterà di cogliere sia gli aspetti strutturali che le ricadute pratiche delle politiche sanitarie, garantendo una visione ampia e approfondita.

## **Rilevanza del tema per la medicina e la società**

La sanità non è mai neutra: riflette le scelte, i valori e le priorità di ogni società. Capire come i diversi modelli economici influenzino la salute collettiva significa, per noi

medici, poter interpretare meglio le esigenze dei pazienti, anticipare criticità e proporre soluzioni più efficaci. In un mondo dove le disuguaglianze sanitarie sono ancora profonde, questa riflessione diventa non solo un esercizio intellettuale, ma un dovere etico verso la professione e la società tutta. Il lavoro mira a stimolare una maggiore consapevolezza tra i professionisti sanitari e a fornire strumenti utili per affrontare le sfide future, favorendo una medicina più equa, sostenibile e innovativa. Infine in ogni capitolo si avrà cura di esplorare anche le dinamiche sociali e psicologiche che accompagnano ogni modello sanitario, con particolare attenzione alla qualità percepita dai pazienti e dagli operatori. Questo aspetto è fondamentale per comprendere non solo l'efficacia oggettiva dei sistemi, ma anche come vengano realmente vissuti nella pratica quotidiana: la qualità, infatti, può variare profondamente da un contesto all'altro, spaziando da livelli bassissimi a eccellenti. Analizzare questi elementi permette di cogliere le sfumature che spesso sfuggono a una lettura puramente tecnica, offrendo una visione più completa e umana dell'impatto delle scelte economiche sulla salute pubblica.

## **CAPITOLO I - FONDAMENTI TEORICI DEI SISTEMI ECONOMICI**

- Definizione di sistema economico
- Teorie economiche principali
- Relazione tra economia e salute pubblica

Questo capitolo introduce le basi teoriche dei sistemi economici e il loro impatto sulla salute pubblica. Vengono presentate le principali definizioni e teorie economiche, mostrando come le scelte in ambito economico possano influenzare la qualità della vita e l'organizzazione sanitaria. L'obiettivo è fornire strumenti utili per analizzare criticamente le dinamiche che plasmano il sistema sanitario, sempre con attenzione alla centralità della persona e alla qualità delle cure.

Per approfondire questi concetti, il capitolo si articola in tre sezioni: la definizione di sistema economico, l'analisi delle teorie economiche principali e l'esplorazione della relazione tra economia e salute pubblica. Ogni parte offre spunti pratici e strumenti utili per comprendere meglio le interazioni tra economia e sanità.



**Fig.1 - Equilibri tra Risorse e Salute**

## 1.1 Definizione di sistema economico

Il sistema economico rappresenta il complesso delle strutture, regole, istituzioni e relazioni che regolano l'attività economica di una società. In altre parole, è il modello con cui una comunità gestisce la produzione, la distribuzione e il consumo di beni e servizi, utilizzando le risorse disponibili (capitale, lavoro, terra, tecnologia) per rispondere ai bisogni individuali e collettivi.

Ogni sistema economico si fonda su alcuni principi e meccanismi decisionali che rispondono alle tre domande fondamentali dell'economia:

1. **Cosa produrre?** (Quali beni e servizi vengono scelti e prioritizzati)
2. **Come produrre?** (Quali metodi, tecnologie e risorse vengono impiegati)
3. **Per chi produrre?** (Come vengono distribuiti i beni e servizi tra i vari gruppi della popolazione)

La risposta a queste domande varia in base al tipo di sistema economico adottato, che può essere:

- **Sistema di mercato:** basato sulla libera iniziativa, la concorrenza e il prezzo come meccanismo di regolazione. Qui le decisioni sono prese da individui e imprese, guidate dal profitto e dalla domanda/offerta.
- **Sistema pianificato:** caratterizzato da un forte intervento statale, che decide cosa, come e per chi produrre. Spesso associato a economie socialiste o comuniste.
- **Sistema misto:** combina elementi di mercato e di pianificazione, con una presenza significativa sia di attori privati che pubblici. È il modello più diffuso oggi, specialmente nei Paesi occidentali.

Il sistema economico non è statico: si evolve nel tempo in risposta a cambiamenti sociali, tecnologici, politici e ambientali. Inoltre, rispecchia i valori, le priorità e le strategie di una società, influenzando direttamente il benessere, la distribuzione della ricchezza, la qualità della vita e anche la salute pubblica.

Le istituzioni che fanno parte del sistema economico sono molteplici: mercati, imprese, famiglie, Stato, banche, enti regolatori, organizzazioni internazionali. Ognuna

contribuisce a determinare il funzionamento globale del sistema, creando un tessuto complesso di interazioni.

Infine, il sistema economico non opera in isolamento, ma si intreccia con altri sistemi (politico, sociale, culturale), influenzando e venendo influenzato da fattori esterni come la demografia, la tecnologia e l'ambiente. Questo rende lo studio dei sistemi economici fondamentale per comprendere le dinamiche di sviluppo, equità e sostenibilità di una società.

## **1.2 Teorie economiche principali**

Le teorie economiche principali non sono nate a caso: sono il risultato di idee, crisi, rivoluzioni e cambiamenti sociali che hanno segnato la storia. Ogni teoria è figlia del suo tempo e delle sfide che la società si trovava ad affrontare.

### **Scuola classica**

Immaginiamo la Scozia del XVIII secolo: un'epoca di fermento, tra rivoluzioni industriali e cambiamenti sociali. Qui nasce Adam Smith (Kirkcaldy, Scozia, 1723–1790), considerato il padre dell'economia moderna. Con la sua opera “La ricchezza delle nazioni” (1776), Smith introduce il concetto di “mano invisibile”, sostenendo che il mercato, lasciato libero, tende naturalmente all'equilibrio. Accanto a lui, ci sono David Ricardo (Londra, 1772–1823) e Thomas Malthus (Surrey, 1766–1834), che analizzano temi come il valore, la rendita e la crescita della popolazione. In questo periodo, la società si trasforma: le città crescono, le fabbriche si moltiplicano e il lavoro diventa il motore dell'economia.

*Piccola pausa: la rivoluzione industriale ha portato benessere, ma anche nuove disuguaglianze. Gli economisti classici cercano di capire e spiegare questi cambiamenti, offrendo strumenti per interpretare la nuova realtà.*

### **Scuola neoclassica**

Passiamo ora all'Europa di fine Ottocento, tra università e laboratori di matematica. Qui emerge Leon Walras (Évieux, Francia, 1834–1910), uno dei fondatori della scuola neoclassica, insieme a William Stanley Jevons (Londra, 1835–1882) e Carl Menger (Nowy Sącz, Polonia, 1840–1921). Questi studiosi introducono il concetto di utilità marginale e analizzano il comportamento razionale degli individui. Il mercato diventa una sorta di “meccanismo perfetto”, dove domanda e offerta si incontrano e si

bilanciano. In questo periodo, la società è più stabile, la scienza avanza e l'attenzione si sposta sulle scelte del singolo consumatore.

*Curiosità: la scuola neoclassica nasce in tre paesi diversi quasi contemporaneamente, segno di un bisogno diffuso di comprendere meglio il funzionamento dei mercati in un mondo sempre più interconnesso.*

### **Pensiero keynesiano**

Facciamo un salto nella Londra degli anni Trenta, in piena crisi economica. Qui opera John Maynard Keynes (Cambridge, 1883–1946), una delle menti più brillanti del Novecento. Con il suo capolavoro “The General Theory of Employment, Interest and Money” (1936), Keynes rompe con la tradizione e sostiene che lo Stato debba intervenire per sostenere la domanda e combattere la disoccupazione. La sua teoria nasce in risposta alla Grande Depressione, un periodo segnato da incertezza, povertà e instabilità. Keynes diventa una vera e propria celebrità, influenzando la politica economica di tutto il mondo.

*Nota di colore: Keynes era noto anche per il suo spirito anticonformista e per la sua passione per l'arte e il teatro. Un economista fuori dagli schemi!*

### **Marxismo**

Torniamo indietro di qualche decennio, nella Germania di metà Ottocento. Qui troviamo Karl Marx (Treviri, 1818–1883), filosofo, economista e rivoluzionario. Con “Il Capitale” (1867), Marx analizza il capitalismo come sistema di sfruttamento e conflitto tra classi. La sua visione nasce in un'epoca di forti disuguaglianze sociali, dove la classe operaia inizia a rivendicare diritti e dignità. Le idee di Marx avranno un impatto enorme sulla storia politica ed economica del Novecento.

*Piccola parentesi: Marx trascorse gran parte della sua vita in esilio, soprattutto a Londra, dove scrisse molte delle sue opere principali.*

### **Teorie istituzionali e comportamentali**

Infine, arriviamo al Novecento americano, tra università e centri di ricerca. Qui si distinguono Thorstein Veblen (Wisconsin, 1857–1929), che studia il ruolo delle istituzioni e delle abitudini sociali, e Daniel Kahneman (Tel Aviv, 1934–), psicologo e premio Nobel, che rivoluziona l'economia comportamentale mostrando come le scelte economiche siano spesso guidate da emozioni e bias cognitivi. In un mondo sempre più complesso, queste teorie aiutano a capire perché, spesso, non siamo così razionali come pensavamo.

Ogni teoria nasce da una società, da un periodo storico preciso, e risponde a bisogni e sfide reali. Capirle vuol dire entrare nei meccanismi profondi che hanno plasmato il mondo in cui viviamo.

Ma la storia non si ferma qui. Dalle basi delle grandi teorie economiche sono nati modelli che cercano di rispondere a nuove sfide, spesso in contesti completamente diversi da quelli del passato. Pensa, ad esempio, all'economia di guerra, che trasforma radicalmente le priorità e le regole del sistema economico, oppure al cosiddetto "modello cinese", dove lo sviluppo è guidato da una forte presenza statale e da strategie di lungo periodo. O ancora, ai modelli degli Emirati Arabi, che puntano su innovazione e diversificazione in scenari di rapida evoluzione. Questi sono solo brevi accenni: nei prossimi capitoli avremo modo di entrare nel dettaglio di ciascuno di questi modelli e delle problematiche specifiche che pongono.

**Tabella 1** – Principali Teorie Economiche e Implicazioni per la Salute Pubblica

<b>Teoria economica</b>	<b>Periodo storico</b>	<b>Protagonisti principali</b>	<b>Visione su Stato/mercato</b>	<b>Focus principale</b>	<b>Impatto su salute pubblica</b>
<b>Classica</b>	XVIII-XIX sec.	Adam Smith, Ricardo, Malthus	Mercato libero, Stato minimo	Crescita, equilibrio naturale	Salute come riflesso di benessere diffuso
<b>Neoclassica</b>	Fine XIX sec.	Walras, Jevons, Menger	Mercato perfetto, razionalità	Scelte individuali, utilità	Accesso in base alle risorse individuali
<b>Keynesiana</b>	XX sec. (anni '30)	John M. Keynes	Stato interventista	Domanda aggregata, occupazione	Welfare, sanità pubblica estesa
<b>Marxista</b>	XIX sec.	Karl Marx, Lenin	Stato centrale, no mercato	Conflitto di classe, uguaglianza	Sanità universale, pubblica
<b>Istituzionale/Comportamentale</b>	XX-XXI sec.	Veblen, Kahneman	Ruolo delle istituzioni	Comportamento reale, bias	Attenzione a equità e accessibilità

### **1.3 Relazione tra economia e salute pubblica**

Nel tessuto della società contemporanea, la relazione tra economia e salute pubblica si configura come uno dei nodi più intricati e decisivi per il benessere collettivo. Ogni scelta economica riverbera direttamente sulla qualità della vita, sulla prevenzione delle malattie, sull'accesso equo alle cure e sulla capacità di resilienza della comunità. Allo stesso tempo, la salute pubblica non è solo un valore etico, ma anche un motore di crescita e innovazione, una leva strategica capace di orientare l'evoluzione sociale e culturale. In questo scenario, il sistema sanitario diventa un laboratorio di sperimentazione, dove si intrecciano esigenze di sostenibilità, innovazione e giustizia, in un equilibrio sempre dinamico e mai definitivo.

La storia della tutela sanitaria collettiva affonda le radici nell'Ottocento, quando le società di mutuo soccorso nascono per rispondere ai bisogni delle classi lavoratrici, segnate dalle trasformazioni della rivoluzione industriale. Questi organismi, spesso animati da una solidarietà concreta e sobria, rappresentano il primo tentativo di garantire assistenza a chi non poteva permettersela privatamente, aprendo la strada a una progressiva consapevolezza del diritto alla salute. Nel corso del Novecento, l'evoluzione dei sistemi assicurativi e mutualistici porta all'introduzione di leggi nazionali che ampliano la tutela sanitaria a fasce sempre più ampie della popolazione. In molti Paesi europei, il passaggio da modelli basati sulla carità e sull'assistenza privata a quelli fondati sulla responsabilità pubblica segna una svolta epocale: lo Stato assume un ruolo centrale nell'organizzazione e nel finanziamento dei servizi sanitari, rafforzando la rete ospedaliera e estendendo i diritti sanitari, soprattutto dopo la Seconda guerra mondiale.

Il caso italiano trova il suo punto di svolta nel 1978, con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo sistema pubblico, ispirato ai principi di universalità, uguaglianza e solidarietà, garantisce l'accesso alle cure a tutti i cittadini, indipendentemente dal reddito o dalla condizione sociale. Il SSN rappresenta uno dei pilastri del welfare italiano, ponendo la persona e i suoi bisogni al centro, in linea con una tradizione di sobrietà e concretezza che richiama la lezione calviniana: la centralità della persona, la ricerca della giustizia, la capacità di guardare al futuro senza perdere di vista i valori fondanti.

Negli ultimi decenni, il sistema sanitario italiano si trova ad affrontare sfide sempre più complesse: la sostenibilità economica, la gestione dell'innovazione tecnologica,

l'invecchiamento della popolazione, l'aumento delle cronicità e la necessità di garantire equità e qualità delle cure su tutto il territorio nazionale. Questi aspetti richiedono una governance attenta, capace di bilanciare risorse, bisogni e aspettative, e una visione lucida che sappia integrare ospedale e territorio, promuovere l'uso delle nuove tecnologie digitali, sostenere la formazione continua degli operatori e valorizzare la partecipazione attiva dei cittadini.

Il dialogo tra economia e salute pubblica, nella prospettiva calviniana, non è mai scontato né semplice: richiede sobrietà nell'analisi, concretezza nelle soluzioni, empatia nell'ascolto dei bisogni. Solo così il sistema sanitario può evolvere, mantenendo coerenza e senso, affrontando le sfide del presente con uno sguardo attento al futuro.

Nei prossimi capitoli verranno approfondite le principali sfide che il sistema sanitario si trova ad affrontare e le possibili soluzioni, attraverso l'analisi di casi concreti, modelli organizzativi e scenari futuri. Si esplorerà in particolare come i modelli economici influenzino la salute pubblica, quali siano le migliori pratiche internazionali e in che modo la medicina possa diventare sempre più accessibile, efficace e umana. In ogni passaggio, la persona resterà al centro e la qualità delle cure sarà il riferimento irrinunciabile, guidando la riflessione verso un sistema sanitario capace di evolvere senza perdere di vista i suoi valori fondanti.

**Sintesi** Il capitolo offre un quadro completo sui fondamenti teorici dei sistemi economici, analizzando definizioni, principali teorie e la stretta relazione tra economia e salute pubblica. Si evidenzia come le scelte economiche influenzino la qualità della vita e l'organizzazione sanitaria, sottolineando la centralità della persona e la qualità delle cure come elementi chiave per affrontare le sfide attuali e future del sistema sanitario. L'approccio critico e multidisciplinare proposto permette di comprendere meglio le dinamiche che plasmano il settore, fornendo strumenti utili per una gestione più equa, sostenibile e innovativa.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Smith A. An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. London: W. Strahan and T. Cadell; 1776.
2. World Health Organization. The economics of health and health care. Geneva: WHO; 2021.

3. Keynes JM. *The General Theory of Employment, Interest and Money*. London: Macmillan; 1936.
4. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. London: Institute of Health Equity; 2020.
5. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991;266(16):2268-2271.

## **CAPITOLO II - IL MODELLO MARXISTA (LENIN)**

1. Fondamenti ideologici e storici
2. Struttura sociale, politica e organizzazione sanitaria
3. Modalità di finanziamento, accessibilità e universalità
4. Qualità, risultati e criticità
5. Esempi storici

Il secondo capitolo analizza il modello marxista-leninista applicato ai sistemi sanitari, mettendo in luce come i principi ideologici abbiano influenzato la struttura sociale, politica e organizzativa della sanità nei paesi a ispirazione socialista.

A partire dalle basi teoriche del pensiero marxista e dalle trasformazioni storiche della Rivoluzione d'Ottobre, vengono approfonditi i modelli di assistenza sanitaria pubblica, universalistica e centralizzata, con particolare attenzione ai casi emblematici dell'URSS e di Cuba.

L'obiettivo del capitolo è quello di chiarire l'architettura istituzionale e le modalità di finanziamento della sanità in questi contesti, valutando il grado di accessibilità, la qualità delle cure offerte e le principali criticità e punti di forza che hanno caratterizzato tali sistemi. Attraverso esempi storici e una riflessione critica, si evidenzia come il modello marxista abbia inciso sulla salute pubblica e quali insegnamenti siano applicabili alla medicina contemporanea.

### **2.1 Fondamenti ideologici e storici**

La sintesi della del pensiero di Lenin parte dalla concezione di un modello industriale caratterizzato da **l'elettrificazione e l'industrializzazione forzata** (la fabbrica), il **controllo statale** (i cartelli sulla pianificazione) e il ruolo del **partito come avanguardia** (la figura del leader che guida la folla).

Per Lenin, lo Stato doveva funzionare come un unico, immenso meccanismo coordinato, dove ogni ingranaggio — inclusa la forza lavoro — doveva essere mantenuto in perfetta efficienza. In questa visione, la salute del proletariato smette di essere una questione privata o caritatevole e diventa una **priorità strategica dello Stato**.



**Fig. 2 – Il controllo del partito sull'industria**

Lenin intuì che senza una popolazione sana, l'ambizioso piano di industrializzazione sarebbe fallito sotto il peso delle epidemie e della mortalità infantile che piagavano la Russia zarista. Celebre è il suo monito del 1919: *"O il socialismo sconfiggerà i pidocchi (il tifo), o i pidocchi sconfiggeranno il socialismo"*.

Da questa necessità pragmatica e ideologica nasce il **modello sanitario Semashko**, il primo sistema al mondo completamente statalizzato, gerarchico e centralizzato. I fondamenti del modello marxista-leninista poggiano su tre pilastri:

1. **L'unità di comando:** La sanità è governata centralmente dal Commissariato del Popolo per la Salute (Narkomzdrav), rispecchiando il centralismo democratico del partito.
2. **La prevenzione come dovere sociale:** Il medico non deve solo curare il malato, ma preservare la capacità produttiva del lavoratore attraverso l'igiene e la profilassi nelle fabbriche.
3. **L'universalità gratuita:** L'eliminazione della proprietà privata dei mezzi di produzione si estende ai servizi: la salute è un diritto garantito dallo Stato, finanziato dal bilancio pubblico e non dalle assicurazioni.

La storia della sanità sovietica è dunque indissolubilmente legata ai cambiamenti politici del Novecento: il passaggio dalla medicina "di classe" (focalizzata sul supporto

alla lotta rivoluzionaria) a una medicina "di Stato" volta a sostenere la trasformazione dell'URSS in una potenza industriale globale.

Da questa concezione nasce il modello sanitario. I fondamenti ideologici e storici del modello marxista-leninista affondano le radici nella convinzione che la salute sia un diritto universale e un pilastro della giustizia sociale.

La storia della sanità sovietica è indissolubilmente legata ai grandi cambiamenti politici che hanno segnato il Novecento.

### **Modello marxista (Lenin)**

Il modello marxista-leninista prende forma nei primi anni della Rivoluzione d'Ottobre, quando Lenin comprende che la salute non può essere lasciata al caso o al mercato. Nel 1918 viene istituito il Commissariato del Popolo per la Salute Pubblica (Narkomzdrav), che segna la nascita del primo sistema sanitario completamente pubblico e centralizzato al mondo. Qui la medicina preventiva diventa prioritaria: campagne di vaccinazione di massa, lotta contro il tifo e la tubercolosi, bonifiche ambientali e alfabetizzazione sanitaria sono strumenti concreti per emancipare il popolo. Lenin vede il medico come "ingegnere sociale", impegnato tanto nelle fabbriche quanto nei villaggi, vicino ai bisogni reali delle persone. Il modello si basa sulla pianificazione: dallo Stato parte ogni scelta, dalla formazione universitaria dei medici alla distribuzione delle risorse. L'accesso alle cure è gratuito per tutti, senza distinzione di classe. In questa fase pionieristica, la sanità sovietica si impone come modello alternativo in Europa e nel mondo, ispirando sia la Cina maoista che Cuba rivoluzionaria.

L'impronta di Lenin resta nella struttura: la medicina non è solo cura, ma strumento di trasformazione sociale, capace di ridurre le disuguaglianze e costruire cittadinanza. In questo contesto, i principi ideologici guidano ogni scelta sanitaria, puntando a una società più equa e coesa.

### **Principi ideologici**

Il sistema sanitario sovietico si fonda su pilastri ideologici che restano costanti anche nei decenni successivi. Sotto Stalin, il modello si irrigidisce: la centralizzazione si rafforza, la burocrazia cresce e la medicina diventa anche strumento di controllo sociale. Tuttavia, i principi di universalità e gratuità delle cure non vengono mai messi in discussione.

La solidarietà di classe si traduce in reti di poliambulatori (policliniki) e ospedali diffusi su tutto il territorio, persino nelle regioni più remote della Siberia. La prevenzione resta centrale: visite periodiche nei luoghi di lavoro, programmi di screening e campagne igienico-sanitarie sono parte della quotidianità.

Con Chruščëv (Khrushchev), si assiste a una certa apertura: vengono introdotte riforme che cercano di umanizzare il rapporto medico-paziente e di incentivare la ricerca scientifica. L'idea di fondo rimane quella di una medicina "al servizio del popolo", dove lo Stato si assume la responsabilità della salute collettiva. Gli anni di Brežnev vedono una certa stagnazione, con la rigidità del sistema che inizia a mostrare limiti organizzativi e tecnologici, ma la copertura sanitaria universale rimane un punto fermo.

Questi principi, pur affrontando sfide come crisi economiche e rigidità politiche, continuano a rappresentare nell'immaginario collettivo l'ideale di uguaglianza e diritto universale alla salute. Da qui prende avvio l'evoluzione storica del sistema sanitario sovietico, tra adattamenti e trasformazioni

### **Evoluzione storica**

La storia della sanità sovietica attraversa fasi di grande trasformazione, specchio dei cambiamenti politici e sociali del Paese. Dopo la morte di Stalin, Chruščëv promuove la de-istituzionalizzazione e tenta di riavvicinare la medicina alle esigenze quotidiane della popolazione, con risultati alterni.

Negli anni Ottanta, con Gorbačëv e la perestrojka, emergono le prime grandi criticità: la scarsità di risorse, la corruzione e la difficoltà di aggiornare le strutture diventano evidenti. Si tenta di introdurre elementi di efficienza e autonomia gestionale, ma il sistema fatica ad adattarsi.

Con El'cin, dopo il crollo dell'URSS, la sanità attraversa una crisi profonda: privatizzazioni, tagli ai finanziamenti e aumento delle disuguaglianze segnano un periodo difficile, con forti contrasti rispetto al passato.

Negli anni di Putin, la Russia cerca di ricostruire un sistema misto, dove resta una forte componente pubblica, ma si sviluppano anche servizi a pagamento e assicurativi. Rimangono però tracce profonde del modello sovietico: la capillarità delle strutture, la centralità della prevenzione e una certa diffidenza verso la privatizzazione totale della salute.

Questa evoluzione mostra come la medicina, nel contesto russo, sia stata sempre

intrecciata alle grandi sfide storiche e alle trasformazioni sociali, rimanendo uno degli specchi più fedeli della società.

## **2.2 Struttura sociale, politica e organizzazione sanitaria**

L'analisi della struttura sociale e politica permette di comprendere come il modello sanitario rifletta le scelte ideologiche e organizzative del periodo. Approfondire questi aspetti aiuta a leggere la natura pubblica, privata o mista del sistema e le sue ricadute sulla salute collettiva.

