



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI "M.
FANNO"**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
ECONOMIA E DIRITTO**

TESI DI LAUREA

**"NATIONAL HEALTH SERVICE BRITANNICO E SERVIZIO
SANITARIO NAZIONALE ITALIANO A CONFRONTO:
CARATTERISTICHE, CRITICITA' E PROSPETTIVE EVOLUTIVE"**

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO: MATTEO BRESSAN

MATRICOLA N. 2035375

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

Dichiaro di aver preso visione del “Regolamento antiplagio” approvato dal Consiglio del Dipartimento di Scienze Economiche e Aziendali e, consapevole delle conseguenze derivanti da dichiarazioni mendaci, dichiaro che il presente lavoro non è già stato sottoposto, in tutto o in parte, per il conseguimento di un titolo accademico in altre Università italiane o straniere. Dichiaro inoltre che tutte le fonti utilizzate per la realizzazione del presente lavoro, inclusi i materiali digitali, sono state correttamente citate nel corpo del testo e nella sezione ‘Riferimenti bibliografici’.

I hereby declare that I have read and understood the “Anti-plagiarism rules and regulations” approved by the Council of the Department of Economics and Management and I am aware of the consequences of making false statements. I declare that this piece of work has not been previously submitted – either fully or partially – for fulfilling the requirements of an academic degree, whether in Italy or abroad. Furthermore, I declare that the references used for this work – including the digital materials – have been appropriately cited and acknowledged in the text and in the section ‘References’.

Firma (signature) Matteo Brenson

ABSTRACT

Un recente studio esposto sulla rivista scientifica inglese “The Lancet” ha rivelato come la continua esternalizzazione da parte del NHS verso il settore privato, per l’impossibilità di far fronte alle lunghe liste di attesa, abbia generato un abbassamento degli indici di salute.

Questo articolo ha così riportato alla ribalta la tematica relativa alla “crisi” che da anni sta colpendo i sistemi sanitari, oltretutto alla luce dell’avvento della pandemia Covid-19.

Il National Health Service britannico e il Servizio Sanitario Nazionale italiano sono due sistemi derivanti dal modello “Beveridge” caratterizzati da finanziamento tramite tassazione generale e da universalità, gratuità ed equità delle cure.

Gli studiosi del settore da anni studiano e analizzano se effettivamente i due modelli possano risultare sostenibili nel prossimo futuro e se effettivamente le politiche sanitarie possano modificare la struttura dei due modelli in modo da contrastare i bisogni emergenti della popolazione “come vecchiaia e comorbilità” lasciando inalterati i principi base.

Il presente lavoro ha sintetizzato la principale struttura organizzativa del NHS e del SSN al fine di avere una visione olistica del modello sanitario, di come si alimenti e produca beni e servizi, rilevando come entrambi i modelli abbiano optato, a livello strutturale, per una progressiva devoluzione dei poteri a enti e organismi sempre più prossimi al cittadino in un’ottica di efficienza e personalizzazione del servizio, tuttavia creando disparità territoriali.

La continua riduzione della spesa pubblica sanitaria in entrambi i Paesi ha inciso sulla nascita di carenze in molti ambiti, tra cui le più importanti riguardano le risorse umane e le attrezzature diagnostiche. Altro limite in comune è il mancato coordinamento e sviluppo tra i vari livelli di assistenza (ospedaliero e territoriale).

Successivamente si è studiato il ruolo del privato, che si è “insinuato” nelle lacune di offerta sanitaria del sistema pubblico, analizzando come esso attualmente stia creando effetti negativi in termini di equità e come possa, invece, divenire un “partner” benefico del sistema pubblico.

Si è infine esposto un confronto tra NHS e SSN sia a livello organizzativo-strutturale, sia in termini di efficienza ed efficacia sanitaria osservando come il SSN, pur avendo una spesa sanitaria pubblica inferiore al NHS inglese, riscontri risultati di salute migliori in vari settori della salute.

La parte conclusiva è stata dedicata all’impatto del Covid – 19 su questi sistemi sanitari e a come i fondi stanziati post pandemia potranno influire sulle politiche sanitarie dei due Paesi per permettere ai due sistemi di mantenere i loro principi di uguaglianza, universalità ed equità.

Keywords: NHS, SSN, Equità, Sostenibilità, Sanità privata, Covid-19, Politiche sanitarie

INDICE

INTRODUZIONE	4
PREMESSA	6
<u>Le tipologie di sistemi sanitari nei Paesi OCSE, una panoramica generale</u>	6
CAPITOLO 1: IL NATIONAL HEALTH SERVICE BRITANNICO	9
<u>1.1 Nascita, contesto socioeconomico ed evoluzione normativa</u>	9
<u>1.2 Governance, Pianificazione e Regolamentazione</u>	16
<u>1.3 Spesa sanitaria e finanziamento</u>	18
<u>1.4 Principali risorse e servizi offerti dal sistema sanitario</u>	25
CAPITOLO 2: IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	32
<u>2.1 Nascita, contesto socioeconomico ed evoluzione normativa</u>	32
<u>2.2 Governance, Pianificazione e Regolamentazione</u>	36
<u>2.3 Spesa sanitaria e finanziamento</u>	42
<u>2.4 Principali risorse e servizi offerti dal sistema sanitario</u>	49
CAPITOLO 3: IL RUOLO DEL PRIVATO NEI DUE SISTEMI SANITARI	56
<u>3.1 Il ruolo e la composizione del privato nel NHS e SSN</u>	56
3.1.1 La spesa sanitaria privata nel NHS	56
3.1.2 La spesa sanitaria privata nel SSN	61
<u>3.2. Approfondimento: le dinamiche dei consumi della sanità privata nel SSN</u>	63
3.2.1 Il ruolo del privato accreditato nel SSN	68
<u>3.3 L'impatto del privato</u>	71
3.3.1 L'impatto nel privato negli esiti di salute: evidenze dal NHS e dal SSN	71
3.3.2 L'impatto del privato nel sistema generale di finanziamento della spesa: l'aspetto fiscale nel SSN	73
CAPITOLO 4: ANALISI COMPARATIVA E PROSPETTIVE DI SSN E NHS	79
<u>4.1 SSN e NHS a confronto: valutazione dei due sistemi sanitari</u>	79
4.1.1 Governance del sistema	79
4.1.2 Accessibilità	80
4.1.3 Protezione finanziaria	82
4.1.4 Qualità dell'assistenza	83
4.1.5 Risultati di salute	85
4.1.6 Efficienza del sistema sanitario	87
<u>4.2 L'impatto del COVID-19 nei due sistemi</u>	87
<u>4.3 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri</u>	94
4.3.1 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri del NHS	94
4.3.2 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri del SSN	98
CONCLUSIONE	105
Riferimenti bibliografici	108

INTRODUZIONE

È sempre più attuale la tematica riguardante la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari strutturati secondo il "modello Beveridge" di cui il National Health Service britannico e il Servizio Sanitario Nazionale italiano sono due principali esponenti.

Sin dal 1948, anno di nascita del NHS, per i cittadini britannici e dal 1978, anno di nascita del SSN, per quelli italiani, la salute è stato un bene gratuito e garantito a prescindere dalla disponibilità a pagare. Ciò ha portato le generazioni posteriori, soprattutto nelle figure dei policy makers, a dare per scontato questo diritto, non salvaguardando o rispondendo ai numerosi sintomi di malessere dei due sistemi sanitari.

L'invecchiamento della popolazione, l'impatto della pandemia Covid-19, i crescenti bisogni assistenziali relativi alla cronicità e i continui limiti imposti dalla finanza pubblica sembrano aver messo in crisi tutta l'organizzazione e ad oggi i principi alla base dei modelli stessi, come l'uguaglianza delle cure, l'equità e l'universalità di accesso, sembrano non essere rispettati pienamente.

Il continuo sotto investimento nella sanità, la carenza e cattiva gestione del personale sia da un punto di vista di pianificazione e sia da un punto di vista di trattamento economico-retributivo, la poca innovazione tecnologica e la sempre più marcata devoluzione della competenza a più enti (le Regioni per il SSN e i singoli Stati componenti il Regno Unito) hanno generato una forbice importante tra domanda e offerta sanitaria con conseguenti aumenti delle liste di attesa e carenza di servizi garantiti dal sistema pubblico.

Il processo di "deospedalizzazione", richiesto per aumentare l'efficienza e la sostenibilità delle cure, non è stato accompagnato dal parallelo rafforzamento della componente territoriale, in risposta ai nuovi bisogni causati dall'invecchiamento e dall'aumento dei pazienti con comorbidità. Ciò ha portato, in entrambi i sistemi sanitari, un aumento del ricorso alla sanità privata, anche supportato da discutibili politiche pubbliche e fiscali adottate dai policy makers, non senza conseguenze dal punto di vista dell'equità e della credibilità del modello, che hanno in gran parte caratterizzato i due sistemi sanitari "alla Beveridge".

La conseguenza di ciò è stato il generarsi di continue disparità tra i territori, sia da un punto di vista propriamente qualitativo e di risultati di salute, sia da un punto di vista socioeconomico, con sempre più frequenti problemi di equità e disuguaglianza tra la popolazione.

In questo scenario, la crisi dei due sistemi è stata ulteriormente accentuata dall'avvento della pandemia Covid – 19. Essa ha enfatizzato maggiormente i problemi organizzativi, di interoperatività tra i vari livelli e di carenza di risorse dei modelli sanitari incidendo direttamente in maniera drastica sull'aspettativa di vita della popolazione e indirettamente sulla

concezione di sanità dei “cittadini” che hanno visto, forse per la prima volta dalla nascita dei due sistemi, come l’assistenza sanitaria non sia per niente un bene scontato e come il loro sistema sanitario risulti in qualche modo “malato”.

Riusciranno, quindi, i policy makers a rendersi conto della gravità delle conseguenze di un’eventuale perdita di equità e di accesso al sistema sanitario pubblico? Riusciranno a usare l’uscita dalla crisi pandemica e i successivi fondi stanziati dal Next Generation EU per aumentare la resilienza dei due sistemi sanitari in previsione anche di future crisi sanitarie?

Queste sono alcuni dei quesiti alla base del presente elaborato che cercherà di chiarire se effettivamente questa “malattia”, come recentemente riferito dall’editoriale inglese “The Lancet”, sia “incurabile” o se il sistema sanitario possa essere “trattato” con politiche e interventi finalizzati a sanare i diversi punti critici, anche grazie ai nuovi fondi stanziati. E ancora come, in questo contesto, possa inserirsi il ruolo del “privato sanitario” affinché esso possa divenire una risorsa per il sistema pubblico stesso, piuttosto che un generatore di riduzione della salute e di disparità socioeconomiche.

PREMESSA

Le tipologie di sistemi sanitari nei Paesi OCSE, una panoramica generale

Aspetto funzionale per la trattazione del presente elaborato è il soffermarsi preliminarmente su quali siano i principali tipi di sistemi sanitari tuttora attivi nei Paesi OCSE e soprattutto quali siano gli elementi fondamentali che li compongono.

Le variabili che contraddistinguono un sistema sanitario sono essenzialmente due:

- la modalità di finanziamento del sistema;
- la modalità di erogazione del servizio.

Il policy making relativo a queste due variabili ha formato le varie tipologie di sistemi sanitari attualmente in uso presso l'area OCSE.

La figura 1.1 (Vincenzo Rebba, Lectures on Health Economics 2022-2023, slide 6) illustra quali sistemi sanitari sono risultanti dalla combinazione delle su citate variabili e in quali Paesi sono operanti.

Figura 1.1 I principali sistemi sanitari OCSE in base a copertura assicurativa e fornitura

Public and private in health care: Financing and Provision

Type of Provision (second-level market)	Type of Financing and main funding sources (first-level «market»)				
	Public		Private		
	<i>Taxes</i>	<i>Income-related contributions (Payroll taxes)/ Compulsory premia</i>	<i>Prices</i>	<i>Insurance premiums/ Voluntary contributions</i>	<i>Donations by charities and non profit organizations</i>
Public	<i>National Health Service (UK, Italy, Nordic countries)</i>	<i>Social Health Insurance model (France)</i>			
Private (for profit)		<i>Mandatory Private Health Insurance (Switzerland)</i>	<i>Market health system (Mexico)</i>		
Private (non profit)		<i>Mandatory Private Health Insurance (The Netherlands)</i>		<i>Market health system (U.S.A.)</i>	

Fonte: Rebba V. (2022a)

Come si evince dalla figura, ciò che essenzialmente cambia all'interno di ogni tipologia di sistema sanitario è il ruolo che assume l'attore pubblico all'interno di esso, sia da un punto di vista di finanziamento e sia da un punto di vista di erogazione; difatti si potrà avere una modalità di finanziamento pubblica o privata e allo stesso tempo anche la fornitura di beni e servizi potrà avvenire tramite l'operatore pubblico o privato o ancora entrambi.

In base alla tipologia di finanziamento e di finanziamento di beni e servizi l'OCSE individua e classifica tre modelli di sistema sanitario (Vincenzo Rebba, Lectures on Health Economics 2022-2023, slide 8):

1. il modello "Beveridge", anche conosciuto come Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
2. il modello "Bismark", anche detti Sistemi di Assicurazione Sociale (SAS);
3. il modello di Assicurazione Sanitaria Privata.

Il modello relativo alle Assicurazioni Sanitarie Private racchiude tutte quelle forme in cui gli erogatori di servizi e beni sanitari sono nella maggior parte privati mentre la copertura sanitaria può derivare da assicurazioni private finanziate volontariamente (VPHI), come avviene negli USA, o da assicurazioni private obbligatorie (MPHI) dove il mercato assicurativo è in ogni caso regolamentato a livello centrale ed esiste un contributo pubblico per l'assistenza delle persone con basso reddito al fine di ottenere la copertura universale.

Il modello "Bismarck" invece, è caratterizzato da un mercato concorrenziale dal lato dell'offerta di servizi sanitari che resta privata, ma comunque fortemente regolamentata dallo Stato, e dal finanziamento tramite contributi obbligatori ad opera di lavoratori e datori di lavoro. La copertura sanitaria è garantita da "casse malattia" o "piani assicurativi" formulati nel contratto di lavoro. Come si può intuire dal nome del modello, il paese "fondatore" del sistema sanitario basato sull'assicurazione sociale è la Germania.

Infine, si riporta il modello "Beveridge", ovvero il modello su cui si basano i due sistemi sanitari oggetto di trattazione nel presente elaborato: il SSN italiano e il NHS inglese.

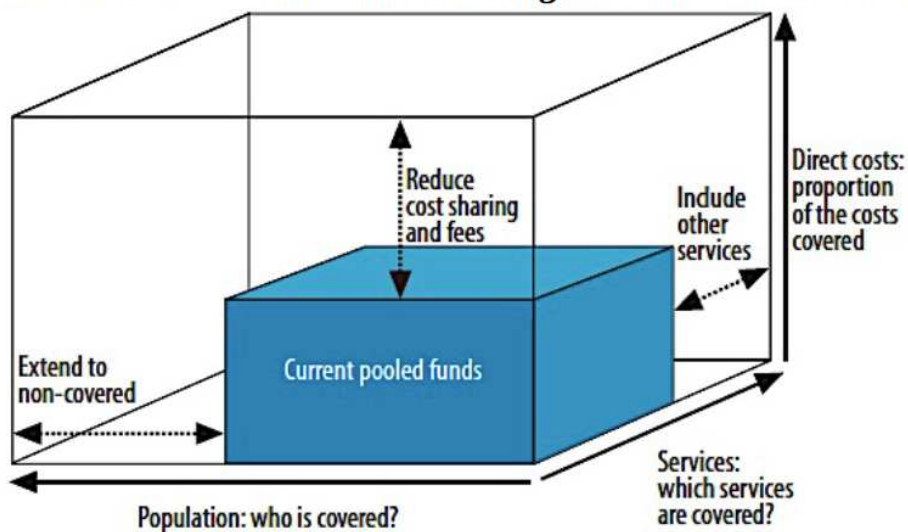
I sistemi alla "Beveridge" si caratterizzano da una copertura universale pubblica, finanziata principalmente dal gettito fiscale e la cui erogazione è operata dallo stesso attore pubblico e residuamente da attori privati accreditati.

La figura 1.2 (Vincenzo Rebba, Lectures on Health Economics 2022-2023, slide 16) mostra come si possa configurare una copertura universale, ovvero un sistema sanitario che copra tutta la popolazione, con tutti i servizi richiesti e assoggettandosi tutti i costi inerenti:

Figura 1.2 Le variabili connesse alla copertura sanitaria universale

Health care systems funding and universal coverage
Three dimensions to consider when moving towards universal coverage

16



Source: World Health Organization: *The World Health Report 2010 – Health Systems Financing: The path to universal coverage*

Fonte: Rebba V. (2022a)

Per aumentare la copertura uno Stato dovrebbe quindi estendere la popolazione assicurata, oppure aumentare l'offerta di beni e servizi, oppure sobbarcarsi di più costi non lasciando nessun onere all'utente (Vincenzo Rebba, Lectures on Health Economics 2022-2023, slide 16); ovviamente, per fare ciò, servono ulteriori finanziamenti e quindi un maggior prelievo fiscale (Beveridge) o maggiori contributi obbligatori (Bismarck) da parte della popolazione stessa.

Le riforme dei sistemi sanitari, sia “alla Beveridge” che “alla Bismarck”, si sono quindi concentrate maggiormente sul contenimento dei costi, sull'aumento della concorrenza nel mercato dei fornitori e sull'efficienza/efficacia del processo di erogazione di servizi sanitari, appunto per evitare l'adozione di politiche che andassero a compromettere l'equità del sistema e quindi l'accesso alle cure.

È in questo ambito di discussione che entra in gioco il concetto di “sostenibilità” del sistema sanitario; le ultime riforme dei principali sistemi sanitari fondati sul modello “Beveridge” hanno infatti introdotto sempre più meccanismi di compartecipazione alla spesa da parte del cittadino o l'aumento di assicurazioni private volontarie parallele all'assicurazione generale statale (Vincenzo Rebba, Lectures on Health Economics 2022-2023, slide 18).

Il quesito quindi, che questa trattazione cercherà di approfondire, è quanto realmente i sistemi sanitari attualmente organizzati e programmati sul modello “Beveridge” possano essere sostenibili senza che ulteriori riforme vadano a minarne i principi ispiratori del modello stesso come l'uguaglianza, l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Per effettuare questa analisi, si studieranno e si valuteranno il SSN italiano e il NHS inglese, quali principali esponenti di tale paradigma.

CAPITOLO 1

IL NATIONAL HEALTH SERVICE BRITANNICO

1.1 Nascita, contesto socioeconomico ed evoluzione normativa

Il National Health Service viene fondato nel 1948 per organizzare, regolamentare e governare la sanità del Regno Unito. I principi cardine su cui è basato l'intero sistema sanitario sono quelli già definiti in precedenza per i modelli "Beveridge" ossia:

- universalità delle cure;
- gratuità dell'assistenza;
- finanziamento tramite la tassazione generale.

Per poter analizzare e valutare un sistema sanitario è doveroso preliminarmente contestualizzare il territorio in cui opera.

Il Regno Unito è costituito dagli stati di Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord.

La popolazione risulta al 2020 di 67,2 milioni di abitanti con una tendenza crescente dal 1995 al 2020 (Anderson M. et al., 2022).

Tabella 1.1. Tendenze della popolazione/indicatori demografici, 1995–2020, anni selezionati

	1995	2000	2005	2010	2015	2020 o ultimo anno disponibile
Popolazione totale (milioni)	58,0	58,9	60,4	62,8	65,1	67,2
Popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (% del totale)	19,5	19	18	17,5	17,6	17,7
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (% sul totale)	15,9	15,9	16	16,6	18	18,7
Densità di popolazione (persone per km ²)	239,8	243,4	249,7	259,4	269,2	275,0 (2019)
Crescita della popolazione (tasso di crescita medio annuo)	0,3	0,4	0,7	0,8	0,8	0,6
Tasso di fertilità, totale (nascite per donna)	1,7	1,6	1,8	1,9	1,8	1,7 (2019)
Distribuzione della popolazione (% urbana)	78,4	78,7	79,9	81,3	82,6	83,9

Fonte: Banca Mondiale (2021)

La tabella 1.1. sintetizza e riporta i principali trend dal 1995 al 2020; essa evidenzia come il tasso di crescita sia sempre positivo negli anni soprattutto grazie all'emigrazione inferiore all'immigrazione nel Paese e al fatto che il tasso di natalità è sempre superiore (a parte nel 2020, anno del Covid-19) al tasso di mortalità. Si può inoltre notare come il trend della popolazione compresa tra 0 e 14 anni sia decrescente, così come il tasso di natalità per donna; questi due andamenti contribuiscono all'invecchiamento della popolazione, con la tendenza positiva della popolazione sopra i 65 anni.

Da questa breve analisi si ricava che anche nel Regno Unito si sta assistendo a un invecchiamento della popolazione e questo inevitabilmente porterà a una pressione maggiore sul sistema sanitario.

Per quanto riguarda il contesto economico il Regno Unito rappresenta la quinta forza economica globale con un Pil pro capite di \$ 40.284,6. Come tutto il mondo, la pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto sul contesto economico del Paese con un debito pubblico superiore del 13,1% rispetto alla media UE nel 2021 (ONS, 2021).

Oltre alla quantificazione della ricchezza interna, risulta utile analizzare come essa sia distribuita all'interno della popolazione; i dati infatti rivelano come un quinto della popolazione del Regno Unito si trovi in condizioni di povertà e questo indicatore risulta uno dei più alti dei Paesi europei (United Nations, 2019).

Quest'ultimo dato è molto rilevante in quanto la condizione di povertà spesso si associa a "cattiva salute" e di conseguenza ad un impatto maggiore su un sistema sanitario di tipo universalistico e gratuito come il NHS (OECD, 2022).

Questi principali dati macroeconomici sono riportati nella tabella sottostante:

Tabella 1.2. Indicatori macroeconomici, 1995–2020, anni selezionati

	1995	2000	2005	2010	2015	2020 o ultimo anno disponibile
PIL (attuale US \$, miliardi)	1341.6	1658.2	2532.8	2481.6	2932.8	2707.7
PIL pro capite (dollari USA correnti)	23 123,7	28 156,3	41 932,9	39 536,8	45 039,2	40 294,6
PIL pro capite, PPP (\$ internazionali correnti)	20 504,9	26 421,0	32 592,5	36 464,5	42 567,6	44 916,2
Crescita del PIL (%) annuale	2.5	3.5	3.0	2.1	2.4	-0.7
Spesa per consumi finali delle amministrazioni pubbliche (% del PIL)	17.1	16.8	19.8	21.6	19.5	22.8
Disavanzo/avanzo pubblico (% del PIL)	-4.8	1.7	-2.7	-0.1	-4.5	-1,9 (2019)
Debito lordo delle amministrazioni pubbliche (% del PIL)	43.9	42.6	44.3	81.5	105,0	115,0 (2018)
Disoccupazione, totale (% della forza lavoro; stima nazionale)	8.7	5.6	4.8	7.8	5.3	3,7 (2019)
Tasso di povertà (persone a rischio di povertà o esclusione sociale in % della popolazione totale)	-	-	24.8	23.2	23.5	-
Disparità di reddito (Coefficiente di Gini del reddito disponibile)	36.3	38.4	34.3	34.4	33.2	35,1 (2017)

Fonte: Commissione Europea (2021); Banca Mondiale (2021)

Per quanto riguarda il contesto politico, il Regno Unito è una monarchia costituzionale con due camere del parlamento: la camera “dei Comuni” eletta democraticamente e la camera “dei Lord” i cui membri sono eletti tra i cittadini in possesso di titoli aristocratici.

Nel corso degli anni Galles, Scozia e Irlanda del Nord hanno istituito organi legislativi che si occupano di materie devolute dal Parlamento centrale. Ad esempio, l’assistenza sanitaria e sociale è una delle materie devolute ai singoli Stati e questo ha portato spesso a politiche di sanità pubblica e livelli di assistenza differenti tra i singoli Stati componenti il Regno Unito.

A livello internazionale il Regno Unito è uscito dall’Unione Europea nel 2020 e le conseguenze socioeconomiche non sono ancora analizzabili appieno; un dato invece già rilevabile nel campo

sociosanitario è stato la diminuzione di personale sanitario immigrato, soprattutto infermieristico, nel Paese nonostante questa fonte lavorativa sia sempre stata ricercata e voluta all'interno del sistema sanitario del Regno Unito (Anderson et al., 2021).

Relativamente alla sfera della salute, l'UK contava un'aspettativa di vita di 81,2 anni nel 2019, in linea con la media europea. Tuttavia, il Regno Unito ha un indicatore più basso rispetto ai Paesi europei più prossimi per caratteristiche come la Francia (82,6 anni), l'Italia (83,2 anni) e la Svezia (83 anni) e dal 2019 l'aspettativa di vita è in fase di stallo (Banca Mondiale, 2021).

La tabella 1.3 seguente riporta i principali dati relativi all'aspettativa di vita, già evidenziati sopra e inoltre analizza le principali cause di morte nel Paese; si può notare come la tendenza sia positiva dal 1995 al 2020 in tutte le cause di morte.

Tabella 1.3. Indicatori di mortalità e salute, 1995–2020, anni selezionati

	1995	2000	2005	2010	2015	2020 o ultimo anno disponibile
Aspettativa di vita (anni)						
Aspettativa di vita alla nascita, totale	76.8	77.7	79.0	80.4	81.0	81,2 (2019)
Aspettativa di vita alla nascita, maschio	74.3	75.4	77	78,5	79.2	78.4
Speranza di vita alla nascita, femmina	79,5	80.2	81.2	82.4	82.8	82.4
Aspettativa di vita a 65 anni, maschio	14.7	15.9	17.1	18.2	18.6	18,8 (2019)
Aspettativa di vita a 65 anni, femmina	18.4	19.1	19.8	20.8	20.8	21.1 (2019)

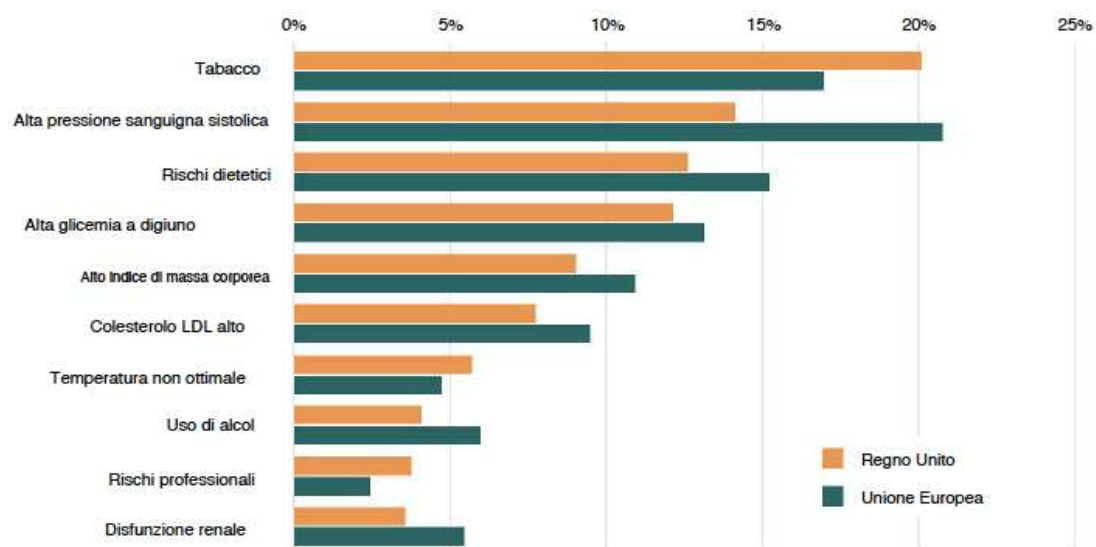
Mortalità, decessi per 100.000 abitanti (tassi standardizzati)						
Malattie circolatorie	462,3	–	319,2	248,7	203,2	192,6 (2016)
Problemi respiratori	169,6	–	124,2	104,9	108,7	102,2 (2016)
Neoplasie maligne	264,7	–	237,9	226,3	217,7	216,4 (2016)
Alcune malattie infettive e parassitarie*	7,0	–	10,8	8,4	8,8	8,6 (2016)
Tubercolosi	0,8	–	0,7	0,5	0,5	0,4 (2016)
Cause esterne di morte	32,6	–	33,1	30,9	34,6	34,9 (2016)
Tutte le cause						
Tasso di mortalità infantile (per 1000 nati vivi)	6,2	5,6	5,1	4,2	3,9	3,7 (2019)
Tasso di mortalità materna (per 100.000 nati vivi)	7,0	6,8	5,7	5,0	4,5	6,5 (2017)

Fonte: OCSE (2021); Banca Mondiale (2021)

È importante rilevare, in ultima analisi, come il tasso di mortalità infantile sia dimezzato nel periodo dal 95 al 2019.