Per capire il funzionamento del sistema sanitario sovietico, bisogna partire dal contesto sociale e politico in cui era inserito

### **Struttura sociale e politica**

La società sovietica era caratterizzata da una forte centralizzazione del potere nelle mani del partito comunista, che controllava sia la vita pubblica che quella privata. La propaganda ufficiale promuoveva l'uguaglianza sociale, ma in realtà esistevano notevoli differenze tra aree urbane e rurali, tra lavoratori dell'industria e dell'agricoltura, e soprattutto tra chi apparteneva al partito e chi ne era escluso. L'accesso a risorse, servizi e opportunità era spesso condizionato dalla posizione politica e sociale, mentre la partecipazione democratica era limitata. Le decisioni venivano prese in modo verticistico, con poca autonomia locale e scarso spazio per il pluralismo. Tutto questo influenzava direttamente anche la gestione della sanità, che rispondeva alle direttive centrali e alle priorità politiche del momento.

Il modello organizzativo della sanità sovietica rifletteva perfettamente la struttura politica del paese.

### **Modello di organizzazione sanitaria**

La sanità era organizzata secondo il modello Semashko, ideato da Nikolai Aleksandrovich Semashko (1874-1949), medico, politico e accademico sovietico considerato il "padre" del sistema sanitario dell'Unione Sovietica. Nel 1918, dopo la Rivoluzione d'Ottobre, Semashko divenne il primo Commissario del Popolo per la Salute Pubblica (l'equivalente del Ministro della Salute) e progettò un modello sanitario statale che portava il suo nome.

Questo modello era basato su una pianificazione centralizzata, finanziamento pubblico e accesso universale alle cure. Tutti i servizi sanitari – dalla prevenzione alla cura, fino

alla riabilitazione – erano finanziati e gestiti dallo Stato, senza assicurazioni private. L'organizzazione e la pianificazione della sanità erano completamente nelle mani delle autorità centrali, che stabilivano protocolli, linee guida e obiettivi di salute pubblica validi per tutto il territorio.

Il sistema era strutturato su più livelli: ambulatori e policlinici per l'assistenza primaria e specialistica, ospedali per l'assistenza secondaria e terziaria. Grande importanza era data alla medicina preventiva, con campagne di vaccinazione di massa, screening, programmi di educazione sanitaria e controlli periodici. Il personale sanitario, formato in modo uniforme e sottoposto a controlli periodici, era dipendente statale e veniva assegnato alle varie strutture secondo le necessità pianificate.

Questo garantiva un approccio omogeneo su tutto il territorio, ma spesso limitava la flessibilità e la capacità di adattarsi alle specificità locali. Il modello Semashko ha influenzato molti Paesi socialisti e ha avuto un ruolo fondamentale nel controllo di epidemie e nell'aumento dell'aspettativa di vita in URSS, soprattutto nei primi decenni. Tuttavia, negli anni successivi, la rigidità e la burocrazia del sistema hanno portato a inefficienze e difficoltà di aggiornamento tecnologico.

Semashko viene ricordato per la sua visione sociale della medicina e per aver promosso l'idea che la salute fosse un diritto collettivo, non un privilegio individuale. Proprio da questa impostazione nasce la struttura del sistema sanitario, orientata su un modello pubblico, senza spazio per componenti private o miste.

### **Struttura del sistema (pubblico, privato, misto)**

Un aspetto fondamentale del sistema sovietico riguarda la proprietà e la gestione delle strutture sanitarie. Il modello Semashko prevedeva un sistema quasi interamente pubblico: lo Stato possedeva e gestiva ospedali, poliambulatori, laboratori e farmacie. Tutti i professionisti sanitari erano dipendenti statali, assegnati alle strutture secondo logiche pianificate centralmente.

Il settore privato era praticamente inesistente, salvo rare eccezioni tollerate solo in alcune fasi storiche o in settori molto marginali, come piccole cliniche o studi dentistici. Questo assetto garantiva una copertura sanitaria teoricamente universale e gratuita per tutta la popolazione, con accesso alle cure indipendente dal reddito individuale e senza barriere economiche.

La totale assenza di concorrenza e la rigidità del sistema pubblico portavano però spesso a inefficienze: carenze di risorse, lunghe liste d'attesa, limitata innovazione

tecnologica e difficoltà di adattamento alle necessità locali. Le risorse venivano allocate secondo priorità politiche, più che in base ai reali bisogni della popolazione, e questo contribuiva a creare squilibri territoriali e disuguaglianze nell'offerta di servizi.

### **2.3 Modalità di finanziamento, accessibilità e universalità**

Dopo aver visto la struttura organizzativa, è fondamentale capire come il sistema sanitario sovietico veniva finanziato e garantiva l'accesso alle cure. In questo modello, la modalità di finanziamento, l'accessibilità ai servizi e il principio di universalità erano strettamente collegati: lo Stato non solo gestiva le strutture, ma si occupava anche di raccogliere e destinare le risorse necessarie per assicurare un'assistenza sanitaria gratuita e disponibile per tutti i cittadini, senza distinzioni di reddito o status sociale. Per comprendere a fondo l'efficacia e le criticità del sistema sanitario sovietico, è utile analizzare alcuni casi specifici e dati storici che illustrano come le modalità di finanziamento e il principio di universalità abbiano influenzato concretamente la vita quotidiana dei cittadini.

#### **Esempi concreti di finanziamento**

Negli anni '50 e '60, oltre il 6% del prodotto interno lordo sovietico veniva destinato alla sanità, una quota significativa rispetto agli standard dell'epoca. Le risorse venivano distribuite in modo pianificato: ad esempio, la costruzione di ospedali rurali e poliambulatori era stabilita centralmente, con obiettivi quantitativi precisi per ogni regione. Un aspetto caratteristico era la totale assenza di pagamento diretto: un cittadino che si recava in ospedale per una frattura o una polmonite non sosteneva alcuna spesa, né per le cure né per i farmaci essenziali. Tuttavia, la rigidità burocratica spesso portava a squilibri, con alcune aree urbane meglio servite rispetto alle regioni periferiche, dove le risorse potevano essere insufficienti o distribuite con ritardo.

#### **Casi studio sull'accessibilità e universalità**

Un esempio emblematico riguarda la campagna di eradicazione della poliomielite negli anni '60. Grazie alla capillarità della rete sanitaria e alla gratuità delle vaccinazioni, il programma riuscì a raggiungere anche le zone più remote, portando a un drastico calo dei casi in pochi anni.

Allo stesso tempo, però, le croniche carenze di personale sanitario nelle regioni asiatiche dell'URSS evidenziavano i limiti del sistema: nonostante l'accesso fosse

teoricamente garantito, la qualità e la tempestività delle cure variavano notevolmente. In alcune repubbliche, le liste d'attesa per interventi chirurgici potevano essere molto lunghe, e la disponibilità di farmaci non sempre era assicurata.

### **Dati storici e riflessioni**

Negli anni '70, il tasso di mortalità infantile nell'URSS era sceso a livelli paragonabili a quelli di molti Paesi occidentali, segno dell'efficacia di alcune politiche preventive e della copertura universale. Tuttavia, a partire dagli anni '80, la crescente obsolescenza delle strutture e la stagnazione economica portarono a un progressivo peggioramento di alcuni indicatori di salute pubblica, sottolineando la necessità di maggiore flessibilità e innovazione.

Questi esempi mostrano come il modello sovietico abbia rappresentato un laboratorio sociale unico: capace di garantire copertura universale e risultati significativi in alcune aree, ma anche soggetto a limiti strutturali dovuti alla sua rigidità e centralizzazione.

## **2.4 - Qualità, risultati e criticità**

Analizzare la qualità dei servizi, i risultati ottenuti in termini di salute pubblica e le principali criticità del sistema sanitario sovietico permette di cogliere sia le conquiste che i limiti di un modello profondamente influenzato dal contesto politico ed economico. Questa parte offre una panoramica sulle performance sanitarie raggiunte e sui fattori che hanno contribuito a definirne il successo o, al contrario, a limitarne l'efficacia, fornendo così un quadro equilibrato e realistico dell'esperienza sovietica.

### **Qualità e risultati in termini di salute pubblica**

Il sistema sanitario sovietico si caratterizzava per una forte attenzione alla prevenzione e alla medicina di comunità, elementi che hanno contribuito a migliorare sensibilmente alcuni indicatori di salute pubblica. Già dagli anni '50, l'URSS aveva avviato campagne di massa per la vaccinazione contro malattie infettive come difterite, poliomielite e tubercolosi, ottenendo una drastica riduzione dell'incidenza di queste patologie su tutto il territorio nazionale.

L'accesso gratuito e universale alle cure, combinato con una rete capillare di strutture sanitarie, permise di abbattere la mortalità infantile e di aumentare l'aspettativa di vita, almeno fino agli anni '70. La presenza di poliambulatori e consultori anche nelle zone

rurali garantiva una copertura quasi totale della popolazione, riducendo le disuguaglianze sanitarie tra città e campagne.

Tuttavia, la qualità delle prestazioni era spesso influenzata da fattori come la carenza di innovazione tecnologica, la standardizzazione delle pratiche cliniche e la formazione prevalentemente teorica del personale sanitario. Nonostante i risultati positivi in termini di salute pubblica, la soddisfazione degli utenti poteva risentire di tempi di attesa lunghi, strutture obsolete e limitata disponibilità di farmaci innovativi.

Questi risultati, però, vanno letti anche alla luce delle sfide strutturali e delle peculiarità organizzative che hanno caratterizzato il sistema sovietico, tra criticità evidenti e punti di forza distintivi.

### **Principali criticità e punti di forza**

Tra le criticità più rilevanti emergeva la rigidità del modello centralizzato, che limitava la capacità di adattare l'offerta sanitaria alle specifiche esigenze locali. La pianificazione statale, se da un lato garantiva equità nell'accesso, dall'altro portava spesso a inefficienze, sprechi di risorse e difficoltà nell'innovazione tecnologica. Le strutture sanitarie, soprattutto nelle regioni periferiche, erano frequentemente sottodotate e il personale sanitario si trovava a lavorare con strumenti obsoleti e farmaci non sempre all'avanguardia. Un'altra criticità era rappresentata dalla burocrazia: la gestione amministrativa centralizzata rallentava i processi decisionali e ostacolava l'introduzione di nuove pratiche cliniche. Inoltre, la formazione medica, molto teorica, lasciava poco spazio all'aggiornamento pratico e alle competenze specialistiche. A queste criticità posso aggiungere anche un episodio vissuto direttamente all'inizio degli anni '90, durante uno scambio culturale tra l'Università di Mosca e noi italiani, in occasione di un evento scientifico organizzato dall'ANCE, la Società scientifica dei cardiologi del territorio. In quegli anni, la PTCA (angioplastica primaria) non era ancora la prassi. Ricordo bene che, pur trovandoci in una struttura universitaria di riferimento nella capitale, il direttore del reparto ammetteva senza problemi che, per reperire il trombolitico in caso di infarto acuto, spesso i familiari dei pazienti erano costretti a rivolgersi al mercato nero, dove la mafia locale stava iniziando a controllare la distribuzione di questi farmaci essenziali. Questo episodio, vissuto proprio a Mosca e non in una realtà rurale, evidenzia quanto la carenza di risorse e la mancanza di canali ufficiali potessero impattare concretamente sulla qualità dell'assistenza, anche nei centri più avanzati.

D'altra parte, i punti di forza del sistema erano indubbi: la copertura universale e gratuita assicurava che nessuno rimanesse escluso dalle cure, e la forte attenzione alla prevenzione ha permesso di raggiungere importanti successi nella lotta alle malattie infettive. La presenza capillare di strutture sanitarie, anche nei contesti più remoti, rappresentava un elemento distintivo rispetto ad altri modelli dell'epoca. Inoltre, le campagne di sanità pubblica, coordinate a livello centrale, hanno spesso anticipato strategie poi adottate in altri Paesi.

## 2.5 - Esempi storici: URSS e Cuba

Quando si guarda alla storia dei sistemi sanitari centralizzati, il pensiero corre subito all'URSS e a Cuba, due modelli che hanno segnato profondamente il dibattito internazionale.

In **Unione Sovietica**, la sanità pubblica si distingueva per la sua organizzazione capillare e la copertura universale, elementi che garantivano, almeno sulla carta, equità e accesso alle cure per tutti. Tuttavia, dietro questa facciata, la rigidità del sistema e la difficoltà di adattarsi alle esigenze locali generavano inefficienze, carenze strutturali e ritardi nell'innovazione. La burocrazia, spesso impenetrabile, rallentava ogni processo, mentre la scarsità di risorse obbligava medici e infermieri a soluzioni di fortuna, anche nelle grandi città.



**Fig.3 - Sanità Marxista: L'Esperienza di URSS e Cuba**

**Cuba**, invece, rappresentava per molti – soprattutto tra i colleghi italiani di fede marxista – un vero e proprio modello ideale. La sanità cubana veniva spesso esaltata per i suoi successi nella prevenzione, nella formazione medica e nella copertura universale.

Eppure, la realtà si è andata complicando con il passare degli anni. L'embargo americano, protratto per decenni, e la fine degli aiuti sovietici dopo la disgregazione dell'URSS hanno lasciato Cuba in una situazione di crescente isolamento economico e dipendenza quasi totale dal Venezuela. Il sostegno energetico e finanziario garantito dal presidente Maduro ha permesso al sistema di resistere, ma la recente crisi politica – segnata dal blitz americano con il rapimento e la detenzione di Maduro negli USA – ha reso la situazione drammatica. Oggi, la mancanza di petrolio venezuelano ha portato a blackout diffusi: negli ospedali si opera alla luce delle candele, le terapie intensive si fermano, e persino la natalità e le cure neonatali sono a rischio.

Questi esempi storici mostrano come i sistemi sanitari, anche quando nati sotto i migliori auspici, restano profondamente vulnerabili alle dinamiche politiche ed economiche internazionali. E dietro ogni modello, tra luci e ombre, ci sono sempre storie di medici, infermieri e pazienti che cercano di resistere, inventando ogni giorno nuove strategie per prendersi cura degli altri.

Osservando questi esempi, non si può fare a meno di interrogarsi su quanto sia fragile il delicato equilibrio che tiene insieme un sistema sanitario.

Basta un cambiamento politico, una crisi internazionale o una guerra per trasformare la solidità apparente in un terreno instabile, dove anche le certezze più radicate vengono meno. La destabilizzazione non colpisce solo le strutture o le economie: travolge le vite, interrompe i percorsi di cura, spezza la fiducia nel futuro. In quei momenti, il valore della medicina – fatta di presenza, resilienza e inventiva – emerge in tutta la sua forza, ma anche nella sua vulnerabilità.

È proprio nei contesti di crisi che si comprende quanto la salute di una popolazione sia intrecciata con la pace, la sicurezza e la stabilità politica. La storia di Cuba oggi, come quella dell'URSS ieri, ci ricorda che la sanità non può mai essere data per scontata: va protetta, sostenuta e ripensata ogni giorno, perché è il vero termometro dello stato di salute di una società intera.

**Sintesi** - Il secondo capitolo esplora a fondo il modello marxista-leninista applicato ai sistemi sanitari, partendo dai principi ideologici che hanno plasmato la sanità pubblica in URSS e Cuba. Vengono analizzate le basi storiche, la struttura sociale e politica, il modello organizzativo e le modalità di finanziamento che hanno garantito, almeno sulla carta, accessibilità e universalità delle cure. Si evidenziano sia i punti di forza – come la prevenzione, la capillarità delle strutture e il diritto alla salute come valore collettivo – sia le criticità legate a rigidità, burocrazia e difficoltà di innovazione. Attraverso esempi storici concreti, il testo mostra come questi sistemi abbiano ottenuto risultati importanti in termini di salute pubblica, ma siano rimasti vulnerabili alle crisi economiche e politiche. Le vicende di URSS e Cuba, tra successi e crolli, mettono in luce quanto la sanità sia profondamente intrecciata con la stabilità sociale e politica: basta una guerra, un embargo o una crisi internazionale per mettere a rischio anche i modelli più solidi. In questo scenario, la medicina emerge come spazio di resilienza e ingegno, ma anche di fragilità, ricordando quanto sia necessario proteggere e ripensare ogni giorno il diritto alla salute.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Field MG. The health system of the USSR: Development and trends. *Social Science & Medicine*. 1980;14A(3):227-234.
2. Barr DA, Field MG. The current state of health care in the former Soviet Union: Implications for health care policy and reform. *American Journal of Public Health*. 1996;86(3):307-312.
3. Domínguez Uga MA, Álvarez Pérez Y, López Pardo CM. The Cuban health system. *Salud Pública de México*. 2018;60(2):223-232.
4. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Langer A, Frenk J. Health system reform in the post-Soviet region: The case of Russia and Cuba. *The Lancet*. 2014;384(9951):209-210.
5. Twigg JL. Russia's health crisis: The politics of a policy failure. *Comparative Politics*. 1999;31(4):379-400.
6. Giarelli G. *Storia della sanità pubblica*. Roma: Carocci; 2011.
7. Zajdband A. Il sistema sanitario sovietico: storia, organizzazione e crisi. In: Giarelli G, a cura di. *Storia dei sistemi sanitari*. Milano: FrancoAngeli; 2007. p. 143-166.

8. Cassata F. *Medicina e rivoluzione: salute e sanità nell'URSS*. Torino: Bollati Boringhieri; 2002.
9. Ministero della Salute. *Cuba: il sistema sanitario e le sue peculiarità*. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2015;28(1):10-12.
10. Federici A, Ferrario MM. *L'evoluzione dei sistemi sanitari nell'Europa dell'Est: il caso russo*. *Igiene e Sanità Pubblica*. 2005;61(5):503-516.

## CAPITOLO III - IL MODELLO CAPITALISTICO

Il terzo capitolo rappresenta il cuore dell'analisi dei modelli sanitari in prospettiva comparata, offrendo una lettura critica delle dinamiche che plasmano l'organizzazione, il finanziamento e l'accesso alle cure nei sistemi capitalistici contemporanei. Attraverso un percorso articolato in cinque parti, il capitolo esplora le radici storiche, le logiche economiche e le implicazioni sociali dei diversi assetti, mettendo in luce come scelte politiche e culturali influenzino profondamente la salute delle popolazioni e la coesione sociale.

La sezione **3.1** introduce le caratteristiche e le varianti del modello capitalista, ricostruendone l'evoluzione storica e concettuale, le differenze tra approcci liberisti e socialdemocratici e i concetti chiave di mercato, profitto e iniziativa privata. **3.2** approfondisce il ruolo dello Stato, del mercato e le modalità di finanziamento, analizzando l'equilibrio dinamico tra pubblico e privato e le principali forme di governance e sostegno economico. Con la **3.3** si entra nel vivo della struttura e dell'organizzazione dei sistemi sanitari, evidenziando le scelte tra centralizzazione e decentramento, la gestione delle risorse e l'impatto delle nuove tecnologie. La **3.4** affronta i temi cruciali dell'accessibilità, universalità, qualità e disuguaglianze, illustrando come i diversi modelli rispondano alle sfide dell'equità e della salute pubblica. Infine, la sezione **3.5** propone un confronto tra due casi emblematici, USA e Germania, per mostrare in concreto opportunità e criticità dei diversi modelli.

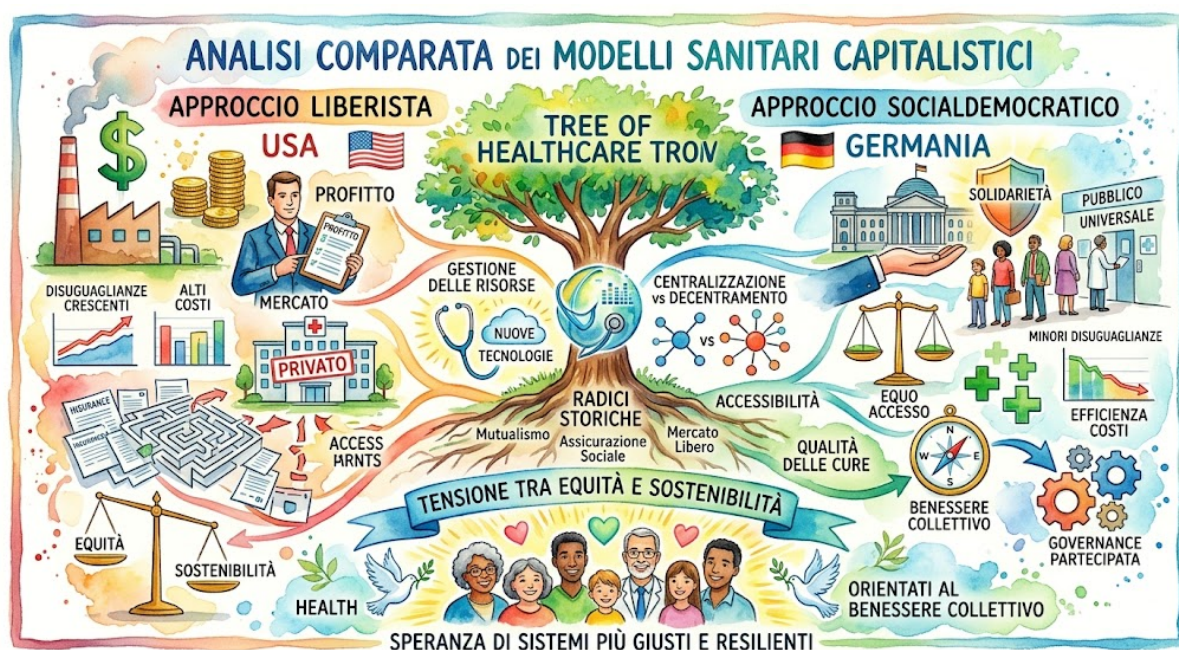


Fig.4 - Equità e Mercato

Il fil rouge che attraversa il capitolo è la tensione costante tra equità e sostenibilità: ogni scelta in termini di organizzazione, finanziamento e accesso riflette una precisa visione di società e di valore attribuito alla salute come diritto collettivo. Analizzare queste dimensioni in modo integrato consente non solo di comprendere le radici delle disuguaglianze, ma anche di individuare le leve per costruire sistemi più giusti, resilienti e orientati al benessere comune.

### **3.1 Caratteristiche e varianti del modello capitalistico**

- Origini storiche e sviluppo
- Differenze tra modelli liberisti e socialdemocratici
- Concetti chiave (mercato, profitto, iniziativa privata)

#### **Origini storiche e sviluppo**

Il capitalismo, più che un semplice sistema economico, rappresenta una vera e propria visione del mondo, nata tra la fine del Medioevo e l'inizio dell'Età Moderna. Le sue radici affondano nella rivoluzione commerciale europea, nel pensiero di Adam Smith e nell'etica protestante descritta da Max Weber. Il capitalismo si fonda sull'idea che la proprietà privata dei mezzi di produzione, la libera iniziativa e la ricerca del profitto individuale siano motori essenziali dello sviluppo sociale ed economico.

Nel corso dei secoli, il capitalismo ha assunto forme diverse: dal mercantilismo delle città-stato rinascimentali, passando per il capitalismo industriale dell'Inghilterra vittoriana, fino al capitalismo finanziario e globale contemporaneo. Ogni fase ha portato con sé profonde trasformazioni sociali, culturali e politiche, influenzando il modo in cui le società organizzano il lavoro, la ricchezza e le relazioni tra individui e istituzioni. La filosofia che sorregge il capitalismo è complessa e stratificata: da una parte esalta la libertà individuale, la concorrenza e il merito; dall'altra, è stata oggetto di critiche per le disuguaglianze che può generare e per le crisi cicliche che attraversa. Pensatori come Karl Polanyi, Joseph Schumpeter e persino Italo Calvino (seppur indirettamente, nella sua riflessione sulla modernità e la leggerezza) hanno esplorato le contraddizioni e le potenzialità di questo sistema.

All'interno di questa cornice, il capitalismo ha influenzato profondamente anche il modo in cui si pensa e si organizza la salute: dalla nascita delle prime assicurazioni private, alle grandi compagnie di mutua assistenza, fino ai modelli misti pubblico-

privato che vediamo oggi. In questo senso, il sistema sanitario capitalistico non è mai neutro, ma riflette (e amplifica) le logiche economiche, sociali e culturali del contesto in cui si sviluppa.

Già durante il mercantilismo, tra XVI e XVIII secolo, emergono le prime forme di assistenza sanitaria organizzata: nelle città-stato italiane e nelle Fiandre nascono ospedali pubblici finanziati da corporazioni o ordini religiosi, mentre in Inghilterra si diffondono le “friendly societies”, associazioni mutualistiche che offrono ai soci sostegno in caso di malattia o infortunio. Con la rivoluzione commerciale europea, le grandi compagnie mercantili olandesi e inglesi, le prime banche moderne e le borse valori diventano protagoniste di un sistema in cui il capitale circola liberamente, favorendo la crescita delle città e la nascita di una nuova borghesia imprenditoriale.

La rivoluzione industriale tra XVIII e XIX secolo segna una trasformazione profonda: la meccanizzazione della produzione, la nascita delle fabbriche e l’urbanizzazione rapida modificano la struttura sociale europea. Adam Smith, con la sua celebre “mano invisibile”, teorizza il mercato come luogo di autoregolazione, mentre la borghesia industriale consolida il proprio potere. In questo periodo si affermano anche le prime forme di assicurazione sanitaria privata e di mutua assistenza, soprattutto nei contesti urbani e industriali, dove la salute dei lavoratori inizia a essere percepita come elemento strategico per la produttività. Il modello inglese delle “mutual aid societies” si diffonde ovunque, mentre in Germania Bismarck introduce nel 1883 la prima assicurazione sanitaria obbligatoria per i lavoratori, gettando le basi del modello assicurativo sociale. In Francia e Belgio, si affermano le “Caisses de secours”, casse di mutuo soccorso gestite da lavoratori e datori di lavoro.

Nel XX secolo, con la nascita del welfare state, i sistemi sanitari si differenziano ulteriormente. Il capitalismo si espande su scala globale, finanziando infrastrutture, colonie e nuove tecnologie, ma le crisi cicliche – come quella del 1929 – mettono in discussione il modello del libero mercato puro e aprono la strada all’intervento dello Stato nell’economia e nella sanità. Nascono così le prime forme di Stato sociale: nel 1948 il Regno Unito istituisce il National Health Service (NHS), sistema sanitario pubblico universale finanziato dalla fiscalità generale; negli Stati Uniti si sviluppa un modello assicurativo privato, con Medicare e Medicaid introdotti solo negli anni ’60 per categorie specifiche. Nei Paesi scandinavi, come Svezia e Norvegia, si affermano sistemi universalistici pubblici molto avanzati, mentre in Italia, dopo decenni di

modello mutualistico, nel 1978 viene istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ispirato al modello britannico.

Dagli anni '80 in poi, con il neoliberismo, si assiste a una nuova fase di deregolamentazione, privatizzazioni e globalizzazione dei mercati. Il capitalismo finanziario diventa protagonista e si accentuano le differenze tra sistemi sanitari nazionali: in alcuni Paesi prevale il modello assicurativo privato, in altri quello misto pubblico-privato, mentre il ruolo dello Stato viene costantemente ridefinito in base alle logiche di mercato. Molti Paesi adottano sistemi misti: in Germania e Olanda convivono assicurazioni pubbliche e private, in Spagna il sistema pubblico resta centrale ma si affianca a una crescente offerta privata; negli Stati Uniti, la riforma Obamacare (2010) cerca di ampliare la copertura assicurativa, ma il sistema rimane largamente basato su logiche di mercato. In questo scenario, la salute si conferma terreno di confronto tra istanze di equità sociale e dinamiche competitive tipiche del capitalismo contemporaneo.

### **Differenze tra modelli liberisti e socialdemocratici: radici storiche, filosofiche e geografiche**

Il confronto tra modello liberista e socialdemocratico nella sanità affonda le sue radici nelle grandi correnti di pensiero politico ed economico che hanno segnato l'Occidente tra XIX e XX secolo. Il modello liberista nasce dall'individualismo tipico della filosofia anglosassone, ispirato a pensatori come John Locke, Adam Smith e successivamente Friedrich Hayek e Milton Friedman. Questi autori vedono nello Stato un possibile ostacolo alla libertà individuale e credono che il mercato, lasciato libero di autoregolarsi, sia il miglior strumento per garantire efficienza e innovazione. Sul piano storico, questo approccio si sviluppa soprattutto nei Paesi anglofoni: Stati Uniti, Canada (prima della riforma degli anni '60), Australia e in parte la Svizzera. In questi contesti, la sanità si struttura come settore concorrenziale, dove la copertura assicurativa privata (spesso legata al lavoro) è la regola e l'intervento pubblico resta limitato a gruppi vulnerabili (anziani, poveri, disabili).

Negli Stati Uniti, ad esempio, la svolta liberista si consolida nel secondo dopoguerra, con il progressivo rafforzamento delle compagnie assicurative e delle grandi catene ospedaliere private. Negli anni '80, con l'era Reagan, le politiche di deregolamentazione e privatizzazione accentuano la frammentazione del sistema. Oggi, circa il 50% della spesa sanitaria USA è privata, con forti disparità di accesso:

secondo i dati OECD, nel 2022 oltre il 10% della popolazione adulta risultava priva di copertura assicurativa stabile. In Svizzera, il sistema è basato su assicurazioni obbligatorie ma private, con premi individuali e un mix pubblico-privato nella fornitura dei servizi.

Il modello socialdemocratico, invece, affonda le sue radici nella filosofia europea continentale, in particolare nel pensiero socialista e nel solidarismo. Autori come Karl Marx, Ferdinand Lassalle, Eduard Bernstein e, più tardi, John Maynard Keynes, sottolineano il ruolo dello Stato nella promozione del benessere collettivo e nella riduzione delle disuguaglianze. Questa visione trova terreno fertile soprattutto nell'Europa settentrionale e occidentale: Regno Unito, Svezia, Norvegia, Danimarca, Finlandia, Germania, Francia, Italia (dal 1978). Il welfare state nasce come risposta alle crisi sociali della prima metà del Novecento e si afferma nel secondo dopoguerra, con la creazione di sistemi sanitari nazionali pubblici e universalistici.

Il caso più emblematico è il Regno Unito: nel 1948, il governo laburista di Clement Attlee istituisce il National Health Service (NHS), ispirato alle idee di William Beveridge. La sanità diventa un diritto universale, finanziato dalla fiscalità generale, con servizi gratuiti al punto d'accesso. Nei Paesi scandinavi, la tradizione socialdemocratica porta alla creazione di sistemi ancora più inclusivi, dove la prevenzione, la medicina territoriale e l'equità sociale sono pilastri centrali. In Italia, il passaggio dal modello mutualistico al Servizio Sanitario Nazionale nel 1978 segna una svolta storica, con l'obiettivo di garantire uguali diritti di accesso alle cure a tutta la popolazione.

Geopoliticamente, i modelli liberisti si sono diffusi in contesti caratterizzati da forte valorizzazione della libertà individuale e da una tradizione di limitato intervento statale. Al contrario, i modelli socialdemocratici si sono affermati in società con una lunga storia di movimenti operai, partiti socialisti e politiche di coesione sociale. Oggi, molti Paesi adottano sistemi misti, ma le differenze culturali e storiche restano evidenti: ad esempio, in Germania e Olanda si è sviluppato un modello assicurativo sociale (Bismarck), che fonde elementi di entrambi gli approcci.

In sintesi, mentre il modello liberista privilegia la libertà individuale e la responsabilità personale nella gestione della salute, quello socialdemocratico mette al centro la solidarietà e la giustizia sociale. Le scelte fatte dai diversi Paesi rispecchiano non solo

opzioni economiche, ma vere e proprie visioni del mondo, radicate nella loro storia e nella loro cultura politica.

### **Concetti chiave: mercato, profitto, iniziativa privata**

Nel dibattito sui sistemi sanitari, il concetto di mercato rappresenta un elemento cardine, soprattutto nell'ambito dei modelli liberisti. Il mercato viene inteso come il luogo ideale in cui domanda e offerta di servizi sanitari si incontrano, regolati da meccanismi concorrenziali. In tale ottica, la concorrenza tra fornitori di servizi sanitari, assicurazioni e strutture ospedaliere dovrebbe favorire l'efficienza, la trasparenza dei prezzi e l'innovazione tecnologica. Il mercato, secondo la prospettiva liberista, è visto come l'ambiente più adatto a rispondere alle preferenze individuali e a stimolare il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni offerte.

Il profitto costituisce un altro concetto centrale nei sistemi orientati al liberismo. Esso non viene percepito semplicemente come un fine privato, ma come un motore di crescita e di sviluppo per l'intero settore. La ricerca del profitto, infatti, incentiva l'investimento di capitali privati, la nascita di nuove imprese e l'adozione di soluzioni innovative. In questo contesto, il profitto è strettamente legato alla meritocrazia e alla capacità di rispondere in modo efficace alle esigenze del mercato. Tuttavia, la presenza del profitto solleva anche interrogativi etici e sociali, soprattutto in relazione all'accesso alle cure e alla possibilità che la logica di mercato possa generare disuguaglianze.

L'iniziativa privata, infine, viene considerata il fulcro della dinamica sanitaria nei modelli liberisti. L'attore privato, sia esso un singolo professionista, una società o un ente assicurativo, è visto come principale promotore di efficienza, flessibilità e adattamento alle esigenze della popolazione. L'iniziativa privata garantisce pluralità di offerta, diversificazione dei servizi e possibilità di scelta per l'utente. Nei sistemi socialdemocratici, al contrario, il ruolo dell'iniziativa privata è più limitato e subordinato agli obiettivi di equità e universalità, con lo Stato che mantiene la regia e il controllo sulle principali leve del sistema sanitario.

In sintesi, mercato, profitto e iniziativa privata rappresentano pilastri teorici e operativi dei modelli liberisti, mentre nei sistemi socialdemocratici questi concetti vengono reinterpretati alla luce dei principi di solidarietà, uguaglianza e interesse collettivo.

### **3.2 Ruolo dello Stato, del mercato e modalità di finanziamento**

- Evoluzione del ruolo statale
- Modelli di finanziamento (assicurativo, privato, misto)
- Analisi delle dinamiche pubblico-privato

L'evoluzione dei sistemi sanitari moderni si fonda su un equilibrio dinamico tra intervento statale, logiche di mercato e modalità di finanziamento. Questi tre elementi, pur distinti, risultano profondamente interconnessi: la definizione dei confini tra pubblico e privato, la scelta dei meccanismi di finanziamento e il ruolo attribuito allo Stato rappresentano le leve fondamentali che determinano l'assetto, la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari. L'integrazione tra Stato e mercato, in particolare, costituisce il filo conduttore che permette di interpretare le trasformazioni storiche e le scelte organizzative adottate nei diversi contesti nazionali.

#### **Evoluzione del ruolo statale**

Nel corso del tempo, il ruolo dello Stato nella sanità ha subito profonde trasformazioni. Inizialmente marginale e limitato a interventi di sanità pubblica, lo Stato ha progressivamente assunto funzioni di regolazione, finanziamento e, in molti casi, di erogazione diretta dei servizi. L'affermazione dei modelli di welfare state nel secondo dopoguerra ha segnato il passaggio a una sanità universalistica, in cui lo Stato diventa garante del diritto alla salute e protagonista nella programmazione e nel controllo delle risorse. Negli ultimi decenni, però, si osserva una tendenza alla ridefinizione del perimetro pubblico, con una crescente apertura verso la sussidiarietà, la collaborazione con il settore privato e la sperimentazione di nuovi modelli gestionali, sempre nell'ottica di un'integrazione funzionale tra pubblico e privato.

#### **Modelli di finanziamento (assicurativo, privato, misto)**

Le modalità di finanziamento rappresentano un elemento chiave nella definizione dell'assetto sanitario. Il modello assicurativo, tipico dei sistemi bismarckiani, si basa su contributi obbligatori a casse di malattia, con una gestione spesso decentrata e pluralistica. Il modello privato, invece, si fonda su assicurazioni volontarie o pagamenti diretti, lasciando al mercato il compito di regolare l'accesso e la qualità delle prestazioni. Il modello misto, sempre più diffuso, combina risorse pubbliche e private, fiscalità generale e sistemi assicurativi, al fine di bilanciare universalità, sostenibilità

economica e libertà di scelta per l'utenza. In tutti questi modelli, il dialogo tra Stato e mercato si traduce nella ricerca di soluzioni che garantiscano sia l'efficienza sia l'equità.

### **Analisi delle dinamiche pubblico-privato**

L'interazione tra settore pubblico e privato rappresenta uno degli snodi centrali della governance sanitaria. L'analisi delle dinamiche pubblico-privato evidenzia come la collaborazione, la competizione regolata e la sussidiarietà possano favorire l'innovazione, l'efficienza allocativa e la qualità dei servizi. Tuttavia, la coesistenza di attori pubblici e privati richiede una chiara definizione dei ruoli, meccanismi di controllo efficaci e strumenti di valutazione dell'impatto sulle disuguaglianze di accesso. L'integrazione tra pubblico e privato, se ben governata, può rappresentare una risorsa strategica per rispondere alle sfide poste dall'invecchiamento della popolazione, dalla cronicità e dalla sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari. Negli ultimi anni, sono emersi numerosi esempi di partnership pubblico-privato, come la gestione condivisa di ospedali, la realizzazione di infrastrutture sanitarie tramite il project financing e l'introduzione di servizi innovativi (ad esempio, telemedicina e diagnostica avanzata) grazie all'apporto di imprese tecnologiche private. Queste esperienze hanno spesso permesso di migliorare la tempestività e la qualità delle prestazioni, ottimizzare l'uso delle risorse e favorire la diffusione di soluzioni digitali. Allo stesso tempo, però, la compresenza di pubblico e privato può generare criticità, come il rischio di duplicazione dei servizi, la possibile frammentazione dei percorsi di cura e la comparsa di forme di dualismo nell'accesso (ad esempio, tempi di attesa ridotti nel privato a fronte di liste più lunghe nel pubblico). Per questo motivo, la regolazione pubblica gioca un ruolo essenziale nel garantire equità, trasparenza e coerenza degli standard di qualità, attraverso sistemi di accreditamento, monitoraggio dei risultati e meccanismi di remunerazione orientati agli outcome.

In sintesi, la valorizzazione delle sinergie tra pubblico e privato rappresenta una leva fondamentale per affrontare le nuove sfide della sanità, a patto che venga sempre mantenuto il focus sull'equità dell'accesso e sulla tutela dell'interesse collettivo.

**Tabella 2** - Sintesi comparativa dei modelli di governance e finanziamento nei sistemi sanitari

<b>Aspetto</b>	<b>Caratteristiche principali</b>	<b>Punti di forza</b>	<b>Criticità</b>	<b>Esempi pratici</b>
<b>Ruolo dello Stato</b>	Regolazione, finanziamento, erogazione diretta o indiretta dei servizi. Evoluzione verso modelli integrati.	Universalità, programmazione, equità	Burocrazia, rigidità, sostenibilità	SSN italiano, NHS inglese
<b>Modelli di finanziamento</b>	Assicurativo (Bismarck), privato, misto. Combinazione di risorse pubbliche e private.	Sostenibilità, pluralismo, libertà di scelta	Disuguaglianze, complessità gestionale	Germania (assicurativo), USA (privato), Francia (misto)
<b>Dinamiche pubblico-privato</b>	Collaborazione, competizione regolata, sussidiarietà. Partnership per innovazione e gestione.	Innovazione, efficienza, qualità	Dualismo accesso, frammentazione, duplicazioni	Project financing ospedali, telemedicina privata in convenzione

### **3.3 - Struttura e organizzazione del sistema sanitario**

L'organizzazione di un sistema sanitario rappresenta la spina dorsale su cui si costruisce l'efficacia dell'assistenza, la qualità delle cure e l'equità nell'accesso ai servizi. Capire come viene strutturato, gestito e adattato un sistema sanitario permette di cogliere non solo le scelte politiche e amministrative, ma anche le conseguenze pratiche sulla salute della popolazione.

Il fil rouge che unisce assetti organizzativi, centralizzazione/decentramento e gestione delle risorse umane e tecnologiche è la costante ricerca di equilibrio tra uniformità ed adattamento, tra efficienza e personalizzazione. Da un lato, la struttura organizzativa definisce “le regole del gioco”; dall’altro, la scelta tra centralizzare o decentrare influenza la capacità di rispondere alle esigenze locali senza perdere di vista gli obiettivi nazionali. Infine, la gestione delle risorse – sia umane che tecnologiche – rappresenta l’elemento operativo che mette in pratica le strategie decise ai livelli superiori. Tutte e tre le dimensioni sono strettamente interconnesse e contribuiscono, insieme, a determinare la performance del sistema sanitario.

### **Assetti organizzativi**

Gli assetti organizzativi dei sistemi sanitari riflettono scelte politiche, culturali ed economiche proprie di ogni Paese. In generale, si distinguono due grandi modelli: il **centralizzato** e il **decentrato**. Nei sistemi centralizzati, come il NHS inglese o il SSN italiano nella sua fase iniziale (istituito con la legge n. 833/1978), la programmazione e la gestione delle risorse erano fortemente accentrate a livello nazionale, con l’obiettivo di garantire uniformità nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e un controllo più diretto dei costi.

Tuttavia, con la riforma del Titolo V della Costituzione (2001), il SSN italiano ha subito una forte regionalizzazione: oggi la sanità è gestita dalle Regioni, che hanno autonomia sia nell’organizzazione che nel finanziamento dei servizi. Questo ha portato a una maggiore frammentazione del sistema, con differenze significative nell’erogazione delle prestazioni, nella qualità dei servizi e nelle risorse disponibili tra le varie Regioni. Lo Stato mantiene comunque un ruolo di indirizzo e controllo, soprattutto per quanto riguarda la definizione e il monitoraggio dei LEA, cercando di garantire equità e omogeneità almeno nei principi fondamentali.

In pratica, il SSN attuale è un sistema misto: formalmente unitario, ma nella realtà molto eterogeneo e spesso oggetto di dibattito per le disuguaglianze che ne derivano, soprattutto in tema di finanziamento e accesso ai servizi. Proprio qui si gioca la “nobiltà” della discussione: trovare il giusto equilibrio tra autonomia regionale e garanzia di diritti uguali per tutti i cittadini.

Al contrario, nei sistemi decentrati (come in Germania, Svizzera o negli Stati Uniti), le regioni, i Länder o addirittura le singole assicurazioni hanno ampi margini di autonomia nella gestione dei servizi sanitari. Questo modello favorisce la

personalizzazione delle risposte ai bisogni della popolazione e l'innovazione gestionale, ma può generare disuguaglianze territoriali e maggiore complessità amministrativa. In molti Paesi, comunque, si assiste a una tendenza verso modelli misti, che cercano di combinare i vantaggi della centralizzazione (equità, controllo) con quelli del decentramento (adattabilità, efficienza).

### **Centralizzazione vs decentramento**

La dialettica tra centralizzazione e decentramento è uno degli snodi chiave nella governance sanitaria. La centralizzazione permette di definire standard omogenei, garantire l'accesso universale alle cure e programmare investimenti strategici su larga scala (ad esempio, campagne vaccinali o reti di emergenza). Tuttavia, rischia di rallentare i processi decisionali e di trascurare le peculiarità locali.

Il decentramento, invece, attribuisce maggiore autonomia alle strutture periferiche (regioni, aziende sanitarie, enti locali), promuovendo soluzioni più vicine ai bisogni dei cittadini e una maggiore responsabilizzazione dei decisori locali. Il rischio, però, è quello di frammentare l'offerta e creare disparità di accesso o qualità tra territori diversi. In Italia, ad esempio, la riforma del Titolo V della Costituzione ha rafforzato il ruolo delle Regioni nella programmazione e gestione sanitaria, con effetti sia positivi (innovazione, sperimentazione) sia critici (differenze nei LEA e nei tempi di attesa).

### **Gestione delle risorse umane e tecnologiche**

La gestione delle risorse umane e tecnologiche è diventata il vero banco di prova per l'efficacia e la sostenibilità dei sistemi sanitari. Da un lato, il personale sanitario non è solo "manodopera", ma rappresenta il capitale umano che dà senso e valore al sistema: motivazione, aggiornamento, flessibilità e capacità di lavorare in team sono fattori sempre più cruciali. La carenza di professionisti, soprattutto in alcune aree geografiche o specialistiche, crea una pressione enorme, mentre la valorizzazione delle competenze e il benessere organizzativo sono strategie indispensabili per evitare burnout e turnover.

Sul versante tecnologico, la digitalizzazione ha rivoluzionato la gestione dei dati, la comunicazione tra operatori e la relazione con il paziente. La telemedicina, le cartelle cliniche elettroniche, i dispositivi wearable e le piattaforme di intelligenza artificiale stanno cambiando il modo di erogare le cure, ma richiedono investimenti, formazione e soprattutto una governance attenta a non creare ulteriori disparità tra chi ha accesso e chi no. L'integrazione delle nuove tecnologie deve essere accompagnata da politiche che garantiscano sicurezza, privacy e sostenibilità economica.

Il vero nodo è trovare un equilibrio: risorse umane e tecnologie devono essere gestite in modo sinergico, puntando su formazione, innovazione e inclusione. Solo così si può garantire un sistema sanitario capace di rispondere alle sfide attuali e future, mettendo al centro la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti.

### **3.4 - Accessibilità, universalità, qualità e disuguaglianze**

- Meccanismi di accesso alle cure
- Universalità vs selettività
- Indicatori di qualità e salute pubblica
- Disuguaglianze e determinanti sociali

L'accesso alle cure, la garanzia dell'universalità, la ricerca della qualità e la lotta alle disuguaglianze rappresentano i pilastri fondamentali di ogni sistema sanitario moderno. Questi elementi, pur affrontati spesso separatamente, sono in realtà profondamente intrecciati tra loro e costituiscono il vero banco di prova dell'efficacia, dell'equità e della sostenibilità dei modelli sanitari contemporanei.

I **meccanismi di accesso alle cure** definiscono come e quanto i cittadini possano realmente usufruire dei servizi sanitari, al di là delle dichiarazioni di principio. L'**universalità** e la **selettività** rappresentano due approcci opposti nella copertura sanitaria: il primo mira a garantire diritti e servizi a tutta la popolazione, il secondo seleziona in base a criteri economici, sociali o di rischio. La **qualità** delle cure, invece, si misura attraverso indicatori oggettivi che riflettono l'efficacia, la sicurezza e la soddisfazione dell'utenza, diventando un parametro imprescindibile per valutare la reale performance di un sistema. Infine, le **disuguaglianze e i determinanti sociali** della salute evidenziano come fattori economici, culturali e ambientali possano incidere profondamente sulla possibilità di accesso e sugli esiti di salute.

Il fil rouge che unisce queste dimensioni è la tensione costante tra equità e sostenibilità: ogni scelta in termini di accessibilità, universalità, qualità e lotta alle disuguaglianze riflette il modello di società che si vuole costruire e il valore attribuito alla salute come diritto collettivo.

#### **Meccanismi di accesso alle cure**

Il modo in cui una persona accede alle cure sanitarie dipende da un intreccio di regole, risorse e ostacoli che variano molto da paese a paese. Nei sistemi universalistici come quello italiano, l'accesso è garantito a tutti i cittadini tramite finanziamento pubblico:

basta essere residenti per poter entrare in contatto con il medico di medicina generale, che funge da “gatekeeper” per le cure specialistiche. In Inghilterra, il modello NHS segue una logica simile, con la figura chiave del general practitioner. In questi casi, il ticket rappresenta spesso l’unica barriera economica, anche se in Italia molte categorie sono esenti.

Negli Stati Uniti, invece, l’accesso è storicamente frammentato: prima dell’Affordable Care Act (Obamacare, 2010), circa il 16% della popolazione era privo di assicurazione sanitaria. Oggi, Medicaid e Medicare coprono rispettivamente poveri e anziani, ma permangono lacune, soprattutto per chi non ha diritto a programmi pubblici né risorse per assicurazioni private. Nei paesi scandinavi, l’accesso è universale, ma la geografia può rappresentare una barriera: ad esempio, in Norvegia e Svezia, la distanza dai centri specialistici penalizza chi vive nelle regioni remote. In Africa e in parte dell’Asia, invece, la barriera principale resta economica, con sistemi a pagamento diretto che escludono i più poveri.

Le barriere culturali e linguistiche sono un altro ostacolo: in Francia, ad esempio, i migranti incontrano difficoltà burocratiche e linguistiche nell’accesso ai servizi, mentre in Italia alcune regioni hanno sviluppato mediatori culturali per facilitare il percorso. Infine, la digitalizzazione sta cambiando i meccanismi di accesso: la telemedicina, accelerata dalla pandemia, può ridurre alcune barriere (es. distanza), ma rischia di crearne altre per le fasce meno alfabetizzate digitalmente.

### **Universalità vs selettività**

La dicotomia tra universalità e selettività riflette due filosofie opposte nella costruzione dei sistemi sanitari. L’universalità si basa sull’idea che la salute sia un diritto di tutti, come sancito dalla Costituzione italiana (art. 32) e dalla Dichiarazione di Alma Ata (1978). In questo modello, tutti i cittadini hanno diritto all’assistenza sanitaria, finanziata dalla fiscalità generale. Esempi storici sono il NHS britannico (1948) e il SSN italiano (1978). Questi sistemi hanno contribuito a ridurre drasticamente le disuguaglianze di accesso e migliorare gli indicatori di salute pubblica.