Altro aspetto correlato all'ambito sanitario, e nello specifico alle politiche di sanità pubblica, sono i fattori di rischio/stile di vita incidenti sullo stato di salute; la figura 1.1. riporta i principali fattori di rischio insiti nello stile di vita della popolazione. Da questa si può notare come il principale fattore di rischio sia il fumo, che caratterizza il 20% della popolazione ed è ampiamente al di sopra della media UE; questo implica una maggior incidenza di patologie polmonari come tumori e BPCO. L'ipertensione, l'obesità e il diabete sono altri fattori che incidono pesantemente nelle patologie più caratteristiche della popolazione del Regno Unito, anche se come indicatori sono al di sotto della media UE.

Figura 1.1. Fattori di rischio che influenzano lo stato di salute, 2019



Fonte: IHME (2020)

Evidenziati i principali elementi del contesto in cui opera il NHS, si riportano brevemente ora le principali tappe e riforme normative avvenute nel corso degli anni.

Come già precedentemente esposto, il NHS viene istituito nel 1948 secondo principi di universalità delle cure e di accesso basato sulla necessità clinica e non sulla disponibilità a pagare.

Il primo atto normativo nel Regno Unito è stato il “National Insurance Act” del 1911, che prevedeva un’assicurazione sanitaria per i lavoratori dell’industria; parallelamente anche in Scozia e Galles entravano in vigore istituti per la tutela della sanità (Anderson et al., 2022).

Da tutti questi documenti vengono estratti i principi e le basi per la costituzione del NHS, il quale dal 1948 è in vigore in Inghilterra, Galles e Scozia. In ogni Stato il sistema sanitario operava quasi sempre nel medesimo modo, fino al 1999 quando è stato approvato un “accordo di devoluzione”, ossia un trasferimento dei poteri relativi alla salute dal Parlamento centrale ai vari organi legislativi dei singoli Stati.

Una delle cause principali di questo trasferimento di poteri è stata l’approvazione del “National Health Service and Community Care Act” del 1990 il quale introduceva un meccanismo di “mercato interno” della salute, andando di fatto a scorporare l’acquisto e la fornitura di assistenza e incentivando la concorrenza tra fornitori pubblici e privati (Anderson et al., 2022).

La devoluzione del 1999 è la principale causa delle differenze che tuttora sono operanti nei vari Stati componenti il Regno Unito, come si può constatare anche dalle riforme effettuate da ogni Paese nell’ultimo decennio.

In Inghilterra nel 2012 è entrato in vigore l' "Health and Social Care Act" che di fatto incentivava ulteriormente la competizione nel settore sanitario e la delega a livello locale e regionale con l'abolizione degli enti allora preposti alla governance e l'istituzione di "Gruppi di Commissione Clinica" (illustrati nel secondo paragrafo).

Allo stesso modo anche a livello nazionale l'allora ente preposto alla governance NHS England viene sostituito da NHS Improvement nel 2016 con poteri più ampi nella regolazione dell'ambito economico.

Nel 2019 infine viene pubblicato il "NHS Long Term Plan", ossia un piano di dieci anni che illustrava la strategia per migliorare il sistema sanitario. I temi principali del piano riguardano il rafforzamento dell'assistenza primaria e territoriale del Paese (Anderson et al, 2022).

Le riforme degli altri Paesi del Regno Unito si sono invece incentrate nell'integrazione e collaborazione degli attori del settore e non sulla concorrenza interna, con l'istituzione di partenariati tra NHS ed Enti Locali che pianificassero e programmassero i servizi della comunità. Questo approccio proattivo sul lato dell'assistenza primaria e territoriale ha evidenziato risultati positivi in termini di costi del sistema, come ha documentato una revisione della salute pubblica in Scozia (Governo scozzese, 2018).

La tabella 1.4. sintetizza le principali tappe di riforme.

Tabella 1.4. Principali riforme sanitarie

YEAR	POLICY REFORM
England	
2012	Health and Social Care Act
2014	Care Act
2014	NHS Five Year Forward View
2019	NHS Long-Term Plan
2021	Health and Care Bill (Pending)
Scotland	
2004	NHS Reform Act
2010	The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland
2014	Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Act
2016	National Clinical Strategy for Scotland
2018	Public Health Priorities for Scotland
2020	Establishment of Public Health Scotland
2022–2026	Establishment of "National Care Service" (Pending)
Wales	
2014	Social Services and Well-being (Wales) Act
2015	Well-being of Future Generations (Wales) Act
2018	A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care
2023	Establishment of "National Care Service" (Pending)
Northern Ireland	
2016	Health and Well-being 2026: Delivering Together
2021	Health and Social Care Bill (Pending)

Fonte: Anderson et al (2022)

1.2 Governance, Pianificazione e Regolamentazione

Essendo la materia sanitaria devoluta ai singoli Stati, nell'analizzare le modalità di organizzazione e governance è opportuno distinguere le scelte di ogni Paese.

Per quanto riguarda l'Inghilterra, il Department of Health and Social Care (DHSC) è responsabile dell'assistenza sanitaria e sociale ed è l'organo decisore e di supervisione del sistema. A livello operativo agiscono il NHS England e i Clinical Commissioning Group (CCG), che sono responsabili dalla produzione e pianificazione dell'assistenza sanitaria a livello locale (equivalenti alle ASL del SSN italiano).

Accanto a questi enti operano a livello indipendente diversi organismi con il compito di supervisionare e collaborare con le istituzioni nella gestione del sistema, come il National Institute for Health and Care Excellence (NICE) o il Health Education England.

Per quanto riguarda la pianificazione del sistema, come anticipato la responsabilità operativa è di NHS England che riceve annualmente dal governo inglese un mandato contenente obiettivi e budget vincolanti. Gli obiettivi sono monitorati attraverso indicatori relativi a 5 ambiti:

- prevenzione dalla morte prematura;
- miglioramento della qualità di vita per le persone con patologie croniche;
- riabilitazione da eventi acuti;
- garanzia di un'esperienza positiva di cura;
- cura e presa in carico in sicurezza, proteggendo da danni evitabili (NHS digital, 2021).

L'ultimo mandato fa riferimento al NHS Long Term Plan, pubblicato nel 2019 e avente orizzonte decennale. A livello locale poi i CCG pianificano, con orizzonte quinquennale, i piani locali per attuare e raggiungere gli obiettivi fissati nel NHS Long Term Plan.

Da luglio 2022 i CCG sono stati sostituiti dagli ICS (Integrated Care System) nell'ottica di coordinare e raggruppare quanti più "partner" possibile operanti nel settore sociosanitario (Anderson et al, 2022).

Per quanto riguarda la Scozia, le direttive legislative derivano dal Parlamento scozzese, che delega alle "Direzioni dell'assistenza sanitaria e sociale" la direzione strategica e l'allocatione delle risorse. A livello locale operano gli Integration Joint Boards (IJB) che sono responsabili nel proprio territorio di competenza del miglioramento della salute, della fornitura di servizi sanitari e dell'integrazione con gli altri partner della filiera della salute.

Il documento promotore della pianificazione attualmente è il "National Performance Framework", che viene attuato localmente dagli IJBs attraverso piani triennali.

In Galles e Irlanda del nord la governance e la pianificazione sono simili al modello scozzese, ovvero un decentramento dall'organo legislativo a enti sociosanitari integrati localmente sulla base di documenti di pianificazione decennale (a livello centrale) e triennale (a livello locale).

A livello di regolamentazione, ogni singolo stato ha uno o più organismi competenti che monitora e supervisiona la fornitura di servizi pubblici e privati finanziati dal NHS e soprattutto in relazione al raggiungimento degli standard qualitativi prefissati.

A conclusione di questo paragrafo riguardante l'organizzazione del sistema sanitario nel Regno Unito si riportano la tabella 1.5 che riassume la struttura di governance principale dei singoli stati e la tabella 1.6 che invece evidenzia la "scelta del paziente" su copertura sanitaria e fornitura.

Tabella 1.5. Struttura comparativa del Servizio Sanitario Nazionale nei Paesi che compongono il Regno Unito

	ENGLAND	SCOTLAND	WALES	NORTHERN IRELAND
GOVERNMENT DEPARTMENT	Department of Health & Social Care	Scottish Government Health and Social Care Directorates	Welsh Government/ Department of Health and Social Services	Department of Health, Social Services and Public Safety
COMMISSIONING/ PLANNING	NHS England Clinical commissioning groups	Local Authorities NHS Boards (14) Special Health Boards Integration Joint Boards	Department of Health and Social Services Hosted bodies Local Authorities NHS trusts (public health, ambulance, and specialist cancer services) Local Health Boards	Health and Social Care Board Local Commissioning Groups (5)
PROVIDING	NHS trusts NHS foundation trusts Primary care providers Private providers Third sector	Hospitals Primary care providers Third sector	Tertiary care providers Secondary care providers Primary care providers Community services Third sector	Health & social care trusts Ambulance Trust Primary care providers Third sector
REGULATING/ SCRUTINISING	Care Quality Commission National Audit Office	NHS Scotland Planning Board Scottish Health Technologies Group Scottish Health Council Audit Scotland Healthcare Improvement Scotland	Health care Inspectorate Wales Community health councils Audit Wales	Regulation and Quality Improvement Agency Patient and client council Northern Ireland Audit Office

Fonte: Doheny (2015)

Tabella 1.6. Scelta del paziente

TIPO DI SCELTA	È DISPONIBILE?	LE PERSONE ESERCITANO LA SCELTA?
Scelte sulla copertura		
Scelta di essere coperti o meno	NO	Le persone non possono rinunciare al sistema pubblico
Scelta della copertura pubblica o privata	NO	Le persone possono acquistare un'assicurazione medica privata supplementare ma non possono rinunciare al sistema pubblico
Scelta dell'organizzazione di acquisto	NO	Gli organismi di commissione in Inghilterra, gli enti sanitari in Galles e Scozia e i fondi di assistenza sanitaria e sociale nell'Irlanda del Nord coprono popolazioni geograficamente definite e le persone possono cambiare solo spostandosi.
Scelte del fornitore		
Scelta del medico di base	Sì	Le persone possono registrarsi presso un ambulatorio medico di base non nella zona in cui vivono e molti scelgono di farlo; tuttavia, gli ambulatori di medicina generale possono rifiutare la registrazione se non stanno prendendo nuovi pazienti o se è troppo lontano per effettuare visite domiciliari.
Accesso diretto agli specialisti	NO	Esiste un meccanismo di controllo delle cure primarie per accedere agli specialisti in tutti i paesi che costituiscono il Regno Unito.
Scelta dell'ospedale	Sì	La scelta del paziente è stata promossa in Inghilterra per guidare la concorrenza. Sebbene tecnicamente fattibile in Scozia, Galles e Irlanda del Nord, la scelta del paziente non è stata promossa.
Scelta di curarsi all'estero	NO	I pazienti non possono scegliere di cercare cure finanziate dal SSN all'estero.

Fonte: Anderson et al (2022)

1.3 Spesa sanitaria e finanziamento

La spesa sanitaria nel Regno Unito è stata definita dai media spesso come “festa e carestia” per sottolineare i cicli di crescita e austerità che hanno caratterizzato gli ultimi decenni (Anderson et al, 2022). Queste politiche hanno inevitabilmente provocato un mancato investimento di lungo periodo su forza lavoro, strutture ospedaliere e diagnostiche (Anderson M et al, 2021). La tabella 1.7 riporta la tendenza della spesa sanitaria dal 2000 al 2019; si può notare come dagli anni 2000 la spesa sia aumentata sia in termini pro capite e sia in % del Pil. Importante è tuttavia segnalare come anche la spesa sanitaria privata e i pagamenti diretti siano in tendenza crescente, mentre diminuiscono di poco le assicurazioni private:

Tabella 1.7. Tendenza della spesa sanitaria nel UK, 2000- 2019

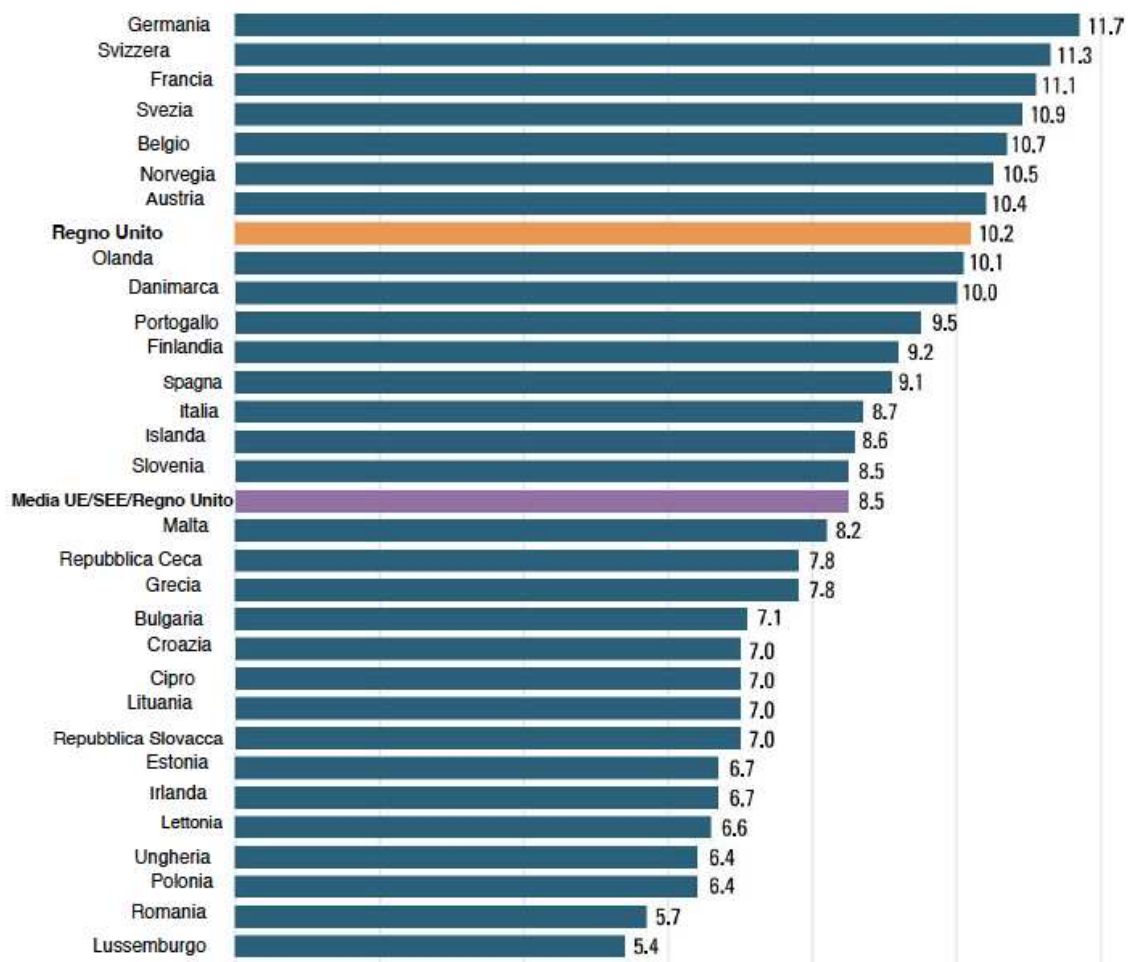
SPESA	2000	2005	2010	2015	2019
Spesa sanitaria corrente pro capite in US \$ internazionali (Parità del potere di acquisto)	1927	2798	3645	4228	5087
Spesa sanitaria corrente in % del PIL	7.3	8.5	10.0	9.9	10.2
Spesa pubblica per la salute in % della spesa totale per la salute	76.8	81.3	82.3	80.1	79.5
Spesa pubblica per la salute pro capite in US \$ internazionali (Parità del potere di acquisto)	1481	2276	2999	3389	4043
Spesa sanitaria privata in % della spesa sanitaria totale	23.2	18.6	17.7	19.8	20.5
Spesa pubblica per la sanità in % della spesa delle Amministrazioni pubbliche	15.8	16.8	17.3	18.8	19.7
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL	5.6	6.9	8.2	7.9	8.1
Pagamenti diretti in % della spesa sanitaria totale	17.1	13.3	12.9	15.1	17.1
Assicurazioni private in % della spesa sanitaria totale	4.2	3.9	3.5	3.3	2.8
Spesa sanitaria in conto capitale in % della spesa sanitaria totale	3.8	4.5	4.1	3.0	N/A

Fonte: WHO (2021)

La figura 1.2 invece compara la spesa sanitaria corrente in % del Pil dei Paesi dell'OMS; da questa tabella si evince come il Regno Unito spenda molto più della media UE, ma meno di Paesi occidentali comparabili come Germania e Francia. Alla stessa deduzione si arriva analizzando la figura 1.3 che mette a confronto la spesa sanitaria pubblica e privata totale in % del Pil.

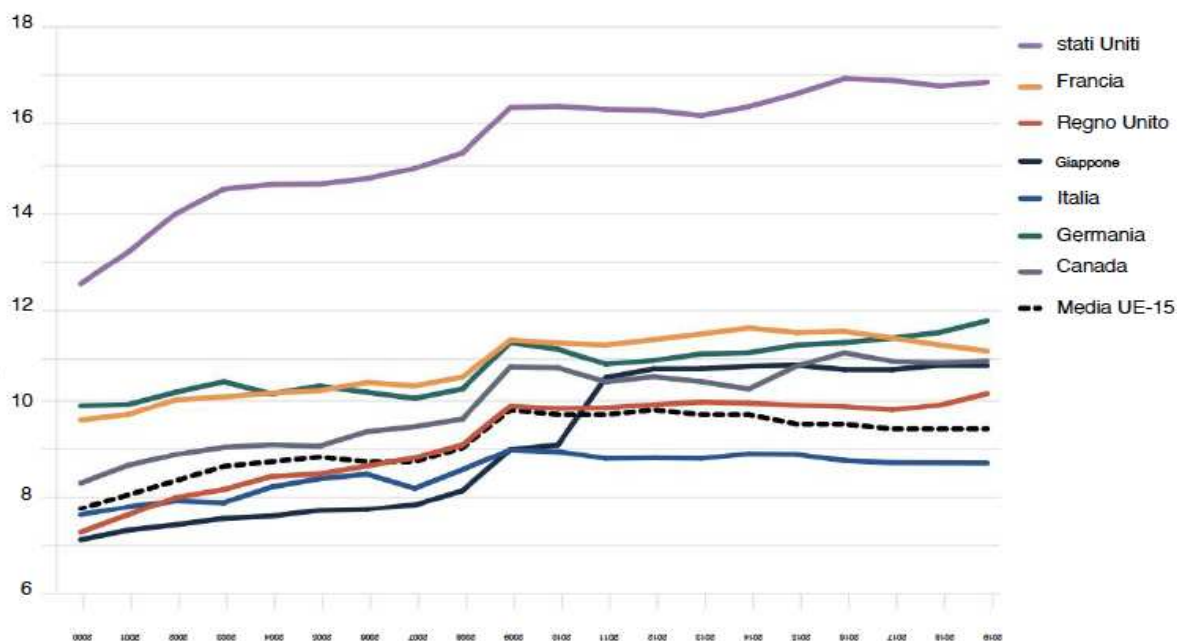
La figura 1.4 invece confronta la spesa sanitaria in % della spesa pubblica totale; i dati dimostrano come solo Germani e Irlanda abbiamo una % maggiore rispetto al Regno Unito:

Figura 1.2. Spesa sanitaria corrente in % del Pil, 2000- 2019



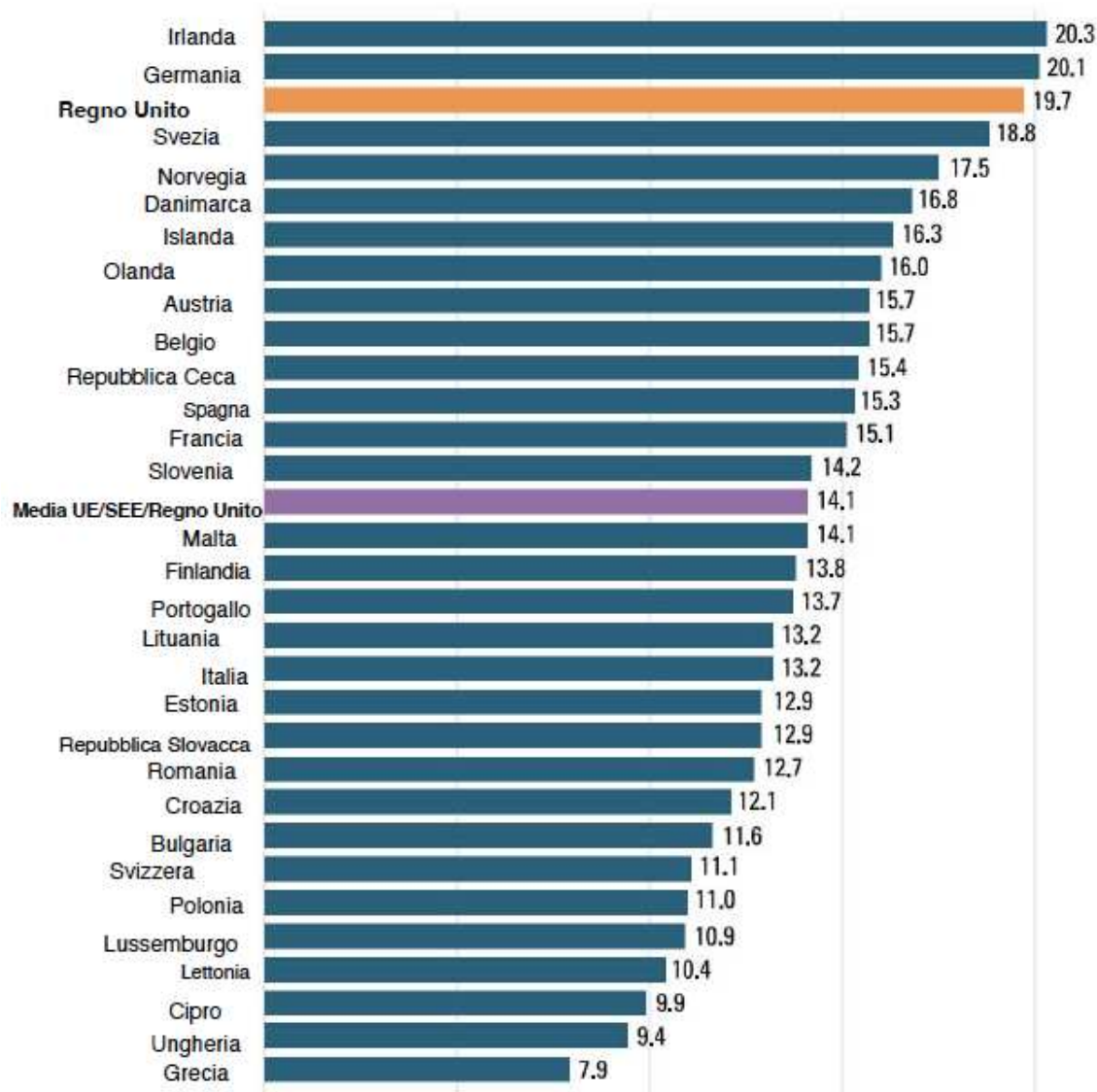
Fonte: WHO (2021)

Figura 1.3. Tendenza della spesa sanitaria totale in % del Pil, 2000- 2019



Fonte: WHO (2021)

Figura 1.4. Spesa pubblica sanitaria in % spesa pubblica, 2019



Fonte: WHO (2021)

La tabella 1.8. invece illustra la % di spesa sanitaria in base alla finalità e al tipo di finanziamento. Come ci evince da questa, quasi il 50% della spesa sanitaria è assorbita dalle cure ospedaliere ed ambulatoriali, mentre un'altra fetta importante della spesa è utilizzata per la spesa farmaceutica e per le cure a lungo termine. La spesa amministrativa è del 2% grazie soprattutto alla centralizzazione dei servizi.

Una riflessione particolare deve invece essere affrontata relativamente alla destinazione del 5% di finanziamento alla spesa in salute pubblica in quanto, sebbene il Regno Unito abbia efficaci metodi di valutazione basati sull'approccio QALY che abbiano dimostrato come la spesa marginale per la prevenzione è da tre a quattro volte più efficace della spesa per "trattamento" (Martin, Lomas e Claxton, 2020), l'allocazione delle risorse nei vari settori della sanità è

rimasta immutata portando ad una progressiva diminuzione del finanziamento della sanità pubblica, essendo calato il finanziamento globale del NHS (Anderson et al, 2022).

Dal lato del finanziamento si evidenzia come la spesa finanziata da assicurazioni private sia bassa, come giustamente ci si aspetta da un sistema sanitario Beveridge; può essere invece un campanello di allarme il 16,7% di finanziamento “out of pocket”, ovvero “di tasca propria”, soprattutto nel settore delle cure a lungo termine e nella farmaceutica (anche se comincia a essere consistente pure il peso delle cure ambulatoriali) che potrebbe essere un indicatore di “non accessibilità” al sistema pubblico e conseguentemente di “non equità”.

Tabella 1.8. Spesa sanitaria e assistenziale (in % della spesa sanitaria corrente) per funzione e tipologia di finanziamento, 2018

	INPATIENT CARE	OUTPATIENT CARE	LONG-TERM CARE	ANCILLARY SERVICES	PHARMACEUTICALS	PUBLIC HEALTH	ADMINISTRATION	OTHER SERVICES	TOTAL
General government	21.5	21.7	11.7	1.8	7.0	3.7	1.0	2.4	77.8
Private insurance	1.1	1.1	0.9	0.1	..	0.6	0.9	0.1	5.5
Out-of-pocket	0.3	3.0	5.3	...	5.2	0.7	16.7
Total expenditure	22.9	25.8	17.9	1.8	12.3	5.1	1.9	2.5	100.0

Fonte: OECD (2021)

Analizzate sinteticamente la spesa sanitaria e le sue componenti, si passa ora a come essa venga concretamente finanziata.

Come già anticipato in precedenza, i sistemi Beveridge sono sostanzialmente finanziati dalla tassazione generale e su questo modello è impostato il NHS. Sono tre le principali imposte che vanno a finanziare il 77% (si veda tabella 1.12) della spesa sanitaria, ovvero:

- imposta sul reddito (26%);
- contributi previdenziali (19%);
- imposta sul valore aggiunto (18%).

Una volta effettuato il prelievo tributario, l’HM Treasury distribuisce al DHSC in Inghilterra e successivamente, in base alla formula di Barnet, ai singoli stati decentrati il rispettivo finanziamento.

Questo modello è stato spesso messo in discussione dai critici del sistema in quanto i finanziamenti a Irlanda del Nord, Galles e Scozia sono effettuati con una formula comparativa (formula di Barnett) che non tiene conto delle esigenze sanitarie della popolazione ma solo della devoluzione dei poteri e della proporzione della popolazione: se ad esempio l'Inghilterra ha bisogno di aumentare il finanziamento per una specifica problematica emersa, il finanziamento ai restanti stati avverrà automaticamente anche se nessun aumento di spesa sanitaria fosse necessario. Le autorità inglesi hanno programmato di revisionare questo modello di allocazione delle risorse e focalizzarsi verso un modello basato sui bisogni (Anderson et al., 2022).

I singoli enti sanitari locali riceveranno poi il proprio finanziamento in base a una formula di capitazione ponderata che tiene conto dell'età, dei costi di input, dei fattori sociali e degli indicatori di stato di salute (in Inghilterra). Negli stati devoluti il meccanismo di allocazione al singolo ente locale è essenzialmente simile a quello inglese.

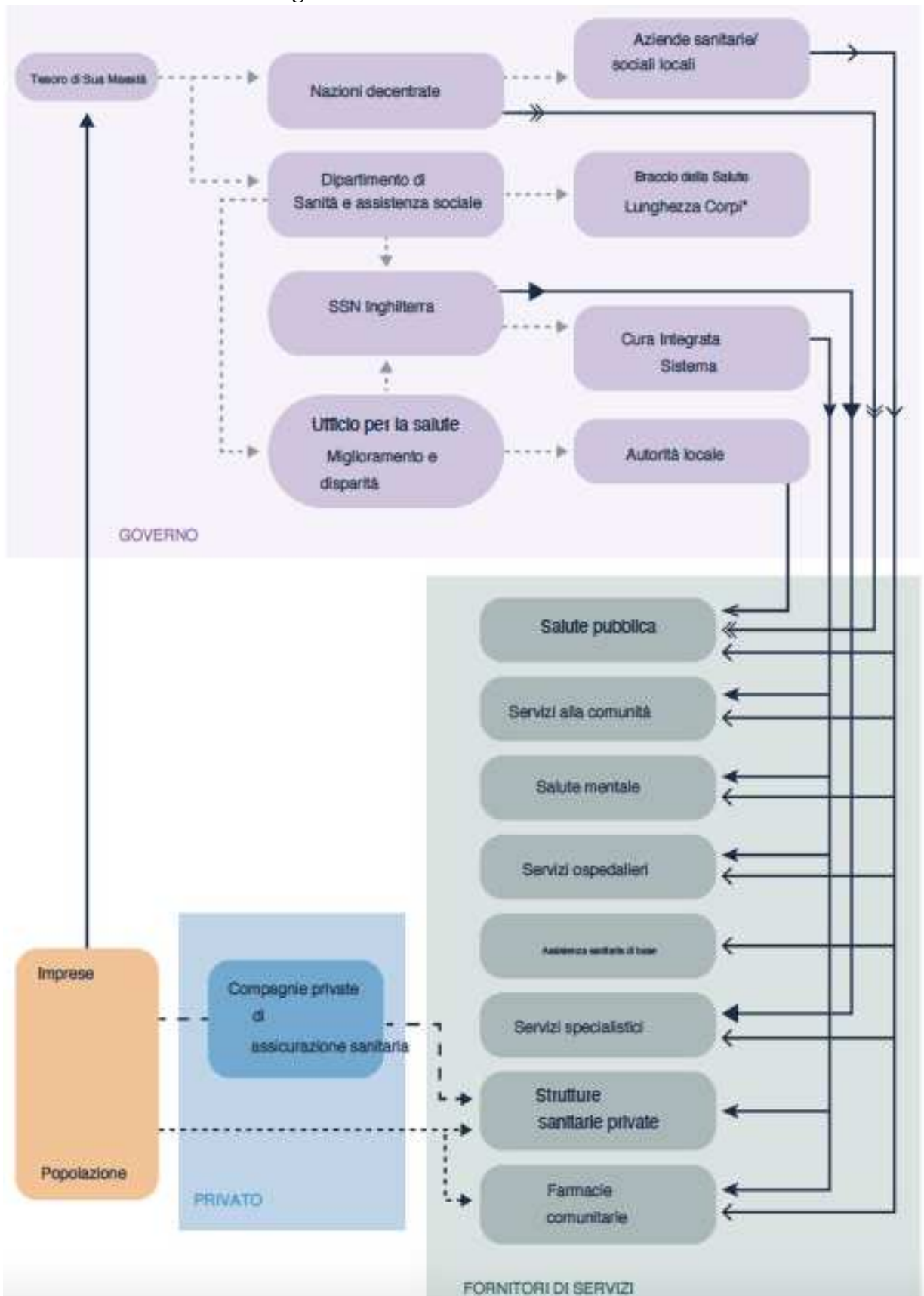
Ricevuti i finanziamenti, in Inghilterra gli enti sanitari locali provvederanno ad affidare i servizi ai fornitori, siano essi appartenenti al NHS o al settore indipendente (qualificati in base alla politica dell'Any Qualified Provider istituita nel 2012), vincitori di apposita gara pubblica; in Irlanda del Nord, Galles e Scozia invece la divisione acquirente-fornitore non è stata recepita.

Ma cosa è coperto da questi finanziamenti? È importante sottolineare come non ci sia un pacchetto di prestazioni definito dalla legge, per cui i vari stati possono decidere quali trattamenti siano finanziati e quali no nel momento in cui acquisiscono i servizi dai fornitori.

Questo ha portato a discussioni territoriali, in quanto in base alla residenza e al codice postale un cittadino si trova ad avere rilevanti differenze di copertura sanitaria rispetto al proprio vicino di quartiere. Aldilà di questo aspetto, in generale la copertura pubblica del NHS è lacunosa rispetto all'assistenza sociale, alle cure dentistiche, ai servizi oftalmici e alla spesa di prescrizione farmaceutica. Queste lacune potrebbero portare a costi "catastrofici", specialmente relativamente all'ambito sociale, e per questo motivo il governo inglese a fine 2021 ha annunciato l'introduzione di un limite massimo di spesa del singolo cittadino per l'assistenza sociale (Anderson et al., 2022).

La figura 1.5. illustra schematicamente quanto relazionato sopra:

Figura 1.5. Flussi finanziari del NHS



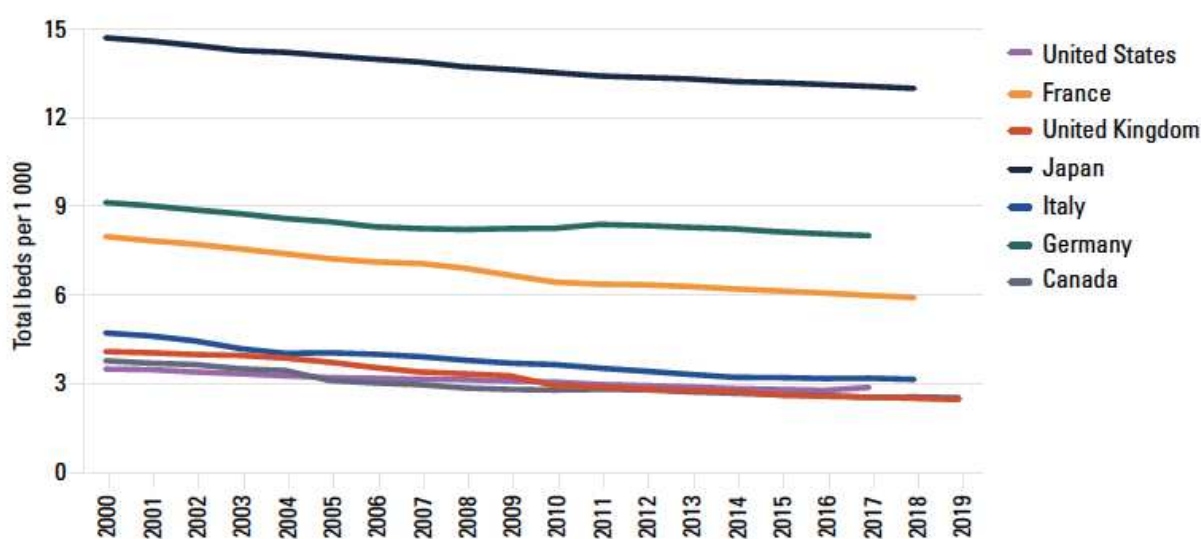
Fonte: Anderson et al, 2022

1.4 Principali risorse e servizi offerti dal sistema sanitario

Individuati i principi e le caratteristiche che regolano e organizzano il NHS e i flussi delle risorse economiche che lo finanziano, è utile ora focalizzarsi su quali siano gli input dell'intero modello al fine di poter in seguito dare una valutazione degli output e outcome raggiunti.

Il primo input analizzato è quello che più viene usato dagli studiosi per misurare la capacità di un sistema sanitario, ovvero i posti letto ospedalieri; la figura 1.6 mostra i posti letto ospedalieri per mille abitanti e compara il Regno Unito con altri Paesi simili.

Figura 1.6. Posti letto ospedalieri totali per mille abitanti nel Regno Unito e in Paesi selezionati, 2000-2019



Fonte: OECD, (2021)

Come si evince dalla figura 1.6. il Regno Unito ha in media 4 letti per 1000 abitanti, in linea con Italia, Canada e Stati Uniti. Più alto è il dato per Francia, Germania e Giappone.

Tutti gli stati, nel periodo studiato, sono caratterizzati da una diminuzione del dato, questo per l'incentivazione all'uso della chirurgia diurna e di ricoveri più brevi nell'ottica della politica di appropriatezza delle cure e contenimento degli sprechi.

Dal 1948, istituzione del NHS, gli ospedali sono diminuiti nel corso degli anni essenzialmente per due ragioni:

1. lo spostamento delle cure da ospedali piccoli a strutture più grandi, nell'ottica di avere economie di specializzazione e aumentare qualità e sicurezza delle cure;
2. il trasferimento delle long-term cure dagli ospedali alla comunità (Anderson et al, 2022).

Nel 2017 il NHS contava 135 trust non specialistici per acuti, 17 trust specialistici e 54 trust per la salute mentale (NHS Confederation, 2017). Non esiste una vera e propria strategia a

lungo termine collegata agli investimenti delle grandi infrastrutture che possa ottimizzare la collocazione e la capienza degli ospedali specialmente a causa della forte ingerenza politica sulla materia (Anderson et al., 2022).

A livello di attrezzature mediche, un dato importante da segnalare riguarda l'ambito diagnostico; infatti, il Regno Unito è ampiamente sotto la media UE in fatto di Tomografie computerizzate (Tc) e Unità di Risonanza Magnetica (Mri).

Tabella 1.9. Elementi delle tecnologie di diagnostica per immagini funzionanti (unità MRI, scanner CT) per 1000 abitanti nel Regno Unito, 2019

	PER MILLION POPULATION	EU-15 AVERAGE
MRI units	7.4	29.6
CT scanners	8.8	41.5

Fonte: OECD (2021b)

Il dato della tabella è significativo soprattutto se relazionato al fatto che la sopravvivenza al cancro nel NHS è inferiore rispetto a gran parte degli altri Paesi ad alto reddito e in gran parte la causa è collegata alla diagnosi tardiva (Allemani et al., 2018).

Analizziamo ora uno degli input principali per un sistema sanitario, ossia le risorse umane.

La pianificazione e programmazione del fabbisogno sono effettuate da organismi appositi in ogni stato (Health Education England in Inghilterra piuttosto che NHS Education for Scotland) che, attraverso fondi pubblici, finanziano l'istruzione superiore di medici, infermieri e altri operatori sanitari.

Il NHS del Regno Unito conta circa 1,5 miliardi di dipendenti (Rolewicz e Palmer, 2021), tuttavia registra un livello di medici e infermieri tra i più bassi dei Paesi ad alto reddito.

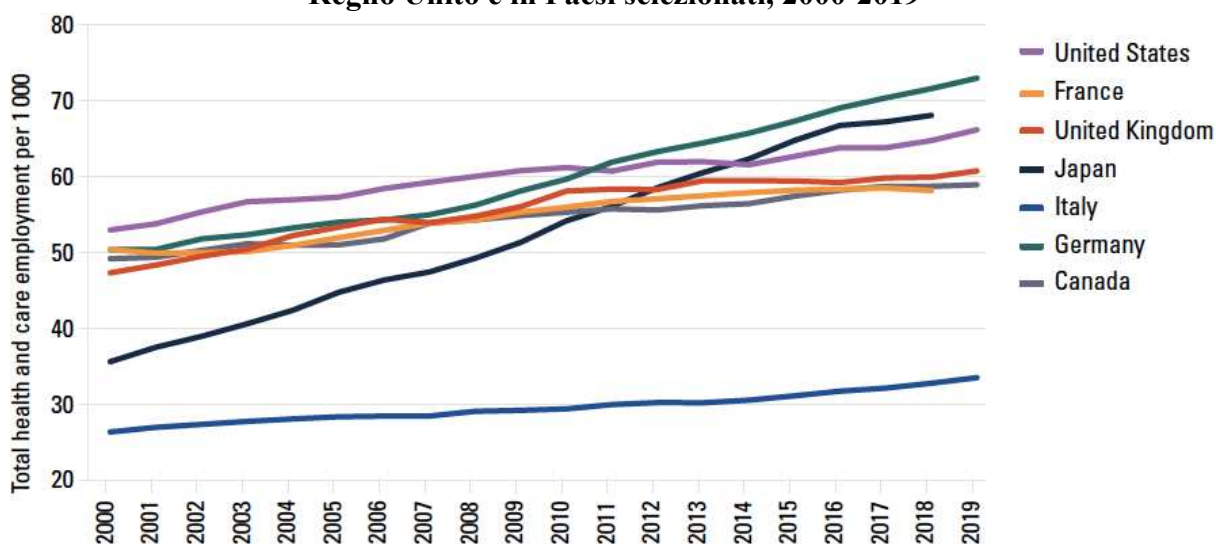
Figura 1.7. Infermieri e medici praticanti per 1000 abitanti nei Paesi OCSE, 2018



Fonte: OECD (2021)

Questo dato deve tuttavia essere analizzato con il numero totale di operatori socio-sanitari operanti, in quanto il Regno Unito è, su quest'ultimo dato, in linea con gli altri Paesi. Questo dimostra come la carenza di medici e infermieri è compensata da altri operatori non clinici o sanitari affini (Anderson et al, 2022).

Figura 1.8. Occupazione sanitaria e sociale totale per mille abitanti nel Regno Unito e in Paesi selezionati, 2000-2019

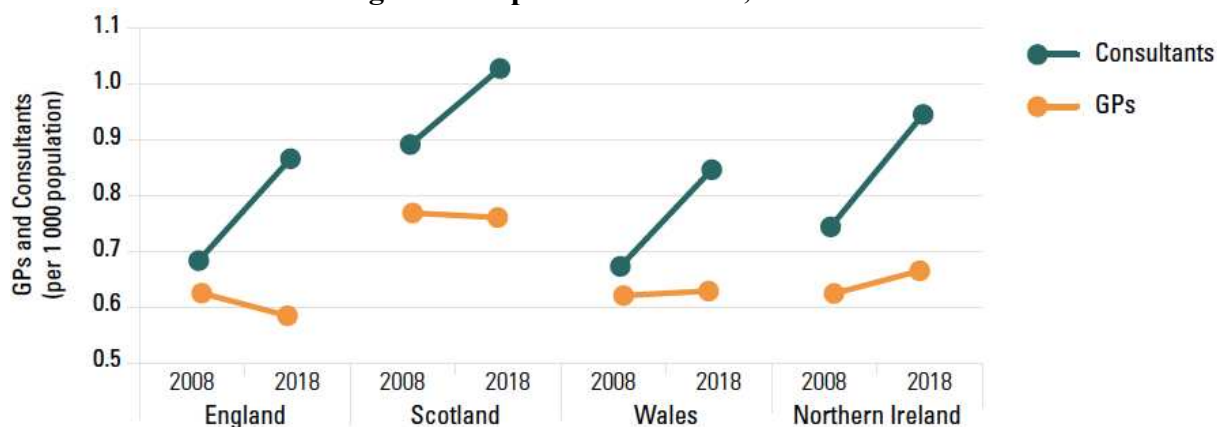


Fonte: OECD (2021)

Il numero di medici è in costante aumento nell'ultimo ventennio, passando da 1,98 ogni 1000 persone dell'anno 2000 a 2,95 nel 2019; tuttavia, la concentrazione dei nuovi praticanti si è focalizzata sull'ambito ospedaliero, nonostante i bisogni di cura si siano spostati a livello

territoriale. Questo sta provocando una seria crisi di carenza di medici di base a livello di comunità (Anderson et al, 2022).

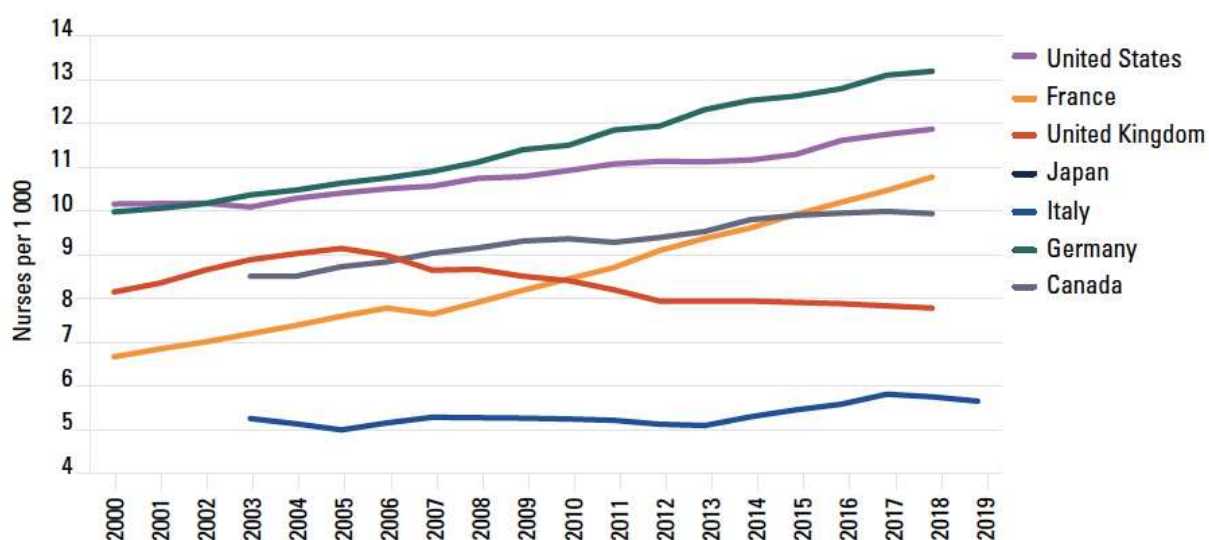
Figura 1.9. Numero (organico) di medici generici e consulenti ospedalieri nel Regno Unito per 1000 abitanti, 2008-2018



Fonte: OECD (2021)

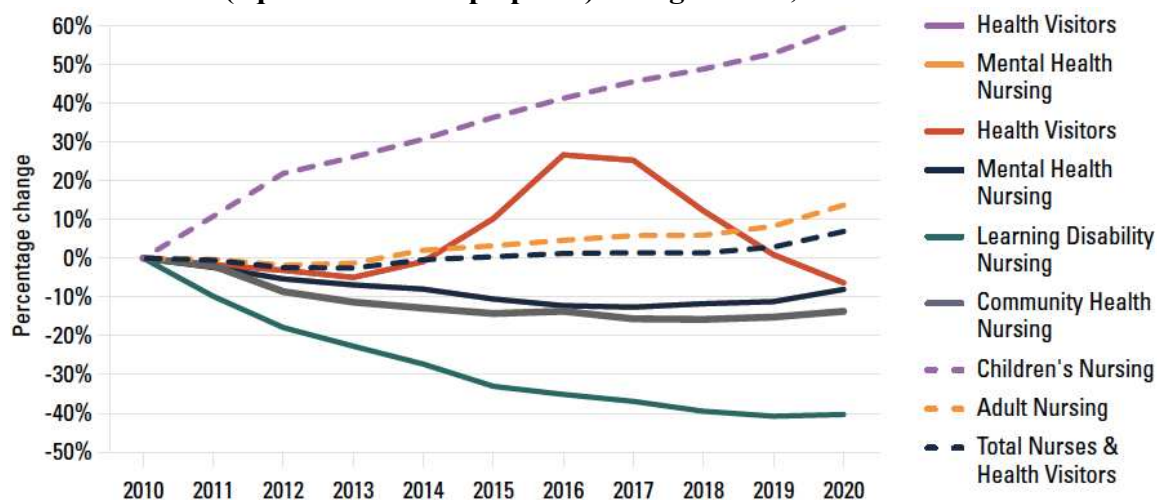
Anche dal punto di vista infermieristico il NHS possiede un livello inferiore rispetto agli altri Paesi ad alto reddito. Inoltre, è utile evidenziare che nell'ultimo decennio questa continua diminuzione di infermieri ha portato ad una mobilità interna dal settore territoriale (salute mentale, long term assistance) al settore ospedaliero in contro tendenza ai bisogni della popolazione creando, di fatto, la stessa crisi relativa ai medici di base.

Figura 1.10. Infermieri praticanti per 1000 abitanti nel Regno Unito e in Paesi selezionati, 2000-2019



Fonte: OECD (2021)

Figura 1.11. Variazione percentuale totale del numero di infermieri registrati (equivalenti a tempo pieno) in Inghilterra, 2010–2020



Fonte: NHS Digital (2020)

Infine, è utile analizzare come il NHS sia sempre stato fortemente dipendente dal personale esterno; infatti, è secondo solo agli Stati Uniti come destinazione di medici e infermieri (OECD, 2019). Il 6% del personale esterno veniva dall'Europa, ma la Brexit ha ridotto notevolmente questo afflusso di personale ed è per questo che il governo ha introdotto un nuovo visto sanitario e assistenziale per tornare ad attrarre il personale europeo.

Ma quali sono i servizi offerti dal NHS tramite l'impiego di questi input?

Nell'ambito della Sanità Pubblica la competenza è stata trasferita dal NHS alle autorità locali, attraverso l'istituzione di "dipartimenti di sanità pubblica" con l'"Health and Social Care Act" del 2012. Essi curano e pianificano gli interventi relativi alla salute sessuale, fumo, alcool, tossicodipendenza e prima infanzia (Anderson et al, 2022).

Nonostante continue riforme nell'ambito, l'aspettativa di vita nel Regno Unito si era stagnata già prima della pandemia e il governo ha pubblicizzato di voler aumentare di 5 anni l'aspettativa entro il 2035 (Department for business,2021); tuttavia a questa pubblicità si contrappone il calo di finanziamento nella sanità pubblica del 24% nel 2020/2021 rispetto al 2015/2016 (Finch, 2021).

L'accesso alle cure può avvenire attraverso diversi canali di cui il principale è tramite il medico di base; altri canali sono i reparti di emergenza o i dentisti.

Le Cure Primarie non racchiudono solo l'intervento del medico di base, ma anche di un gruppo di medici, infermieri, dentisti, farmacisti e altri operatori sanitari integrati in un contesto comunitario (Cylus et al, 2015).

Gli ultimi interventi relativi all'assistenza primaria sono:

- incentivazione alla telemedicina da parte dei MMG;
- esternalizzazione a cooperative o settore privato del servizio di "assistenza fuori orario";

- aumento della capacità dei MMG con ampliamento dei posti di formazione, aumento del reclutamento internazionale e miglioramento della fidelizzazione (Department of Health & Social Care, 2020).

Per quanto riguarda l'accesso alle Cure Specialistiche, come già anticipato, in Inghilterra a differenza degli altri stati, l'utente può scegliere se curarsi in ospedali del NHS o nel settore indipendente, previo passaggio tramite il MMG.

Le caratteristiche principali riguardanti l'ambito delle cure specialistiche del NHS sono:

- incentivazione degli interventi diurni, con uno dei tassi più alti fra i Paesi ad alto reddito;
- accesso alle cure ospedaliere in caso di emergenza o su base elettiva.

I servizi di emergenza sono accessibili tramite ambulanze e sono spesso forniti da enti di beneficenza e dipartimenti di emergenza.

L'Assistenza farmaceutica è caratterizzata da spesa gratuita nell'ambito delle cure ospedaliere mentre per le altre prescrizioni si paga una tariffa forfettaria. Le esenzioni sulla spesa poi fanno sì che il 90% di tutte le prescrizioni siano gratuite (NHS England, 2021).

L'Assistenza Riabilitativa viene svolta da gruppi multidisciplinari che operano a livello ospedaliero, residenziale e domiciliare (Cylus et al, 2015).

Diversi studi hanno evidenziato come l'offerta riabilitativa sia insufficiente nel Regno Unito; ad esempio, vengono stimati 14.600 posti letto di neuroriabilitazione mancanti (UKABIF, 2018) o ancora che nessuna regione soddisfi il requisito minimo di sei consulenti di medicina riabilitativa per milione di abitanti (NHS Digital, 2020). Come diretta conseguenza di ciò, i giorni di letto attribuiti a trasferimenti ritardati ha raggiunto il 5,7% dei giorni di letto disponibili.

L'assistenza a lungo termine è formata da assistenza sanitaria e sociale; il NHS finanzia solo l'aspetto sanitario, mentre l'aspetto sociale è finanziato da fondi pubblici e privati, in base a quanto stabilito localmente. L'assistenza residenziale è fornita da case adibite a questo scopo, spesso private; gli utenti possono essere "sostenuti" finanziariamente dagli enti locali se rispettano determinati criteri.

Tutti i Paesi del Regno Unito stanno riorganizzando l'assistenza sanitaria e sociale in modo da integrare maggiormente i due lati; per esempio, in Inghilterra si è istituito il Better Care Fund, ovvero un fondo che riunisce tutti i budget a livello locale per l'assistenza sociosanitaria e gli ICS locali per pianificare e organizzare entrambi gli ambiti efficacemente (NHS England, 2020).

Le Cure palliative sono fornite negli ospedali del NHS, negli ospizi e a casa, per garantire una la miglior qualità di fine vita possibile e il finanziamento è una combinazione di fondi pubblici e donazioni di beneficenza (Anderson et al, 2022).

L'assistenza per la salute mentale è offerta sia dal NHS che dai fornitori privati, tuttavia il finanziamento per tale ambito, storicamente, non è mai stato al passo con il finanziamento per la salute fisica, creando diverse disparità (Millard and Wessely, 2014).

Per finire questa panoramica degli ambiti in cui il NHS elargisce output di cura, si evidenzia come le cure dentistiche non siano finanziate dal NHS; tuttavia, esistono esenzioni che rendono gratuite le prestazioni a determinate categorie di persone (bambini, donne in gravidanza, persone a basso reddito). I servizi odontoiatrici per i pazienti del NHS sono rimborsati con una tariffa per servizio (Cylus et al,2015).

CAPITOLO 2

IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

2.1 Nascita, contesto socioeconomico ed evoluzione normativa

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano viene fondato nel 1978 per la governace e l'organizzazione della sanità italiana. Come l'NHS inglese, da cui vedremo ha tratto molti spunti, è classificato come “Beveridge model” e pertanto è caratterizzato da una copertura universale pubblica finanziata tramite la tassazione generale.

Anche per il SSN si andrà ora brevemente ad analizzare le principali variabili del contesto italiano al fine di poter valutare nell'insieme il sistema.

L'Italia ha una popolazione di circa 60 milioni di abitanti (anno 2021) ed è composta da 20 Regioni. I trend sulla popolazione rivelano come dagli anni '90 in poi, si è assistito a un progressivo abbassamento dei tassi di fertilità e a un conseguente inevitabile invecchiamento generale; questo andamento ha generato non poche preoccupazioni (De Belvis et al, 2022).