La selettività, invece, prevede che le risorse vengano concentrate su gruppi considerati più vulnerabili o meritevoli di protezione (poveri, anziani, bambini, lavoratori). Il sistema statunitense ne è il prototipo: Medicare (1965) per gli over 65, Medicaid per i poveri, assicurazioni private per chi lavora. In Germania, il sistema è misto: l’assicurazione obbligatoria copre la maggior parte della popolazione, ma chi ha redditi elevati può optare per assicurazioni private. In molti paesi dell’Europa centrale ed

orientale, la transizione post-socialista ha visto una parziale privatizzazione e una selettività crescente nell'accesso a servizi di qualità.

L'universalità ha il vantaggio di garantire equità e coesione sociale, ma può scontrarsi con vincoli di sostenibilità finanziaria. La selettività può ottimizzare le risorse, ma rischia di lasciare indietro i gruppi intermedi o di creare sistemi a doppia velocità. L'esperienza storica mostra che i sistemi più resilienti sono quelli che sanno bilanciare universalismo e attenzione ai bisogni specifici.

---

### **Indicatori di qualità e salute pubblica**

Valutare la qualità di un sistema sanitario richiede l'uso di indicatori oggettivi e confrontabili. Gli indicatori strutturali misurano le risorse disponibili: numero di medici (in Italia circa 4 ogni 1000 abitanti, sopra la media OCSE), posti letto (Germania 8/1000, Italia 3,2/1000), tecnologie (TAC, risonanze magnetiche). Gli indicatori di processo valutano l'efficacia organizzativa: tempi di attesa (in Italia spesso critici per alcune prestazioni), copertura vaccinale (oltre il 95% per le principali vaccinazioni pediatriche in molte regioni italiane), tassi di screening (mammografia, colon-retto).

Gli indicatori di esito sono i più rilevanti: aspettativa di vita (Italia 82,7 anni, sopra la media OCSE), mortalità infantile (2,5/1000 nati vivi), mortalità evitabile (deceduti per cause prevenibili con cure tempestive). La Spagna, ad esempio, ha una delle più alte aspettative di vita grazie a dieta, stile di vita e copertura sanitaria universale. Negli USA, pur avendo la spesa sanitaria più alta al mondo (oltre il 16% del PIL), l'aspettativa di vita è inferiore rispetto a molti paesi europei, a causa delle disuguaglianze e della frammentazione del sistema.

Gli indicatori di salute pubblica includono la prevalenza di malattie croniche, la diffusione di stili di vita a rischio (fumo, obesità), la copertura dei programmi di prevenzione. La pandemia da COVID-19 ha evidenziato quanto siano fondamentali la resilienza dei sistemi e la capacità di risposta rapida: i paesi con una forte sanità pubblica (Corea del Sud, Germania) hanno gestito meglio le prime fasi dell'emergenza.

## **Disuguaglianze e determinanti sociali**

Le disuguaglianze di salute riflettono le condizioni sociali, economiche e ambientali in cui le persone vivono. Studi come il Whitehall Study (UK, 1967) hanno mostrato che anche tra lavoratori pubblici, a parità di accesso ai servizi, la mortalità variava in base al grado occupazionale. In Italia, il gradiente Nord-Sud si traduce in una differenza di aspettativa di vita di quasi 3 anni tra Trento e la Campania. Le aree interne e rurali soffrono di minore accessibilità ai servizi, con tassi di mortalità più elevati per patologie tempo-dipendenti (infarto, ictus).

I determinanti sociali includono reddito, istruzione, occupazione, ambiente fisico, reti sociali. In Svezia, la povertà infantile è associata a un rischio triplo di sviluppare malattie croniche nell'età adulta. Negli USA, la mortalità materna tra le donne afroamericane è tre volte superiore rispetto alle bianche, per fattori che vanno dall'accesso alle cure alla discriminazione sistemica. La pandemia ha amplificato le disuguaglianze: chi viveva in condizioni di precarietà abitativa o lavorativa ha subito un impatto maggiore sia in termini di infezione che di esiti avversi.

Le politiche sanitarie più efficaci sono quelle che integrano interventi clinici con azioni sui determinanti sociali: promozione dell'istruzione, sostegno al reddito, miglioramento dell'ambiente urbano. La Commissione OMS sui determinanti sociali della salute (2008) ha sottolineato che “le disuguaglianze di salute non sono inevitabili, ma il risultato di scelte politiche”.

### **3.5 - Esempi contemporanei: USA e Germania**

- Analisi storica e attuale dei due sistemi
- Peculiarità e differenze
- Impatti su salute, società ed economia

Quando si parla di modelli sanitari, Stati Uniti e Germania rappresentano due approcci quasi opposti, ma entrambi influenzano il dibattito internazionale su equità, sostenibilità e risultati di salute. Gli USA incarnano il paradigma più privatistico e selettivo, mentre la Germania offre un esempio storico di assicurazione sociale universalistica, con forti radici nella mutualità. Analizzare questi due sistemi permette di capire come scelte politiche, economiche e culturali influenzino non solo l'accesso alle cure, ma anche la salute della popolazione e la coesione sociale. Il confronto tra

USA e Germania è un vero laboratorio di idee e risultati, utile per riflettere sui punti di forza e sulle criticità dei modelli sanitari contemporanei.

### **Analisi storica e attuale dei due sistemi**

Quando si considerano i modelli sanitari a livello internazionale, Stati Uniti e Germania rappresentano due paradigmi quasi opposti, ma entrambi costituiscono punti di riferimento nel dibattito su equità, sostenibilità e risultati di salute (Mossialos et al., 2017). Gli Stati Uniti incarnano un sistema prevalentemente privatistico e selettivo, caratterizzato da una forte frammentazione e da un'ampia eterogeneità nell'accesso alle cure. Al contrario, la Germania offre un esempio storico di assicurazione sociale universalistica, fondata su principi di solidarietà e mutualità, con una lunga tradizione di copertura obbligatoria. Analizzare questi due sistemi consente di comprendere come le scelte politiche, economiche e culturali influenzino non solo l'accesso ai servizi sanitari, ma anche la salute della popolazione e la coesione sociale. Il confronto tra USA e Germania rappresenta un vero laboratorio di idee e risultati, utile per riflettere criticamente sui punti di forza e sulle criticità dei modelli sanitari contemporanei.

Negli Stati Uniti, il sistema sanitario si è sviluppato in modo frammentato e orientato al mercato, con una netta prevalenza di assicurazioni private e una copertura pubblica limitata a specifiche categorie di popolazione. Fino agli anni '60, l'assenza di un sistema pubblico lasciava ampie fasce della popolazione prive di assistenza. L'introduzione di Medicare (destinato agli over 65 e ai disabili) e Medicaid (per le fasce economicamente svantaggiate) nel 1965 ha rappresentato una svolta, ma la copertura è rimasta parziale. Solo con l'Affordable Care Act (2010) si è tentato di ampliare significativamente l'accesso, tuttavia, secondo i dati del CDC, ancora nel 2022 circa 27 milioni di persone risultavano prive di assicurazione sanitaria. Nonostante la spesa sanitaria statunitense sia la più elevata al mondo (oltre il 16% del PIL secondo l'OECD, 2022), gli outcome di salute risultano spesso inferiori rispetto ad altri paesi sviluppati.

La Germania, invece, è considerata la patria storica dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, introdotta da Bismarck nel 1883. Il sistema si basa sulle casse mutue ("Krankenkassen"), finanziate da contributi proporzionali al reddito, garantendo una copertura quasi universale. Nel tempo, il modello tedesco si è evoluto attraverso riforme che hanno rafforzato la regolamentazione pubblica e introdotto una componente privata opzionale per i redditi più elevati. Secondo il Bundesministerium für Gesundheit, la Germania mantiene elevati standard di qualità delle cure, una

sostenibilità finanziaria consolidata e un buon livello di soddisfazione sia tra i cittadini sia tra gli operatori sanitari.

---

### **Peculiarità e differenze**

- **Finanziamento:** Negli Stati Uniti prevalgono assicurazioni private, spesso legate all'impiego, e una significativa quota di spesa out-of-pocket. L'intervento pubblico è limitato a programmi specifici come Medicare e Medicaid. In Germania, il finanziamento è principalmente mutualistico e pubblico, con un forte principio di solidarietà tra le diverse fasce di reddito.
  - **Accesso:** Negli USA, l'accesso ai servizi sanitari dipende dalla copertura assicurativa; chi ne è privo rischia di rinunciare alle cure o di incorrere in gravi difficoltà economiche (Woolf & Aron, 2013). In Germania, l'accesso è garantito a tutti i residenti, con barriere economiche e amministrative ridotte.
  - **Gestione e regolamentazione:** Il sistema statunitense è decentralizzato, con una forte presenza di attori privati e una regolazione centrale limitata. In Germania, lo Stato definisce le regole di base, mentre la gestione operativa è affidata alle casse mutue, che operano in regime di concorrenza regolamentata.
  - **Ruolo del privato:** Negli Stati Uniti, il settore privato domina sia nell'erogazione sia nel finanziamento delle cure. In Germania, la componente privata è complementare e regolata, senza sostituire il servizio pubblico.
- 

### **Impatti su salute, società ed economia**

- **Salute:** In Germania, gli indicatori di salute come l'aspettativa di vita, la mortalità infantile e l'efficacia della prevenzione risultano generalmente migliori rispetto agli Stati Uniti (OECD, 2022). Negli USA, le disuguaglianze di accesso generano outcome peggiori per ampie fasce di popolazione, con un numero significativo di cittadini che rinuncia alle cure per motivi economici.
- **Società:** Il modello tedesco contribuisce a promuovere coesione sociale e fiducia nelle istituzioni, grazie alla copertura universale e alla solidarietà tra cittadini. Negli Stati Uniti, la frammentazione del sistema alimenta insicurezza e disparità, con impatti negativi soprattutto sulle fasce più vulnerabili.
- **Economia:** La spesa sanitaria negli USA incide pesantemente sia sul PIL sia sulle famiglie, senza garantire risultati proporzionali in termini di salute pubblica. In

Germania, la spesa è più contenuta e meglio distribuita, con effetti positivi sulla produttività e sulla stabilità sociale (Busse & Blümel, 2014).

**Sintesi** - Il terzo capitolo ha offerto una panoramica critica e multidimensionale dei modelli capitalistici applicati ai sistemi sanitari, mettendo in luce come le scelte storiche, economiche e sociali condizionino profondamente l'organizzazione, il finanziamento e l'accesso alle cure. Dall'analisi delle radici ideologiche liberiste e socialdemocratiche alla comparazione tra modelli di governance e modalità di finanziamento, emerge che il fil rouge che attraversa tutte le sezioni è la costante tensione tra equità e sostenibilità. L'organizzazione dei sistemi sanitari, la gestione delle risorse e l'adozione delle tecnologie riflettono la ricerca di un equilibrio tra centralizzazione e adattamento locale. L'attenzione a universalità, qualità e disuguaglianze mostra come la salute sia specchio delle dinamiche sociali e delle priorità collettive. Infine, il confronto tra USA e Germania evidenzia che nessun modello è privo di criticità, ma che la resilienza e la capacità di innovazione dipendono dalla coerenza tra principi di equità, efficienza e solidarietà. Comprendere queste dinamiche è essenziale per orientare le future riforme e promuovere sistemi sanitari più giusti e sostenibili.

---

### **Riferimenti bibliografici**

1. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
2. World Health Organization. The World Health Report 2022: Financing for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2022.
3. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2022;24(2):1–272.
4. Tikkanen R, Abrams MK, Mossialos E, Osborn R, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles: United States. The Commonwealth Fund; 2023.
5. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2021.
6. Stuckler D, Basu S, McKee M. Social determinants of health and health systems: a toolkit for policy makers. Geneva: WHO; 2020.

7. Kutzin J, Yip W, Cashin C. *Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage*. World Scientific; 2022.
8. European Observatory on Health Systems and Policies. *Organization and financing of public health services in Europe: country reports*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
9. Rice T, Unruh LY, Rosenau P, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. Universal coverage reforms in the USA, Germany, and the Netherlands: mechanisms and consequences. *Health Policy*. 2022;126(7):607-614.
10. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana; 1978.

## CAPITOLO IV – LA SOCIALDEMOCRAZIA EUROPEA

- Dall'economia sociale di mercato al welfare: una visione europea
- Il sistema sanitario: tra universalismo e sostenibilità
- Virtù, pregi e criticità: luci e ombre di un modello
- Esempi europei: Scandinavia e Italia a confronto

La socialdemocrazia europea rappresenta uno dei modelli più studiati e discussi nell'ambito dell'organizzazione sanitaria e dello stato sociale. Nata dall'incontro tra le grandi trasformazioni economiche e sociali del Novecento e l'affermazione dei diritti collettivi, la socialdemocrazia ha saputo coniugare crescita economica, coesione sociale e sviluppo di sistemi di welfare universali. In questo contesto, il sistema sanitario assume un ruolo centrale, diventando espressione concreta dei valori di equità, solidarietà e inclusione che caratterizzano l'Europa settentrionale e continentale.

Il filo conduttore che attraversa il capitolo è la capacità della socialdemocrazia di integrare principi di universalismo e sostenibilità economica, adattando la struttura e il finanziamento dei sistemi sanitari alle esigenze mutevoli della società. L'equilibrio tra pubblico e privato, la tensione tra universalità e sostenibilità, la ricerca di qualità e innovazione rappresentano i nodi attorno a cui si sviluppa il modello europeo, offrendo spunti di riflessione sulle sfide contemporanee della salute pubblica.



Fig.5 - Il Welfare Solidale

#### **4.1 - Dall'economia sociale di mercato al welfare: una visione europea**

La socialdemocrazia europea nasce da una tensione creativa tra libertà individuale e responsabilità collettiva. Dopo la seconda guerra mondiale, le economie del Nord e del Centro Europa hanno abbracciato un modello di sviluppo che vede lo Stato come regolatore e garante, ma anche come promotore di equità. L'economia sociale di mercato, teorizzata in Germania da Alfred Müller-Armack e Ludwig Erhard, ha ispirato politiche capaci di coniugare crescita e coesione, innovazione e protezione sociale.

Qui il mercato non è lasciato a se stesso, ma orientato da regole che tutelano i più deboli, promuovendo l'occupazione e la redistribuzione della ricchezza attraverso un sistema di tassazione progressiva e servizi pubblici di alta qualità. Il welfare europeo, nelle sue diverse declinazioni (scandinava, continentale, mediterranea), ha rappresentato per decenni un modello di riferimento globale, capace di garantire stabilità politica e inclusione sociale (Esping-Andersen, 1990).

Negli ultimi decenni, la socialdemocrazia è stata chiamata a confrontarsi con nuove sfide: la globalizzazione dei mercati, le crisi finanziarie del 2008 e la recente pandemia di COVID-19 hanno imposto una profonda revisione delle politiche di protezione sociale. La necessità di garantire competitività economica senza sacrificare la coesione ha spinto verso riforme capaci di rafforzare le reti di sicurezza, promuovendo flessibilità, innovazione e resilienza.

#### **4.2- Il sistema sanitario: tra universalismo e sostenibilità**

Nel laboratorio della socialdemocrazia, la salute diventa diritto universale. L'accesso alle cure non dipende dal reddito, né dalla condizione lavorativa: è il risultato di una scelta politica che vede nella fiscalità generale o nelle assicurazioni sociali obbligatorie il motore del finanziamento.

Il modello Beveridge, adottato in paesi come Svezia, Danimarca, Norvegia e Italia, offre servizi finanziati dalle tasse, gestiti per lo più da enti pubblici, e garantisce copertura sanitaria all'intera popolazione. Il modello Bismarck (Germania, Francia, Belgio) si basa invece su assicurazioni sociali obbligatorie, ma con lo stesso obiettivo di universalità.

Questi sistemi si distinguono per l'alto livello di accessibilità: in Scandinavia, il medico di base è spesso il primo contatto con il sistema, e la prevenzione occupa un ruolo centrale. L'attenzione alla salute pubblica, alla medicina territoriale e all'integrazione socio-sanitaria ha contribuito a risultati eccellenti in termini di aspettativa di vita (oltre

82 anni in Svezia e Norvegia, fonte: OECD 2023), mortalità infantile tra le più basse al mondo e soddisfazione degli utenti molto elevata (WHO 2022).

La sostenibilità economica resta però una sfida costante. In Scandinavia, la digitalizzazione dei servizi, l'uso diffuso della telemedicina e la promozione di stili di vita salutari rappresentano leve fondamentali per contenere i costi e migliorare gli outcome. In Italia, il tema della sostenibilità del SSN si traduce spesso in razionalizzazioni della spesa e in una continua ricerca di equilibrio tra finanziamento pubblico e contenimento dei ticket, mentre la pressione fiscale rimane un tema sensibile nel dibattito politico.

### **4.3 - Virtù, pregi e criticità: luci e ombre di un modello**

La forza della socialdemocrazia europea sta nella capacità di tenere insieme universalismo, qualità e sostenibilità. La prevenzione, la promozione della salute e la centralità della persona sono pilastri che hanno permesso di affrontare meglio di altri paesi la sfida delle pandemie, dell'invecchiamento e delle cronicità.

La diffusione dei programmi di screening oncologico in Svezia e Danimarca ha contribuito a una significativa riduzione della mortalità per tumori, mentre in Italia il ruolo centrale dei medici di medicina generale nella gestione delle cronicità rappresenta una risorsa preziosa, ma spesso limitata da carenze di personale e risorse. In alcune aree del paese, le difficoltà di accesso alle cure specialistiche e le liste d'attesa costituiscono ancora ostacoli rilevanti.

Tuttavia, nessun modello è immune da criticità. I costi crescenti legati al progresso tecnologico e all'invecchiamento della popolazione mettono a dura prova la tenuta finanziaria dei sistemi pubblici. In alcuni paesi, come l'Italia, le disuguaglianze regionali restano marcate: l'accesso ai servizi e la qualità delle cure possono variare sensibilmente da Nord a Sud. In Scandinavia, invece, la pressione fiscale elevata e la necessità di riforme per integrare nuove popolazioni migranti rappresentano sfide aperte.

L'innovazione organizzativa e tecnologica, la formazione continua del personale e la capacità di adattarsi ai cambiamenti sociali sono oggi le vere cartine di tornasole della resilienza dei sistemi socialdemocratici. Il rischio, come sempre, è quello di perdere la bussola dell'equità proprio quando la sostenibilità economica diventa la priorità. Così, ogni sistema si trova a navigare tra luci e ombre, cercando di non smarrire il senso della propria missione: garantire salute, dignità e opportunità a ciascuno, senza distinzioni.

#### **4.4 - Esempi europei: Scandinavia e Italia a confronto**

Nel Nord Europa, la governance multilivello e la partecipazione comunitaria sono garanzia di efficienza e trasparenza. In Svezia, la decentralizzazione consente alle regioni di adattare i servizi ai bisogni locali, mentre l'investimento nella prevenzione e nell'e-health è tra i più alti d'Europa. Le regioni si muovono come tessere di un mosaico, ognuna attenta al proprio disegno, ma unite da un filo comune: la ricerca di qualità e di innovazione.

Un aspetto particolarmente distintivo nei sistemi scandinavi è l'adozione diffusa di tecnologie digitali avanzate nei laboratori ospedalieri e nella diagnostica. L'intelligenza artificiale viene già utilizzata per l'analisi automatizzata di esami di laboratorio (ad esempio, piattaforme come Abbott Alinity o Roche cobas pro), la refertazione rapida di immagini radiologiche tramite software di deep learning (come quelli integrati nei sistemi Sectra o Philips IntelliSpace) e la gestione predittiva delle liste d'attesa. La telepatologia, grazie a soluzioni come Pathology Cloud e scanner digitali 3DHistech, consente alle strutture periferiche di accedere a consulenze specialistiche in tempo reale, abbattendo le disuguaglianze territoriali e migliorando la tempestività delle diagnosi. L'integrazione dei dati clinici, genomici e ambientali nei sistemi informativi ospedalieri (es. piattaforme Epic o Cerner) apre la strada a una medicina sempre più personalizzata e predittiva, con laboratori "intelligenti" capaci di anticipare i bisogni di salute della popolazione.

Secondo i dati pubblicati dal Karolinska Institutet (2023), l'introduzione di soluzioni di IA nella refertazione radiologica ha ridotto del 30% i tempi di risposta per esami TC e RM, con un incremento del 15% nell'accuratezza diagnostica per alcune patologie oncologiche. In Norvegia, la digitalizzazione dei laboratori ha permesso una riduzione degli errori pre-analitici del 40% e una maggiore rapidità nell'accesso ai risultati, con impatti positivi sulla gestione dei pazienti critici.

In Italia, il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) rappresenta un unicum per dimensione e universalità: nonostante le difficoltà legate alla frammentazione regionale e alle risorse limitate, resta uno dei pochi sistemi davvero universali e gratuiti, con risultati di salute pubblica paragonabili ai migliori standard europei. Anche nei laboratori italiani si stanno diffondendo progetti di digitalizzazione, automazione e utilizzo dell'IA, soprattutto nella refertazione automatica (ad esempio, utilizzo di piattaforme come Sysmex XN per l'ematologia o Vitek 2 per la microbiologia) e nel monitoraggio remoto dei pazienti tramite sistemi di telemedicina e dispositivi wearable (come Holter

digitali o sensori per il monitoraggio glicemico a distanza). Secondo una survey della Società Italiana di Biochimica Clinica (2022), nei centri che hanno adottato sistemi automatizzati, i tempi medi di refertazione si sono ridotti del 25% e la soddisfazione degli operatori è aumentata significativamente. Tuttavia, la sfida principale resta garantire una diffusione omogenea di queste innovazioni su tutto il territorio, superando le differenze regionali e assicurando interoperabilità e accesso equo alle tecnologie emergenti.

**Tabella 3** - Scandinavia vs Italia

<b>Aspetto</b>	<b>Scandinavia (Svezia, Norvegia, Danimarca)</b>	<b>Italia</b>
Finanziamento	Fiscalità generale (modello Beveridge)	Fiscalità generale (SSN)
Governance	Decentrata, forte autonomia regionale	Decentrata, ma disomogenea
Accessibilità	Universale, senza barriere economiche	Universale, ticket in alcune regioni
Qualità delle cure	Molto alta, forte prevenzione	Alta, ma variabile per regione
Criticità	Costi elevati, pressione migranti	Disuguaglianze regionali, sottofinanziamento
Punti di forza	Prevenzione, innovazione, soddisfazione	Universalismo, resilienza

La resilienza del SSN, emersa soprattutto durante la pandemia, testimonia la forza di un modello che, pur tra mille ostacoli, continua a garantire protezione e inclusione. Il confronto tra il modello scandinavo e quello italiano mette in luce punti di forza e criticità che possono essere di stimolo per una crescita reciproca: la governance multilivello e l'innovazione tecnologica del Nord Europa, così come l'universalismo e la capacità di resistere alle crisi del SSN italiano, rappresentano elementi di eccellenza che meritano attenzione. L'Europa, in questo senso, si presenta come un laboratorio vivente, dove ogni esperienza può arricchire il dibattito e suggerire nuove strade per il futuro, soprattutto nell'ambito della digitalizzazione e della diagnostica avanzata.

E forse è proprio nelle difficoltà che l'Italia mostra il suo volto migliore: quella capacità tutta italiana di trasformare le sfide più dure in opportunità, di trovare energia e soluzioni dove altri vedono solo ostacoli. Perché, nonostante i giudizi di chi spesso si ferma alla burocrazia o ai numeri, lo spirito italiano sa sorprendere e vincere anche le sfide che sembravano impossibili. E questa è la nostra vera forza.

**Sintesi** La socialdemocrazia europea ha saputo intrecciare equità, qualità e sostenibilità, creando sistemi sanitari che garantiscono accesso universale alle cure e risultati eccellenti in salute pubblica. Il confronto tra Scandinavia e Italia mostra due strade diverse, ma accomunate dalla ricerca costante di innovazione e inclusione: i paesi nordici brillano per prevenzione, digitalizzazione e governance trasparente, mentre l'Italia, pur tra difficoltà, disuguaglianze e frammentazioni regionali, mantiene, un SSN universale e resiliente, capace di reagire anche nelle crisi più dure. La capacità italiana di trasformare ostacoli in opportunità, di sorprendere quando tutto sembra perduto, è il vero motore che distingue la nostra nazione. In fondo, la sanità europea resta un laboratorio vivente, dove ogni esperienza arricchisce il percorso e spinge verso una medicina sempre più umana e avanzata.

Il consiglio che viene dal basso è semplice: ascoltare davvero i bisogni dei pazienti, valorizzare il lavoro di squadra e non smettere mai di cercare soluzioni pratiche, anche quando le risorse scarseggiano. Spesso, sono le piccole innovazioni, la flessibilità e la capacità di adattarsi che fanno la differenza, soprattutto nei momenti più difficili. In fondo, la sanità migliore è quella che resta vicina alle persone, senza perdere il contatto con la realtà.

### **Riferimenti bibliografici**

1. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
2. OECD. *Health at a Glance: Europe 2022*. OECD Publishing; 2022.
3. World Health Organization. *European Health Report 2021: Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
4. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy*. European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.

5. Siciliani L, Moran V, Borowitz M, editors. *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Health Policy Studies; 2013.
6. Kristoffersen AE, Fonnebo V, Norheim AJ. Digital health in the Nordic countries: state-of-the-art review. *J Med Internet Res.* 2022;24(2):e30468.
7. Ministero della Salute. *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) – Dati 2022.* Roma: Ministero della Salute; 2023.
8. Società Italiana di Biochimica Clinica (SIBioC). *Digitalizzazione dei laboratori clinici: stato dell'arte e prospettive future.* *Bollettino SIBioC.* 2022;61(4):194-200.
9. Cylus J, Permanand G, Smith PC. *Health system resilience: European Observatory Policy Briefs.* World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
10. Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance.* European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press; 2016.

## CAPITOLO V – IL MODELLO CINESE

- Socialismo di mercato: le radici del modello cinese
- Ruolo dello Stato e delle imprese
- Evoluzione recente: tra universalismo e mercato
- Identità della sanità cinese

Il modello cinese rappresenta uno degli esperimenti più originali e dinamici tra i sistemi sanitari mondiali. Dopo aver superato la stagione della pianificazione maoista, la Cina ha scelto la via del socialismo di mercato: un equilibrio complesso tra il controllo statale e l'apertura graduale alle logiche di mercato e all'iniziativa privata. Questa trasformazione ha avuto un impatto profondo sulla sanità, dando vita a un sistema in continua evoluzione, dove pubblico e privato si intrecciano e si sfidano.

Il filo conduttore del capitolo è proprio la tensione tra universalismo e mercato, tra le ambizioni di equità e le esigenze di efficienza in un contesto segnato da forti disparità sociali e territoriali. La Cina si presenta come un laboratorio vivente, dove ogni riforma sanitaria è una risposta a sfide nuove e complesse.

Il capitolo si articola in quattro parti:

- **Socialismo di mercato: le radici del modello cinese** – Un viaggio alle origini della trasformazione economica e sociale, per capire come la Cina sia passata dalla pianificazione centralizzata a un sistema guidato dallo Stato ma aperto al mercato.
- **Ruolo dello Stato e delle imprese** – L'analisi delle modalità con cui attori pubblici e privati collaborano e competono nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sanitari.
- **Evoluzione recente: tra universalismo e mercato** – Un focus sulle grandi riforme degli ultimi vent'anni, sulle strategie per ridurre le disuguaglianze e garantire qualità e sostenibilità.
- **Identità della sanità cinese** – Una riflessione approfondita su ciò che rende unico il sistema sanitario cinese: i suoi valori, le sue specificità organizzative e culturali, e le sfide che lo attendono.

Seguendo questo percorso, il modello cinese offre spunti preziosi per ripensare il rapporto tra Stato, mercato e salute, in un mondo che cambia sempre più in fretta.

## 5.1 Socialismo di mercato: le radici del modello cinese

La storia contemporanea della Cina è un viaggio tra continuità e rottura, dove la geografia immensa e la tradizione millenaria si intrecciano con una politica capace di reinventarsi. CN Dopo la lunga stagione del maoismo, segnata dalla pianificazione centralizzata e dal controllo totale dello Stato, il paese ha imboccato una strada nuova e sorprendente: il socialismo di mercato.



Fig. 6 - Equilibrio d'Oriente

Tutto parte da Mao Zedong, il grande architetto della Repubblica Popolare, che ha immaginato una Cina autosufficiente, fondata sull'uguaglianza e sulla collettivizzazione. Le campagne, le città, le regioni – dal Sichuan alle coste del Guangdong – erano unite sotto un unico disegno, spesso rigido, ma animato da un'utopia rivoluzionaria. Negli anni '70, però, il sistema mostra i suoi limiti: la povertà diffusa, le inefficienze, la fame di cambiamento.

È allora che Deng Xiaoping prende il timone e, con una visione pragmatica, lancia la celebre frase: “Non importa se il gatto è bianco o nero, l'importante è che prenda i topi.” Questo motto diventa il simbolo della nuova era: l'ideologia si piega alla realtà, l'economia si apre al mercato, la ricchezza non è più un tabù. Nascono le zone economiche speciali, come Shenzhen, veri laboratori di innovazione dove la geografia diventa motore di sviluppo.

Nel socialismo di mercato cinese, lo Stato rimane il regista principale della trasformazione. Non cede mai il controllo, ma lo esercita in modo diverso rispetto al passato: non più solo direttive dall'alto, ma indirizzo strategico, pianificazione a lungo termine e presenza costante nelle grandi imprese. Le aziende di Stato (SOEs) sono ancora colossi che dominano settori chiave come energia, trasporti, finanza. Sono strumenti attraverso cui il Partito Comunista orienta la crescita, protegge settori strategici e garantisce stabilità sociale.

Accanto a queste, però, cresce un settore privato vivacissimo, spesso guidato da imprenditori visionari e capace di adattarsi con velocità alle nuove sfide. Qui lo Stato non sparisce: regola, investe, talvolta interviene pesantemente, come si è visto con le recenti strette normative su tecnologia e istruzione. La relazione tra Stato e imprese è fatta di collaborazione e controllo, di incentivi e limiti, in un equilibrio dinamico che cambia con le priorità politiche.

Questa trasformazione economica porta con sé nuove tensioni sociali. Nella Cina del socialismo di mercato, la ricerca della crescita ha spesso la priorità sui diritti dei lavoratori. Le fabbriche e le aziende – soprattutto nelle regioni costiere – sono famose per i ritmi serrati: nessun limite reale alle ore di lavoro, turni estenuanti, pochi spazi di contrattazione collettiva. Il famoso “996” (lavorare dalle 9 alle 21 per 6 giorni a settimana) è quasi un mantra, soprattutto nel settore tecnologico. La gerarchia resta forte, sia nelle imprese che nella società, con una netta divisione tra dirigenti e lavoratori, tra città e campagne.

I diritti dei lavoratori sono spesso subordinati alle necessità dello sviluppo economico. I sindacati esistono, ma sono legati al partito e raramente rappresentano uno strumento di reale contrattazione. Eppure, la società cinese è in continuo fermento: le nuove generazioni chiedono più equilibrio, più tutele, più spazio per la propria voce. La tensione tra crescita e diritti è uno degli snodi più delicati del modello cinese.

La trasformazione non è solo economica: la Cina riscopre le proprie radici filosofiche, da Confucio al Taoismo, e le porta nel futuro. Confucio nel computer – come suggerisce il titolo del libro che hai letto – è la metafora perfetta: la saggezza antica si fonde con la tecnologia, la tradizione diventa risorsa per affrontare la modernità.

Negli ultimi decenni, con Jiang Zemin, Hu Jintao e l'attuale Xi Jinping, il modello si raffina: lo Stato resta protagonista, ma il mercato è ormai parte integrante del sistema. La Cina non si limita a imitare l'Occidente, ma crea una propria via, fatta di velocità, adattamento e molteplicità. Le differenze regionali, le città che corrono e le campagne

che inseguono, sono il cuore pulsante di un paese dove ogni cambiamento è una sfida collettiva.

Il socialismo di mercato cinese è dunque un mosaico in movimento, dove la leggerezza delle intuizioni si sposa con la profondità delle tradizioni, e dove la velocità delle riforme si intreccia con la molteplicità delle esperienze locali e nazionali.

### **Per approfondire il quadro attuale, ecco tre focus:**

il primo sulle politiche chiave introdotte da Xi Jinping negli ultimi anni, il secondo sulle principali sfide che oggi la Cina si trova ad affrontare, il terzo l'evoluzione del PIL in Cina e il confronto con USA e Unione Europea.

---

### **BOX: Le politiche di Xi Jinping negli ultimi anni**

- **Centralizzazione del potere:** Xi Jinping ha rafforzato il ruolo del Partito Comunista in ogni ambito, riportando sotto controllo statale settori che negli anni precedenti avevano goduto di maggiore autonomia.
- **Stretta sulle big tech:** Negli ultimi anni, il governo ha imposto nuove regole e limitazioni alle grandi aziende tecnologiche cinesi (come Alibaba, Tencent e Didi), per ridurre rischi sistemici e affermare la supremazia politica sul settore privato.
- **Lotta alla corruzione:** Una delle campagne più visibili, con migliaia di funzionari e dirigenti indagati o rimossi. Questo ha rafforzato la disciplina interna ma anche il controllo personale di Xi sul partito.
- **Sviluppo “di alta qualità”:** L'accento è passato dalla crescita a tutti i costi a uno sviluppo più sostenibile, con attenzione a innovazione, ambiente, riduzione delle disuguaglianze e sicurezza sociale. 🌱
- **Sicurezza nazionale e controllo sociale:** Xi ha promosso leggi per rafforzare la sicurezza interna, la censura online e la sorveglianza, con l'obiettivo dichiarato di mantenere la stabilità e prevenire minacce politiche.
- **Proiezione internazionale:** Attraverso la “Belt and Road Initiative” e una politica estera più assertiva, la Cina cerca di rafforzare la propria influenza globale.

## **BOX: Le sfide attuali della Cina**

- **Rallentamento economico:** Dopo anni di crescita a doppia cifra, la Cina affronta un rallentamento legato a domanda interna debole, crisi immobiliare e incertezze globali.
- **Disuguaglianze sociali e regionali:** Il divario tra città e campagne, regioni costiere e interne, e tra ricchi e poveri resta molto marcato, creando tensioni e pressioni sociali.
- **Invecchiamento della popolazione:** La popolazione sta invecchiando rapidamente, con un impatto su forza lavoro, welfare e sostenibilità del sistema pensionistico.
- **Ambiente e sostenibilità:** Inquinamento, gestione delle risorse idriche e cambiamenti climatici sono problemi urgenti, nonostante i recenti investimenti nelle energie rinnovabili.
- **Innovazione e tecnologia:** La Cina punta all'autosufficienza tecnologica, ma deve affrontare restrizioni internazionali, soprattutto nei semiconduttori e nell'accesso a tecnologie avanzate.
- **Tensioni internazionali:** Le relazioni con Stati Uniti, Europa e vicini asiatici sono spesso tese, con ripercussioni su commercio, investimenti e sicurezza.

---

## **BOX: L'evoluzione del PIL cinese e il confronto con USA e UE (2003-2023)**

*Uno sguardo agli ultimi 20 anni*

Negli ultimi vent'anni la Cina ha vissuto una crescita economica senza precedenti, trasformandosi da "fabbrica del mondo" a potenza globale sia dal punto di vista produttivo che tecnologico. Dal 2001, anno dell'ingresso nel WTO, il PIL cinese è cresciuto a ritmi sostenuti, con tassi medi annui spesso superiori al 9% fino al 2011, per poi rallentare gradualmente ma restando comunque su livelli elevati rispetto alle economie occidentali. Questo boom ha permesso enormi investimenti in infrastrutture, innovazione e sanità pubblica, cambiando radicalmente la qualità della vita di centinaia di milioni di persone. Negli ultimi anni, però, la crescita si è stabilizzata attorno al 5%, segnalando una nuova fase di maturità e nuove sfide (invecchiamento, disuguaglianze, sostenibilità).

Per avere un quadro più completo, vale la pena confrontare il PIL della Cina con quello di Unione Europea e Stati Uniti: se la Cina ha ormai superato l'UE in termini di PIL a

parità di potere d'acquisto, resta ancora dietro agli USA in valore assoluto, ma il gap si è ridotto notevolmente rispetto a vent'anni fa.


**Tabella 4** - PIL Cina, UE e USA (2003-2023, valori in trilioni di dollari USA correnti)

Anno	Cina	USA	UE	% Cina su totale	% USA su totale	% UE su totale	Crescita Cina su 2003
2003	1,7	11,1	10,9	6,9%	45,0%	44,1%	-
2008	4,6	14,7	16,2	12,0%	38,3%	42,2%	+170%
2013	9,6	16,8	17,2	21,0%	36,7%	37,6%	+465%
2018	13,9	20,6	18,7	26,3%	39,0%	35,4%	+717%
2023	17,7	26,9	18,4	29,7%	45,1%	30,9%	+941%

Fonte: World Bank, IMF, Eurostat (dati arrotondati)

**Commento:**

Questi dati mostrano come la Cina abbia vissuto una crescita economica impressionante, passando in vent'anni da un PIL di poco superiore a quello di singoli paesi europei a una posizione di leadership globale. Attualmente la Cina rappresenta la seconda economia mondiale, con un PIL che ha quasi raggiunto quello degli Stati Uniti e ormai supera quello dell'Unione Europea. Questo salto ha avuto un impatto significativo su tutti i settori, dalla sanità alle infrastrutture, e spiega molte delle trasformazioni sociali e politiche avvenute negli ultimi decenni.

In termini percentuali, il peso della Cina sul totale del PIL delle tre macro-aree è quadruplicato, passando da meno del 7% nel 2003 a quasi il 30% nel 2023.  Nel ventennio considerato, il PIL cinese è cresciuto di quasi dieci volte (+941%), mentre USA e UE hanno mantenuto una crescita più contenuta e costante. Questo fenomeno ha ridisegnato gli equilibri economici mondiali, con una Cina sempre più centrale anche nelle dinamiche di innovazione, commercio e investimenti globali.

La pandemia COVID-19 ha avuto un impatto rilevante su tutte le economie, ma la Cina ha reagito con strategie di contenimento e ripresa molto rapide rispetto a USA e UE. Nel 2020 la crescita cinese ha subito un rallentamento, ma è ripartita già l'anno successivo, rafforzando ulteriormente la sua posizione relativa. Al contrario, Stati Uniti ed Europa hanno registrato contrazioni più marcate e una ripresa più graduale,

accentuando il divario tra le tre aree. Questo ha contribuito a consolidare la leadership economica cinese e a modificare ulteriormente gli equilibri globali post-pandemia.

Il modello cinese resta una delle esperienze più complesse e affascinanti della contemporaneità: un sistema che unisce controllo politico, apertura economica, tradizione e modernità, ma che oggi si trova davanti a sfide enormi e a un equilibrio sempre più delicato tra crescita, diritti e stabilità. La capacità della Cina di adattarsi e reinventarsi sarà decisiva non solo per il proprio futuro, ma anche per gli equilibri globali dei prossimi decenni.

## **5.2 Ruolo dello Stato e delle imprese: collaborazione e competizione nel modello cinese**

Il rapporto tra Stato e imprese in Cina è uno degli snodi più affascinanti e complessi del socialismo di mercato. Sin dalla svolta di Deng Xiaoping, la Cina ha scelto una strada originale, dove il mercato non è un fine, ma uno strumento per rafforzare la potenza nazionale e la coesione sociale. Lo Stato resta il grande regista, ma lascia spazio a imprenditori e aziende private, creando un sistema ibrido che si adatta di continuo alle sfide interne ed esterne.

### **Storia e politica: un equilibrio dinamico**

Dalla fondazione della Repubblica Popolare, lo Stato ha incarnato il ruolo di motore dello sviluppo economico. Nella fase maoista, il controllo era totale: tutte le grandi imprese erano pubbliche, la pianificazione era centralizzata e la proprietà privata praticamente inesistente. Negli anni '80, con la riforma e apertura, le cose cambiano: lo Stato decide di "lasciare che alcuni si arricchiscano per primi", permettendo la nascita di un settore privato vivace, ma sempre sotto sorveglianza politica.

Il Partito Comunista non ha mai ceduto il controllo sulle leve fondamentali: energia, infrastrutture, finanza, telecomunicazioni restano dominio delle grandi imprese di Stato (SOEs), che sono strumenti di politica industriale, ma anche di stabilità sociale. Tuttavia, il settore privato è diventato un motore indispensabile per l'innovazione, l'occupazione e la modernizzazione tecnologica. La crescita di giganti come Alibaba, Tencent o Huawei mostra quanto lo Stato sappia sfruttare la creatività imprenditoriale, senza rinunciare alla regia strategica.

## Collaborazione e competizione: alleanza e rivalità

Il rapporto tra Stato e imprese non è mai statico: si tratta di una relazione fatta di collaborazione, ma anche di tensione e competizione. Lo Stato indirizza, finanzia, crea cornici normative, ma chiede in cambio fedeltà e allineamento agli obiettivi nazionali. Le imprese private sono incentivate a innovare, investire, internazionalizzarsi, ma devono rispettare i limiti imposti dal Partito. Quando un'azienda diventa troppo potente o autonoma, come nel caso delle big tech, lo Stato interviene con decisione, imponendo nuove regole, multe, o addirittura cambiando i vertici aziendali.



Fig. 7 - Collaborazione

La collaborazione si vede nelle grandi strategie industriali: lo Stato investe in settori chiave, promuove la ricerca, favorisce joint venture tra pubblico e privato, attrae capitali e competenze internazionali. La competizione, invece, emerge nella corsa all'innovazione, nella ricerca dell'efficienza e nella conquista dei mercati globali. Ma la partita si gioca sempre dentro i confini fissati dal Partito, che resta arbitro supremo e garante dell'equilibrio. anche nella sanità, questa logica di collaborazione e competizione si riflette chiaramente: lo Stato regola, garantisce e indirizza, mentre il privato innova e sperimenta. Ma il controllo politico resta sempre il perno del sistema.

## Aspetti sociali e psicologici: tra opportunità e ansia

Questa dinamica influenza profondamente la società cinese. Da un lato, la crescita del settore privato ha creato una nuova classe imprenditoriale, simbolo di mobilità sociale e successo personale. Dall'altro, la presenza costante dello Stato genera un senso di

sicurezza, ma anche di incertezza: nessuna impresa, per quanto grande, può mai sentirsi davvero indipendente. La psicologia collettiva oscilla tra entusiasmo per le opportunità e timore per i possibili interventi dall'alto.

Il cittadino cinese vive questa realtà tra pragmatismo e adattamento: si valorizza chi sa cogliere le occasioni offerte dal mercato, ma si rispetta chi mantiene buone relazioni con le istituzioni pubbliche. La meritocrazia convive con la logica della lealtà politica, e il successo individuale è sempre intrecciato con il bene collettivo.

### **Geopolitica: il modello cinese come sfida globale**

Sul piano internazionale, la collaborazione-competizione tra Stato e imprese è una delle armi più forti della Cina. Le grandi aziende pubbliche sono spesso la punta di diamante della politica estera: costruiscono infrastrutture all'estero, investono in energia, tecnologia e risorse naturali, diventando veicoli dell'influenza cinese nel mondo. Allo stesso tempo, le imprese private – spesso sostenute dallo Stato – guidano l'innovazione globale, sfidando i colossi occidentali e imponendo nuovi standard tecnologici.

Questo modello suscita interesse, diffidenza e rivalità: molti paesi guardano alla Cina come a un laboratorio alternativo, capace di unire efficienza di mercato e controllo politico. Ma la stessa Cina sa che il suo equilibrio è fragile, e per questo continua a rafforzare la supervisione statale, soprattutto nei settori strategici.

### **5.3 Evoluzione recente: tra universalismo e mercato**

Negli ultimi anni, il modello cinese ha vissuto una profonda trasformazione, sospeso tra il richiamo all'universalismo e le spinte del mercato. Il paese si è trovato a bilanciare l'aspirazione a garantire pari opportunità a tutti i cittadini con la necessità di sostenere crescita, innovazione e competitività. Questa tensione si riflette in ogni settore, dalle politiche sociali all'organizzazione delle imprese, passando per il ruolo dello Stato che continua a guidare lo sviluppo, senza rinunciare a lasciare spazio all'iniziativa privata.

### **Le grandi riforme degli anni 2000**

Le grandi riforme degli anni 2000 hanno segnato una svolta storica per la Cina, proiettando il paese verso una maggiore apertura al mercato e una modernizzazione diffusa. L'obiettivo era chiaro: stimolare l'innovazione e l'efficienza, senza però rinunciare al ruolo centrale dello Stato come garante dell'equità e della coesione sociale. In questo equilibrio dinamico, la Cina ha saputo affrontare le sfide della

globalizzazione mantenendo una forte identità collettiva, mentre prendeva forma una nuova classe media, più consapevole e attenta alla qualità dei servizi e delle opportunità offerte dal mercato.

Dopo la crisi degli anni '90, che aveva visto una privatizzazione accelerata e un aumento delle disuguaglianze, lo Stato è tornato protagonista con politiche ambiziose che hanno coinvolto tutti i settori chiave: dall'industria all'agricoltura, fino al commercio. Sono stati introdotti incentivi per la modernizzazione delle imprese, investimenti nelle infrastrutture, e programmi per sostenere l'innovazione tecnologica anche nelle regioni meno sviluppate.

Questi interventi hanno prodotto risultati tangibili: crescita della produttività, aumento dell'occupazione, sviluppo di nuove filiere produttive e una maggiore integrazione nei mercati internazionali. Rimangono però importanti divari tra aree urbane e rurali, così come tra regioni più ricche e quelle ancora in via di sviluppo, che rappresentano una sfida costante per il modello cinese.

### **Universalismo vs mercato: il dilemma cinese**

La Cina cerca di garantire un livello minimo di servizi essenziali per tutti, ma allo stesso tempo lascia spazio a un settore privato in forte crescita, soprattutto nelle grandi città. Aziende e imprese private offrono prodotti e servizi di alta qualità, spesso a costi più elevati, attirando una classe media sempre più esigente e selettiva. Il risultato? Un sistema misto, dove pubblico e privato convivono, ma la vera sfida resta evitare che il mercato generi nuove disuguaglianze. Il rischio è che i migliori servizi diventino un privilegio per chi può permetterseli, lasciando indietro le fasce più deboli.

### **Le strategie per ridurre le disuguaglianze**

Negli ultimi anni lo Stato ha puntato su alcune leve per colmare il gap: • Rafforzamento del ruolo delle imprese pubbliche e dei servizi di base. • Sviluppo di soluzioni digitali e piattaforme innovative per raggiungere anche le aree più remote. • Sperimentazione di modelli di gestione e finanziamento alternativi, per contenere i costi e migliorare la qualità.

La sfida resta aperta: trovare un equilibrio tra efficienza, innovazione e giustizia sociale, in un paese dove la domanda di servizi cresce più rapidamente delle risorse disponibili.

#### **5.4 Il modello cinese di sanità: dalle radici antiche alla medicina del futuro**

Il sistema sanitario cinese nasce da una cultura millenaria che considera salute e società inscindibili. Fin dalle dinastie imperiali, la salute era vista come un dovere collettivo e un indicatore di stabilità politica: l'imperatore, "figlio del cielo", era responsabile dell'armonia tra uomo e natura. In questo contesto si è sviluppata la medicina tradizionale cinese (MTC), con un approccio sistemico che integra corpo, mente, ambiente e relazioni sociali. Le pratiche di erbe, agopuntura, massaggi, esercizi energetici e alimentazione riflettono una visione dinamica dell'organismo, dove prevenzione e cura sono strettamente connesse. Ancora oggi, la formazione dei medici prevede una solida base di MTC accanto alla medicina occidentale, e molti ospedali offrono reparti integrati. Agopuntura, tuina e fitoterapia vengono impiegate sia per patologie acute che croniche, nella riabilitazione, nell'oncologia di supporto e nella medicina preventiva.

Con la fondazione della Repubblica Popolare nel 1949, la Cina si è trovata ad affrontare enormi sfide sanitarie: malnutrizione, epidemie, mortalità infantile e materna elevata. Mao Zedong ha avviato una riforma radicale con i "medici scalzi", formati in pochi mesi per portare cure di base e prevenzione nelle campagne, valorizzando la medicina primaria e la responsabilizzazione delle comunità. Questo modello ha permesso di vaccinare milioni di bambini, diffondere norme igieniche, ridurre drasticamente le malattie infettive (malaria, vaiolo, tubercolosi) e aumentare l'aspettativa di vita. La medicina è diventata anche uno strumento di ingegneria sociale: la politica del figlio unico (1978-2015) ha inciso profondamente sulla demografia, sull'accesso ai servizi e sulla struttura familiare, generando nuove sfide nella gestione degli anziani e delle malattie croniche.

Negli anni '80 e '90, la Cina ha avviato una riforma economica che ha coinvolto anche la sanità: si è passati da un modello totalmente pubblico a uno misto, con decentralizzazione e apertura al mercato. Nelle grandi città sono nati ospedali di eccellenza, poli universitari e centri di ricerca all'avanguardia (es. Peking Union Medical College Hospital), con standard internazionali e tecnologia avanzata. La formazione dei medici si è allineata ai modelli occidentali, ma l'integrazione con la MTC resta una peculiarità cinese. In parallelo, nelle aree rurali la copertura rimane fragile, con carenza di risorse e disparità di accesso. Negli ultimi vent'anni, il governo ha investito in programmi di assicurazione sanitaria pubblica che oggi coprono oltre il

95% della popolazione (Urban Employee Basic Medical Insurance, Urban Resident Basic Medical Insurance, New Rural Cooperative Medical Scheme).