La tabella 2.1 riporta le tendenze sopra citate:

Tabella 2.1. Andamento della popolazione/indicatori demografici, anni selezionati

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
Popolazione totale (milioni) misurata al 31 dicembre di ogni anno	56.8	56.9	58.8	60.6	60.7	59.6
Popolazione di età compresa tra 0 e 14 anni (% del totale)	14.9	14.3	14.1	14.1	13.8	13
Popolazione di età pari o superiore a 65 anni (% sul totale)	16.7	18.3	19.6	20.4	21.7	23.2
Densità di popolazione (persone per km2)	194	193	198	202	206	206
Crescita della popolazione (tasso di crescita medio annuo, %)	-0,07	0,06	0,57	0,37	0,28	-0,15
Tasso di fertilità, totale (nati vivi per donna)	1.2	1.3	1.3	1.4	1.4	1.3
Distribuzione della popolazione (rurale/urbana) (espressa come popolazione urbana rispetto alla popolazione totale, %)	67	68	68	69	68	69

Fonte: Fonti: Ferrè et al., 2014; ISTAT, 2021a, 2022a, 2022b; Statista, 2021a; Worldometro, 2020, 2021a, 2021b.

Come già esplicitato in precedenza, sono dati preoccupanti il tasso di fertilità al 1.3 per donna, anziché il 2.1 necessario al ricambio generazionale, e il progressivo invecchiamento della popolazione che passa dal 16.7% del 1995 al 23.2% del 2020. Questi dati sono essenziali al fine di poter valutare la sostenibilità dell'intero sistema sanitario.

La tabella 2.2 invece riporta i principali dati macroeconomici.

Tabella 2.2. Indicatori macroeconomici, anni selezionati

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
PIL pro capite (dollari USA correnti)	20 664.5	20 087.6	32 043.1	36 000.5	30 230.2	31 714.2
PIL pro capite, parità di potere d'acquisto (dollari internazionali attuali)	22 382.9	27 072.4	30 130.6	35 158.4	36 899.4	41 828.5
Tasso di crescita annuale del PIL (%)	2.9	3.8	0.8	1.7	0.8	-8.9
Spesa pubblica (spesa pubblica in % del PIL)	51.6	46.5	47.2	49.9	50.3	57.3
Disavanzo/avanzo pubblico (% del PIL)	-7.2	-2.4	-4.1	-4.2	-2.6	-9.6
Debito lordo delle amministrazioni pubbliche (% del PIL)	118.7	118.4	117.2	124.3	156.9	183.5
Disoccupazione, totale (% della forza lavoro)	11.7	10.8	7.7	8.4	11.9	9.2
Tasso di povertà (persone a rischio di povertà o esclusione sociale in % della popolazione totale)	n.a.	n.a.	25.6	25.0	28.7	25.6 ^a
Disuguaglianza di reddito (coefficiente di Gini del reddito disponibile)	n.a.	n.a.	n.a.	31.7	32.4	32.8 ^a

Fonte: Eurostat, 2022b; FMI, 2021; OECD, 2022a, 2022b; Banca mondiale, 2020, 2022

L'Italia è stata nel 2021 l'ottava economia al mondo e la quarta in Europa in termini di PIL nominale (IFM). Il suo PIL rappresenta l'11% di quello d'Europa, tuttavia negli ultimi dieci anni, il sistema economico italiano ha sottoperformato e il debito pubblico è salito a 183% del PIL, contro una media OECD del 94% (OECD, 2022a).

L'economia si basa principalmente sul settore dei servizi (con ben il 70,24% di popolazione impegnata) e manifatturiero di beni (Statista, 2022).

È utile rilevare come in Italia ci sia una fetta consistente (circa l'11%) di PIL sommerso, ovvero non dichiarato alle autorità.

La zona del Mezzogiorno è la più povera del Paese con un'incidenza della povertà del 9,9% (Istat, 2021b).

Dal punto di vista del contesto politico, l'Italia è una Repubblica Parlamentare e il Parlamento è formato da due Camere: la Camera dei deputati e del Senato.

Il capo di Stato è il Presidente della Repubblica, mentre il Primo Ministro è il capo del Governo che esercita il potere esecutivo all'interno del Parlamento.

La fonte normativa primaria è la Costituzione, che all'art 32 tutela la salute come diritto fondamentale e gratuito per le persone indigenti; è questo articolo il fondamento del Servizio Sanitario Nazionale.

Le Regioni hanno potestà legislativa "esclusiva" su certe materie, mentre per altre sono "concorrenti" con il governo centrale, come stabilito dall'art. 117 della Costituzione.

Tuttavia, l'autonomia finanziaria regionale riguarda solo il 20% delle imposte prelevate, le quale spesso sono usate per finanziare il sistema sanitario regionale (De Belvis et al, 2022).

Relativamente all'ambito della salute, in Italia l'aspettativa di vita è la seconda più alta in Europa, rispettivamente di 83,6 anni (De Belvis et al, 2022).

Le caratteristiche del sistema sanitario italiano a livello di risultati di salute si possono così sintetizzare:

- le malattie cardiovascolari sono la principale causa di morte insieme al cancro;
- la multimorbilità e la cronicità negli anziani è una grossa sfida del SSN;
- i tassi di mortalità infantile sono tra i più bassi in Europa, grazie ad un'efficace prevenzione durante la gravidanza;
- i fattori di rischio dello stile di vita come fumo, alcool e diete non salutari sono presenti in circa un terzo di tutti i decessi;
- è presente grande disomogeneità di risultati di salute nelle Regioni, sintomo della progressiva decentralizzazione e causa di circa 20 sistemi sanitari regionali differenti (De Belvis et al;2022).

La tabella 2.3 sintetizza i principali indicatori di salute nel SSN italiano.

Tabella 2.3. Indicatori di mortalità e salute, 2020 o ultimo anno disponibile

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
ASPETTATIVA DI VITA (ANNI)						
Aspettativa di vita alla nascita, totale	78.3	79.9	80.9	82.2	82.7	82.4 ^a
Aspettativa di vita alla nascita, maschio	75	76.9	78.1	79.5	80.3	80.1 ^a
Speranza di vita alla nascita, femmina	81.5	82.8	83.6	84.7	84.9	84.7 ^a
Aspettativa di vita a 65 anni, maschio	15.8	16.7	17.3	18.3	18.9	18.5 ^a
Aspettativa di vita a 65 anni, femmina	19.9	20.7	21.1	22.1	22.2	21.8 ^a
MORTALITÀ						
Mortalità, DSP per 100.000 abitanti						
Malattie circolatorie	278	238	202	160	152	142 ^b
Neoplasie maligne	192	180	168	157	146	142 ^b
Malattie trasmissibili	3.6	5.8	7.7	8.6	11.8	9.7 ^b
Cause esterne di morte	39	34	30	25	23	23 ^b
Tutte le cause	680.78	603.61	549.84	478.11	467.98	452.92 ^b
Tasso di mortalità infantile (per 1 000)	6.1	4.3	3.3	3	2.9	2.5 ^c
Tasso di mortalità materna (per 1 000)	3.2	3	2.6	2.9	3.4	2.5 ^d

Fonte: Eurostat, 2022c; OECD, 2022c; Ufficio regionale dell'OMS per l'Europa, 2021a.

Illustrato brevemente il contesto socioeconomico del Paese, si andrà ora a illustrare lo sviluppo del SSN, dall'istituzione alle principali riforme sanitarie susseguite nel tempo.

Come precedentemente detto, il SSN viene istituito nel 1978 con i principi fondamentali di copertura universale, rispetto della dignità umana e dei bisogni sanitari e di solidarietà.

Inizialmente il governo centrale era responsabile della pianificazione e della gestione dei finanziamenti regionali, con l'obiettivo di ripianare le disomogeneità presenti nelle differenti Regioni. A livello centrale veniva quindi emanato il Piano Sanitario Triennale e localmente le Regioni dovevano attuarlo tramite le Unità Sanitarie Locali (USL). Tuttavia, la difficoltà di correlare la pianificazione e il finanziamento centrale con la spesa locale hanno fatto lievitare notevolmente la spesa sanitaria (Fattore, 1999). La supervisione a livello centrale e regionale per il controllo della spesa sanitaria era pressoché nulla (Ricciardi e Tarricone, 2021). Per questo motivo negli anni '90 si è assistito a una serie di riforme che hanno portato alla devoluzione dei poteri alle Regioni e all'aziendalizzazione delle USL, ora Aziende Sanitarie Locali (ASL) con propria autonomia giuridica e responsabilità verso la propria regione.

Il culmine di questo processo di riforme è la riforma costituzionale del 2001, la quale ha ridefinito le competenze tra Stato, ora organo di garanzia per il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e Regioni, le quali sono invece tenute a organizzare, finanziare e regolare il sistema sanitario regionale (De Belvis et al, 2022).

I Piani Nazionali sono così stati sostituiti dai Patti per Salute tra Stato e Regioni.

Nell'ultimo periodo le riforme si sono focalizzate sul contenimento dei costi e sull'efficienza del sistema sanitario con particolare attenzione all'ambito delle cure primarie, della prevenzione e dei piani di risanamento, come rappresentato dalla tabella sottostante.

Tabella 2.4. Le più recenti riforme sanitarie in Italia

ANNO	RIFORMA	MESSA A FUOCO
2005	Piani di risanamento per i sistemi sanitari regionali poco performanti	Finanziamento: affrontare la spesa eccessiva e garantire il pacchetto nazionale di benefici
2015	Decreto Ministeriale 70/2015	Pianificare l'assistenza ospedaliera
2017	Legge 24/2017 "Legge Gelli"	Prevenzione e sicurezza del paziente
2017-2019	Piano vaccinale nazionale	Prevenzione
2022	Decreto Ministeriale 77/2022	Cure primarie, cure intermedie, digitalizzazione, ricerca e innovazione

Fonte: De Belvis et al, 2022

2.2 Governance, Pianificazione e Regolamentazione

L'organizzazione del SSN italiano, come impostato dalla riforma costituzionale del titolo V del 2001, è strutturato su tre livelli: nazionale, regionale e locale.

Il livello più alto è quello nazionale dove il governo fissa annualmente – attraverso la legge di Bilancio – finanziamento, spese ed aree di priorità per il soddisfacimento dei LEA.

Attualmente il Ministero della Salute è strutturato con 12 Direzioni Generali, una per ogni ambito di interesse (prevenzione, risorse sanitarie, ricerca e innovazione...).

Accanto al governo, intervengono altri Enti di consulto e supporto come il Consiglio Superiore di Sanità, l'Istituto Superiore di Sanità, l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Attraverso i “Patti per la salute” triennali concordati dalla “Conferenza Stato Regioni”, il primo livello si coordina con il secondo, ovvero quello regionale.

Le Regioni sono responsabili di erogare i servizi sanitari rientranti nei LEA fissati dal primo livello attraverso le Aziende Sanitarie Locali (ASL), le Aziende Ospedaliere Universitarie e i fornitori privati (De Belvis et al, 2022). Per fare ciò, esse godono di autonomia organizzativa e gestionale.

Tabella 2.5. Principali tipologie di assetti di governo del sistema sanitario adottati dalle Regioni

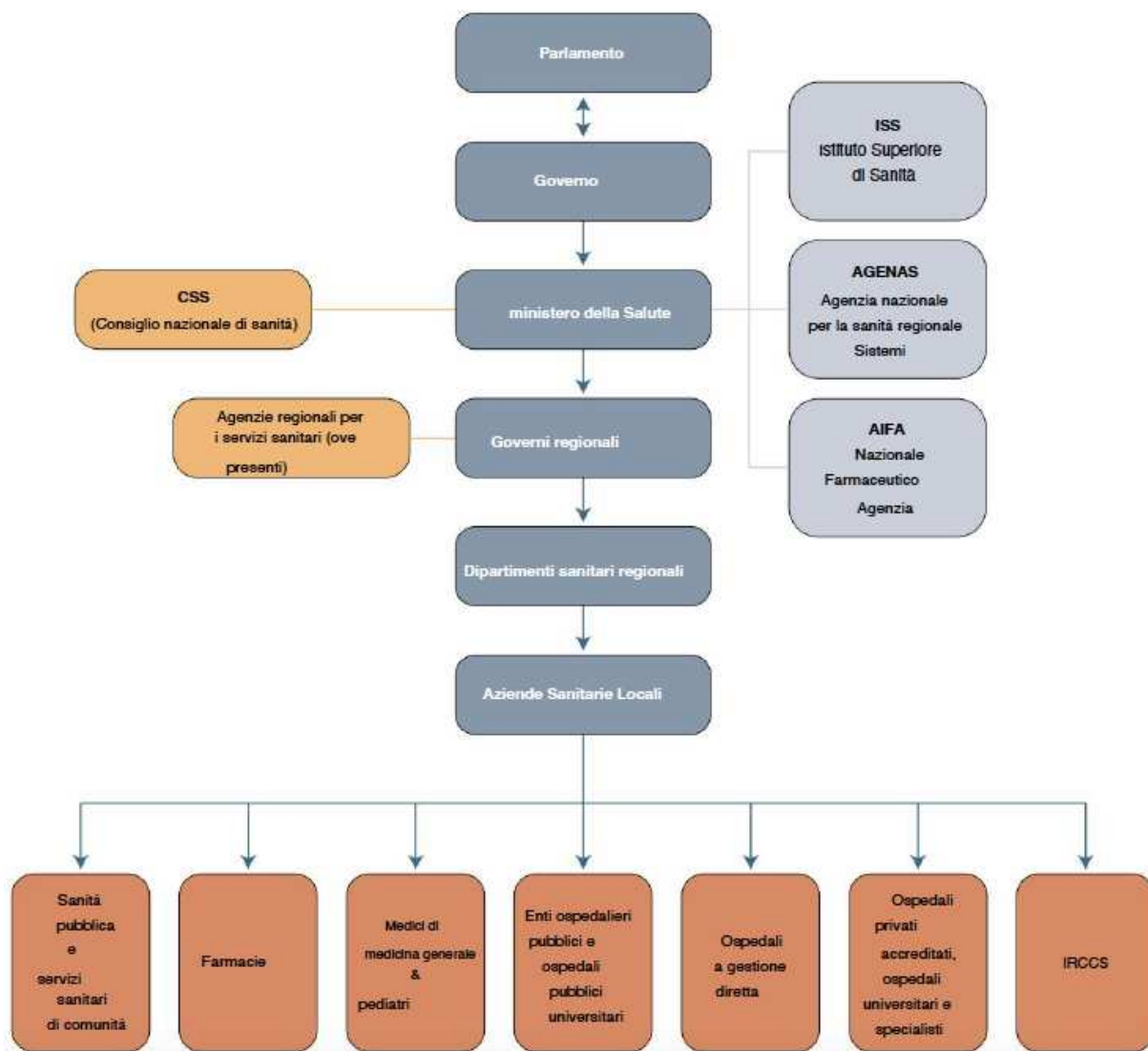
TIPO	DESCRIZIONE	TIPICO IN REGIONI
Modello residuo o incrementale	Rigorosamente seguendo la legge 833/78, questo modello è caratterizzato da un rapporto gerarchico tra la regione e le aziende sanitarie locali. La governance è tradizionale e burocratica. La governance manageriale e le negoziazioni tra pagatore e fornitori non sono presenti.	Campania, Puglia, Sardegna
Modello centralizzato	Generalmente adatto a regioni con livelli di risorse relativamente elevati, questo "approccio di sistema" comprende la cooperazione verticale e orizzontale tra tutti gli attori (compresi i fornitori privati). La regione controlla la crescita attraverso la pianificazione strategica centralizzata e l'attuazione locale, il bilancio e il monitoraggio dei risultati con responsabilità finanziaria e fiscale condivisa.	Veneto, Lazio, Basilicata
Modello contrattuale	Quale espressione più pura della Riforma del SSN del 1999, questo modello si basa su un processo decisionale congiunto tra regioni e ASL. Le regioni devono avere una forte capacità strategica e competenze manageriali per programmare, monitorare e condurre la valutazione delle prestazioni e il bilancio.	Emilia-Romagna, Toscana
Modello di governance nel Lombardia Regione A	Caratterizzato da una netta divisione tra programmazione e acquisti, e gestione, dove la prima è affidata ad “Aziende di tutela della salute” (così si chiamano le ASL) e la seconda ad Aziende Ospedaliere denominate ASST. , con l'intento di raggruppare tutte le funzioni gestionali a livello locale in un unico organismo responsabile sia dei servizi ospedalieri che territoriali.	Lombardia

Fonte: Adattato da Mapelli, 2007

La tabella 2.5 illustra i principali assetti presenti nei sistemi sanitari regionali ed evidenzia come la decentralizzazione della sanità in Italia è una delle caratteristiche principali del SSN e ciò ha determinato, dopo la riforma costituzionale del 2001, la nascita di 21 sistemi sanitari diversi tra loro. Ciò ha creato una disomogeneità della qualità dei servizi, che ancora oggi è presente nel territorio, e tale aspetto viene fortemente rimarcato dai critici del sistema in quanto crea problemi di equità tra le Regioni (De Belvis et al, 2022).

Le Regioni, a loro volta, si coordinano con le ASL per l'erogazione finale del servizio. Nella parte settentrionale, alcune Regioni hanno centralizzato le attività di pianificazione, controllo, e varie attività amministrative di tutte le ASL regionali in un'unica azienda (ad esempio Azienda Zero in Veneto) con lo scopo di ottimizzazione e gestione delle risorse (De Belvis et al, 2022). La figura 2.1 sintetizza la struttura organizzativa del SSN italiano.

Figura 2.1. Panoramica del sistema sanitario italiano



Fonte: De Belvis et al, adattato da Ferrè et al., 2014.

Passando ora alla Pianificazione del SSN, come già anticipato il primo strumento adottato in tale ambito è stato il Piano Sanitario Nazionale, in cui il governo stabiliva obiettivi, indirizzi strategici ma soprattutto i Livelli Essenziali di Assistenza.

Recentemente, tuttavia, attraverso il decentramento alle Regioni, la pianificazione è più integrata e traslata verso il “basso” con ampio potere regolativo da parte delle Regioni che pianificano l’assistenza sanitaria attraverso i Piani Sanitari Regionali, fermo restando sullo sfondo il PSN del 2006-2008, ultimo formulato (De Belvis et al, 2022).

A livello locale infine operano i “Piani Attuativi Territoriali” con cui le singole ASL pianificano con gli Enti Locali l’assistenza socio-sanitaria.

Per quanto riguarda l’ambito di regolazione del sistema, come già illustrato, ogni Regione ha ampia autonomia gestionale e di regolamentazione; le tipologie più utilizzate risultano essere:

- “Asl centrico” dove le singole Aziende operano sia come fornitori che come acquirenti di servizi dalle Aziende Ospedaliere. Esse hanno ampia autonomia nella gestione delle risorse e dei finanziamenti derivanti dalla Regione;
- “Regione centrico” dove a livello regionale è stato istituito un Ente preposto alla pianificazione, gestione e allocazione delle risorse a cui le Asl devono rispondere in termini di costi, obiettivi e risultati. Le Regioni agiscono come acquirenti, mentre le singole Asl sono fornitori di servizi;
- il “modello della Lombardia”, il quale è molto peculiare perché è l’unica Regione ad aver adottato una divisione totale acquirente-fornitore sulla falsa riga del modello inglese (De Belvis et al, 2022)

Relativamente alla regolamentazione dell’erogazione del servizio, i fornitori possono essere sia pubblici che privati. Tuttavia, per poter fornire i servizi, gli operatori devono affrontare una procedura di “Autorizzazione” in cui la Regione andrà a verificare i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi. Attraverso la procedura di “Accreditamento” invece, fornitori privati possono fornire servizi per conto del SSN e da esso quindi essere rimborsati.

A riassunto di quanto esposto in questo paragrafo, la tabella 2.6 della pagina seguente sintetizza efficacemente tutto ciò che riguarda i servizi sanitari offerti del SSN, da legislazione, pianificazione e controllo, arrivando al finanziamento, mentre la successiva tabella 2.7 riassume la “scelta del paziente” su copertura sanitaria e fornitura:

	LEGISLAZIONE	PIANIFICAZIONE	LICENZA/ ACCREDITAMENTO	PREZZO/ IMPOSTAZIONE TARIFFARIA	GARANZIA DI QUALITÀ	ACQUISTO/ FINANZIAMENTO
Servizi di sanità pubblica	Nazionale e regionale, in convenzione con lo Stato Conferenza delle Regioni	Prevenzione Nazionale Piano emesso dallo Stato Conferenza delle Regioni Regioni	Regioni – a seguito del Documento programmatico per la revisione della normativa sull'accREDITamento, emanato dall'art Conferenza Stato-Regioni	Governo centrale e consigli regionali	Nuovo Sistema di Garanzia (16 indicatori su prevenzione collettiva e salute pubblica)	Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Di tasca propria attraverso tariffe fisse
Cure ambulatoriali	Livello nazionale, d'intesa Stato-Regioni	Patti per la salute (Stato Conferenza delle Regioni) cronico nazionale Piano delle condizioni (Stato Conferenza delle Regioni) Piano nazionale per il Governance delle liste di attesa (Conferenza Stato-Regioni) Piani sanitari regionali Piani sanitari locali	Regioni – in linea con il Documento programmatico per la revisione della normativa sull'accREDITamento, emanato dall'art Conferenza Stato-Regioni	Le tariffe nazionali sono stabilite dai ministeri della salute e dell'economia, sostenuti dalla Permanente Commissione per le tariffe Le tariffe regionali sono fissate dai dipartimenti sanitari regionali	Nuovo Sistema di Garanzia (33 indicatori di assistenza distrettuale) Risultati nazionali Programma (Indicatori di ricovero)	Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Reddito enti SSN (co-pagamenti e attività intramoenia)
Ricoverato cura	Livello nazionale, in accordo con lo Stato Conferenza delle Regioni (LAI cure ospedaliere) Regioni	Patti per la salute (Stato Conferenza delle Regioni) Piano nazionale per la governance le Liste di attesa (Revisione statale dell'accREDITamento Conferenza delle Regioni) Piani sanitari regionali Piani sanitari locali	Regioni – in linea con il Documento programmatico per la revisione della normativa, emanata da Conferenza Stato-Regioni	Le tariffe nazionali sono stabilite dai ministeri della salute e dell'economia, sostenuti dalla Permanente Commissione per le tariffe Le tariffe regionali DRG sono stabilite dalle aziende sanitarie regionali Tariffe per la mobilità interregionale	Nuovo Sistema di Garanzia (24 indicatori di assistenza ospedaliera) Risultati nazionali Programma	Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional Supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Reddito enti SSN (cure mediche private)

Dentale cura	livello nazionale, in accordo con lo Stato- Conferenza delle Regioni Regioni	Piani sanitari regionali, che coprono solo alcune popolazioni vulnerabili Piani sanitari locali, che coprono solo alcune popolazioni vulnerabili	Regioni – in linea con il Documento programmatico per la revisione della normativa sull'accreditamento, emanato dall'art Conferenza Stato-Regioni	Le tariffe nazionali sono stabilite dai ministeri della salute e dell'economia, supportati dalla Commissione permanente per le tariffe. Le tariffe regionali sono stabilite da Dipartimenti Sanitari Regionali Tariffe vive fissate dalle ASL		Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Reddito enti SSN (partecipazioni ai costi, attività intraoeria e tariffe ASL)
Prodotti farmaceutici (ambulatoriali)	Livello nazionale (AIFA) Regioni	Patti per la salute (Stato Conferenza delle Regioni) Piani sanitari regionali	AIFA	AIFA, in ottemperanza alla Legge di Stabilità 2015	AIFA	Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional Supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Co-pagamenti stabiliti da ciascuna regione
Lungo termine cura	Livello nazionale, d'intesa con Stato- Regioni Convegno (LEA sanitario e sociale) Regioni	Patti per la salute (Stato Conferenza delle Regioni) Piani sanitari regionali Piani sanitari locali	Regioni – in linea con il Documento programmatico per la revisione della normativa sull'accreditamento, emanato dall'art Conferenza Stato-Regioni	Consigli regionali	Nuovo sistema di garanzia (alcuni indicatori di assistenza a lungo termine sono inclusi negli indicatori di assistenza distrettuale)	Principalmente regioni (IRAP e IRPEF regional Supplement) Bilancio dello Stato attraverso IVA e Fondo Sanitario Nazionale Di tasca propria (la quota di ospitalità della tariffa è a carico del paziente)

Tabella 2.6. Panoramica della disciplina dei fornitori

Fonte: De Belvis et al, 2022

Tabella 2.7. Scelta del paziente

TIPO DI SCELTA	È DISPONIBILE?	LE PERSONE ESERCITANO LA SCELTA? CI SONO DEI VINCOLI?
SCELTE INTORNO ALLA COPERTURA		
Scelta di essere coperti o meno	NO	La copertura è universale e automatica
Scelta della copertura pubblica o privata	NO	La copertura privata è sempre complementare
Scelta dell'organizzazione di acquisto	SI	-
SCELTE DEL FORNITORE		
Scelta del medico di base	SI	Tra quelli del comune del paziente
Accesso diretto agli specialisti	NO	Con le prescrizioni del medico di base, i pazienti possono scegliere liberamente il fornitore, ad esempio un ospedale specifico, ma non il singolo specialista. In privato, i pazienti possono anche scegliere il proprio specialista
Scelta dell'ospedale	SI	-
Scelta di curarsi all'estero	SI	Direttiva 2011/24/UE
SCELTE DI TRATTAMENTO		
Partecipazione alle decisioni terapeutiche	SI	L'implementazione nella pratica clinica di routine è in corso
Diritto al consenso informato	SI	-
Diritto di richiedere una seconda opinione	SI	-
Diritto all'informazione sulle opzioni terapeutiche alternative	SI	-

Fonte: De Belvis et al, 2022

2.3 Spesa sanitaria e finanziamento

La spesa sanitaria corrente nel 2019 è risultata pari a € 154,8 miliardi, di cui il 74% finanziato da fondi pubblici, mentre il 40 % da famiglie o assicurazioni private (Del Vecchio et al, 2020;2021). Durante la pandemia di Covid-19 la spesa finanziata da fonte pubblica è aumentata a discapito della privata, questo in ragione della sospensione degli interventi in elezione e della difficoltà dell'utenza ad accedere agli ospedali.

Nel 2019 la spesa pubblica italiana è risultata l'8,7% del PIL, al di sopra della media UE, ma sempre più bassa rispetto a Paesi come il Regno Unito, la Germania e la Francia (De Belvis et al, 2022). Negli ultimi anni, l'andamento della spesa è stato oscillante, con una crescita del 4% circa nel primo decennio degli anni 2000, e una crescita dello 0,9% nella seconda decade. La spesa privata è stata invece costante con una crescita dello 2,1% annuo. Significativo è il raddoppio della percentuale inerente alla spesa finanziata da assicurazione sanitarie private che passa dallo 0,9 al 2,1%.