Universalismo, disparità e ruolo della tecnologia

La gratuità delle cure non è totale: la maggior parte delle prestazioni prevede una compartecipazione alla spesa (ticket), che varia in base all'assicurazione, all'area e alla patologia. Le cure di base e i servizi essenziali sono accessibili a tutti, ma per farmaci, chirurgia avanzata e tecnologie d'avanguardia spesso è previsto un costo a carico del paziente. Questo ha favorito la crescita delle assicurazioni private, mentre la grande maggioranza della popolazione resta legata ai programmi pubblici.

L'universalità delle cure è una priorità politica, ma le diseguaglianze territoriali sono ancora marcate: nelle grandi città le cure sono tempestive e di alta qualità, con accesso a robotica, telemedicina e intelligenza artificiale; nelle campagne permangono problemi di sottofinanziamento, carenza di personale e limiti logistici. Il governo sta investendo molto in piattaforme digitali per superare queste barriere, ma il gap rimane. La prevenzione e la promozione della salute restano centrali, considerate una responsabilità sia individuale che collettiva, in linea con la tradizione confuciana.

### **Gestione della cronicità e ruolo dell'anziano**

Negli ultimi decenni, la Cina ha vissuto una transizione epidemiologica: oggi le patologie croniche (diabete, ipertensione, BPCO, tumori, malattie cardiovascolari) sono la principale causa di morbilità e mortalità. Il sistema sanitario ha investito molto nella medicina territoriale, nella gestione integrata e multiprofessionale dei pazienti cronici e nell'uso della tecnologia per il monitoraggio a distanza. L'anziano, nella cultura confuciana, è considerato una risorsa preziosa: rispetto, cura e centralità della terza età sono valori profondamente radicati. Tuttavia, urbanizzazione, riduzione della dimensione familiare e aumento della speranza di vita hanno portato a nuove criticità: solitudine, difficoltà di accesso e crescente domanda di assistenza a lungo termine. Sono nati programmi di supporto domiciliare, centri diurni, servizi di teleassistenza e assicurazioni dedicate, spesso con approccio integrato tra medicina tradizionale e occidentale. In molte comunità, pratiche come qigong, tai chi e dietetica cinese sono promosse per la prevenzione e il benessere degli anziani.

### **Esempi pratici di gestione integrata della cronicità**

Nelle grandi città, la Cina ha implementato modelli innovativi come il "Chronic Disease Management Program" di Shanghai, con team multidisciplinari (MMG, infermieri,

farmacisti clinici e operatori di MTC) che seguono il paziente lungo tutto il percorso: diagnosi, terapia domiciliare, incontri periodici, counseling nutrizionale e monitoraggio digitale. Sono stati creati anche “Community Health Centers” che funzionano come hub territoriali, integrando visite, esami, gruppi di auto-aiuto e sessioni di educazione sanitaria, spesso con MTC. Questi centri lavorano in rete con gli ospedali tramite sistemi informativi condivisi, garantendo continuità assistenziale e riducendo i ricoveri inappropriati. Nelle aree rurali, sono stati sviluppati programmi di telemonitoraggio per pazienti cronici, che grazie a dispositivi wearable e app possono essere seguiti a distanza.

### **Prevenzione e salute pubblica**

La prevenzione è da sempre un pilastro della sanità cinese. Dalle campagne vaccinali di massa contro poliomielite ed epatite B, agli screening per tumori, fino alla promozione di stili di vita sani, il sistema punta molto sulla salute pubblica. Vengono organizzate campagne di educazione sanitaria nelle scuole, nei luoghi di lavoro e nelle comunità rurali, con focus su alimentazione, attività fisica, riduzione del tabagismo e dell'abuso di alcol, igiene e prevenzione delle malattie infettive. Anche la medicina tradizionale ha un ruolo nella prevenzione: fitoterapia, pratiche energetiche e dietetica sono integrate nei programmi pubblici per rafforzare il sistema immunitario e prevenire le malattie croniche.

### **Il ruolo della digital health nella prevenzione**

La digital health è ormai centrale nella strategia di prevenzione in Cina. App, piattaforme online e sistemi di messaggistica (come WeChat) diffondono contenuti educativi, promemoria per screening, consigli nutrizionali e programmi di attività fisica. Sono diffusi chatbot e assistenti virtuali per la valutazione del rischio cardiovascolare e la promozione della prevenzione primaria. Durante la pandemia, la digitalizzazione ha permesso di monitorare la diffusione del virus, tracciare i contatti e facilitare il supporto psicologico a distanza. La raccolta e l'analisi dei big data vengono utilizzate per calibrare strategie di prevenzione e ottimizzare le risorse sanitarie.

### **Gestione della pandemia e limiti alle libertà**

La pandemia di COVID-19 ha segnato profondamente il sistema sanitario cinese, mostrando sia i punti di forza che i limiti del modello. La risposta è stata rapida e

centralizzata: lockdown severi, quarantene obbligatorie, tracciamento digitale tramite app e QR code, tamponi a tappeto e sorveglianza capillare. Le limitazioni delle libertà personali sono state molto forti rispetto all'Europa: la mobilità era rigidamente controllata, l'accesso a servizi e spazi pubblici subordinato al "green code" individuale. Questo ha permesso di contenere rapidamente i focolai, ma ha sollevato discussioni su privacy, diritti individuali e impatto psicologico della sorveglianza di massa. La tecnologia si è rivelata potentissima per la gestione dell'emergenza, ma anche uno strumento di controllo sociale senza precedenti. L'esperienza della pandemia ha accelerato la digitalizzazione della sanità e rafforzato la prevenzione, ma ha evidenziato quanto sia delicato l'equilibrio tra salute pubblica e tutela delle libertà individuali. Il modello cinese di sanità è un mosaico complesso dove tradizione e innovazione convivono: pubblico e privato si intrecciano, universalismo e mercato si bilanciano tra sfide demografiche, tecnologiche e sociali. La filosofia confuciana resta il filo conduttore di questa evoluzione, come ben raccontato da Fulvio Colombo in "Confucio nel computer". La Cina offre così uno spunto prezioso per ripensare il rapporto tra Stato, mercato e salute nel mondo contemporaneo.

**Sintesi** - Il capitolo analizza il modello cinese come uno degli esperimenti più dinamici e complessi tra i sistemi sanitari mondiali, mettendo in luce l'intreccio tra socialismo di mercato, ruolo dello Stato e delle imprese, ed evoluzione tra universalismo e mercato. La Cina ha saputo reinventarsi passando dalla pianificazione centralizzata a un sistema più flessibile e orientato alla crescita, pur mantenendo una forte supervisione statale.

Il rapporto tra Stato e imprese è caratterizzato da una collaborazione-competizione che favorisce innovazione e crescita, ma anche da un controllo politico costante, soprattutto nei settori strategici. Il sistema sanitario cinese si distingue per la sua identità unica, che fonde valori confuciani, prevenzione, medicina tradizionale e uso spinto della tecnologia digitale e dell'intelligenza artificiale nella medicina e nella prevenzione.

Le sfide principali restano la gestione delle disuguaglianze, il bilanciamento tra efficienza e universalismo, l'invecchiamento della popolazione e la sostenibilità ambientale. La digitalizzazione della sanità, accelerata anche dalla pandemia, rappresenta un punto di forza ma solleva interrogativi su privacy e diritti individuali. Il modello cinese, con la sua capacità di adattamento e la contaminazione tra tradizione

e innovazione, offre spunti preziosi per ripensare il rapporto tra Stato, mercato e salute in un mondo in rapida evoluzione.

---

### **Riferimenti bibliografici**

1. Colombo F. Confucio nel computer. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2021.
2. Yip W, Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads. *Health Affairs*. 2008;27(2):460-468.
3. Meng Q, Mills A, Wang L, Han Q. What can we learn from China's health system reform? *BMJ*. 2019;365:l2349.
4. World Bank. *Healthy China: Deepening health reform in China*. Washington, DC: World Bank; 2019.
5. Eggleston K, Wang J. Health care for 1.3 billion: An overview of China's health system. *Stanford Asia Health Policy Program Working Paper #28*; 2011.
6. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med*. 2005;353(11):1165-1170.
7. Liu GG, Vortherms SA, Hong X. China's health reform update. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:431-448.

## **CAPITOLO VI - IL MODELLO DEGLI EMIRATI ARABI UNITI**

Il sesto capitolo analizza l'architettura istituzionale e sociale degli Emirati Arabi Uniti (EAU), un contesto che rappresenta uno dei casi di studio più dinamici nel panorama globale contemporaneo. Caratterizzati da una transizione accelerata da un'economia basata sulle risorse estrattive a un hub tecnologico e finanziario di prim'ordine, gli Emirati offrono un esempio peculiare di come la pianificazione statale a lungo termine possa integrarsi con le dinamiche del libero mercato.

Il *fil rouge* che attraversa le diverse sezioni del capitolo è la strategia di diversificazione economica: un progetto ambizioso che vede lo Stato non solo come regolatore, ma come investitore strategico. Attraverso l'uso sapiente dei fondi sovrani e la creazione di zone franche competitive, il Paese ha saputo trasformare la ricchezza derivante dagli idrocarburi in infrastrutture materiali e immateriali, riducendo progressivamente la dipendenza dal petrolio a favore di settori ad alto valore aggiunto come il turismo, la logistica e le biotecnologie.

In questo quadro di profonda trasformazione, il modello di sanità emerge come il pilastro fondamentale della nuova visione emiratina. Il sistema sanitario, trattato diffusamente nella parte centrale del capitolo, riflette fedelmente il dualismo della nazione: da un lato, l'eccellenza tecnologica e l'aspirazione a diventare una meta d'élite per il turismo medicale; dall'altro, la necessità di gestire una struttura di finanziamento e accesso fortemente differenziata tra cittadini e popolazione espatriata.

L'analisi si concluderà esaminando come l'integrazione di tecnologie d'avanguardia, come l'intelligenza artificiale e la telemedicina, rappresenti oggi la risposta alle criticità strutturali del sistema — quali la dipendenza da personale estero e l'aumento delle patologie croniche — nel tentativo di costruire un modello di salute pubblica che sia, al contempo, innovativo, efficiente e sostenibile nel tempo.

### **6.1 Economia mista e risorse: l'equilibrio tra Stato e mercato**

Il sistema economico degli Emirati Arabi Uniti si distingue per una peculiare combinazione di intervento pubblico e dinamiche di libero mercato, configurando un modello di economia mista ad alto reddito. La presenza di ingenti risorse naturali, in particolare petrolio e gas, ha fornito la base per una crescita rapida e sostenuta, ma la vera peculiarità risiede nella modalità con cui lo Stato ha saputo trasformare questa ricchezza in leva strategica per lo sviluppo.

Il ruolo dello Stato va ben oltre la semplice regolazione: attraverso i fondi sovrani – tra i più grandi e attivi al mondo – il governo federale e quelli locali operano come investitori istituzionali, orientando capitali verso settori chiave e infrastrutture di nuova generazione. Questa regia pubblica assicura stabilità macroeconomica e capacità di risposta rapida alle sfide globali, creando un contesto favorevole per il settore privato.



**Fig. 8 - Emirati: Visione e Sanità**

Dal punto di vista istituzionale, il potere politico negli EAU <sup>1</sup> è fortemente centralizzato e si articola in una monarchia costituzionale federale. Ogni emirato è guidato da un Emiro che detiene poteri molto ampi, spesso esercitati in modo diretto e quasi assoluto, soprattutto a livello locale. Il Consiglio Supremo degli Emirati, composto dagli emiri dei sette emirati, rappresenta l'organo decisionale più alto, con il Presidente della Federazione (tradizionalmente l'Emiro di Abu Dhabi) che esercita un ruolo di guida nazionale. Sebbene esistano istituzioni consultive e una Costituzione formale, la realtà politica resta fortemente segnata dal peso personale e decisionale degli emiri, che incarnano una forma di monarchia autoritaria più che assoluta in senso classico, ma

<sup>1</sup> EAU sta per Emirati Arabi Uniti, ovvero United Arab Emirates in inglese. È l'abbreviazione ufficiale usata sia in ambito internazionale che nei testi italiani per indicare la federazione dei sette emirati (Abu Dhabi, Dubai, Sharjah, Ajman, Umm al-Quwain, Ras al-Khaimah, Fujairah)

con un controllo molto diretto sulle principali leve di potere e sulle strategie di sviluppo economico.

Allo stesso tempo, gli Emirati hanno promosso la creazione di zone franche, veri e propri laboratori di sperimentazione economica dove la fiscalità agevolata e le regole snelle attraggono investitori internazionali e favoriscono la nascita di startup innovative. Questo equilibrio tra presenza statale e apertura al mercato globale ha permesso agli EAU di posizionarsi come hub competitivo e resiliente, capace di adattarsi ai mutamenti dello scenario internazionale senza perdere coerenza nella pro

## **6.2 Struttura politica e diversificazione economica**

La struttura politica degli Emirati Arabi Uniti si fonda su una monarchia costituzionale federale, un modello che combina elementi di centralizzazione decisionale e autonomia locale. Ogni emirato mantiene una significativa indipendenza amministrativa, ma le scelte strategiche di sviluppo vengono elaborate e coordinate a livello federale dal Consiglio Supremo degli Emirati. Questo assetto garantisce stabilità istituzionale e consente una pianificazione a lungo termine, elemento essenziale nella transizione da un'economia basata sulle risorse estrattive a un sistema produttivo diversificato.

La strategia di diversificazione economica degli EAU rappresenta una delle politiche più ambiziose e strutturate del panorama mediorientale. Consapevoli della vulnerabilità legata alla dipendenza dagli idrocarburi, gli emiratini hanno avviato una trasformazione profonda, orientando investimenti massicci verso settori ad alto valore aggiunto. Il turismo di lusso, la finanza internazionale, la logistica integrata e, più recentemente, la sanità avanzata e le biotecnologie, sono diventati i nuovi motori della crescita. Questa riconversione è stata sostenuta dalla creazione di infrastrutture materiali d'avanguardia – aeroporti, porti, reti di trasporto – e da un ambiente normativo favorevole all'innovazione e all'imprenditorialità.

Il risultato è una società che ha saputo attrarre capitali e talenti da tutto il mondo, trasformando il deserto in un laboratorio di sviluppo economico e sociale. Gli EAU si configurano oggi come un hub globale, capace di coniugare modernità e tradizione, autorità politica e apertura al mercato, in un equilibrio dinamico che rappresenta un modello di riferimento per molti paesi emergenti.

In questo quadro istituzionale e di sviluppo, la dimensione religiosa assume un significato particolare, influenzando valori e norme sociali senza però sovrapporsi alle dinamiche decisionali centrali. Vale la pena quindi soffermarsi sul ruolo che la religione esercita nel contesto politico ed economico degli Emirati Arabi Uniti.

### **Il ruolo della religione nella struttura politica ed economica degli Emirati Arabi Uniti**

Negli Emirati Arabi Uniti, la religione islamica rappresenta un elemento identitario fondamentale, ma il suo ruolo istituzionale differisce rispetto a paesi come l'Iran.



**Fig.9 – La Moschea Bianca negli Emirati**

Gli EAU adottano l'islam sunnita come religione ufficiale, con la maggioranza della popolazione locale che si riconosce nella corrente sunnita, mentre una minoranza sciita è presente soprattutto tra le comunità di espatriati e in alcuni emirati come Dubai e Abu Dhabi. Tuttavia, la struttura politica degli Emirati non prevede una teocrazia: la leadership è affidata agli emiri, figure dinastiche che esercitano il potere in modo laico, pur rispettando i principi e i valori islamici nella vita pubblica e nelle leggi.

A differenza dell'Iran, dove il clero sciita detiene un ruolo centrale e il potere religioso si sovrappone a quello politico attraverso istituzioni come la Guida Suprema e il Consiglio dei Guardiani, negli Emirati le autorità religiose hanno una funzione prevalentemente consultiva e sociale. Gli imam e i mufti locali sono incaricati di garantire la conformità delle norme alla Sharia, ma non intervengono direttamente nelle decisioni di governo o nella gestione economica. L'islam viene vissuto come

cornice etica, con una forte enfasi sulla tolleranza interreligiosa e sulla convivenza pacifica, soprattutto nelle grandi città dove la presenza di comunità cristiane, hindu e buddiste è significativa.

Sul piano delle differenze religiose, va ricordato che:

**Sunniti:** Rappresentano la corrente maggioritaria negli EAU e nel mondo islamico. Si caratterizzano per una struttura religiosa decentralizzata, senza un clero gerarchico come quello sciita.

**Sciiti:** Minoranza negli Emirati, maggioranza in Iran. Gli sciiti attribuiscono grande importanza al ruolo degli ayatollah e delle figure religiose, che spesso influenzano direttamente la politica.

Altre correnti: Nel contesto emiratino convivono anche gruppi come gli ibaditi (diffusi in Oman), e piccole comunità di sufi, che praticano forme più spirituali e mistiche dell'islam.

Gli Emirati, pur mantenendo una forte identità islamica, hanno scelto un modello di governance che separa nettamente il potere religioso da quello politico, favorendo così una maggiore apertura verso la modernità e la diversità culturale. Questo rappresenta una delle principali differenze rispetto all'Iran, dove il dualismo tra Stato e religione è molto più marcato e condiziona profondamente ogni aspetto della vita pubblica.

### **6.3 Modello di organizzazione sanitaria**

Il sistema sanitario degli Emirati Arabi Uniti è tra i più innovativi e dinamici al mondo, con una forte regia pubblica e una crescente apertura al settore privato. La governance è suddivisa tra autorità federali (Ministero della Salute e della Prevenzione) e locali, come la Dubai Health Authority (DHA) e il Department of Health di Abu Dhabi (DoH), che regolano le politiche sanitarie, la qualità delle cure e l'accreditamento delle strutture. Nel 2023, gli Emirati hanno raggiunto il 31° posto nel Global Healthcare Index, confermando la qualità e l'efficienza del sistema.

La rete ospedaliera comprende centri pubblici di eccellenza (Rashid Hospital, Sheikh Khalifa Medical City) e poli privati di livello internazionale, come Cleveland Clinic Abu Dhabi e Mediclinic City Hospital. Il settore privato è in forte espansione: nel 2023, circa il 70% delle strutture sanitarie erano private, con investimenti significativi in

telemedicina, robotica e servizi digitali. Il sistema attira pazienti anche dall'estero, favorendo il turismo medico: nel 2022, Dubai ha registrato oltre 600.000 visitatori per cure sanitarie.

Sul piano del finanziamento, il modello è duale: lo Stato garantisce ai cittadini emiratini una copertura totale e gratuita, mentre per i lavoratori stranieri è obbligatoria l'assicurazione sanitaria privata, finanziata dai datori di lavoro. A Dubai, il sistema di "health card" consente agli espatriati di accedere a servizi pubblici a tariffe agevolate. Nel 2022, il 99% dei residenti era coperto da assicurazione sanitaria, con una spesa pubblica per la salute pari al 3,5% del PIL.

L'accessibilità è differenziata: i cittadini emiratini beneficiano di cure universalistiche e gratuite, mentre gli espatriati dipendono dal livello del proprio pacchetto assicurativo. Tuttavia, la qualità delle cure è elevata per tutti, grazie a investimenti in formazione, infrastrutture e accreditamenti internazionali (JCI, ISO). Il sistema punta sulla prevenzione: nel 2023, il tasso di vaccinazione infantile era superiore al 98%, e sono attivi programmi di screening per diabete, tumori e malattie cardiovascolari. La digitalizzazione è avanzata, con cartelle cliniche elettroniche e piattaforme di telemedicina usate dal 60% delle strutture.

**Tabella 5** - Organizzazione e Performance del Sistema Sanitario degli Emirati Arabi Uniti (2022–2023)

Parametro	Dato Emirati Arabi Uniti	Note/Trend
Governance	Ministero federale + autorità locali (DHA, DoH)	Coordinamento multilivello
Strutture sanitarie private	70% del totale	Forte espansione
Turisti sanitari	600.000/anno (Dubai, 2022)	Turismo medico in crescita
Copertura assicurativa	99% dei residenti	Obbligatoria per espatriati
Spesa sanitaria pubblica	3,5% del PIL (2022)	In linea con medie OCSE
Vaccinazione infantile	>98% (2023)	Ampia copertura
Digitalizzazione strutture	60% con telemedicina e cartelle elettroniche	Innovazione spinta
Accreditamento internazionale	JCI, ISO	Standard elevati

**Commento:**

*La tabella mostra come il sistema sanitario emiratino abbia raggiunto livelli di eccellenza sia in termini di accessibilità che di innovazione, grazie a una forte*

*integrazione tra pubblico e privato, investimenti mirati e una strategia di digitalizzazione avanzata. Il modello garantisce qualità e universalità ai cittadini, mentre offre agli espatriati e ai turisti sanitari un accesso competitivo e moderno alle cure.*

#### **6.4 Qualità e risultati in termini di salute pubblica**

Negli Emirati Arabi Uniti la qualità delle cure è davvero elevata e i risultati in termini di salute pubblica lo confermano. L’aspettativa di vita ha superato i 78 anni , con un trend in crescita costante nell’ultimo decennio. Questo miglioramento è legato a investimenti massicci in tecnologie d’avanguardia (come la robotica in chirurgia e la telemedicina) e a infrastrutture sanitarie moderne, spesso accreditate secondo standard internazionali (JCI, ISO).

Gli indicatori di salute pubblica sono molto positivi: la mortalità infantile è scesa a 5,4/1000 nati vivi (2022), mentre la mortalità materna è tra le più basse della regione, con 4/100.000 nati vivi. Il tasso di copertura vaccinale supera il 98%, segno di una forte attenzione alla prevenzione e ai programmi di screening.

Il paese punta con decisione a diventare una meta di riferimento per il turismo medico, grazie all’accuratezza diagnostica, alla rapidità dei processi di cura e alla presenza di centri specializzati che attraggono pazienti da tutto il mondo. Nel 2022, il 30% degli interventi complessi (oncologia, cardiocirurgia) è stato effettuato su pazienti internazionali.

**Tabella 6** - Indicatori chiave di salute pubblica negli Emirati Arabi Uniti AE

<b>Indicatore</b>	<b>Valore (2022–2023)</b>	<b>Note</b>
Aspettativa di vita	>78 anni	In costante crescita <input checked="" type="checkbox"/>
Mortalità infantile	5,4/1000 nati vivi	Tra le più basse della regione
Mortalità materna	4/100.000 nati vivi	Standard elevati
Copertura vaccinale	>98%	Ottima prevenzione
Pazienti internazionali	30% interventi complessi	Forte attrattiva medica
Strutture accreditate	JCI/ISO	Qualità certificata

In sintesi, gli Emirati Arabi Uniti rappresentano oggi un modello di successo nell’ambito della salute pubblica nell’area MENA. Gli indicatori analizzati riflettono

non solo un miglioramento continuo degli outcome sanitari, ma anche la capacità del sistema di integrare innovazione, prevenzione e attrattività internazionale. Questo approccio multidimensionale ha permesso di consolidare risultati di eccellenza e di posizionare il Paese tra i leader regionali in ambito sanitario.

### 6.5 Principali criticità e punti di forza

- **Punti di forza:** Capacità di attrazione di talenti internazionali, adozione tempestiva dell'intelligenza artificiale in medicina e infrastrutture all'avanguardia.
- **Criticità:** La dipendenza cronica da personale sanitario straniero e le sfide legate alle malattie del benessere (diabete, obesità), che richiedono un cambio di passo verso la medicina preventiva.

Nel paesaggio mutevole della sanità emiratina, si stagliano luci e ombre che dialogano tra loro come in una città invisibile. I punti di forza emergono con la leggerezza di un volo: la capacità di attrarre talenti internazionali si manifesta come un vento che porta con sé saperi diversi, intrecciando esperienze e culture in un tessuto sempre più ricco. L'adozione tempestiva dell'intelligenza artificiale in medicina non è solo tecnologia, ma diventa sguardo nuovo, una lente che permette di vedere oltre il visibile, anticipando possibilità e disegnando scenari futuri. Le infrastrutture all'avanguardia, infine, sono le fondamenta solide su cui poggiano queste ambizioni, spazi trasparenti dove la cura si fa esperienza condivisa.

Eppure, ogni città luminosa porta in sé zone d'ombra. La dipendenza cronica da personale sanitario straniero è una radice che non trova ancora piena dimora nella terra locale, mentre le malattie del benessere – il diabete, l'obesità – si insinuano silenziose tra le pieghe della modernità, richiedendo un cambio di passo, un'educazione nuova al vivere sano. In questo scenario, le differenze di genere restano come porte che non sempre si aprono con facilità: l'accesso alle cure, la qualità dell'assistenza, la possibilità di scegliere il proprio percorso di salute sono ancora strade che le donne percorrono con passi a volte più lenti, a volte più incerti.