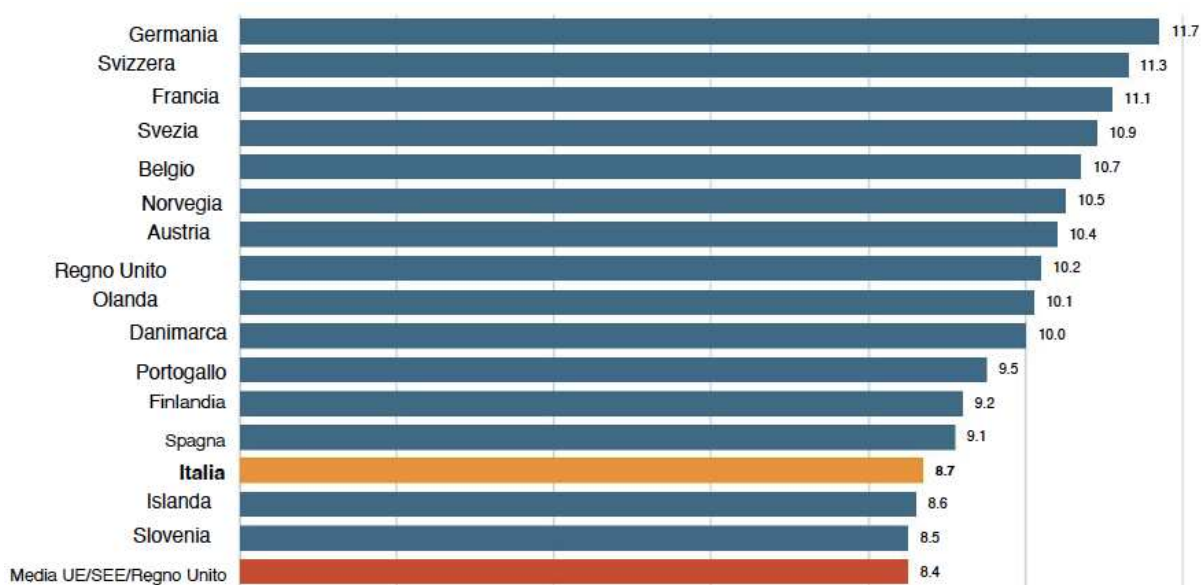
Tutti questi dati sono riassunti nella tabella 2.8 e nelle figure 2.2, 2.3. che si riportano di seguito.

Tabella 2.8. Andamento della spesa sanitaria, 2000–2019

SPESA	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Spesa sanitaria attuale pro capite (US\$ PPP)	2 050	2 517	3 142	3 265	3 855	3998
Spesa sanitaria corrente in % del PIL	7.6	8.3	8.9	8.9	8.7	8.7
Spesa pubblica per la salute in % della spesa totale per la salute	72.6	77,5	78,5	74.4	73.8	73.9
Spesa pubblica per la salute pro capite (US\$ PPP)	1 489	1950	2 465	2 430	2 847	2 955
Spesa sanitaria privata in % della spesa sanitaria totale	27.4	22.5	21.5	25.6	26.2	26.1
Spesa pubblica per la sanità in % della spesa delle Amministrazioni pubbliche	11.8	13.7	14.0	13.1	13.2	13.2
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL	5.5	6.5	7.0	6.6	6.4	6.4
Pagamenti OOP in % della spesa totale per la salute	26.5	21.6	20.5	23.5	23.6	23.3
VHI come % della spesa totale per la sanità	0.9	0.9	1.0	1.5	1.9	2.1

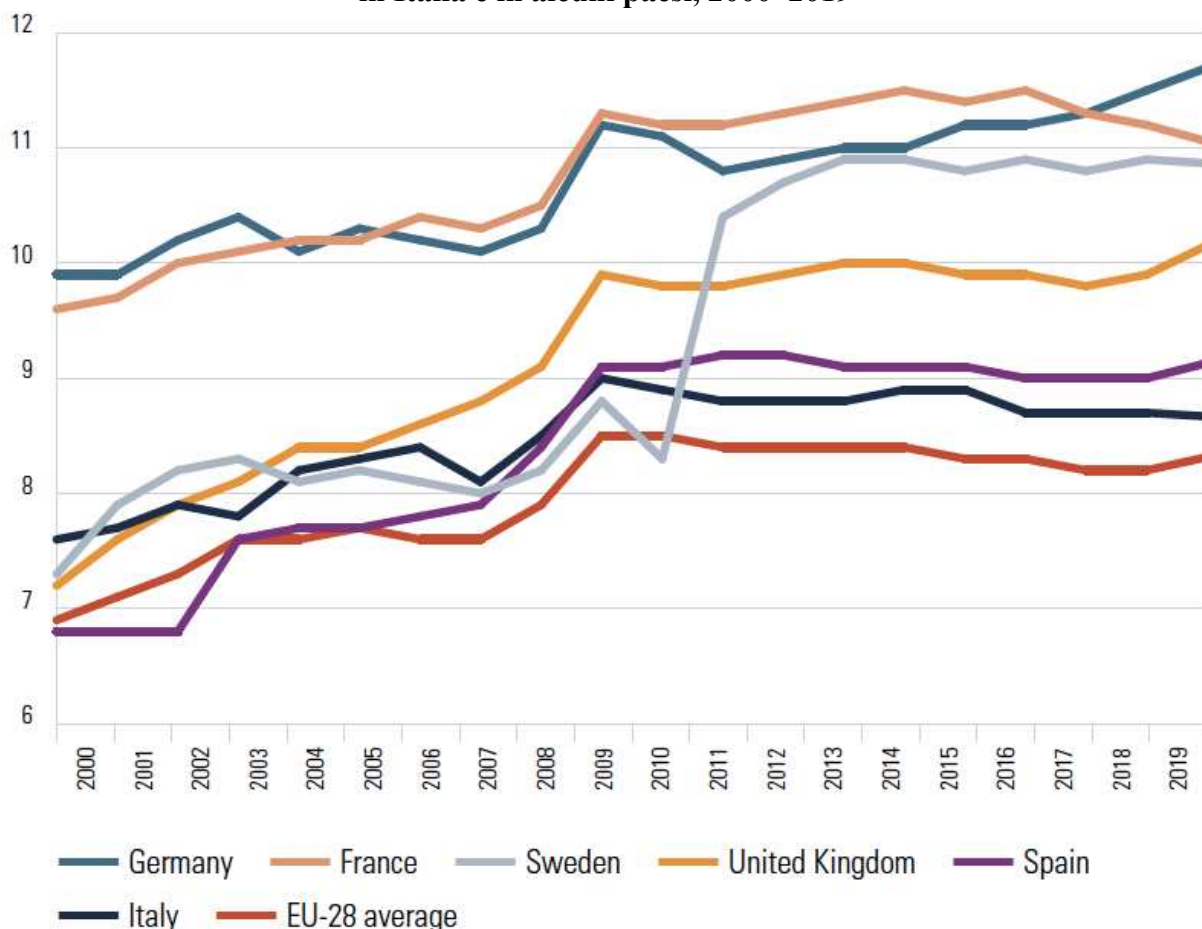
Fonte: WHO, 2022a

Figura 2.2. Spesa sanitaria corrente in percentuale (%) del PIL nella regione europea dell'OMS, 2019



Fonte: WHO, 2022a

Figura 2.3. Andamento della spesa sanitaria corrente in percentuale (%) del PIL in Italia e in alcuni paesi, 2000–2019



Fonte: WHO, 2022a

Interessante è analizzare la spesa sanitaria nei vari sistemi regionali; infatti, come è stato precedentemente illustrato, ogni Regione è autonoma nella gestione del proprio sistema sanitario e tale autonomia si ripercuote necessariamente sul livello di spesa in esso effettuata.

Tabella 2.9. Spesa sanitaria pro capite nelle Regioni italiane, 2019

REGIONE	GOVERNO PRO CAPITE SPESA SANITARIA (euro) 2019	SANITÀ PRIVATA PRO CAPITE SPESA (EUR MEDIA VALORI), 2017–2019
NORD ITALIA		
Piemonte	2011	666
Valle d'Aosta	2 169	899
Lombardia (Lombardia)	2049	753
Trentino – Alto –Adige: AP Bolzano	2 457	672
Trentino – Alto –Adige: AP Trento	2 297	628
Veneto	1997	708
Friuli-Venezia Giulia	2 199	694
Liguria	2 170	666
Emilia-Romagna	2 133	716
ITALIA CENTRALE		
Toscana (Toscana)	2 095	633
Umbria	2031	498
Marche	1953	470
Lazio	1934	671
SUD ITALIA		
Abruzzo	1958	477
Molise	2 476	496
Campania	1 845	423
Puglia	1916	459
Basilicata	1928	536
Calabria	1912	537
Sicilia (Sicilia)	1909	519
Sardegna (Sardegna)	2079	463

Fonte: Armeni et al, 2021; Del Vecchio et al, 2020

Dalla Tabella 2.9 si possono estrapolare due dati significativi:

1. le Regioni del Meridione spendono meno delle Regioni settentrionali, sia perché ricevono meno finanziamenti dal SSN – essendo la popolazione settentrionale più anziana e con un carico assistenziale maggiore – sia perché l’efficienza tecnica di diversi SSR del nord attrae anche utenti dal Sud, portando con sé la propria spesa (Fattore, Petrarca e Torbica, 2014; Brenna e Spandonaro, 2015);
2. la spesa privata pro capite varia maggiormente nelle Regioni e questa variabilità è sintomo che la spesa privata è correlata principalmente alla disponibilità a pagare delle famiglie, ossia al reddito, piuttosto che al livello di efficienza del SSR (Del Vecchio et al, 2020).

Ultima riflessione inerente alla spesa sanitaria è su quali settori sanitari sia utilizzata e con quale fonte di finanziamento sia finanziata. La tabella 2.10 sintetizza questi dati.

Tabella 2.10. Ripartizione della spesa sanitaria per funzione e tipologia di finanziamento, %, 2019

	INPATIENT CARE	PRIMARY CARE	OUTPATIENT CARE	PHARMACEUTICALS	DENTAL CARE	PUBLIC HEALTH	OTHER SERVICES	TOTAL
Public expenditure	44%	7%	13%	12%	n.a.	5%	19%	100%
Private expenditure	5%	Negligible	22%	22%	21%	n.a.	30%	100%

Fonte: Armeni et al, 2021; Del Vecchio et al, 2020

La spesa finanziata da fonte pubblica è principalmente collegata al settore ospedaliero e ambulatoriale, mentre le fonti private vanno a finanziare principalmente il settore ambulatoriale e farmaceutico.

Le principali riforme recenti post 2000 relative alla spesa sanitaria del SSN hanno mirato soprattutto a contenere i costi, anche in maniera aggressiva. Questa strategia si focalizzava essenzialmente in due misure:

- la fissazione di limiti di costo per le varie spese, ad esempio la spesa farmaceutica, e l’istituzione di “Piani di Rientro”, caratterizzati da strategie ulteriori di contenimento dei costi, supervisionati dallo Stato per tutte quelle Regioni che non rispettavano tali tetti;
- il contenimento di specifiche voci di spesa del SSN (come ad esempio personale, farmaci).

Tale strategia ha effettivamente diminuito la spesa sanitaria in queste Regioni ma ha tuttavia sollevato parecchie perplessità dal lato dell'efficienza ed efficacia dei sistemi sanitari regionali; un recente studio ha infatti analizzato come le Regioni in stato di “rientro” abbiano avuto indicatori peggiori relativi alla mortalità suscettibile (Arcà et al, 2020).

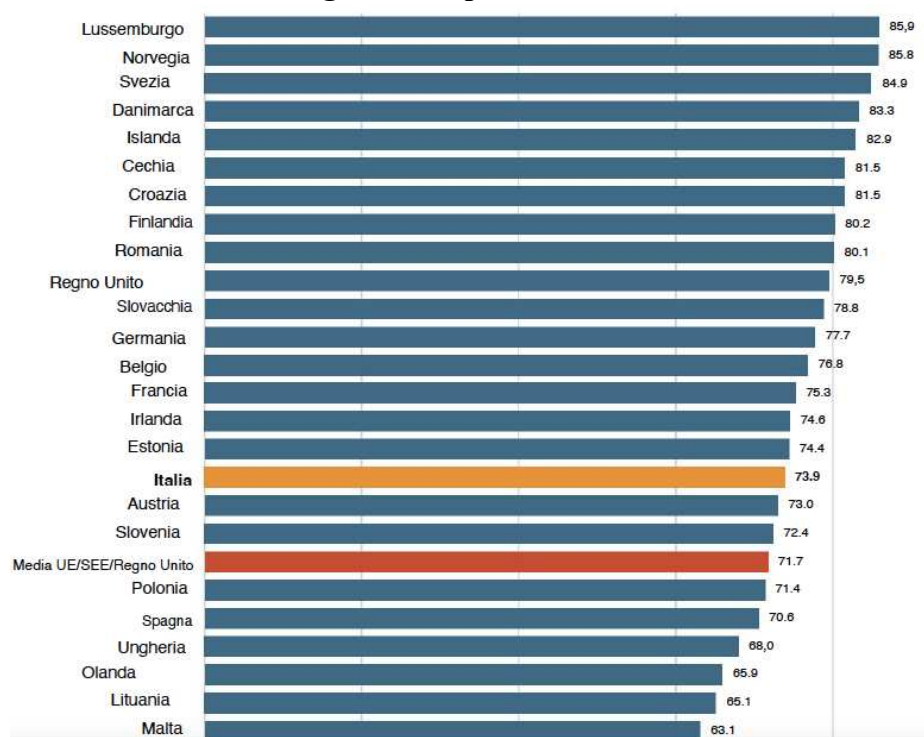
Dal lato del finanziamento della spesa, il SSN italiano, come il NHS inglese, è classificato come sistema alla “Beveridge” ed è quindi finanziato dalla tassazione generale.

In concreto il fabbisogno di finanziamento è soddisfatto attraverso un mix tra tasse nazionali e regionali. Il Ministero della Salute annualmente, stabilisce il pacchetto LEA da soddisfare e il fabbisogno di ogni regione attraverso una formula capitaria pesata per le condizioni di salute, stima le entrate proprie di ciascuna regione destinate alla sanità, ossia l'Irap (Imposta regionale sulle attività produttive) e l'addizionale regionale Irpef, e integra tali entrate con un conguaglio IVA (Imposta sul valore aggiunto) per la differenza tra entrate regionali e fabbisogno LEA.

Questo meccanismo crea a livello regionale disparità in quanto le Regioni settentrionali, più ricche, dispongono di una base imponibile ampia per il soddisfacimento autonomo della sanità e hanno più “spazio di manovra” per offrire servizi aggiuntivi e di qualità, mentre le Regioni del sud hanno meno risorse autonome per offrire servizi aggiuntivi (De Belvis et al, 2022).

La spesa sanitaria finanziata da spesa pubblica in Italia è all'incirca il 73.9%, al di sopra della media UE come evidenziato dalla figura 2.4 sottostante.

Figura 2.4. Spesa pubblica per la salute come quota (%) della spesa sanitaria corrente nella Regione europea dell'OMS, 2019



Fonte: WHO, 2022a

Il finanziamento della spesa sanitaria privata è principalmente costituito dai pagamenti di tasca propria (OOP) e solo in minima parte da assicurazioni private (VII), datori di lavoro ed enti no profit.

Tabella 2.11. Composizione della spesa sanitaria privata per fonte di finanziamento (euro, miliardi), 2012–2019

ANNO	DI TASCA	VII	PRIVATO IMPRESE	NON PROFITTO ISTITUZIONI	TOTALE
2012	31.5	2.3	0,5	0.2	34.4
2013	31.5	2.2	0,5	0.2	34.3
2014	32.6	2.2	0.6	0.2	35.5
2015	34.4	2.3	0.6	0.2	37.5
2016	34.5	2.5	0.7	0.2	37.9
2017	35.9	2.7	0.7	0.3	39.6
2018	36.1	2.9	0.7	0.3	40.0
2019	35.8	3.3	0.7	0.3	40.0
2020	33.9	3.2	0.7	0.3	38.1

Fonte: Del Vecchio et al, 2020

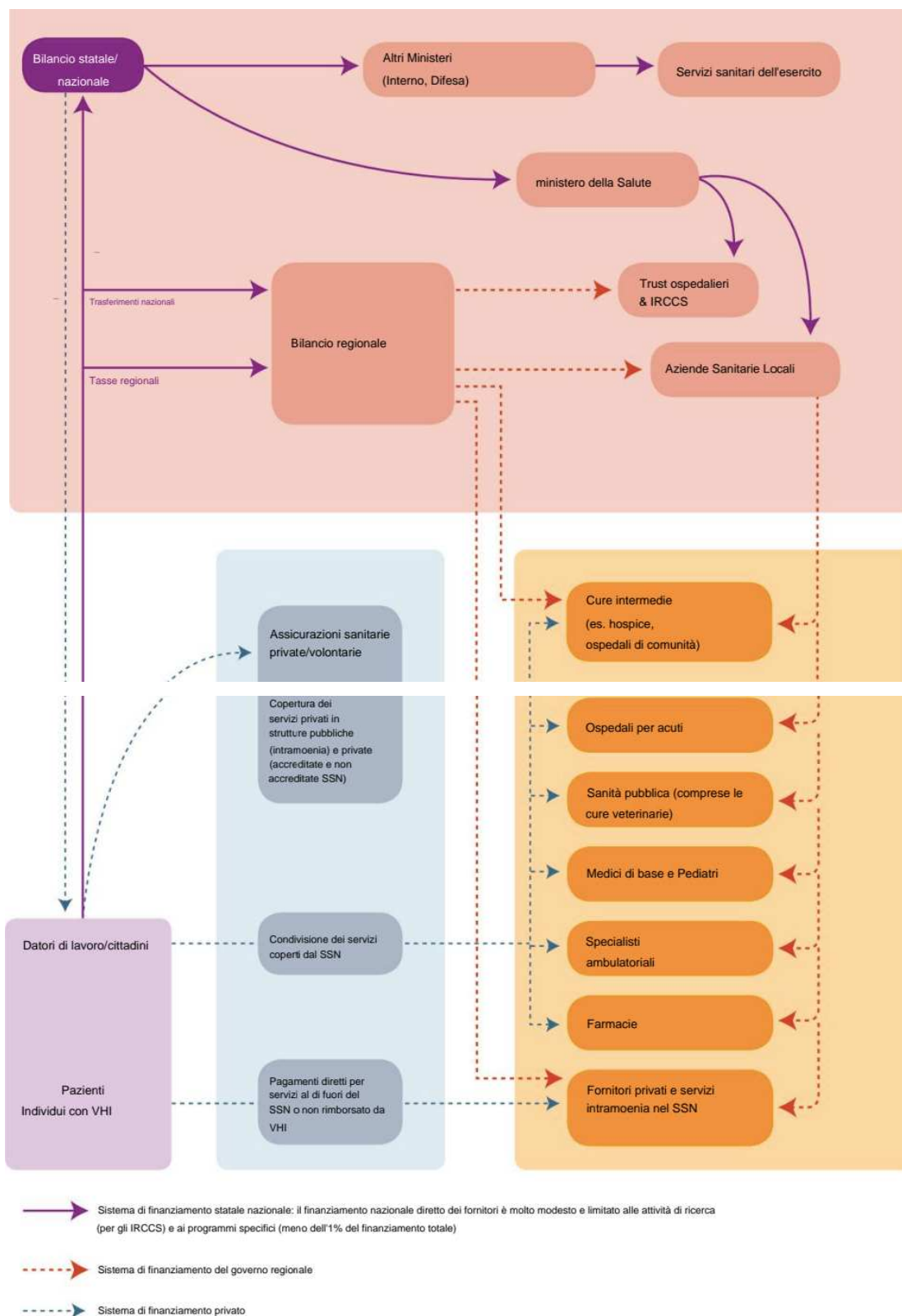
La sintesi dei flussi finanziari caratterizzanti il SSN italiano è illustrato dalla figura 2.5 della pagina seguente dove vengono distinti i diversi flussi di finanziamento tra statali, regionali e privati. Questi sono i flussi che vanno a finanziare il SSN, la cui copertura pubblica è automatica e universale per la popolazione italiana, mentre per i migranti sono assicurate solo le cure in emergenza e urgenza. La copertura pubblica assicura tutti i LEA, erogati dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, gli Istituti di Ricerca e Cura (IRCCS) e i privati accreditati.

Tutti i LEA sono classificati in liste positive e negative in base alla necessità medica, efficacia, appropriatezza ed efficienza nell'erogazione (Lo Scalzo et al, 2009). Se un intervento è classificato sulla lista negativa, si valuta caso per caso se effettuarlo o meno.

I finanziamenti ogni anno sono destinati alle tre aree di competenza del SSN; ad esempio, nel 2019 la percentuale destinata alla Prevenzione e Sanità Pubblica è stata del 5%, all'assistenza ospedaliera del 44% e all'assistenza territoriale del 51% (Armeni et al, 2021). Le Regioni, ricevuti i fondi, sono libere di finanziare le singole Asl, generalmente con una formula capitata; i fornitori privati e privati accreditati sono invece finanziati secondo il metodo Drg (Diagnosis Related groups). Dal punto di vista del rapporto fornitore-acquirente, la maggior parte dei SSR

sono sia acquirenti che fornitori, con la sola eccezione della Lombardia, dove 10 Agenzie per la tutela della salute acquistano da 27 enti erogatori (specialmente privati accreditati) le prestazioni (De Belvis et al, 2022).

Figura 2.5. I Flussi finanziaria nel SSN italiano

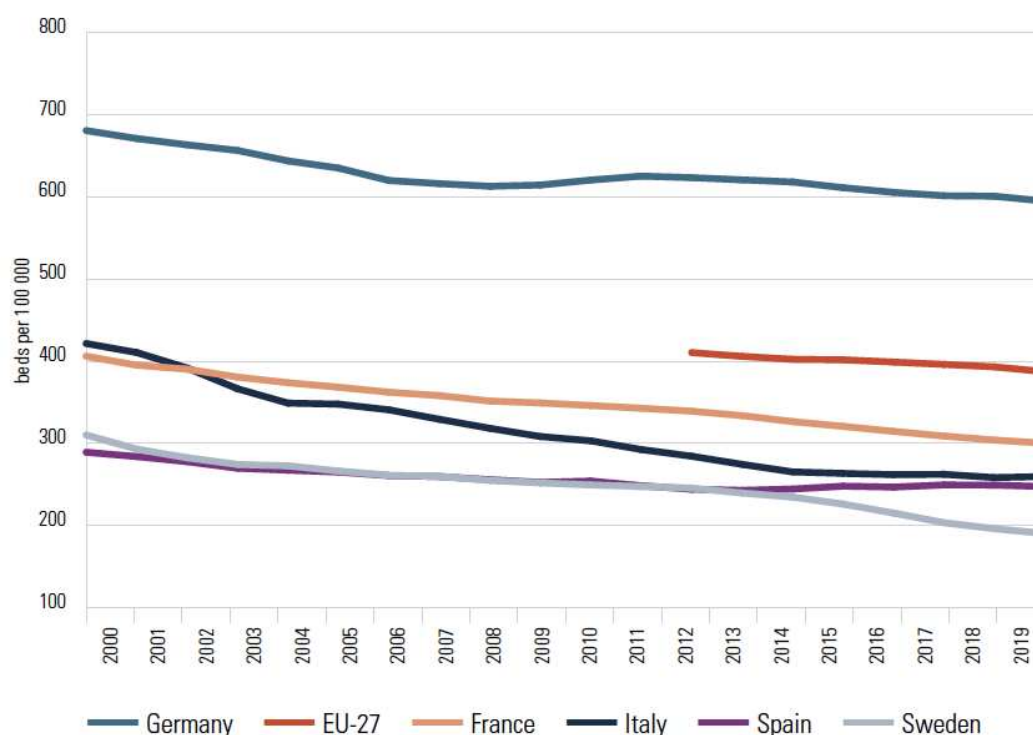


Fonte: De Belvis et al, 2022

2.4 Principali risorse e servizi offerti dal sistema sanitario

Nel 2017 in Italia il 51,8% delle strutture era pubblico, mentre il restante 48,2% erano strutture private accreditate, ubicate principalmente in Lazio, Lombardia, Campania e Sicilia (ANAAO ASSOMED, 2020). Nel 2019 inoltre i posti letto per il SSN erano di 190 mila, di cui il 21,4% in privati accreditati. Come nella maggior parte dei Paesi OCSE, il numero dei posti è diminuito nel tempo, fino ad arrivare a una diminuzione del 39% rispetto al 2000; questa variazione è dovuta al rispetto dei vincoli finanziari e di efficienza imposti dalla UE che l'Italia ha recepito soprattutto con il DM 70/2015, il quale ha fissato obiettivi per “bacini di utenza” e determinato gli standard di assistenza ospedaliera (De Belvis et al, 2022). La tendenza della capacità del SSN è illustrata nella figura sottostante.

Figura 2.6. Posti letto negli ospedali per acuti per 100.000 abitanti in Italia e in alcuni Paesi, 2000–2019



Fonte: Eurostat, 2022d

Nel 2019 a livello di capitale corrente, il SSN dispone di 995 ospedali, 8.801 centri ambulatoriali, 1.145 strutture di riabilitazione e 16.270 strutture residenziali e semiresidenziali; per gli ospedali il 51,8% è pubblico, mentre per i centri ambulatoriali la percentuale si alza al 87% (De Belvis et al, 2022).

Nell'ultimo decennio la spesa per investimenti in capitale è diminuita sensibilmente, tranne nel 2019 dove il Patto per la salute 2019-2021 ha stanziato circa 4 miliardi di euro; dal 2021 questi

fondi sono integrati con il budget del Next Generation EU stanziato dall'UE (De Belvis et al, 2022).

Per quanto riguarda le attrezzature mediche, il SSN italiano contava nel 2018 il maggior numero di apparecchiature di imaging di tutta l'UE, come riportato dalla tabella sottostante.

Tabella 2.12. Elementi delle tecnologie di diagnostica per immagini funzionanti (unità MRI, scanner CT) per 100.000 abitanti, 2018

	ITALY	EU AVERAGE
MRI units	2.9	1.5
CT scanners	3.5	2.4

Fonte: ECHI, 2018

Per quanto riguarda la digitalizzazione, il SSN è la principale fonte di dati per la governance, il monitoraggio della spesa sanitaria e l'uniforme applicazione del PNGLA (Piano Nazionale delle Liste d'attesa). Relativamente a quest'ultimo ambito, un ruolo cruciale viene fornito dai CUP (Centri Unici di Prenotazione). Altri strumenti sono le cartelle cliniche elettroniche, le prescrizioni elettroniche e la telemedicina. Negli ultimi anni la spesa sanitaria per le cartelle cliniche elettroniche è aumentata, ad esempio del 7% nel 2021 (De Belvis et al, 2022).

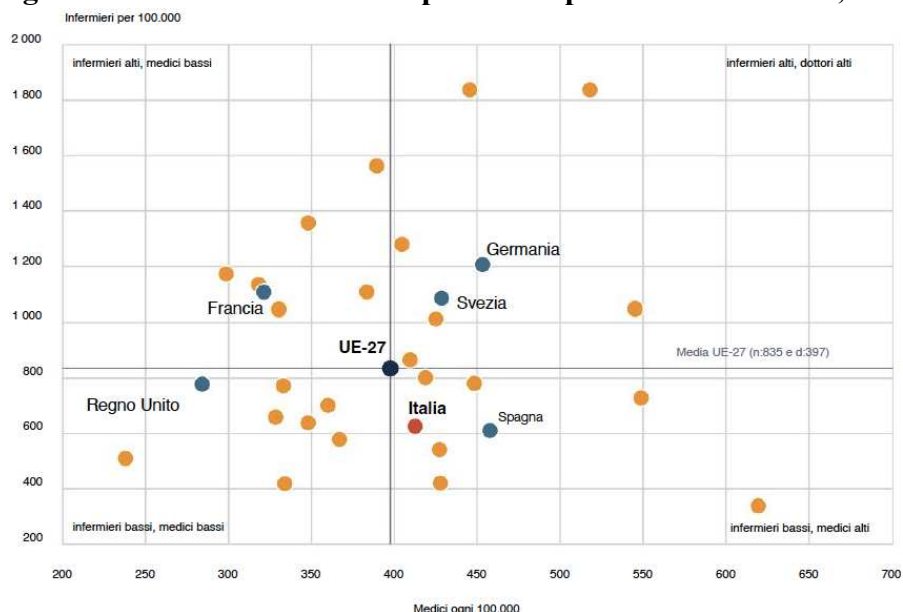
Arrivando ora alle risorse umane, bisogna subito evidenziare come il SSN non sia provvisto di una vera e propria pianificazione a lungo termine. Ad esempio, il numero di medici da formare nell'anno è stabilito in sede di Conferenza Stato-Regioni annualmente. Ciò ha portato nel corso degli anni ad una pianificazione non corretta tra le specialità e ad un'assoluta urgenza di reperire medici di base. Infatti, essendo la Medicina di Base una specialità non universitaria ma programmata da ciascuna regione in base alla propria organizzazione, questa è divenuta meno attrattiva (De Belvis et al, 2022).