Così, tra slanci e incertezze, il sistema sanitario degli Emirati si racconta come un organismo in trasformazione, in cerca di equilibrio tra la leggerezza dell'innovazione e il peso delle sfide ancora da vincere.

## **6.6 Differenze tra cittadini e lavoratori, innovazione**

La molteplicità degli Emirati si rivela come un mosaico in cui ogni tessera racconta una storia diversa. Il sistema sanitario, pur avvolto da tecnologie brillanti e processi digitali che scorrono veloci come corsi d'acqua sotterranei, resta attraversato da un confine sottile ma persistente: quello tra cittadini e lavoratori migranti. Il divario di tutele non è solo una questione di accesso, ma si fa esperienza quotidiana, un sentiero che alcuni percorrono con passi leggeri, altri con il peso di ostacoli invisibili.

Il dualismo sociale si manifesta nella distribuzione delle risorse, nella qualità della cura, nella possibilità di scegliere e di essere scelti. I cittadini emiratini si muovono in un territorio di certezze, dove la salute è promessa e garantita; i lavoratori migranti, invece, vivono in una dimensione dove la tutela dipende da contratti, pacchetti assicurativi e, spesso, dalla fortuna di incrociare strutture all'avanguardia. Questa distanza, a volte silenziosa, a volte rumorosa, è il nodo centrale della sostenibilità etica del modello: una linea che separa, ma che l'innovazione digitale sta cercando di dissolvere.

L'impulso verso la telemedicina, la cartella clinica elettronica unificata, l'automazione dei processi, sono tentativi di alleggerire il sistema, di renderlo più trasparente e accessibile. La tecnologia si fa ponte, riduce i tempi di attesa, offre nuove visioni sui dati, e suggerisce la possibilità di un futuro dove la molteplicità non sia solo differenza, ma ricchezza condivisa. Tuttavia, la leggerezza dell'innovazione deve ancora vincere il peso delle disparità: il viaggio verso un sistema davvero equo è aperto, e ogni passo avanti è una conquista che si costruisce tra luci e ombre, tra ciò che si vede e ciò che ancora resta nascosto.

In questa analisi, la precisione delle scelte tecnologiche si intreccia con la rapidità dello sviluppo economico, delineando un sistema che cerca nella modernità la risposta alla complessità del presente.

**Sintesi** - Il sistema economico e sanitario degli Emirati Arabi Uniti si configura come un mosaico dinamico, dove la ricchezza delle risorse naturali si fonde con una strategia statale attenta e innovativa. La governance centralizzata e la diversificazione economica hanno permesso di costruire infrastrutture moderne e un sistema sanitario di eccellenza, capace di attrarre talenti e pazienti da tutto il mondo. Tuttavia, il dualismo sociale tra cittadini e lavoratori migranti rimane il nodo centrale della sostenibilità etica: la molteplicità delle esperienze e delle tutele riflette una società in

trasformazione, in cui la tecnologia – telemedicina, cartelle cliniche elettroniche, intelligenza artificiale – si propone come risposta concreta alle sfide della complessità contemporanea.

In questo contesto, la precisione delle scelte tecnologiche si intreccia con la rapidità dello sviluppo economico, delineando un sistema che cerca nella modernità la soluzione ai suoi equilibri e alle sue criticità, offrendo al lettore un esempio di come innovazione e tradizione possano convivere e guidare il cambiamento.

**Tabella 7 - Box riepilogativo – Sistema sanitario ed economia degli Emirati Arabi Uniti**

<b>Tema</b>	<b>Messaggio chiave sintetico</b>
Economia mista	Stato e mercato convivono, con forti investimenti pubblici e zone franche competitive
Diversificazione economica	Il paese punta su turismo, finanza, sanità e innovazione oltre gli idrocarburi
Organizzazione sanitaria	Modello misto: regia pubblica, eccellenza ospedaliera e crescente ruolo privato
Finanziamento	Copertura universale per cittadini, assicurazione obbligatoria per stranieri
Qualità e risultati	Aspettativa di vita in crescita, tecnologie avanzate e turismo medico in espansione
Punti di forza	Talenti internazionali, IA in medicina, infrastrutture d'avanguardia
Criticità	Dipendenza da personale straniero, sfide legate a diabete e obesità
Dualismo sociale e innovazione	Disparità tra cittadini e migranti, digitalizzazione per maggiore equità e efficienza

## **Bibliografia di riferimento**

1. World Health Organization. United Arab Emirates Health System Review. Health Systems in Transition, Vol. 10 No. 1, 2022.
2. Alkhenizan A, Khoja T. The Changing Face of Healthcare in the United Arab Emirates: A Review. J Family Community Med. 2022;29(2):73-80.
3. OECD. Health at a Glance: Middle East and North Africa 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
4. World Bank. United Arab Emirates Economic Update – April 2024. Washington, DC: World Bank; 2024.
5. United Arab Emirates Federal Competitiveness and Statistics Centre. UAE Health Statistics Annual Report 2023. Abu Dhabi: FCSC; 2024.
6. Al-Yousuf M, Akerele TM, Al-Mazrou Y. Organization of the Saudi Health System compared with the United Arab Emirates. East Mediterr Health J. 2021;27(10):1035-1042.
7. Alhammadi H, Rees G, Shepley M. Health Care System and Health Care Delivery in the United Arab Emirates: A Review. J Multidiscip Healthc. 2021;14:2281-2290.
8. The Lancet Global Health. Country Profile: United Arab Emirates. Lancet Glob Health. 2022;10(9):e1257.
9. International Monetary Fund. United Arab Emirates: 2023 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for the United Arab Emirates. IMF Country Report No. 23/231. Washington, DC: IMF; 2023.
10. United Arab Emirates Ministry of Health and Prevention. Annual Statistical Report 2023. Abu Dhabi: MOHAP; 2024.
11. PwC Middle East. The UAE Healthcare Sector: Innovation and Transformation. PwC Health Industries Report. Dubai: PwC; 2023.
12. AlKetbi L, Loney T, Aziz F, et al. The Healthcare System in the UAE: Progress, Challenges, and the Role of Digital Health. Front Public Health. 2023;11:1165432.
13. United Nations Development Programme (UNDP). United Arab Emirates Human Development Report 2023. New York: UNDP; 2023.
14. Global Health Expenditure Database. United Arab Emirates. Geneva: World Health Organization; 2023.

15. Al Suwaidi J, Al Mazrouei S, Blair I. Health and Healthcare in the United Arab Emirates: An Overview. *J Epidemiol Glob Health*. 2021;11(1):92-101.
16. Dubai Health Authority. Dubai Annual Health Statistical Report 2023. Dubai: DHA; 2024.
17. Department of Health – Abu Dhabi. Health Statistics 2023. Abu Dhabi: DoH; 2024.
18. Oxford Business Group. The Report: UAE 2023. London: OBG; 2023.

## CAPITOLO VII ECONOMIE DI GUERRA E MODELLI AUTORITARI

L'architettura dei sistemi economici e sociali subisce una metamorfosi radicale quando lo Stato orienta la propria esistenza verso il conflitto o la preservazione del potere attraverso regimi autoritari. In questo scenario, la logica del mercato e del benessere individuale viene subordinata alla **ragion di Stato**, trasformando i servizi essenziali, e in primis la sanità, in strumenti di resilienza strategica o in leve di controllo sociale.



**Fig.10 - L'Economia del Conflitto: Architetture di Salute e Potere**

### **Definizione e contesto**

L'economia di guerra non è una semplice deviazione del capitalismo o del socialismo, ma uno stato d'eccezione in cui la produzione, la distribuzione e il consumo sono centralizzati per sostenere lo sforzo bellico. Storicamente, dai modelli di mobilitazione totale della Grande Guerra fino alle moderne "economie di resistenza", l'obiettivo è la **massimizzazione dell'output bellico** a scapito della spesa civile. Nei modelli autoritari, questa struttura tende a cristallizzarsi: la gerarchia militare si sovrappone a quella amministrativa, creando un sistema in cui l'efficienza è misurata dalla capacità di sopravvivenza del regime e dalla prontezza tattica della forza lavoro.

Durante l'**Italia fascista di Mussolini**, la mobilitazione economica fu totale, soprattutto negli anni '30 e durante la Seconda guerra mondiale. π Lo Stato accentuò il controllo su industria, agricoltura e sanità, imponendo il corporativismo: le imprese venivano coordinate in "corporazioni" sotto la supervisione statale, con l'obiettivo di eliminare il conflitto sociale e indirizzare la produzione verso le necessità belliche. La sanità, pur pubblica, era fortemente militarizzata: ospedali e risorse mediche venivano prioritariamente destinati alle forze armate, mentre la popolazione civile subiva razionamenti e una riduzione dei servizi di base. La propaganda enfatizzava la disciplina collettiva, trasformando i cittadini in "soldati del lavoro" e subordinando il benessere individuale alla sopravvivenza del regime.

In **Germania nazista**, il modello fu ancora più radicale. Hitler introdusse il "Wirtschaftslenkung" (direzione economica), con la centralizzazione totale della produzione sotto il comando militare. La sanità pubblica venne piegata agli obiettivi del regime: priorità assoluta ai militari e ai membri dell'élite nazista, mentre la medicina civile veniva depotenziata e, in molti casi, strumentalizzata per scopi ideologici (eugenetica, selezione razziale). La forza lavoro fu militarizzata attraverso il lavoro obbligatorio, con una rigida catena di comando che annullava l'autonomia delle istituzioni sanitarie. L'efficienza era misurata dalla capacità di sostenere lo sforzo bellico e garantire la sopravvivenza del sistema autoritario, anche a costo di sacrificare la salute pubblica ordinaria.

Negli ultimi anni, il **panorama europeo** sta vivendo una nuova fase di "preparazione bellica" che richiama, seppur in forme diverse, le dinamiche delle economie di guerra del passato. L'aumento delle tensioni internazionali — dalla guerra tra Russia e Ucraina, alle crisi in Medio Oriente, conflitto israelo-palestinese e a quello tra USA e Iran — ha spinto i governi europei a incrementare significativamente la spesa militare. La pressione degli Stati Uniti, in particolare attraverso le richieste del Presidente Trump affinché i membri europei della NATO investano di più nella difesa, si traduce in una corsa al riarmo che coinvolge sia la produzione di armamenti tradizionali (carri armati, aerei, navi, missili, droni) sia il rafforzamento delle filiere meccaniche ed elettroniche.

Questa "nuova economia di guerra" si riflette anche nella crescente domanda di energia fossile: la necessità di sostenere la produzione industriale bellica ha rallentato le politiche di transizione verso fonti rinnovabili, riportando al centro gas e petrolio, con conseguenze dirette sull'aumento dei prezzi e sulla crisi energetica europea. L'embargo

nei confronti della Russia ha ulteriormente aggravato la dipendenza da fonti tradizionali, ostacolando la diversificazione energetica e aumentando l'impatto ambientale.

L'accelerazione della produzione militare e il ritorno a modelli industriali ad alta intensità energetica stanno già contribuendo a un aumento dell'inquinamento atmosferico, terrestre e marino, con potenziali ripercussioni sulla salute pubblica che si renderanno evidenti nei prossimi anni: incremento delle patologie respiratorie, contaminazione delle risorse idriche, esposizione a sostanze tossiche e aumento dello stress psicosociale nella popolazione civile.

Infine, la retorica della minaccia nucleare — tornata attuale nel discorso pubblico e politico — ricorda quanto poco le lezioni di Hiroshima e Nagasaki abbiano inciso sulle scelte strategiche dei governi: il rischio di escalation e le sue conseguenze sanitarie e ambientali rimangono una minaccia concreta e sottovalutata, in un contesto in cui la logica del "si vis pacem, para bellum" sembra prevalere sulla cooperazione e sulla prevenzione.

### **Impatto sociale**

Il passaggio a un'economia di guerra comporta una contrazione dei consumi privati e una redistribuzione forzata del reddito. Socialmente, si assiste a una **mobilitazione psicologica e fisica**: la popolazione non è più composta da cittadini titolari di diritti, ma da "risorse" necessarie alla stabilità. Mentre nei conflitti del XX secolo ciò si traduceva in razionamenti e lavoro forzato, negli scenari attuali — come in Russia o nelle aree sotto il controllo di attori non statali in Medio Oriente — si manifesta come una militarizzazione della vita quotidiana e una censura delle disparità economiche crescenti.

### **Modello di organizzazione sanitaria**

In questi sistemi, la sanità viene riorganizzata secondo una **logica duale**:

1. **Sanità d'élite/militare**: Priorità assoluta al personale combattente e alla classe dirigente, con infrastrutture d'avanguardia dedicate alla medicina d'urgenza e riabilitazione bellica.
2. **Sanità civile di sussistenza**: Un sistema depotenziato volto a garantire la tenuta minima della forza lavoro e a prevenire epidemie che potrebbero destabilizzare il fronte interno. L'organizzazione è rigidamente verticale e

centralizzata, con una catena di comando che spesso scavalca le autorità mediche civili.

### **Struttura del sistema (pubblico, privato, misto)**

Nonostante la retorica nazionalista, la struttura è prevalentemente **pubblica o statalizzata**. Il settore privato, se esiste, viene cooptato dallo Stato (comanda-e-controlla) o ridotto a un mercato nero per le élite. Nel contesto russo attuale, ad esempio, le grandi industrie statali fungono da pilastri sanitari per i propri dipendenti, mentre nel conflitto israelo-palestinese-libanese, la frammentazione porta a sistemi misti dove organizzazioni para-statali (come Hezbollah in Libano) sostituiscono il welfare pubblico latitante per consolidare il consenso.

### **Modalità di finanziamento**

Il finanziamento si sposta verso il **deficit spending** o la tassazione occulta (inflazione). I fondi precedentemente destinati alla prevenzione e alle malattie croniche vengono stornati verso la traumatologia bellica e la logistica. In regimi sotto sanzioni (Iran, Russia), il finanziamento dipende anche da circuiti finanziari paralleli o dall'esportazione di materie prime, rendendo il sistema sanitario estremamente vulnerabile alle oscillazioni del mercato globale e al costo delle forniture mediche d'importazione.

### **Accessibilità e universalità delle cure**

L'universalità è il primo principio a cadere. L'accesso alle cure diventa **selettivo e gerarchico**. La vicinanza al potere o al fronte bellico determina la qualità del servizio. Nelle zone di conflitto come Gaza o il Libano meridionale, l'accessibilità è dettata dalla geografia dei bombardamenti e dalla disponibilità di corridoi umanitari, rendendo il diritto alla salute un concetto teorico subordinato alla sicurezza militare.

### **Qualità e risultati in termini di salute pubblica**

Mentre la medicina d'urgenza può toccare picchi di eccellenza per necessità tattica, la salute pubblica generale declina. Si osserva un ritorno di malattie infettive quasi eradicate, un aumento delle patologie mentali legate al trauma (PTSD) e un crollo della gestione delle malattie croniche (diabete, oncologia). I risultati sono misurabili in una

**diminuzione dell'aspettativa di vita** e in un aumento della mortalità infantile nelle aree più colpite dai blocchi economici.

### Principali criticità e punti di forza

- **Punti di forza:** Capacità di mobilitazione rapida, specializzazione estrema nella chirurgia d'emergenza e nella logistica dei soccorsi sotto pressione.
- **Criticità:** Obsolescenza delle tecnologie civili, fuga dei cervelli (medici e ricercatori che emigrano dai regimi autoritari), corruzione sistemica nella distribuzione di farmaci e cronica mancanza di investimenti nella prevenzione.



**Fig.11 L'umanità ritrovata: dove il soccorso non ha confini**

### Esempi recenti

- **Russia:** La conversione di ospedali civili in centri per feriti di guerra ha ridotto drasticamente i posti letto per la popolazione anziana nelle province.
- **Ucraina:** Nonostante la resilienza, il sistema deve gestire la distruzione sistematica delle infrastrutture energetiche che alimentano le sale operatorie.
- **Medio Oriente:** L'uso delle infrastrutture sanitarie come basi logistiche o obiettivi strategici (tra Israele, Hamas e Hezbollah) ha trasformato gli ospedali in nodi del conflitto, annullando la loro neutralità umanitaria.
- **Iran:** Il sistema sanitario, pur tecnicamente avanzato, soffre l'isolamento economico, creando una dicotomia tra la medicina d'élite legata ai Pasdaran e la carenza di farmaci salvavita per i cittadini comuni.

**Sintesi** -Le economie di guerra e i modelli autoritari plasmano profondamente la struttura e la funzione dei sistemi sanitari, subordinando il benessere collettivo agli imperativi strategici dello Stato. In questi contesti, la centralizzazione e la verticalità delle decisioni privilegiano la rapidità e l'efficienza militare a scapito dell'universalità e della qualità delle cure per la popolazione civile. La sanità diventa uno strumento di controllo sociale e di resilienza del regime, con risorse e accesso fortemente gerarchizzati.

Le conseguenze sono evidenti: declino della salute pubblica, crescita delle disuguaglianze, ritorno di patologie infettive e croniche trascurate, mentre la medicina d'urgenza raggiunge livelli di eccellenza per necessità tattiche. I casi storici di Italia fascista e Germania nazista, insieme agli scenari contemporanei in Russia, Ucraina, Medio Oriente e Iran, mostrano come la salute venga sacrificata sull'altare della sopravvivenza del potere, lasciando profonde ferite sociali e sanitarie difficili da rimarginare.

### **Bibliografia di riferimento**

1. Tooze A. *The Wages of Destruction: The Making and Breaking of the Nazi Economy*. Penguin Books; 2007.
2. De Grand A. *Italian Fascism: Its Origins and Development*. 4th ed. University of Nebraska Press; 2016.
3. Judt T. *Postwar: A History of Europe Since 1945*. Penguin Books; 2010.
4. Mazzetti M, Borio C. *Economia di guerra*. Il Mulino; 2022.
5. Horton R, Das P. Health in the Age of Global Conflict. *Lancet*. 2022;399(10332):1835-1837.
6. Legnini M. *Sanità e guerra: organizzazione, crisi e resilienza dei sistemi sanitari*. Carocci; 2023.
7. Fregonese S. *War and the City: Urban Geopolitics in the Middle East*. Bloomsbury Academic; 2019.
8. Overy RJ. *The Dictators: Hitler's Germany and Stalin's Russia*. Penguin Books; 2004.
9. World Health Organization. *Health systems in conflict and fragile settings*. WHO; 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240056827>
10. Galeotti M. *Putin's Wars: From Chechnya to Ukraine*. Bloomsbury; 2022.

11. European Defence Agency. Defence Data 2022: Key findings and analysis. Brussels: EDA; 2023. Disponibile su: <https://eda.europa.eu/publications-and-data>
12. International Energy Agency. World Energy Outlook 2023. Paris: IEA; 2023. Disponibile su: <https://www.iea.org/reports/world-energy-outlook-2023>

## CAPITOLO VIII CONFRONTO CRITICO TRA I MODELLI

### La trama invisibile e il peso del buio

Se i capitoli precedenti hanno esplorato i singoli mondi, questo ottavo passaggio è il momento della sintesi critica. Guardare i sistemi economici attraverso la lente della salute pubblica significa osservare come diverse ideologie abbiano tentato di misurare il valore della vita. Ma oggi, la cronaca ci impone di guardare anche alla **Vulnerabilità** dei sistemi che credevamo monolitici.



**Fig.12 - Il confronto dei modelli**

#### **Analisi comparativa: l'equilibrio spezzato tra Stato e Mercato**

Il confronto tra i modelli rivela una tensione costante tra l'efficienza del capitale e l'equità sociale.

- **Il Modello Marxista (Il caso Cuba):** Ha puntato per decenni sulla *Leggerezza* dell'accesso universale. Tuttavia, l'attualità ci mostra il volto tragico della sua dipendenza: con l'arresto di Maduro e la fine del petrolio venezuelano, il sistema è precipitato nel *Peso* del buio. Un modello che non controlla le proprie fonti energetiche vede svanire il diritto alla salute nel volgere di un blackout.

- **Il Capitalismo puro:** Eccelle nella *Rapidità* della ricerca (l'esattezza della Formula 1), ma crea voragini di esclusione dove la salute diventa un bene di lusso, soggetto alle fluttuazioni dei mercati assicurativi.
- **La Socialdemocrazia:** Il tentativo di conciliare gli estremi, oggi minato dall'invecchiamento demografico e dalla necessità di una sovranità energetica e industriale che l'Europa fatica a ritrovare.

### **Gli Indicatori di Salute: l'Esattezza tra i numeri e il lume di candela**

Per confrontare mondi così distanti, dobbiamo affidarci all'*Esattezza*. Ma i numeri oggi raccontano storie diverse:

1. **L'indicatore della Continuità Operativa:** Un sistema non si misura più solo per il numero di medici (Cuba ne ha moltissimi), ma per la capacità di tenere accesi i macchinari. Nelle sale operatorie dell'Avana, dove oggi si opera a lume di candela, l'indicatore di eccellenza medica viene annullato dall'assenza di energia.
2. **Mortalità Infantile e Terapie Intensive:** Il paradosso cubano mostra che la prevenzione territoriale cade se le macchine della terapia intensiva si fermano. L'esattezza del dato statistico si scontra con la realtà di ambulanze che non partono per mancanza di carburante.
3. **Il Gap USA:** Mentre a Cuba manca l'energia, negli USA l'aspettativa di vita cala per l'eccesso di "mercato" (crisi degli oppioidi), dimostrando che la malattia di un sistema può essere sia la carenza assoluta che il profitto incontrollato.

### **Impatto sulla Qualità della Vita: l'Effetto "Onda d'Urto"**

La qualità della vita (QoL) è la percezione di sicurezza. Oggi, questa sicurezza è minata da scenari di guerra e crisi geopolitiche che agiscono come perturbatori globali:

- **Il collasso energetico-sanitario:** Il caso Cuba-Venezuela dimostra che la salute è "energia trasformata". Senza il riferimento petrolifero, la qualità della vita regredisce di decenni in pochi mesi. È la fine dell'illusione dell'autosufficienza dei modelli chiusi.
- **L'effetto dei conflitti (Ucraina e Medio Oriente):** Le guerre non uccidono solo sui fronti. In Europa e negli USA, l'inflazione derivata dai conflitti sposta i fondi dalla prevenzione alla difesa. La qualità della vita decade indirettamente:

liste d'attesa più lunghe, farmaci più costosi, una salute mentale logorata dall'incertezza del domani.

- **La dipendenza asiatica:** L'Asia, motore produttivo della farmaceutica globale, resta esposta alle crisi delle rotte commerciali. Una tensione nel Mar Cinese o in Medio Oriente può interrompere la fornitura di principi attivi in Occidente, rendendo la nostra salute dipendente da equilibri fragilissimi.

### **Conclusione del confronto**

In ultima analisi, il confronto critico ci insegna che non esiste salute senza resilienza energetica e stabilità geopolitica. Il modello autoritario-marxista, privo di flessibilità, crolla davanti all'emergenza. Il modello capitalistico, privo di etica, ignora i vulnerabili. La lezione magistrale che ne deriva è che il sistema sanitario del futuro dovrà essere **Moltepllice**: capace di innovazione capitalistica, equità socialdemocratica, ma soprattutto di una sovranità logistica che impedisca alle sale operatorie di restare al buio quando la politica internazionale cambia rotta.

**Sintesi** - Il capitolo mette a fuoco la fragilità dei sistemi sanitari quando vengono messi alla prova da crisi energetiche, guerre o squilibri di mercato. Il modello marxista (es. Cuba) garantisce accesso universale ma si rivela vulnerabile se manca il supporto energetico o industriale: la salute pubblica crolla letteralmente “al buio” quando termina il carburante. Il capitalismo puro eccelle nell'innovazione e nella rapidità, ma lascia indietro chi non può permettersi le cure, trasformando la salute in un privilegio. La socialdemocrazia cerca un equilibrio, ma oggi è sotto pressione per via dell'invecchiamento della popolazione e della dipendenza energetica.

Gli indicatori di salute – come continuità operativa, mortalità infantile, accesso alle terapie intensive – mostrano che la qualità della vita dipende tanto dalla tecnologia quanto dalla stabilità geopolitica: senza energia, anche i migliori medici sono impotenti; senza equità, anche i sistemi efficienti generano esclusione sociale o crisi come quella degli oppioidi negli USA. Le guerre e le crisi globali (Ucraina, Medio Oriente, tensioni asiatiche) peggiorano la situazione ovunque, allungando le liste d'attesa, aumentando i costi dei farmaci e logorando la salute mentale collettiva.

In sintesi, nessun modello è perfetto: serve un sistema sanitario che unisca capacità di innovazione, equità e, soprattutto, una forte resilienza logistica ed energetica per resistere agli shock globali e garantire davvero il diritto alla salute.