Dal lato infermieristico invece, la carenza di organico è principalmente data dalla retribuzione bassa e dallo status professionale ancora discriminatorio nel Paese.

In media l'Italia ha un numero di medici alto, ma scarso di infermieri, con un rapporto di 2,5:1 (De Belvis et al, 2022).

Nel 2021 la distribuzione delle due figure professionali è rappresentata dalla figura 2.7 dove si può evincere come appunto la figura medica è più alta della media UE, mentre la figura infermieristica è più bassa.

Figura 2.7. Infermieri e medici praticanti per 100.000 abitanti, 2021



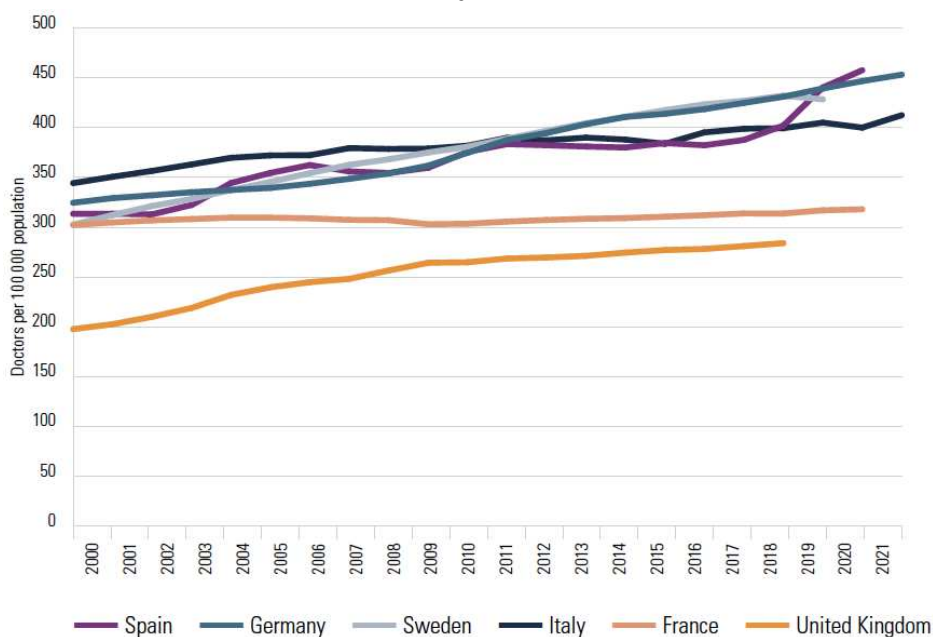
Fonte: Eurostat, 2022d

Gli ultimi due grafici riportano il trend dei medici praticanti e degli infermieri praticanti dal 2020 al 2021. Come già anticipato, relativamente ai medici, nonostante il loro numero nel SSN sia al di sopra della media UE, esistono due gravi e urgenti problemi:

- più della metà del personale medico ha più di 55 anni;
- non è possibile reperire medici di base.

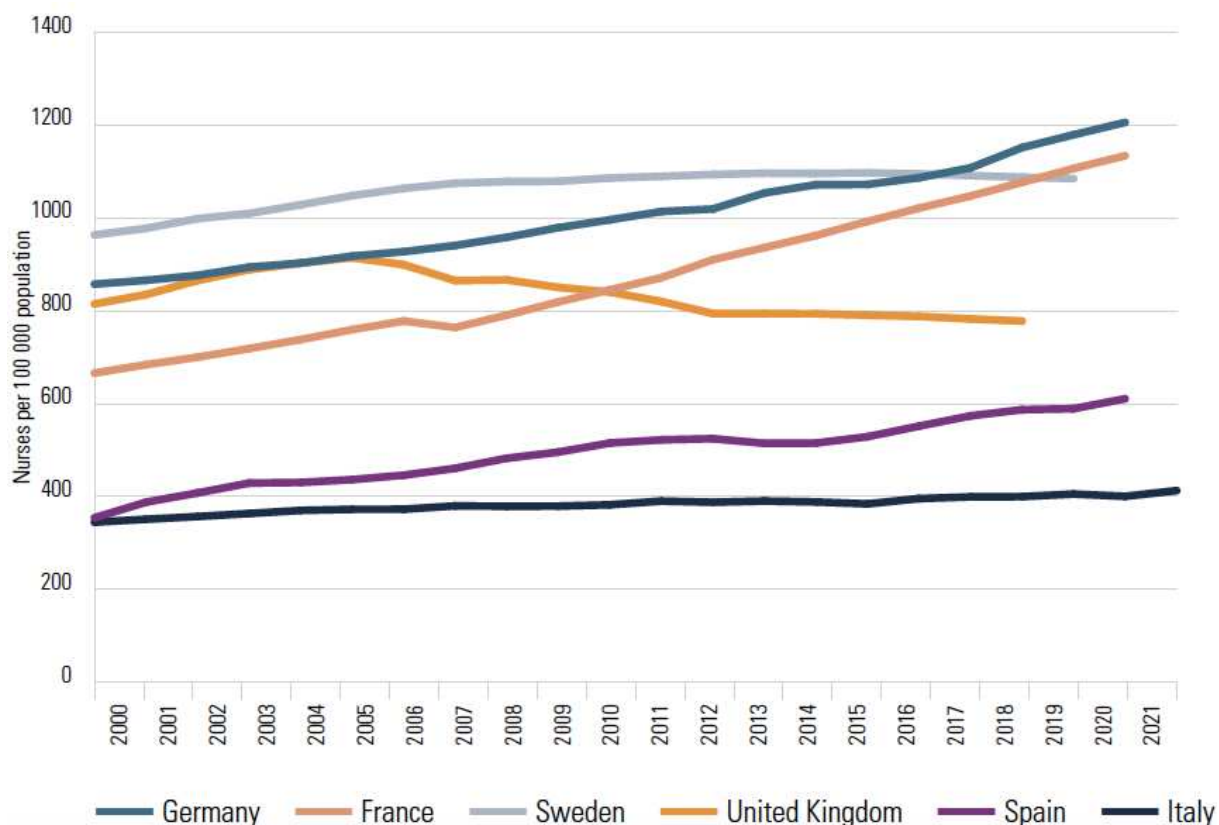
Il problema principale relativo alla professione infermieristica è invece la poca attrattività della professione, che causa una delle densità più basse in Europa.

Figura 2.8. Medici praticanti per 100.000 abitanti in Italia e in Paesi selezionati, 2000–2021



Fonte: Eurostat, 2022d

Figura 2.9. Infermieri praticanti per 100.000 abitanti in Italia e in Paesi selezionati, 2000–2021



Fonte: Eurostat, 2022d

Esaminate brevemente le principali risorse del SSN italiano, si va ora ad analizzare quali siano gli output del sistema.

Nell'ambito della Sanità pubblica, le politiche generali sono dettate dal Ministero della Salute centrale e attuate localmente dalle Regioni tramite le Asl e i dipartimenti della salute territoriali. I principali output dell'area riguardano l'igiene pubblica, la prevenzione e promozione della salute e il miglioramento della qualità di vita (De Belvis et al, 2022).

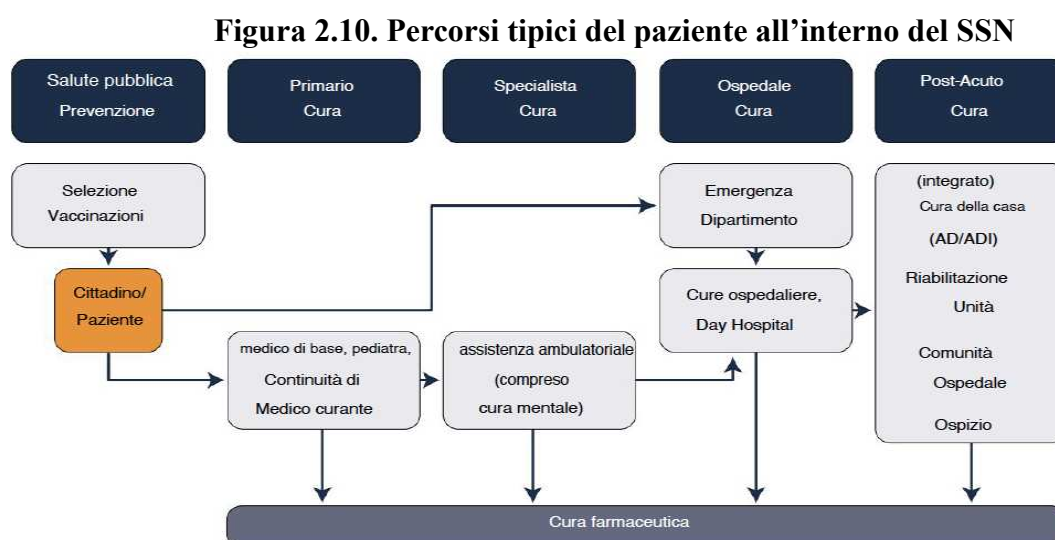
Uno degli output più importanti di Sanità pubblica riguarda la vaccinazione. In Italia una serie di vaccinazioni – come tra le altre difterite, tetano e pertosse – è completamente coperta dal SSN. Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) pianifica e programma le vaccinazioni ma, nonostante sia raggiunto l'obiettivo del 95% di copertura, esistono ancora importanti disparità di copertura tra le Regioni (De Belvis et al, 2022).

Per quanto riguarda la salute sul lavoro, un importante passo effettuato dal SSN italiano è la legge sulla sicurezza e salute sul lavoro del 2008. Il finanziamento della medicina del lavoro è effettuato a livello centrale e l'INAIL (Istituto Nazionale di Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) ha stimato in circa 45 miliardi di euro i costi sociali annuali associati agli infortuni (De Belvis et al, 2022).

Altre due grandi aree di output di Sanità Pubblica sono i programmi di screening con l'Osservatorio Nazionale Screening (ONG) che offre Pap test, mammografie e screening coloretali gratuitamente alla popolazione a rischio e la campagna contro il fumo attraverso l'introduzione di una legge che vieta il fumo indoor nel 2005, che ha diminuito il consumo di tabacco.

L'accesso alle cure del SSN avviene tramite il Medico di Medicina Generale (MMG), che funge da filtro al sistema sanitario, o tramite i Dipartimenti di Emergenza.

La figura 2.10 rappresenta i percorsi di accesso alle cure nel SSN italiano.



Fonte: De Belvis et al, 2022

Le Cure Primarie sono erogate dal MMG per la popolazione adulta e dal Pediatra per i bambini fino a 6 anni (su richiesta fino a 14). I MMG e Pediatri sono liberi professionisti che operano e sono remunerati dal SSN su base capitaria. Come già ribadito in precedenza, le cure primarie nel SSN italiano sono interessante dall'urgenza di reperire MMG e Pediatri e la situazione è destinata a peggiorare con i pensionamenti previsti nei prossimi anni (De Belvis et al, 2022).

Nell'ultimo decennio sono tre le principali tendenze relative alle cure primarie:

1. rafforzamento dei MMG e Pediatri attraverso forme associate che assicurino più ore all'utenza;
2. efficientamento tecnologico per aumentare la condivisione di dati e informazioni cliniche;
3. incentivazione all'uso della prevenzione nelle cure primarie.

Per quanto riguarda le cure specialistiche, esse possono essere erogate dai medici in base a tre modalità: attraverso il rapporto di dipendenza col SSN, in regime di libera professione o in strutture private accreditate.

L'attività ambulatoriale si suddivide in attività clinica e diagnostica. Il SSN è da tempo caratterizzato da lunghe liste d'attesa per le prestazioni ambulatoriali; queste attese spesso fanno virare la scelta del paziente su fornitori privati o privati accreditati, dove l'attesa è minore, con ripercussioni sul fronte dell'equità del sistema.

Ad esempio, il tempo medio per una consulenza ortopedica è stato di 56 giorni nel SSN, 27 giorni in strutture private accreditate e 6 giorni in strutture private (CREA Sanità, 2017).

L'assistenza ospedaliera è strutturata in presidi pubblici e privati. Dal 2015 una legge ha istituito il criterio minimo dei 60 posti letto per ospedale per mirare all'efficientamento del sistema (De Belvis et al, 2022). Come già precedentemente esposto, anche il DM 70 del 2015 ha imposto nuove soglie per la riorganizzazione ospedaliera, con l'obiettivo di arrivare a 3,7 posti letto per 1.000 abitanti – 3,0 per acuti e 0,7 per la riabilitazione. Tali soglie sono specificate nella tabella sottostante.

Tabella 2.13. Soglie per volumi minimi di assistenza per anno per gli ospedali

INTERVENTO	NUMERO DI INTERVENTI/CASI
Intervento chirurgico per il cancro al seno	150 casi incidenti per reparto
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi per reparto
Intervento chirurgico per frattura dell'anca	75 interventi per reparto
Infarto miocardico acuto	100 casi di primo ricovero per ospedale
Innesto di bypass coronarico	200 interventi per reparto
Angioplastica coronarica percutanea	250 interventi con almeno il 30% di angioplastiche per AMI-STEMI
Cure materne	500 consegne per le unità più elementari; volumi più elevati per i reparti di ostetricia e neonatologia più specializzati (Accordo Stato/Regione, 16 December 2010)

Fonte: Ministero della Salute, 2021h

Le Cure di Emergenza e Urgenza sono erogate gratuitamente a tutta la popolazione, salvo che l'intervento non sia a posteriori ritenuto non appropriato. Questo perché il SSN, nonostante vari tentativi organizzativi, non è riuscito ancora a far diminuire nei reparti di emergenza gli accessi non necessari ed appropriati, facendo così aumentare i costi e le inefficienze (De Belvis et al, 2022).

L'ambito della Riabilitazione è gestito tramite tre modalità: nelle strutture ospedaliere, nelle strutture ambulatoriali/cliniche riabilitative e, nel territorio, a domicilio o nelle strutture residenziali. L'accesso alle strutture riabilitative è effettuato tramite una valutazione multidisciplinare dello stato di salute del paziente effettuata da un'Unità Valutativa Multidisciplinare.

L'Assistenza a lungo termine è un'area fortemente importante nel SSN italiano dato che nel 2050 è previsto che un italiano su tre avrà più di 65 anni (De Belvis et al, 2022).

Per questo motivo le strutture residenziali e le case di riposo, negli ultimi vent'anni, sono aumentate notevolmente anche se il rapporto 18,6 posti letto RSA per mille abitanti è ancora molto al di sotto della media OCSE di 43,8 (De Belvis et al, 2022).

Nelle RSA solo i costi sanitari sono coperti dal SSN, mentre tutti i restanti costi sono supportati dalle famiglie, che tuttavia possono essere supportate dagli Enti Locali in base a certi criteri reddituali. Il SSN garantisce poi l'assistenza domiciliare integrata (ADI) alle persone non autosufficienti o con disabilità.

La disciplina delle cure palliative è stata introdotta nel SSN dal 2010 e garantisce a tutti i cittadini l'accesso alle cure palliative e alla gestione del dolore. Tale attività possono essere erogate sia in regime ospedaliero, che ambulatoriale e dal 1999 negli "Hospice", strutture adibite all'accompagnamento al fine vita (De Belvis et al, 2022).

L'Assistenza alla sanità mentale è stata riorganizzata con la legge Basaglia del 1978, che fondamentalmente chiude i "Manicomi" e affida le cure all'ambito domiciliare nei servizi Sert (Servizi per Dipendenze) secondo il principio filosofico che i pazienti affetti da malattia mentale hanno gli stessi diritti degli altri. Il livello di acuzie è affidato ai reparti di Psichiatria in regime ospedaliero.

L'ultima area di output del SSN è rappresentata dalle cure dentistiche che sono garantite dal SSN solo per i bambini dai 0-14 anni e per i pazienti socialmente vulnerabili; la maggior parte delle cliniche odontoiatriche sono pertanto private (De Belvis et al, 2022).

CAPITOLO 3

IL RUOLO DEL PRIVATO NEI DUE SISTEMI SANITARI

Nei modelli Beveridge, caratterizzati da una copertura universale e obbligatoria, il ricorso al privato in sanità è essenzialmente riconducibile a:

- servizi non coperti dal sistema pubblico;
- un miglior e tempestivo accesso alle cure.

Essenzialmente per classificare gli attori facenti parte della sfera sanitaria privata si ricorre a due variabili, ovvero la fonte di finanziamento ed i servizi “acquistati”.

Nel presente capitolo quindi, si andranno ad analizzare le principali variazioni intervenute nella spesa sanitaria privata dei due sistemi, dapprima nel NHS e poi nel SSN.

Successivamente si studierà come attualmente è composta la spesa sanitaria privata e su quali output è maggiormente utilizzata.

Seguirà un approfondimento relativo ai consumi privati nel SSN italiano e al ruolo specifico del privato accreditato. Infine, verranno illustrati due aspetti altamente dibattuti nell’ambito della “privatizzazione” della sanità, ossia le ripercussioni sugli esiti di salute del sistema e sul circolo di finanziamento globale del sistema.

3.1 Il ruolo e la composizione del privato nel NHS e SSN

3.1.1 La spesa sanitaria privata nel NHS

Il peso della componente privata nel NHS è sempre stato dibattuto e argomento “spinoso” a livello politico. Il sistema sanitario, infatti, ha da sempre fatto molto appoggio sulla componente privata per molteplici servizi, dalle attrezzature al personale. Non si dimentichi inoltre che, dalla sua istituzione, nel NHS le cure di odontoiatria, ottiche, di farmacia comunitaria e gran parte delle pratiche relative ai MMG sono sempre rientrate nelle spese private.

L’andamento della spesa sanitaria privata nel NHS è riportato nella tabella 3.1 sottostante (già esposta nel primo capitolo). Come è possibile vedere, la percentuale di spesa privata sulla spesa sanitaria totale dal 2010 al 2019 è aumentata di circa 3 punti.

È utile riportare anche le variazioni inerenti alle fonti di finanziamento, ossia la crescita di cinque punti percentuale dei “pagamenti diretti (out of pocket)” e il dato stabile relativo alle assicurazioni volontarie. La principale causa di questo aumento è essenzialmente da ricollegare ad un malcontento comune della popolazione verso il NHS soprattutto relativo all’aumento continuo delle liste di attesa e alla crisi della forza lavoro (Wellings et al 2022; YouGov 2022).

Tabella 3.1. Tendenza della spesa sanitaria nel UK, 2000- 2019

SPESA	2000	2005	2010	2015	2019
Spesa sanitaria corrente pro capite in US \$ internazionali (Parità del potere di acquisto)	1927	2798	3645	4228	5087
Spesa sanitaria corrente in % del PIL	7.3	8.5	10.0	9.9	10.2
Spesa pubblica per la salute in % della spesa totale per la salute	76.8	81.3	82.3	80.1	79,5
Spesa pubblica per la salute pro capite in US \$ internazionali (Parità del potere di acquisto)	1481	2276	2999	3389	4043
Spesa sanitaria privata in % della spesa sanitaria totale	23.2	18.6	17.7	19.8	20.5
Spesa pubblica per la sanità in % della spesa delle Amministrazioni pubbliche	15.8	16.8	17.3	18.8	19.7
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL	5.6	6.9	8.2	7.9	8.1
Pagamenti diretti in % della spesa sanitaria totale	17.1	13.3	12.9	15.1	17.1
Assicurazioni private in % della spesa sanitaria totale	4.2	3.9	3.5	3.3	2.8
Spesa sanitaria in conto capitale in % della spesa sanitaria totale	3.8	4.5	4.1	3.0	N/A

Fonte: WHO (2021)

Una caratteristica peculiare del NHS, relativa all’ambito privato sanitario, è la separazione acquirente-fornitore, attuata allo scopo di incentivare il libero mercato nella fornitura di assistenza tra il fornitore pubblico e il settore indipendente per aumentare l’efficienza e l’efficacia del sistema. Il settore indipendente può quindi “concorrere” nell’aggiudicazione degli appalti dei servizi sanitari ed essere quindi finanziato dal NHS stesso.

NHS England definisce il “settore indipendente” come l’insieme dei fornitori di servizi NHS non classificati come trust di fondazione o trust NHS, vale a dire enti di beneficenza, imprese sociali, società a responsabilità limitata private o pubbliche (NHS England, 2022c).

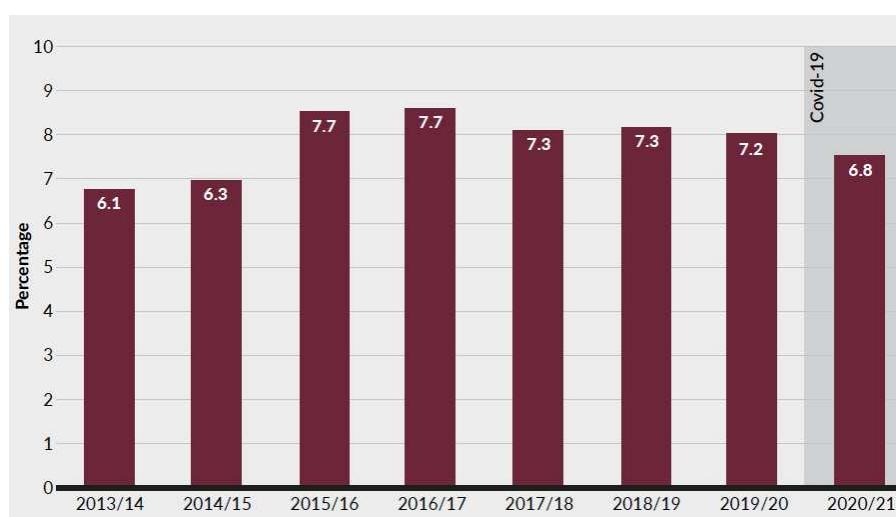
Il “settore indipendente” viene anche definito come l’insieme comprendente individui, datori di lavoro e organizzazioni che contribuiscono alla valutazione dei bisogni, alla progettazione, alla pianificazione, alla messa in servizio e all'erogazione di un'ampia gamma di servizi sanitari e sociali, che sono totalmente o parzialmente indipendenti dal settore pubblico (Royal College of Nursing, 2013). In sintesi, i fornitori del settore indipendente sono tutti quegli attori non ricompresi nel NHS, che tuttavia, allo stesso modo, erogano prestazioni sanitarie e sociosanitarie per il NHS stesso. Come già anticipato nel primo capitolo, per poter erogare

servizi per conto del NHS è necessario partecipare alla politica dell'”Any Qualified Provider”, per mezzo della quale la Care Quality Commission (ente pubblico esecutivo del Department of Health and Social Care) autorizza e rilascia, dopo avere verificato il soddisfacimento di precisi standard qualitativi, l'apposita licenza.

Inizialmente fu l'Health and Social Care Act del 2012 ad introdurre forme di libero mercato nella fornitura di assistenza sanitaria e la divisione acquirente-fornitore nel sistema sanitario del Regno Unito (Anderson et al, 2022). Questo documento, come già esposto, ha creato molte perplessità nei singoli Paesi, tanto che poi si è arrivati alla devoluzione dei poteri in materia sanitaria. In Inghilterra, tuttavia, nonostante la preoccupazione di una possibile ascesa della fornitura privata nella sanità inglese, il modello di separazione è stato mantenuto.

Come da pronostici, fino al 2017 la percentuale di spesa sanitaria a finanziamento del settore indipendente è cresciuta, soprattutto per la crescita di domanda sanitaria (Department of Health and Social Care 2022), stabilizzandosi però negli ultimi anni, come si evince dalla figura 3.1.

Figura 3.1. Spesa NHS destinata al finanziamento di fornitori del settore indipendente come quota della spesa totale delle risorse sanitarie



Fonte: Department of Health and Social Care (2022)

Il dibattito sull'argomento si è acceso nuovamente con l'aumento del finanziamento dei servizi di assistenza sanitaria dai trust del NHS a fornitori del settore indipendente per aumentare la capacità assistenziale del NHS (Holmes J., 2023). Inoltre, recenti linee guida del NHS England si focalizzavano nell'incentivare i trust indipendenti a ricercare settori di business e profitto al di fuori dei servizi NHS, attirando gli utenti con pagamenti out of pocket, al fine di riprendersi dalle perdite del settore dovute alla pandemia Covid-19 (NHS England 2022b).

Il nuovo Health and Care Act 2022 ha riformato molti aspetti riguardanti il libero mercato di fornitura in sanità, andando a incentivare la collaborazione, più che la concorrenza; così facendo

si sono eliminati tanti appalti di servizi NHS e si è arginata la possibile espansione nel lungo termine del settore indipendente nella fornitura di servizi base del NHS (Holmes J. 2023).

Le previsioni a breve termine però prevedono ancora un ampio uso dell'esternalizzazione di servizi, specie in elezione, per smaltire i lunghi arretrati innescati dalla pandemia Covid-19 (NHS England 2022).

Per quanto relativo all'analisi delle singole componenti della spesa sanitaria finanziata da privati, come già anticipato, è sempre bene condurre lo studio individuando le due componenti fondamentali: il finanziamento appunto ed i servizi erogati.

Dal punto di vista delle fonti di finanziamento, i principali canali di reperimento delle risorse sono tre:

1. pagamento diretto, ovvero un acquisto effettuato direttamente dall'utente con soldi propri;
2. assicurazione sanitaria volontaria, acquistata a copertura di servizi complementari o sostitutivi al NHS;
3. assicurazione fornita dal datore di lavoro in qualità di benefit lavorativo (Holmes J., 2023).

Come illustrato dalla tabella 3.1, mentre il ruolo della fornitura privata finanziata dal NHS è rimasto stabile negli ultimi anni, la spesa sanitaria privata finanziata da privati è aumentata, specialmente per quanto riguarda i pagamenti "out of pockets".

La tabella 3.2, già esposta nel primo capitolo, invece, riporta i vari servizi erogati in base alla fonte di finanziamento. Per quanto riguarda il settore privato possiamo ricavare queste principali osservazioni:

- le fonti di finanziamento private rappresentano il 22,3% del totale e di cui il 16,7% sono pagamenti di tasca propria;
- i pagamenti "out of pocket" rappresentano un terzo della spesa per le "cure a lungo termine" e la metà della spesa farmaceutica;
- i servizi ambulatoriali sono arrivati ad essere finanziati per il 3% dagli utenti di tasca propria;
- le assicurazioni private sono ancora utilizzate in minima parte.

Tabella 3.2. Spesa sanitaria e assistenziale (in % della spesa sanitaria corrente) per funzione e tipologia di finanziamento, 2018

	INPATIENT CARE	OUTPATIENT CARE	LONG-TERM CARE	ANCILLARY SERVICES	PHARMACEUTICALS	PUBLIC HEALTH	ADMINISTRATION	OTHER SERVICES	TOTAL
General government	21.5	21.7	11.7	1.8	7.0	3.7	1.0	2.4	77.8
Private insurance	1.1	1.1	0.9	0.1	..	0.6	0.9	0.1	5.5
Out-of-pocket	0.3	3.0	5.3	...	5.2	0.7	16.7
Total expenditure	22.9	25.8	17.9	1.8	12.3	5.1	1.9	2.5	100.0

Fonte: OECD (2021)

L'influenza privata nell'ambito ospedaliero è ancora limitata; infatti, nel 2021/2022 in Inghilterra sono stati effettuati 725.820 ricoveri in regime privato (Private Healthcare Information Network (PHIN) 2022).

Una tendenza da rilevare in riferimento alle fonti di finanziamento privato nel settore ospedaliero è il fatto che dopo la pandemia si è assistito ad un rimbalzo delle prestazioni private, con il finanziamento "out of pocket" che, a differenza delle assicurazioni private, ha superato i livelli pre-pandemia. Questo è dettato probabilmente sia dal recupero del settore indipendente dell'arretrato causato dal Covid 19, sia per le lunghe liste di attese che esso ha generato nel NHS (Triggler, 2022).

Figura 3.2. Periodi ospedalieri finanziati privatamente per schema di finanziamento, Regno Unito



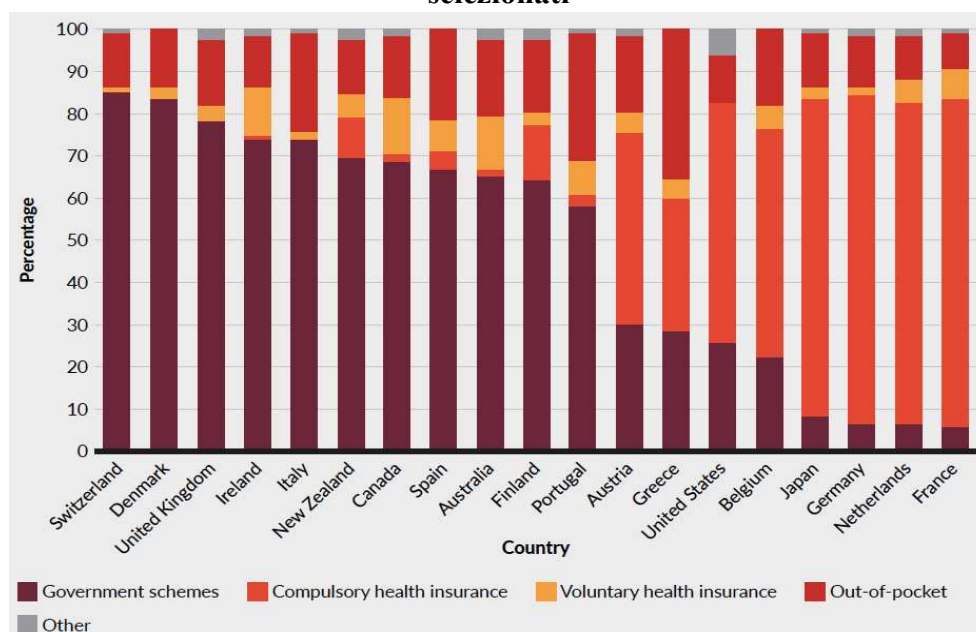
Fonte: Data supplied by personal correspondence from the Private Healthcare Information Network (PHIN)

Per finire questa breve analisi circa il contesto della spesa privata nel NHS si riporta la figura 3.3. la quale compara il Regno Unito agli altri Paesi ad alto reddito.

Come possiamo vedere dalla figura, il NHS è il terzo paese per copertura pubblica dopo Svizzera e Danimarca e superiore al SSN italiano.

Paragonando appunto il NHS e il SSN italiano, si può notare come la spesa out of pocket è superiore in quest'ultimo, anche per il fatto che il NHS acquista direttamente dal privato le prestazioni che, per questa parte, non “pesano” sui bilanci familiari.

Figura 3.3. Spesa sanitaria per tipo di finanziamento, 2019 (o anno più vicino), paesi selezionati



Fonte: OECD (2021)

3.1.2 La spesa sanitaria privata nel SSN

Il primo elemento riguardante la spesa privata nel SSN, che si discosta dal NHS inglese, è che in esso non esiste la separazione acquirente – fornitore (tranne la regione Lombardia), per cui gli ospedali del SSN sono sia acquirenti che fornitori di LEA. Quando parliamo di spesa privata quindi, facciamo riferimento alla spesa finanziata da privati, che nelle sue componenti è uguale a quella del NHS, ovvero “out of pocket” o “assicurazioni private”.

La tabella 3.3. evidenzia come i pagamenti relativi alla sanità privata rappresentano un quarto della spesa sanitaria totale, ossia una fetta consistente per un sistema Beveridge. Di questa percentuale il 23,3% sono pagamenti OOP (comprendenti anche i co-pagamenti), i quali sono rimasti costanti dagli anni 2000 in poi. Rilevante invece è come la percentuale di pagamenti tramite assicurazioni volontarie sia più che raddoppiata nel corso degli ultimi dieci anni (De Belvis et al, 2022).

È doveroso spiegare che anche nel SSN ci sono servizi non coperti dal finanziamento pubblico, come le cure di odontoiatria, cure psicoterapeutiche non gravi e interventi di prevenzione sullo stile di vita.

Tabella 3.3. Andamento della spesa sanitaria, 2000–2019

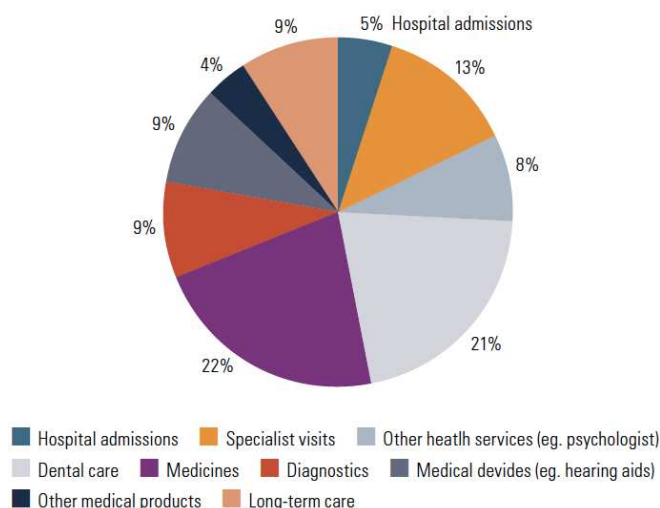
SPESA	2000	2005	2010	2015	2018	2019
Spesa sanitaria attuale pro capite (US\$ PPP)	2 050	2 517	3 142	3 265	3 855	3998
Spesa sanitaria corrente in % del PIL	7.6	8.3	8.9	8.9	8.7	8.7
Spesa pubblica per la salute in % della spesa totale per la salute	72.6	77,5	78,5	74.4	73.8	73.9
Spesa pubblica per la salute pro capite (US\$ PPP)	1 489	1950	2 465	2 430	2 847	2 955
Spesa sanitaria privata in % della spesa sanitaria totale	27.4	22.5	21.5	25.6	26.2	26.1
Spesa pubblica per la sanità in % della spesa delle Amministrazioni pubbliche	11.8	13.7	14.0	13.1	13.2	13.2
Spesa sanitaria pubblica in % del PIL	5.5	6.5	7.0	6.6	6.4	6.4
Pagamenti OOP in % della spesa totale per la salute	26.5	21.6	20.5	23.5	23.6	23.3
VHI come % della spesa totale per la sanità	0.9	0.9	1.0	1.5	1.9	2.1

Fonte: WHO, 2022a

In relazione alla tipologia di servizio acquistata privatamente si riporta, per una più facile comprensione, la figura 3.4 dove sono rappresentate le tre aree maggiormente interessate dalla spesa privata: cure ambulatoriali e diagnostica, cure odontoiatriche e farmaceutica.

È opportuno ribadire che, mentre l’ambito odontoiatrico e farmaceutico sono per impostazione del sistema esclusi dal SSN e pertanto le rispettive spese private sono “giustificate”, la spesa nelle aree delle cure elettive e diagnostiche sono un sintomo negativo del SSN in quanto dovrebbe rientrare nella copertura pubblica.

Figura 3.4. Composizione della spesa sanitaria privata per voce di spesa, 2019



Fonte: Del Vecchio et al, 2020

3.2. Approfondimento: le dinamiche dei consumi della sanità privata nel SSN

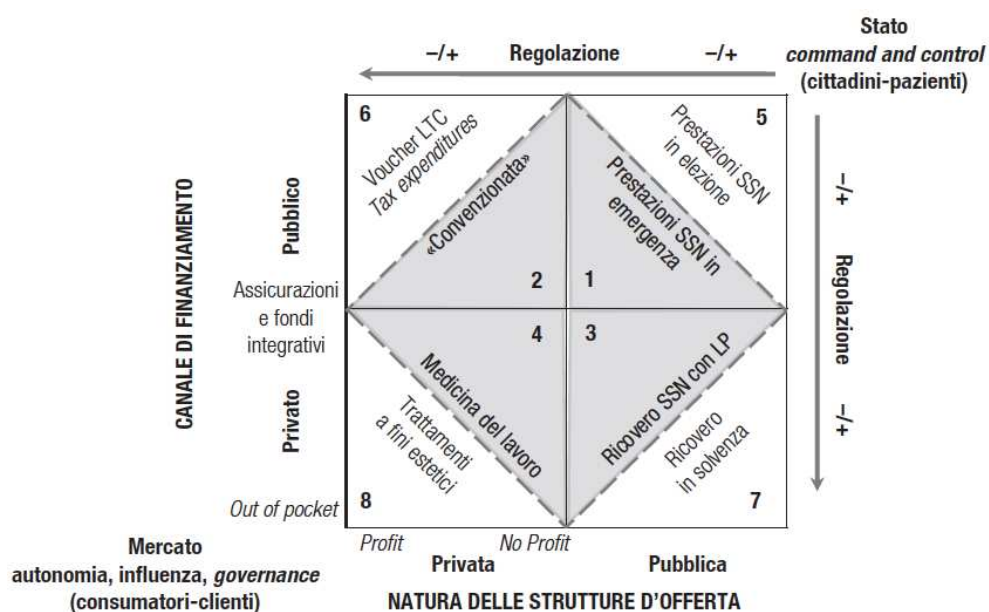
Il presente paragrafo approfondirà nello specifico le dinamiche dei consumi privati nel SSN italiano post Pandemia. Determinate dinamiche possono essere trasportate anche nel NHS, tranne in Inghilterra dove vige ancora la separazione tra acquisizione e fornitura pubblica di servizi, essendo i principi base e l'organizzazione generale molto simili.

Indagare la componente privata nell'assistenza sanitaria è diventato ormai imprescindibile principalmente perché le numerose possibilità di espansione delle cure fanno sì, da un lato, che sia impossibile garantire la copertura pubblica per tutte le cure e, dall'altro, che sia oltremodo difficile scegliere il perimetro di copertura (ossia quali prestazioni fare ricadere nella copertura pubblica e quali no) (Del Vecchio et al, 2022).

In questo contesto, sempre più di condivisione dell'area sanitaria tra pubblico e privato, vengono a formarsi sistemi "ibridi" nei quali le due componenti si "contaminano" a vicenda non solo da un punto di vista di finanziamento e di produzione, ma anche di influenza e potere decisionale dell'utente sul consumo finale (Del Vecchio et al, 2022).

La figura 3.5 raffigura questo nuovo modello di "ibridizzazione" dei consumi privati del SSN in cui il quadrato in grigio rappresenta quelle aree che, indipendentemente dalla fonte di finanziamento e di erogazione, danno una capacità limitata all'utente di muoversi verso forme di libero mercato e il cui controllo del sistema pubblico sulla fruizione è maggiore; le aree in bianco sono quelle in cui il processo decisionale dell'utente relativamente al consumo è rilevante e più vicino a logiche di mercato (Del Vecchio et al, 2022).

Figura 3.5. Gli otto circuiti del settore sanitario: pubblico e privato tra finanziamento, produzione ed equilibri di influenza



Fonte: Del Vecchio et al, 2022

Questa visione di “condivisione” tra la parte privata e pubblica è rilevante se si vuole analizzare la componente di consumo sanitario privato, abbandonando il modello standard obsoleto le cui uniche variabili erano le fonti di finanziamento e l’erogatore.

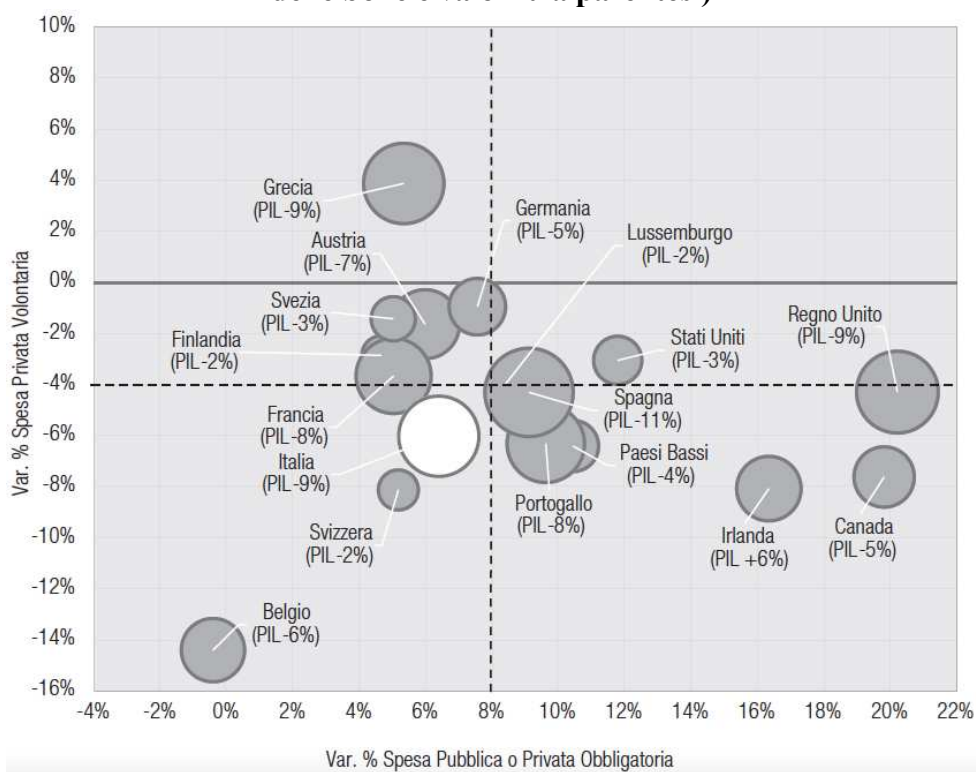
Il rapporto dell’utenza con l’ambito sanitario oramai non è più unilaterale; ad esempio, nei percorsi di diagnosi e cura caratterizzati da intervento, riabilitazione e follow up, come possono essere gli episodi di scompenso cardiaco o protesi d’anca, circa il 52,2% dei pazienti ha dichiarato di aver usufruito sia della copertura pubblica che di quella privata (RBM-CENSIS, 2021). Inoltre, questa caratteristica appartiene a tutti gli utenti indipendentemente dal reddito; infatti, circa il 57% dei pazienti con patologie caratterizzate da lunghi percorsi di cura, aveva un reddito alto; ma ha acquistato dalla sfera privata anche il 48,2 % delle persone a basso reddito (RBM-CENSIS, 2021). È doveroso riportare che chi ha un reddito elevato ha più possibilità di approcciarsi al settore privato ma che, tuttavia, i bassi redditi appunto non sono esclusi dal fenomeno (RBM-CENSIS, 2021).

L’analisi dei consumi privati in sanità, quindi, deve essere necessariamente collegata all’andamento del PIL del Paese in quanto si è osservato come esista un’associazione positiva tra le due variabili (Del Vecchio et al, 2022).

La figura 3.6. mette in relazione la variazione percentuale nella spesa pubblica, privata e PIL, facendo ben osservare il tipo di relazioni intercorrenti tra le componenti dei sistemi sanitari. Tutti gli Stati (a parte la Grecia, outlier) hanno visto una contrazione della spesa sanitaria privata a fronte di una diminuzione del PIL e un conseguente aumento della spesa pubblica, per affrontare la crisi pandemica. Ciò che è rilevante, dal punto di vista della presente analisi, è

come, a fronte di una diminuzione della spesa pubblica, ci sia un aumento della spesa privata per sopperire alla carenza di servizi pubblici (Armeni e Ferr., 2014; Del Vecchio, Fenech e Prenestini, 2015) ma come la spesa privata sia anche correlata all'andamento del PIL del Paese stesso.

Figura 3.6. Variazione % 2019-2020 della spesa sanitaria pubblica e privata obbligatoria (asse orizzontale), della spesa privata volontaria (asse verticale) e del PIL (ampiezza delle bolle e valori tra parentesi)



Fonte: Del Vecchio et al, 2022

In sintesi, si può concludere come il consumo privato sanitario sia un elemento ormai consolidato nei sistemi sanitari universalistici alla Beveridge e come tale componente sia inevitabilmente correlata al reddito delle famiglie. Detto questo, l'analisi delle associazioni tra privato e pubblico non può non essere fatta alla luce di queste considerazioni (Del Vecchio et al, 2022).

Andando ora ad approfondire il consumo nel SSN italiano, la tabella 3.4. riporta le singole fonti di finanziamento della spesa sanitaria privata italiana.

**Tabella 3.4. Spesa sanitaria privata per regime di finanziamento, 2012-2021
(miliardi di euro)**

La spesa sanitaria privata	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Spesa diretta delle famiglie	31,5	31,5	32,5	34,4	34,5	35,9	36,2	36,5	34,0	36,5
Regimi di finanziamento volontari, di cui:	2,9	2,9	2,9	3,1	3,4	3,7	4,0	4,3	4,2	4,5
– Assicurazioni sanitarie volontarie	2,3	2,2	2,2	2,3	2,5	2,7	2,9	3,2	3,2	3,4
– Regimi di finanziamento da parte di istituzioni senza scopo di lucro	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4
– Regimi di finanziamento da parte delle imprese	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,7	0,8
Totale	34,4	34,3	35,5	37,5	37,9	39,6	40,2	40,8	38,2	41,0

Fonte: Del Vecchio et al, 2022

Si può notare come la spesa diretta gravante sui bilanci famigliari è in continua crescita dal 2012 al 2021, arrivando a pesare 36,5 miliardi di euro, ovvero circa il 90% dell'intera spesa privata. Nel 2020 solamente si registra un calo, dovuto però principalmente alla sospensione delle prestazioni a causa dalla pandemia. Per quanto relativo all'ambito del finanziamento privato invece, l'osservazione più importante riguarda il salto effettuato dalle assicurazioni private, che aumentano dal 2012 al 2021 circa del 50% arrivando a pesare 3,4 miliardi di euro. Crescono, ma non in maniera significativa, il finanziamento tramite il datore di lavoro e delle istituzioni no profit.

Passando ora al lato delle prestazioni erogate, la tabella 3.5. riporta i dati relativi a dove la spesa sanitaria è stata utilizzata. Come già esplicitato, le prestazioni sanitarie principalmente acquistate in regime privato riguardano le aree non coperte dal SSN (odontoiatria e farmaceutica) e i servizi con difficile accesso come i servizi diagnostici e medici ambulatoriali.

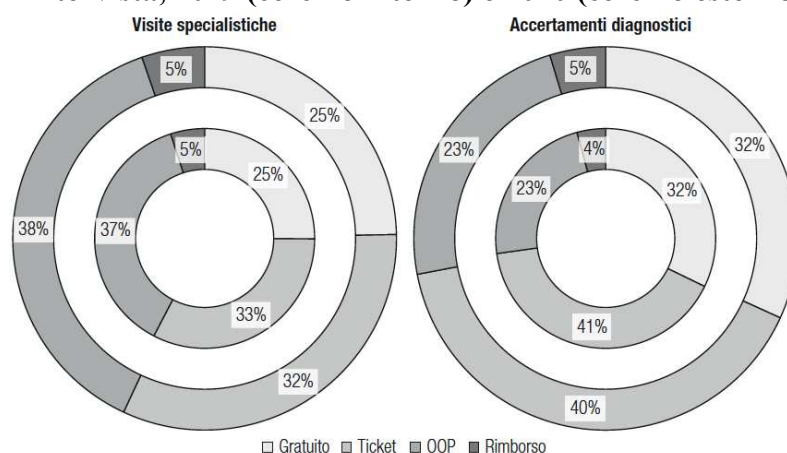
Tabella 3.5. La spesa sanitaria privata per consumi finali per voci di spesa, 2019-2021 (miliardi di euro)

Macro-categorie di spesa	Micro-voci di spesa	2019	2020	2021	
Servizi ospedalieri	Ricoveri ospedalieri	2,1	1,7	2,0	5,8
	Ricoveri in strutture di assistenza sanitaria a lungo termine	3,7	3,6	3,8	
Servizi ambulatoriali	Servizi medici (visite mediche e specialistiche, incluso ticket)	5,3	5,0	5,3	20,1
	Servizi dentistici	8,5	7,8	8,7	
	Servizi diagnostici	3,4	2,8	3,1	
	Servizi paramedici (infermieri, psicologi, fisioterapisti, ecc.)	3,1	2,8	3,0	
Beni sanitari	Farmaci in senso stretto (Fascia A, C, OTC, SOP, con ticket e differenza di prezzo)	8,8	8,7	9,2	15,1
	Altri prodotti medicali non durevoli (bende, garze, siringhe, ecc.) e Attrezzature terapeutiche (occhiali, lenti, protesi auditive, riparazione e noleggio attrezzature, ecc.)	6,0	5,7	5,9	
Totale		40,8	38,2	41,0	

Fonte: Del Vecchio et al, 2022

In riferimento a quest'ultimo ambito, la figura 3.7 analizza il metodo di pagamento delle prestazioni ambulatoriali. Si può notare come la componente OOP sia sopra il 40% per gli accertamenti diagnostici e sopra il 30% per le visite specialistiche. Da notare che i rimborsi tramite assicurazioni private sono ancora bassi e che le modalità di pagamento non sono cambiate nel 2019 e 2020, sintomo di una preferenza dell'utente ormai consolidata (Del Vecchio et al, 2022).

Figura 3.7. Modalità di pagamento (%) per tipologia di prestazione nell'anno precedente l'intervista, 2019 (cerchio interno) e 2020 (cerchio esterno)



Fonte: Del Vecchio et al, 2022

L'ultima riflessione riguardante i consumi privati nel SSN italiano riguarda dove effettivamente questi flussi siano indirizzati e in particolare quali di questi flussi vadano a rifinanziare il circuito pubblico e quali invece si "perdano" nel circuito privato. Questa analisi è molto importante dal punto di vista della sostenibilità del sistema, in quanto permette di comprendere come effettivamente il settore privato possa "ledere" al sistema pubblico e come, invece, possa in qualche modo sostenerlo.

La tabella 3.6. rappresenta chiaramente come solo circa il 10% della spesa privata rientri poi nel circuito pubblico, tramite compartecipazioni alla spesa e attività libero professionale intramoenia (ALPI), pertanto il restante 90% viene eroso dal settore privato.

Tabella 3.6. La spesa sanitaria privata (in miliardi di euro) per circuito di offerta, 2019 e 2020

	Servizi		Beni		Totale	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020
PUBBLICO						
Ticket	1,3	0,8	0,5	0,4	3,9	3,1
Intramoenia o differenza prezzo di riferimento	1,0	0,8	1,1	1,1		
PRIVATO	23,7	22,2	13,2	12,9	36,9	35,1
TOTALE	26,0	23,8	14,8	14,4	40,8	38,2

Fonte: Del Vecchio et al, 2022

3.2.1 Il ruolo del privato accreditato nel SSN

Affrontato l'ambito della spesa privata nel SSN, il presente paragrafo andrà ad esporre uno dei principali attori del sistema di ibridazione, ovvero il privato accreditato.

Innanzitutto, si intende per “privato accreditato” l'insieme delle aziende sanitarie private che hanno ottenuto sia l'autorizzazione, sia l'accreditamento, sia la contrattualizzazione di tutta o parte della loro capacità produttiva con il SSN (Giudice et al, 2022). Questi attori sono dotati di particolari caratteristiche, dato il ruolo e le finalità che perseguono:

1. sono aziende brain intensive, data la grande complessità nella gestione delle professionalità sanitarie;
2. in quanto aziende private sono autonome nella gestione ed organizzazione delle risorse e perseguono le logiche di profitto;
3. in quanto accreditate, sono influenzate dalle decisioni e dinamiche del sistema sanitario pubblico (Giudice et al, 2022).

Passando ora nello specifico, il privato accreditato nel SSN viene classificato in due componenti: quella ospedaliera composta, tra le altre, da case di cure private, policlinici universitari privati, IRCCS privati e ospedali classificati e dalla componente distrettuale, principalmente composta da ambulatori/laboratori privati e strutture residenziali e semi-residenziali sociosanitarie (Giudice et al, 2022).

Tabella 3.7. La spesa SSN per assistenza sanitaria privata accreditata (valori € pro capite – 2021)

Regione	Ospedaliera accreditata, € pro capite	Specialistica accreditata, € pro capite	Riabilitativa accreditata, € pro capite	Altra assistenza accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per assistenza privata accreditata, € pro capite	Totale spesa SSN per gestione corrente, € pro capite	% spesa SSN per assistenza privata accreditata su totale
Piemonte	115	67	38	137	356	2.320	15,4%
Valle d'Aosta	56	17	37	52	162	2.752	5,9%
Lombardia	210	109	8	223	550	2.247	24,5%
P.A. di Bolzano	69	27	4	139	237	2.955	8,0%
P.A. di Trento	106	57	1	124	288	2.647	10,9%
Veneto	118	78	6	132	334	2.328	14,3%
Friuli-Venezia Giulia	60	53	12	96	221	2.494	8,9%
Liguria	30	32	63	138	261	2.488	10,5%
Emilia-Romagna	128	52	0	166	347	2.503	13,9%
Toscana	62	41	20	127	250	2.391	10,5%
Umbria	45	34	11	122	212	2.382	8,9%
Marche	78	42	55	121	296	2.275	13,0%
Lazio	273	99	40	154	566	2.207	25,7%
Abruzzo	102	37	52	98	289	2.278	12,7%
Molise	235	138	54	107	534	2.668	20,0%
Campania	161	155	57	59	431	2.153	20,0%
Puglia	186	79	40	114	419	2.211	18,9%
Basilicata	19	80	64	77	241	2.288	10,5%
Calabria	86	64	38	82	270	2.126	12,7%
Sicilia	160	111	39	114	423	2.215	19,1%
Sardegna	73	84	30	104	292	2.404	12,1%
ITALIA	149	85	28	138	400	2.298	17,4%

Fonte: Giudice L et al, 2022

La tabella 3.7. riporta la spesa sanitaria pubblica destinata al privato accreditato a livello regionale nel 2021 suddividendola tra ambito ospedaliero, specialistico, riabilitativo e altro.

Il primo dato osservato è che la spesa SSN utilizzata per acquisti dal privato accreditato è il 17,4% della spesa pubblica, in aumento di 0,4% rispetto al 2020 (Giudice et al,2022).

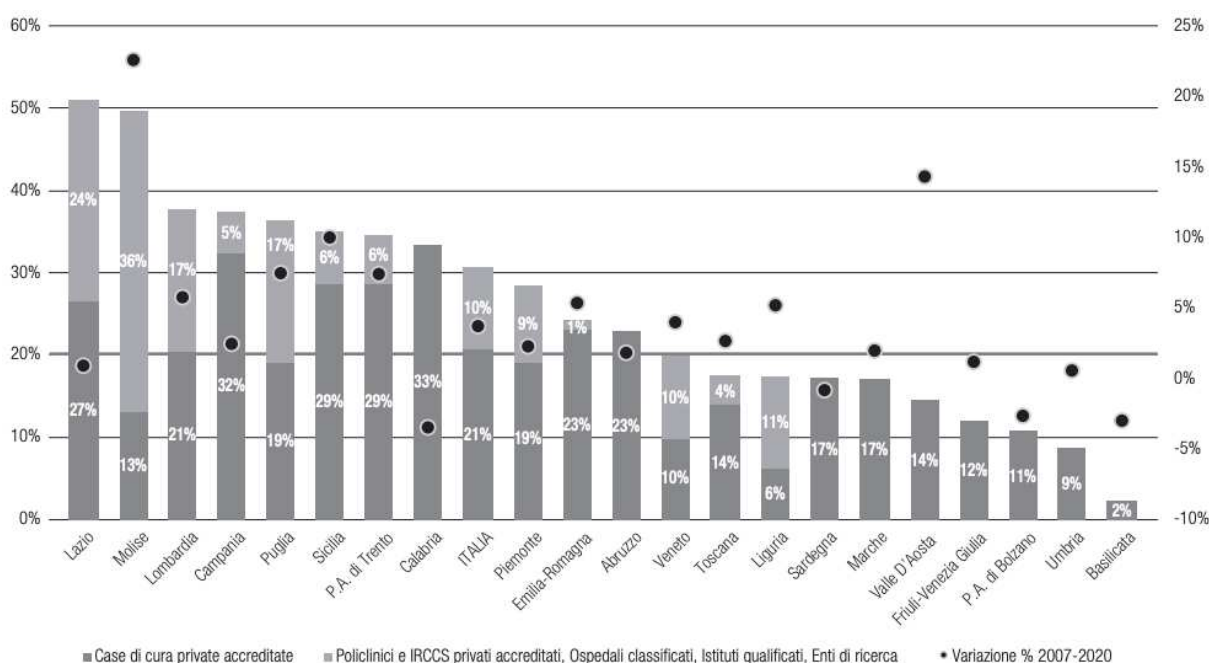
L'incidenza a livello regionale è variabile: da circa il 20% della Lombardia, Lazio, Molise e Campania, a inferiore al 10% in Val d'Aosta, Friulia Venezia Giulia e Umbria.