## **Bibliografia di riferimento**

1. World Health Organization. World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs. Geneva: WHO; 2023.
2. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. The Cuban Health System: Its Lessons for Health Reform in Other Countries. *Am J Public Health.* 2022;112(S3):S326-S333.
3. Woolhandler S, Himmelstein DU. The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Ann Intern Med.* 2017;167(6):424-431.
4. Oberlander J. The Virtues and Vices of Single-Payer Health Care. *N Engl J Med.* 2017;377(5):403-405.
5. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 pandemic? *Lancet.* 2020;395(10227):848-850.
6. Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basilio M. *Reimagining Global Health: An Introduction.* Berkeley: University of California Press; 2013.
7. Scheidel W. *The Great Leveler: Violence and the History of Inequality from the Stone Age to the Twenty-First Century.* Princeton: Princeton University Press; 2017.
8. The Lancet Global Health. Health systems under strain: the war in Ukraine. *Lancet Glob Health.* 2022;10(7):e931.
9. Spiegel PB, Checchi F, Colombo S, Paik E. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet.* 2010;375(9711):341-345.
10. Kickbusch I, Leung GM, Bhutta ZA, et al. Covid-19: how a virus is turning the world upside down. *BMJ.* 2020;369:m1336.

## **CAPITOLO IX - PROSPETTIVE FUTURE E SCENARI POSSIBILI**

- Innovazione tecnologica
- Sfide globali (pandemie, invecchiamento, sostenibilità)
- Nuovi modelli emergenti

L'orizzonte dei sistemi sanitari mondiali è attraversato da una trasformazione profonda, guidata da tre vettori principali: l'innovazione tecnologica, le sfide globali e l'emergere di nuovi modelli organizzativi. Questi elementi, intrecciati tra loro, delineano scenari complessi ma anche ricchi di opportunità, in cui la capacità di adattamento e la visione sistemica saranno determinanti per garantire il diritto alla salute in modo equo e sostenibile.

### **Innovazione tecnologica**

L'impatto delle nuove tecnologie sulla sanità è già oggi tangibile e destinato a crescere esponenzialmente nei prossimi anni. Secondo le stime dell'OMS, entro il 2030 oltre il 60% delle strutture sanitarie nei Paesi ad alto reddito adotterà sistemi di intelligenza artificiale per la diagnostica e la gestione dei dati clinici. La telemedicina, accelerata dalla pandemia di COVID-19, ha visto una crescita del 38% solo tra il 2020 e il 2022, con previsioni di ulteriore espansione soprattutto nelle aree rurali e nei Paesi a basso reddito, dove può ridurre drasticamente le disuguaglianze di accesso alle cure.

L'intelligenza artificiale è già in grado di migliorare la precisione diagnostica (ad esempio, nel riconoscimento di immagini radiologiche, con una sensibilità superiore al 90% in alcuni ambiti), ottimizzare i percorsi terapeutici e prevedere complicanze attraverso l'analisi di big data. Tuttavia, la digitalizzazione pone nuove sfide etiche e organizzative: la protezione dei dati, il rischio di bias algoritmici e il divario digitale rappresentano nodi critici che richiedono una governance attenta e inclusiva.

### **Sfide globali: pandemie, invecchiamento, sostenibilità**

Le sfide globali stanno ridefinendo le priorità dei sistemi sanitari. L'OMS prevede che entro il 2050 la popolazione mondiale sopra i 60 anni raddoppierà, passando da 1 a 2,1 miliardi di persone. Questo scenario comporta un aumento della prevalenza di patologie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, demenze), che già oggi rappresentano il 70% della spesa sanitaria nei Paesi OCSE.

Le pandemie continueranno a rappresentare una minaccia concreta: la probabilità di nuove epidemie di origine zoonotica è stimata in aumento del 40% nei prossimi vent'anni, complice la pressione sugli ecosistemi e la globalizzazione. La resilienza dei

sistemi sanitari, quindi, dovrà fondarsi su una capacità logistica e organizzativa superiore, investendo in prevenzione, sorveglianza epidemiologica e rapidità di risposta.

Sul fronte della sostenibilità, il settore sanitario è responsabile del 4,4% delle emissioni globali di gas serra. Le strategie di “ospedale verde” e la transizione verso modelli energetici più efficienti sono già in atto in molti Paesi europei, ma resta fondamentale un impegno globale per coniugare salute pubblica e tutela ambientale. L’accesso universale alle cure resta una sfida aperta: ancora oggi, secondo la Banca Mondiale, circa 2 miliardi di persone non possono usufruire di servizi sanitari essenziali.

### **Nuovi modelli emergenti**

In risposta a queste sfide, stanno emergendo modelli sanitari sempre più flessibili, integrati e orientati alla persona. I sistemi scandinavi, ad esempio, si distinguono per l’elevata digitalizzazione e la governance trasparente, mentre la Cina sperimenta forme avanzate di medicina predittiva e centralizzazione dei dati, con risultati contrastanti in termini di privacy e partecipazione civica.

L’esperienza della pandemia ha accelerato la diffusione di modelli “hub & spoke”, reti territoriali e teleassistenza, che consentono una gestione più efficiente delle risorse e una maggiore prossimità al paziente. L’integrazione tra pubblico e privato, già centrale in molti sistemi europei, si sta evolvendo verso partnership innovative, che puntano a coniugare sostenibilità finanziaria e universalità delle cure.

Le previsioni suggeriscono che, entro il 2035, i sistemi sanitari più resilienti saranno quelli capaci di integrare innovazione tecnologica, equità nell’accesso e sostenibilità ambientale. La formazione continua degli operatori, l’empowerment dei pazienti e il coinvolgimento attivo delle comunità saranno elementi chiave per affrontare le sfide future.

**Sintesi** - In sintesi, il futuro della sanità dipenderà dalla capacità di costruire sistemi dinamici, inclusivi e sostenibili, in grado di rispondere alle crisi globali senza sacrificare il diritto universale alla salute. Solo un modello che sappia fondere tecnologia, umanità e visione sistemica potrà garantire benessere collettivo e resilienza di fronte alle sfide di domani.

## **Bibliografia di riferimento**

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
2. World Health Organization. Ageing and health. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
4. Kickbusch I, Agrawal A, Jack A, Lee N, Horton R. Governing health futures 2030: Growing up in a digital world. Lancet. 2021;398(10312):1727-1776.
5. World Bank. Universal Health Coverage: Moving Towards Health for All. Washington, DC: World Bank; 2022.
6. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Boykoff M, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. Lancet. 2021;397(10269):129-170.
7. European Commission. Digital Health and Care. Brussels: European Commission; 2023. Available from: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care_en)
8. Baker MG, Wilson N, Anglemyer A. Pandemic prevention and preparedness: A review of the evidence and policy. BMJ Glob Health. 2022;7(3):e008674.

## CONCLUSIONI

Giunti al termine di questo percorso, è naturale fermarsi un attimo per guardare indietro e cogliere il senso profondo del viaggio compiuto. Ogni capitolo ha rappresentato una tappa, un punto di osservazione privilegiato su come economia e salute pubblica si influenzino a vicenda, generando scenari complessi ma ricchi di opportunità. L'intento di questa opera è stato proprio quello di offrire strumenti di lettura e confronto, stimolando una riflessione critica che vada oltre le semplificazioni e inviti il lettore a costruire una propria visione consapevole. In queste pagine, l'ispirazione nascosta delle "Lezioni Americane" ha guidato la narrazione, suggerendo chiavi interpretative che si ritrovano, in filigrana, in ogni analisi e confronto proposto.

Il viaggio attraverso i modelli economici applicati alla salute pubblica si configura come un percorso ricco di sfumature, in cui l'intreccio tra economia e medicina emerge in tutta la sua complessità e attualità. Ogni capitolo ha offerto una prospettiva originale e critica, permettendo di cogliere la varietà degli approcci e delle soluzioni adottate nei diversi contesti storici, sociali e geografici. Alla base di questa analisi, si riconosce un filo conduttore che richiama la logica delle "Lezioni Americane": leggerezza, rapidità, esattezza, visibilità, molteplicità e coerenza sono diventate chiavi di lettura implicite per comprendere come la sanità possa evolversi restando fedele ai suoi valori fondanti. La leggerezza si riflette nella capacità dei sistemi sanitari di adattarsi ai cambiamenti sociali e tecnologici, superando rigidità burocratiche e aprendosi all'innovazione, come dimostrato dalla risposta globale alle emergenze pandemiche. La rapidità, invece, si manifesta nella prontezza con cui le risorse vengono mobilitate nei momenti di crisi, salvaguardando la salute collettiva e rafforzando la resilienza delle strutture sanitarie. L'esattezza rappresenta l'attenzione alla gestione efficiente delle risorse, l'analisi dei dati e la scelta di interventi mirati, elementi essenziali per garantire sostenibilità ed efficacia. La visibilità sottolinea l'importanza della trasparenza, della comunicazione e della condivisione delle informazioni, strumenti indispensabili per costruire fiducia e orientare le politiche sanitarie. La molteplicità emerge nella necessità di integrare attori e competenze diverse – pubblico, privato, associazioni, cittadini – per affrontare sfide sempre più complesse e globali. Infine, la coerenza lega ogni scelta economica agli obiettivi di salute, ricordando che solo una strategia integrata può produrre risultati duraturi e significativi.

Attraverso l'analisi dei modelli marxista-leninista, capitalistico, socialdemocratico, cinese, degli Emirati Arabi e autoritario, il testo ha messo in evidenza punti di forza, criticità e risultati concreti, senza nascondere le fragilità strutturali che emergono in situazioni di crisi energetiche, guerre o squilibri di mercato. Nessun modello si è rivelato perfetto: ognuno porta con sé una lezione preziosa e uno stimolo al miglioramento continuo. La vera sfida per il futuro sarà costruire sistemi sanitari capaci di unire innovazione, equità, resilienza logistica ed energetica, mantenendo sempre al centro la persona e il diritto universale alla salute.

Per offrire al lettore una dimensione più pratica e piacevole, l'opera è arricchita da immagini e tabelle riassuntive che aiutano a visualizzare i concetti chiave e a confrontare in modo immediato le diverse realtà analizzate.

Infine, una ricca bibliografia accompagna il lavoro, offrendo spunti e riferimenti per chi desidera approfondire ulteriormente i temi trattati e proseguire il viaggio tra economia e salute pubblica.

## Bibliografia

1. Al Suwaidi J, Al Mazrouei S, Blair I. Health and Healthcare in the United Arab Emirates: An Overview. *J Epidemiol Glob Health*. 2021;11(1):92-101.
2. Alhammadi H, Rees G, Shepley M. Health Care System and Health Care Delivery in the United Arab Emirates: A Review. *J Multidiscip Healthc*. 2021;14:2281-2290.
3. AlKetbi L, Loney T, Aziz F, et al. The Healthcare System in the UAE: Progress, Challenges, and the Role of Digital Health. *Front Public Health*. 2023;11:1165432.
4. Alkhenizan A, Khoja T. The Changing Face of Healthcare in the United Arab Emirates: A Review. *J Family Community Med*. 2022;29(2):73-80.
5. Al-Yousuf M, Akerele TM, Al-Mazrou Y. Organization of the Saudi Health System compared with the United Arab Emirates. *East Mediterr Health J*. 2021;27(10):1035-1042.
6. Baker MG, Wilson N, Anglemeyer A. Pandemic prevention and preparedness: A review of the evidence and policy. *BMJ Glob Health*. 2022;7(3):e008674.
7. Barr DA, Field MG. The current state of health care in the former Soviet Union: Implications for health care policy and reform. *American Journal of Public Health*. 1996;86(3):307-312.
8. Blumenthal D, Hsiao W. Privatization and its discontents—the evolving Chinese health care system. *N Engl J Med*. 2005;353(11):1165-1170.
9. Busse R, Blümel M. Germany: Health system review. *Health Systems in Transition*. 2022;24(2):1–272.
10. Cassata F. *Medicina e rivoluzione: salute e sanità nell'URSS*. Torino: Bollati Boringhieri; 2002.
11. Colombo F. *Confucio nel computer*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2021.
12. Cylus J, Permanand G, Smith PC. Health system resilience: European Observatory Policy Briefs. World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2021.
13. De Grand A. *Italian Fascism: Its Origins and Development*. 4th ed. University of Nebraska Press; 2016.
14. Department of Health – Abu Dhabi. *Health Statistics 2023*. Abu Dhabi: DoH; 2024.

15. Domínguez Uga MA, Álvarez Pérez Y, López Pardo CM. The Cuban health system. *Salud Pública de México*. 2018;60(2):223-232.
16. Dubai Health Authority. Dubai Annual Health Statistical Report 2023. Dubai: DHA; 2024.
17. Eggleston K, Wang J. Health care for 1.3 billion: An overview of China's health system. Stanford Asia Health Policy Program Working Paper #28; 2011.
18. Esping-Andersen G. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton: Princeton University Press; 1990.
19. European Commission. *Digital Health and Care*. Brussels: European Commission; 2023. Available from: [https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care\\_en](https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care_en)
20. European Defence Agency. *Defence Data 2022: Key findings and analysis*. Brussels: EDA; 2023. Disponibile su: <https://eda.europa.eu/publications-and-data>
21. European Observatory on Health Systems and Policies. *Organization and financing of public health services in Europe: country reports*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
22. Farmer P, Kim JY, Kleinman A, Basilio M. *Reimagining Global Health: An Introduction*. Berkeley: University of California Press; 2013.
23. Federici A, Ferrario MM. L'evoluzione dei sistemi sanitari nell'Europa dell'Est: il caso russo. *Igiene e Sanità Pubblica*. 2005;61(5):503-516.
24. Field MG. The health system of the USSR: Development and trends. *Social Science & Medicine*. 1980;14A(3):227-234.
25. Fregonese S. *War and the City: Urban Geopolitics in the Middle East*. Bloomsbury Academic; 2019.
26. Galeotti M. *Putin's Wars: From Chechnya to Ukraine*. Bloomsbury; 2022.
27. Giarelli G. *Storia della sanità pubblica*. Roma: Carocci; 2011.
28. *Global Health Expenditure Database*. United Arab Emirates. Geneva: World Health Organization; 2023.
29. Greer SL, Wismar M, Figueras J, editors. *Strengthening health system governance: better policies, stronger performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press; 2016.
30. Horton R, Das P. Health in the Age of Global Conflict. *Lancet*. 2022;399(10332):1835-1837.

31. International Energy Agency. World Energy Outlook 2023. Paris: IEA; 2023.  
Disponibile su: <https://www.iea.org/reports/world-energy-outlook-2023>
32. International Monetary Fund. United Arab Emirates: 2023 Article IV Consultation-Press Release; Staff Report; and Statement by the Executive Director for the United Arab Emirates. IMF Country Report No. 23/231. Washington, DC: IMF; 2023.
33. Judt T. Postwar: A History of Europe Since 1945. Penguin Books; 2010.
34. Keynes JM. The General Theory of Employment, Interest and Money. London: Macmillan; 1936.
35. Kickbusch I, Agrawal A, Jack A, Lee N, Horton R. Governing health futures 2030: Growing up in a digital world. *Lancet*. 2021;398(10312):1727-1776.
36. Kickbusch I, Leung GM, Bhutta ZA, et al. Covid-19: how a virus is turning the world upside down. *BMJ*. 2020;369:m1336.
37. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, et al. The Cuban Health System: Its Lessons for Health Reform in Other Countries. *Am J Public Health*. 2022;112(S3):S326-S333.
38. Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Langer A, Frenk J. Health system reform in the post-Soviet region: The case of Russia and Cuba. *The Lancet*. 2014;384(9951):209-210.
39. Kristoffersen AE, Fonnebo V, Norheim AJ. Digital health in the Nordic countries: state-of-the-art review. *J Med Internet Res*. 2022;24(2):e30468.
40. Kutzin J, Yip W, Cashin C. Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. World Scientific; 2022.
41. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*; 1978.
42. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 pandemic? *Lancet*. 2020;395(10227):848-850.
43. Legnini M. Sanità e guerra: organizzazione, crisi e resilienza dei sistemi sanitari. Carocci; 2023.
44. Liu GG, Vortherms SA, Hong X. China's health reform update. *Annu Rev Public Health*. 2017;38:431-448.
45. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M. Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On. London: Institute of Health Equity; 2020.

46. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build Back Fairer: The COVID-19 Marmot Review. London: Institute of Health Equity; 2021.
47. Mazzetti M, Borio C. Economia di guerra. Il Mulino; 2022.
48. Meng Q, Mills A, Wang L, Han Q. What can we learn from China's health system reform? *BMJ*. 2019;365:l2349.
49. Ministero della Salute. Cuba: il sistema sanitario e le sue peculiarità. *Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità*. 2015;28(1):10-12.
50. Ministero della Salute. Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero (SDO) – Dati 2022. Roma: Ministero della Salute; 2023.
51. Oberlander J. The Virtues and Vices of Single-Payer Health Care. *N Engl J Med*. 2017;377(5):403-405.
52. OECD. Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2023.
53. OECD. Health at a Glance: Europe 2022. OECD Publishing; 2022.
54. OECD. Health at a Glance: Middle East and North Africa 2023. Paris: OECD Publishing; 2023.
55. Overy RJ. The Dictators: Hitler's Germany and Stalin's Russia. Penguin Books; 2004.
56. Oxford Business Group. The Report: UAE 2023. London: OBG; 2023.
57. PwC Middle East. The UAE Healthcare Sector: Innovation and Transformation. PwC Health Industries Report. Dubai: PwC; 2023.
58. Rice T, Unruh LY, Rosenau P, Barnes AJ, Saltman RB, van Ginneken E. Universal coverage reforms in the USA, Germany, and the Netherlands: mechanisms and consequences. *Health Policy*. 2022;126(7):607-614.
59. Saltman RB, Duran A, Dubois HFW. Governing Public Hospitals: Reform Strategies and the Movement towards Institutional Autonomy. *European Observatory on Health Systems and Policies*; 2011.
60. Scheidel W. The Great Leveler: Violence and the History of Inequality from the Stone Age to the Twenty-First Century. Princeton: Princeton University Press; 2017.
61. Siciliani L, Moran V, Borowitz M, editors. Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? *OECD Health Policy Studies*; 2013.
62. Smith A. An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. London: W. Strahan and T. Cadell; 1776.

63. Società Italiana di Biochimica Clinica (SIBioC). Digitalizzazione dei laboratori clinici: stato dell'arte e prospettive future. *Bollettino SIBioC*. 2022;61(4):194-200.
64. Spiegel PB, Checchi F, Colombo S, Paik E. Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet*. 2010;375(9711):341-345.
65. Starfield B. Primary care and health: a cross-national comparison. *JAMA*. 1991;266(16):2268-2271.
66. Stuckler D, Basu S, McKee M. Social determinants of health and health systems: a toolkit for policy makers. Geneva: WHO; 2020.
67. The Lancet Global Health. Country Profile: United Arab Emirates. *Lancet Glob Health*. 2022;10(9):e1257.
68. The Lancet Global Health. Health systems under strain: the war in Ukraine. *Lancet Glob Health*. 2022;10(7):e931.
69. Tikkanen R, Abrams MK, Mossialos E, Osborn R, Djordjevic A, Wharton GA. International Health Care System Profiles: United States. The Commonwealth Fund; 2023.
70. Tooze A. *The Wages of Destruction: The Making and Breaking of the Nazi Economy*. Penguin Books; 2007.
71. Twigg JL. Russia's health crisis: The politics of a policy failure. *Comparative Politics*. 1999;31(4):379-400.
72. United Arab Emirates Federal Competitiveness and Statistics Centre. UAE Health Statistics Annual Report 2023. Abu Dhabi: FCSC; 2024.
73. United Arab Emirates Ministry of Health and Prevention. Annual Statistical Report 2023. Abu Dhabi: MOHAP; 2024.
74. United Nations Development Programme (UNDP). United Arab Emirates Human Development Report 2023. New York: UNDP; 2023.
75. Watts N, Amann M, Arnell N, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Boykoff M, et al. The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet*. 2021;397(10269):129-170.
76. Woolhandler S, Himmelstein DU. The Relationship of Health Insurance and Mortality: Is Lack of Insurance Deadly? *Ann Intern Med*. 2017;167(6):424-431.
77. World Bank. *Healthy China: Deepening health reform in China*. Washington, DC: World Bank; 2019.

78. World Bank. United Arab Emirates Economic Update – April 2024. Washington, DC: World Bank; 2024.
79. World Bank. Universal Health Coverage: Moving Towards Health for All. Washington, DC: World Bank; 2022.
80. World Health Organization. Ageing and health. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
81. World Health Organization. European Health Report 2021: Taking stock of the health-related Sustainable Development Goals in the COVID-19 era. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021.
82. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020-2025. Geneva: WHO; 2021.
83. World Health Organization. Health systems in conflict and fragile settings. WHO; 2022. Disponibile su: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240056827>
84. World Health Organization. The economics of health and health care. Geneva: WHO; 2021.
85. World Health Organization. The World Health Report 2022: Financing for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2022.
86. World Health Organization. United Arab Emirates Health System Review. Health Systems in Transition, Vol. 10 No. 1, 2022.
87. World Health Organization. World Health Statistics 2023: Monitoring Health for the SDGs. Geneva: WHO; 2023.
88. Yip W, Hsiao WC. The Chinese health system at a crossroads. Health Affairs. 2008;27(2):460-468.
89. Zajdband A. Il sistema sanitario sovietico: storia, organizzazione e crisi. In: Giarelli G, a cura di. Storia dei sistemi sanitari. Milano: FrancoAngeli; 2007. p. 143-166.

### **Nota finale dell'autore**

Scrivere questo lavoro è stato per me un'esperienza intensa e stimolante, nata dal desiderio di esplorare con occhi nuovi il legame tra economia e salute pubblica. Ho scelto di affidarmi anche a strumenti di intelligenza artificiale, come Tonic AI, perché credo che la tecnologia possa davvero facilitare la divulgazione scientifica e rendere la riflessione più accessibile e dinamica. Ogni capitolo, ogni confronto, ogni immagine è frutto di una ricerca appassionata e di un dialogo continuo con colleghi e fonti autorevoli.

Un ringraziamento speciale va a mia figlia Angela, che ha portato la sua prospettiva di psicologa. Il suo contributo ha arricchito il testo e dato valore alle analisi proposte.

Ringrazio anche chi ha letto queste pagine, chi ha contribuito con idee e suggerimenti, e chi vorrà proseguire il viaggio tra economia e salute pubblica, magari portando avanti nuove prospettive o approfondimenti.

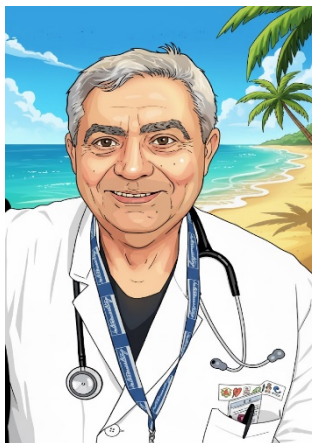
Bari 29.04.2026

Riccardo Guglielmi

## Conosciamo gli autori

### Presentazione del Dott. Riccardo Guglielmi

Medico chirurgo, specialista in Cardiologia e Cardiochirurgia, con master in Medicina



Legale e Management Sanitario. Già Direttore della Cardiologia Ospedaliera del Policlinico di Bari. Docente nei corsi universitari delle Scuole di specializzazione e nelle lauree delle professioni sanitarie UNIBA negli anni del servizio attivo, è consulente forense e autore di numerose pubblicazioni scientifiche. Sempre attivo nella formazione e nel volontariato. Commendatore dell'Ordine "Al Merito della Repubblica Italiana". Dottore Honoris Causa in "Sviluppo Sociale del Territorio" Facoltà di Scienze Politiche e Sociali Università

Telematica ISFOA. Editorialista e Giornalista scientifico de [Il Corriere Nazionale.net](http://IlCorriereNazionale.net) – [CorrierePL.it](http://CorrierePL.it)

### Profilo della Dott.ssa Angela Guglielmi

Psicologa e Psicoterapeuta Sistemico Relazionale Familiare, si è laureata con il massimo dei voti e Lode. Vanta una solida esperienza clinica, specializzata in **Psico-Nutrizione per la Chirurgia Bariatrica** (Gruppo Ospedaliero San Donato) e in ambito **socio-sanitario-penitenziario** (supporto su rischio suicidario e dipendenze in contesti carcerari). Esperta nelle **dinamiche di coppia e familiari**, ha arricchito il suo profilo con una specifica Alta Formazione come **Operatore Psico Sportivo**, applicando le sue competenze in motivazione e *leadership* in contesti complessi. È coautrice di pubblicazioni scientifiche di interesse psicologico applicate alla medicina, con un focus sulla diffusione di messaggi di prevenzione, e mantiene un costante impegno nel volontariato.