A livello nazionale l'ambito ospedaliero utilizza circa il 37% della spesa destinata al privato accreditato, l'ambito specialistico il 21% e quello riabilitativo il 7%. Ciò che è rilevante sottolineare sotto questo punto di vista è che ogni Regione, in base alla propria organizzazione, varia questa allocazione: per esempio in Veneto, l'ambito riabilitativo è quasi interamente svolto dalla componente pubblica, lasciando al privato accreditato poca attività.

Si può dedurre ancora una volta come, al giorno d'oggi, l'attività sanitaria sia incentrata su un modello di pianificazione e produzione delle cure ibrido tra componente privata e pubblica.

Andando ora nello specifico, sia andranno a riportate due immagini che sintetizzano l'offerta ospedaliera e l'offerta privata a livello regionale del privato accreditato.

Figura 3.8. Incidenza PL privati accreditati per regione e tipo di erogatore privato accreditato, 2020 (asse sx) e variazione 2007-2020 (asse dx)



Fonte: Giudice L et al, 2022

A livello ospedaliero, il privato accreditato detiene il 31% dei PL (Posti Letto) disponibili nelle strutture nazionali, di cui il 68% sono case di cura accreditate, mentre il restante 32% si divide tra IRCCS, Policlinici Universitari e ospedali classificati (Giudice et al, 2022).

Ciò che utile ribadire e osservare dalla figura 3.8. è come il ruolo del privato accreditato nei sistemi di offerta del SSR dipende dalle scelte di configurazione dell’offerta sanitaria a livello regionale (Giudice et al, 2022). L’ultima particolarità rilevante dalla figura 3.8 è come, data la contrazione della spesa pubblica intervenuta negli anni, il peso del privato accreditato è in media aumentato di 3.6 punti percentuali, visto che la sua riduzione è stata meno rilevante della diminuzione della componente pubblica. Unica eccezione è la Calabria, giustificata però dal fatto che è stata assoggettata a “Piano di Rientro” e la componente privata accreditata è stata diminuita di molto (Giudice et al, 2022).

Una particolare riflessione deve essere fatta, invece, dal lato dell’offerta territoriale del privato accreditato.

Tabella 3.8. Presenza di strutture territoriali e peso degli erogatori privati accreditati, per regione (1998-2020)

Regioni	Ambulatori e Laboratori			Strutture residenziali			Strutture semiresidenziali			Altri tipi di strutture territoriali			Totale strutture territoriali		
	Totale strutture	% Ambulatori e Laboratori privati accreditati		Totale strutture	% Strutture residenziali private accreditate		Totale strutture	% strutture semiresidenziali private accreditate		Totale strutture	% altre strutture private accreditate		Totale strutture territoriali	% totale strutture territoriali private accreditate	
	2020	1998	2020	2020	1998	2020	2020	1998	2020	2020	1998	2020	2020	1998	2020
Piemonte	380	22,1%	22%	1.298	57,3%	90%	234	42,1%	80%	358	2,1%	5%	2.270	23,9%	64%
Valle d’Aosta	8	21,4%	75%	21	1,9%	90%	2	–	100%	26	0,0%	4%	57	4,2%	49%
Lombardia	640	40,9%	62%	1.483	68,1%	90%	733	40,8%	83%	687	1,6%	18%	3.543	34,0%	70%
P.A. di Bolzano	57	16,8%	47%	101	52,2%	89%	9	–	33%	82	1,6%	27%	249	16,4%	57%
P.A. di Trento	51	17,5%	57%	100	20,0%	81%	48	0,0%	85%	40	0,0%	18%	239	15,1%	66%
Veneto	436	46,4%	49%	877	51,2%	87%	536	43,3%	75%	530	20,9%	25%	2.379	38,9%	64%
Friuli-Venezia Giulia	96	23,8%	39%	194	45,3%	59%	88	7,7%	58%	104	4,3%	7%	482	24,4%	43%
Liguria	334	30,9%	19%	315	57,1%	89%	65	7,1%	69%	125	0,0%	5%	839	25,5%	47%
Emilia-Romagna	525	31,2%	37%	901	46,6%	87%	546	31,6%	89%	658	5,6%	5%	2.630	31,2%	57%
Toscana	578	35,9%	35%	581	49,8%	70%	248	12,4%	50%	430	6,9%	6%	1.837	30,3%	41%
Umbria	157	14,6%	22%	192	37,2%	65%	101	0,0%	30%	123	3,0%	4%	573	14,8%	34%
Marche	182	29,6%	66%	287	14,0%	69%	80	13,8%	60%	138	2,0%	5%	687	23,8%	55%
Lazio	766	58,6%	71%	299	37,6%	79%	82	0,0%	17%	429	3,2%	8%	1.576	45,9%	53%
Abruzzo	127	44,4%	49%	90	80,0%	71%	15	100,0%	20%	130	0,0%	2%	362	40,9%	36%
Molise	52	48,8%	75%	24	0,0%	88%	14	0,0%	100%	20	0,0%	5%	110	40,4%	68%
Campania	1.427	73,6%	84%	175	29,9%	62%	94	23,5%	29%	462	2,1%	36%	2.158	65,2%	69%
Puglia	680	47,2%	61%	448	60,0%	94%	184	21,4%	92%	322	0,5%	7%	1.634	38,1%	63%
Basilicata	125	21,5%	37%	48	23,1%	67%	11	100,0%	27%	48	4,2%	15%	232	20,4%	38%
Calabria	404	49,4%	57%	132	45,7%	82%	15	12,5%	40%	161	14,3%	10%	712	45,1%	50%
Sicilia	1.424	72,2%	79%	197	14,6%	61%	66	14,3%	17%	504	2,7%	15%	2.191	61,6%	61%
Sardegna	354	45,7%	57%	95	18,2%	86%	18	7,7%	67%	180	1,0%	6%	647	36,3%	47%
ITALIA	8.803	49,3%	60%	7.858	50,4%	83%	3.189	29,6%	72%	5.557	5,1%	13%	25.407	38,9%	58%

Fonte: Giudice L et al, 2022

La tabella 3.8 infatti, sintetizza la componente strutturale territoriale regionale e di come pesi il privato accreditato su di essa. A livello nazionale il privato accreditato possiede il 58% delle strutture territoriali, ma ciò che è significativo è che se l’analisi si sofferma sulle strutture residenziali e semiresidenziali il peso arriva circa al 77%. È essenziale evidenziare questo dato in quanto l’integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale è uno dei principali obiettivi di politica sanitaria attuale dato l’invecchiamento demografico e l’aumento delle patologie

croniche. Lo stesso PNRR, alla missione 6 (che si analizzerà nel capitolo successivo), ha stanziato circa 7 miliardi di euro per la revisione dell'offerta territoriale (Giudice et al, 2022) ma per attuare ciò, una collaborazione col settore del privato accreditato risulta imprescindibile.

3.3 L'impatto del privato

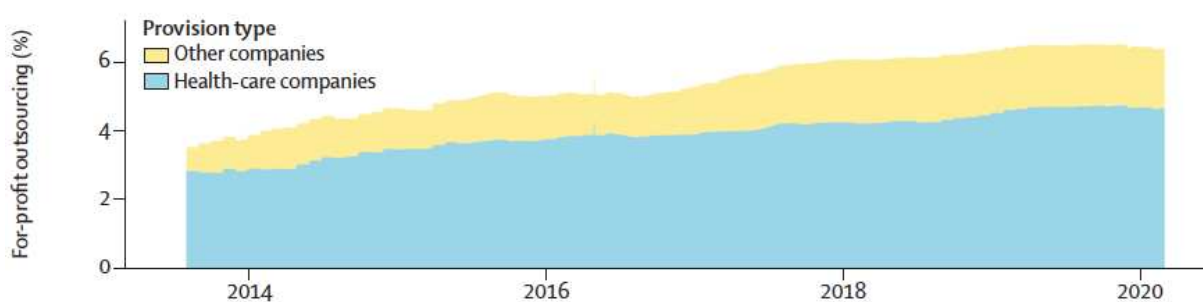
3.3.1 L'impatto nel privato negli esiti di salute: evidenze dal NHS e dal SSN

L'impatto della sanità privata negli esiti di salute della popolazione è un argomento che da sempre viene discusso dagli esperti del settore. Recentemente è tornato prepotentemente alla ribalta a causa di un articolo pubblicato da "The Lancet" relativo appunto allo studio sull'effetto delle esternalizzazioni delle attività sanitarie al privato nel NHS inglese.

Lo studio osservazionale è stato effettuato utilizzando un database contenente contratti di approvvigionamento da 173 CCG del NHS inglese al settore indipendente, dal 2013 al 2020 (Goodair and Reeves, 2022). Questi contratti sono poi stati integrati con la mortalità trattabile con intervento medico a livello locale evidenziando la qualità dei servizi sanitari.

I risultati hanno evidenziato un aumento dell'outsourcing a scopo di lucro dal 2013 al 2020 in Inghilterra e, come è rappresentato dalla figura 3.9., la maggior parte di questo outsourcing ha riguardato aziende sanitarie.

Figura 3.9. A 365-day rolling average of total commissioning expenditure received by for-profit companies



Fonte: Goodair B, Reeves A, 2022

Dalle osservazioni effettuate, dal 2013 al 2020 la spesa per outsourcing del NHS è stata di circa 11,5 miliardi di sterline (Goodair, Reeves, 2022).

Attraverso un modello statistico, questo aumento di outsourcing è stato analizzato con i tassi di mortalità curabile e ne è emerso che un aumento di un punto percentuale di outsourcing era associato ad una crescita del tasso di mortalità curabile di 0,38% l'anno successivo (Goodair, Reeves, 2022). Attraverso una regressione è stato poi calcolato come mediamente lo 0,29% di questo aumento era collegabile all'outsourcing.

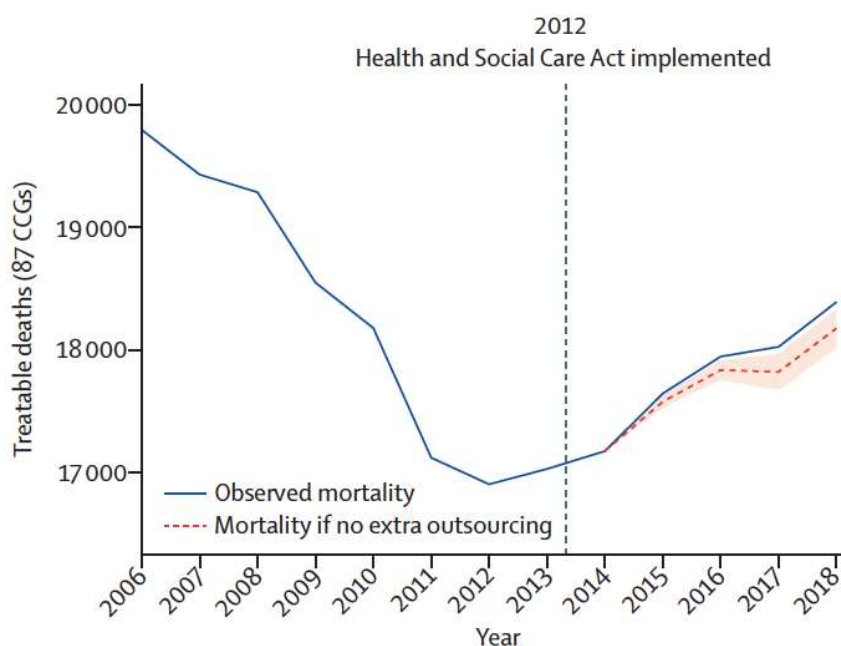
Calcolando poi la spesa di outsourcing effettuate dai CCG nel periodo, si è potuto stabilire che 557 morti curabili erano state interessate nei CCG di studio tra il 2013 e il 2020 (Goodair, Reeves, 2022).

La figura 3.10 invece, mostra l'andamento della mortalità curabile in 83 CCG che mostravano coerenza di dati per 5 anni consecutivi. Sulla base del modello statistico è stata effettuata una simulazione di come sarebbe stata la tendenza della mortalità curabile senza il Health and Social Care Act del 2012 che ha aperto la fornitura di attività sanità al libero mercato.

Come si può osservare dall'area in rosa, l'andamento senza esternalizzazione è stato misurato come inferiore a quello realmente vissuto.

Un'ulteriore indagine statistica sul modello ha evidenziato come l'associazione tra l'outsourcing e mortalità trattabile non sia imputabile ai risultati di salute dell'utenza, quanto piuttosto alla qualità del servizio sanitario (Goodair, Reeves, 2022).

Figura 3.10. Treatable deaths from 2006 to 2018



Fonte: Goodair B, Reeves A, 2022

Le analisi conclusive dello studio portano a considerare due principali motivi per cui l'esternalizzazione possa essere causa dell'aumento della mortalità:

1. i fornitori indipendenti che vincono i contratti dal NHS erogano uno standard qualitativo inferiore in quanto, perseguendo di principio uno scopo lucrativo, tendono a tagliare i costi in maniera più consistente del NHS, andando a incidere su personale, linee guida, best practice;
2. l'aumento della concorrenza porta ad una selezione, da parte del fornitore indipendente, dei casi più semplici e profittevoli, lasciando al sistema pubblico i casi più complessi e

dispendiosi generando una pressione intensificata su tutto il sistema sanitario (Goodair, Reeves, 2022).

Allo stesso modo nel SSN italiano, uno studio effettuato nel 2013 ha analizzato l’impatto della spesa pubblica e privata nei tassi di mortalità curabile a livello regionale dal 1993 al 2003.

Tabella 3.9. Associations of V100 per capita additional public and private healthcare delivery expenditure with amenable and non-amenable mortality rates, Italy, 19 regions, 1993 e 2003

	Amenable mortality	Non-amenable mortality
€100 per capita additional public delivery	-1.47%** (0.43)	0.19% (1.16)
€100 per capita additional private delivery	0.47% (0.79)	2.16% (1.82)
Region-years	209	209
R ² -within region	0.947	0.546

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001.

Robust standard errors in parentheses clustered by region to reflect non-independence of sampling. Statistical β -coefficients presented as semi-elasticities. Models also control for time trends and region-specific fixed effects.

Fonte: Quercioli et al, 2013

I risultati dello studio effettuato sul SSN italiano, riportati nella tabella sopra stante, sono simili a quelli precedentemente esposti.

Si è osservato come un aumento di € 100 di spesa pubblica portino a un decremento della mortalità evitabile di 1,47 punti percentuali; al contrario la spesa privata non ha avuto valori significativamente rilevanti nella diminuzione della mortalità evitabile (Quercioli et al, 2013). Questo studio inoltre non associava direttamente alla fornitura privata l’aumento della mortalità evitabile, ma indirettamente in quanto il finanziamento privato andava a sottrarre risorse al sistema pubblico, il quale invece è stato statisticamente provato avere benefici relativamente all’aumento della mortalità evitabile (Quercioli et al, 2013).

3.3.2 L’impatto del privato nel sistema generale di finanziamento della spesa: l’aspetto fiscale nel SSN

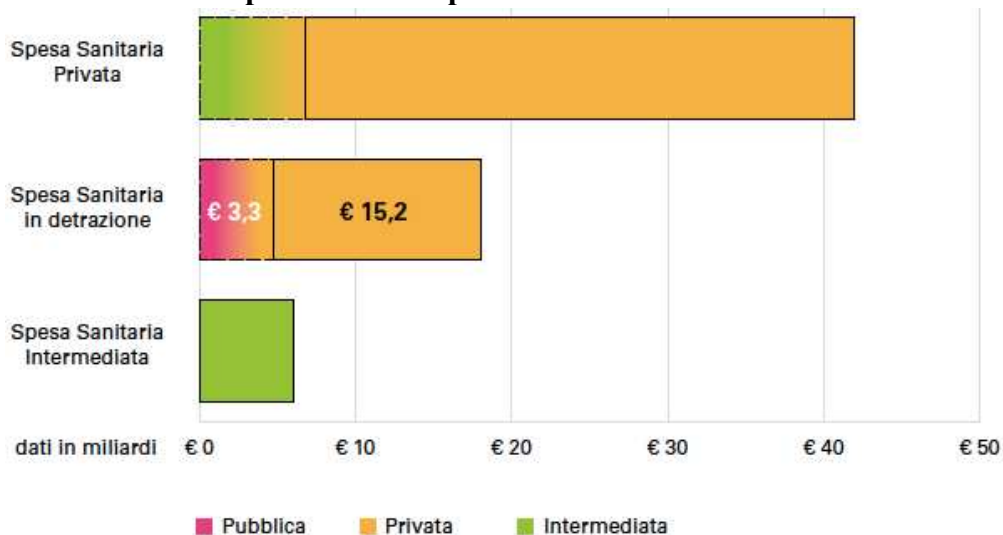
Il presente paragrafo esporrà un approfondimento dell’aspetto fiscale della sanità privata nel SSN italiano o più nello specifico il confronto tra l’approccio fiscale della spesa sanitaria “out of pocket” e quello relativo alla spesa “intermediata” da fondi integrativi.

Il Testo Unico delle Imposte sul Reddito (TUIR), all’articolo 15, comma 1, lettera c dichiara che ciascun cittadino può portare in detrazione dalla propria imposta lorda il 19% delle spese sanitarie eccedenti € 129,11 e senza un tetto limite.

Nel 2021 il 62,16% della spesa detraibile era riferita a detrazioni per spese sanitarie e interessava il 41% della popolazione (RBM-CENSIS, 2021).

La figura 3.11 mostra come nel 2018 la spesa portata in detrazione era di 18,5 miliardi di euro, di cui 3,3 per ticket sanitari. Dal 2018 al 2021 la spesa portata in detrazione è aumentata del 4,7% (RBM-CENSIS, 2021).

Figura 3.11. Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: quota pubblica e privata della Spesa Sanitaria portata in detrazione anno 2018

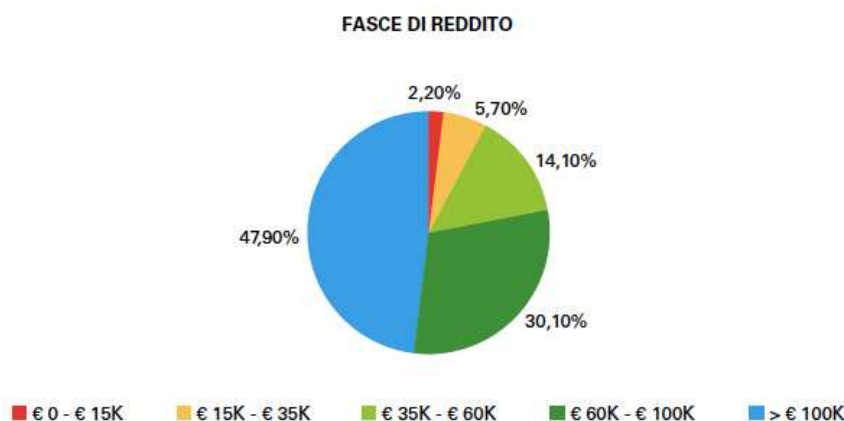


Fonte: RBM-CENSIS, 2021

Lo strumento delle detrazioni fiscali non è influenzato dalla dimensione reddituale di chi ne usufruisce e inoltre opera per qualunque attività sanitaria, sia essa integrativa, complementare o sostitutiva del SSN (RBM-CENSIS, 2021).

Tale meccanismo così strutturato, produce un effetto negativo sia da un punto di vista redistributivo che sociale; infatti, l'80% del costo sostenuto dai cittadini attraverso la Finanza Pubblica per il finanziamento delle detrazioni sanitarie è beneficiato da percettori di reddito superiore a € 60.000. (RBM-CENSIS, 2021). Il Grafico 3.12 evidenzia quanto appena affermato.

Figura 3.12. Distribuzione delle detrazioni sanitarie per fascia di reddito



Fonte: RBM-CENSIS, 2021

Altro aspetto rilevante relativo al meccanismo delle detrazioni sanitarie è la capacità di evasione/elusione fiscale intrinseca nel meccanismo. Infatti, la percentuale del 19% di detrazione lascia ampio margine di operazioni di sconto da parte del professionista che emettono la fattura, non garantendo un adeguato conflitto di interessi tra le parti (RBM-CENSIS, 2021). Nel 2017 è stato stimato che circa il 23% della spesa sanitaria privata nel SSN è a rischio di elusione/evasione fiscale (RBM-CENSIS, 2021).

Anche per la Sanità Integrativa è stato prevista dal legislatore una politica fiscale agevolativa; tuttavia, è utile, in premessa, evidenziare come in Italia sia possibile classificare due tipologie di fondi inerenti alla Sanità Integrativa:

1. i fondi di tipo A ovvero fondi integrativi che erogano prestazioni non comprese nei LEA;
2. i fondi di tipo B, comprendenti contributi versati dal datore di lavoro o dal lavoratore ad enti, casse, e società di mutuo soccorso, che erogano prestazioni anche sostitutive del SSN (Marenzi et al, 2019).

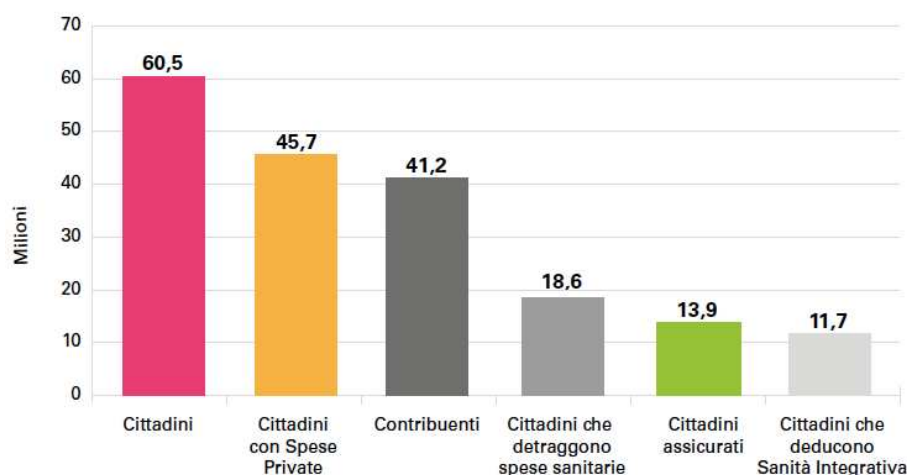
I contributi versati a fondi di tipo A sono deducibili dal reddito imponibile fino a € 3.615,20 a prescindere dal tipo di reddito e dalla modalità di adesione al fondo (Marenzi et al, 2019).

I contributi versati a fondi di tipo B invece, sono deducibili fino a € 3.615,20 ma solo se i fondi riservino almeno il 20% dei premi riscossi a prestazioni integrative (e quindi non sostitutive) del SSN (Marenzi et al, 2019).

Nel 2021 le prestazioni sanitarie integrative portate in deduzione risultavano il 3,84% della spesa deducibile totale (RBM-CENSIS, 2021).

A sintesi si riporta, nella figura 3.13., l'utilizzo delle agevolazioni fiscali sanitarie nel 2017 da parte della popolazione italiana. Si può osservare come su 60,5 milioni di cittadini, 45,7 hanno speso nella sanità privata e, di questi, 18,6 contribuenti hanno usufruito delle detrazioni fiscali mentre 11,7 milioni della deduzione per fondi integrativi.

Figura 3.13. Sistemi di gestione della Spesa Sanitaria Privata: cittadini e Spesa Sanitaria anno 2017



Fonte: RBM-CENSIS, 2021

A livello di costo della Finanza Pubblica e beneficio del cittadino, la tabella 3.9 dimostra come il vantaggio pro-capite dell'approccio fiscale della Sanità Integrativa è circa il 55%.

Tabella 3.9. Detrazioni Spese Sanitarie Private vs Deduzioni Sanità Integrativa

	DETRAZIONI	DEDUZIONI	
CITTADINI	18.618.648	11.741.914	
SPESA SANITARIA INTERCETTATA	€ 18.521.544.000	€ 6.355.298.254	
COSTI	€ 3.519.093.360	€ 1.366.989.285	
BENEFICIO FISCALE PRO CAPITE (DETRAENTI/ASSICURATI)	€ 85,39	€ 116,42	
VANTAGGIO MEDIO PRO CAPITE (CITTADINI)	€ 58,18	€ 105,07	MAGGIORE VANTAGGIO PRO CAPITE SANITÀ INTEGRATIVA
			55,37%

Fonte: RBM-CENSIS, 2021

Secondo questa analisi condotta da RBM quindi, il meccanismo delle detrazioni fiscali si mostra regressivo, diseguale e costoso rispetto all'approccio della Sanità Integrativa in quanto risulta un meccanismo generalizzato che non associa il bisogno di integrazione delle cure del SSN con il sostegno al reddito del cittadino (RBM-CENSIS, 2021).

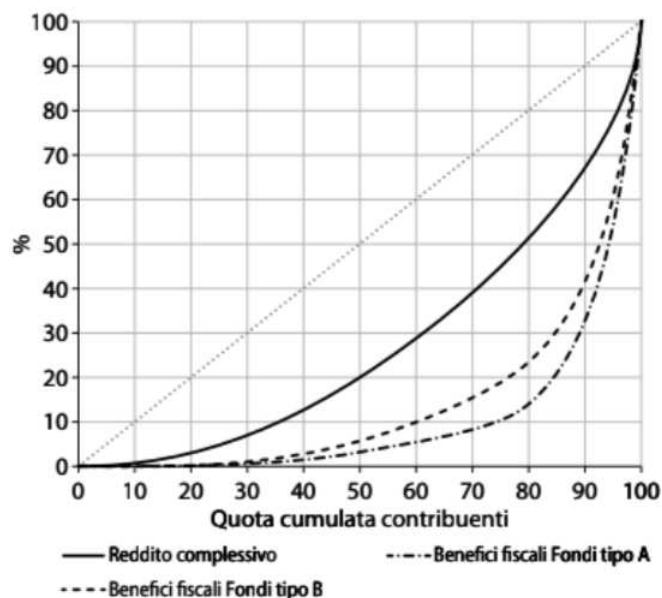
È quindi la Sanità Integrativa, così come regolamentata al giorno d'oggi, lo strumento più equo e paritario a supporto del SSN per ridurre la pressione riducendo i consumi pubblici e sui bilanci familiari riducendo i pagamenti "out of pocket"? Evidenze empiriche hanno evidenziato una risposta negativa al soprastante quesito. In particolare, uno studio recente relativo agli effetti dei benefici fiscali della sanità integrativa evidenzia come l'attuale politica fiscale risulti altamente regressiva (Marenzi et al, 2019).

L'analisi evidenzia come nel 2016 il 65% dei contributi versati dagli assicurati è stato finanziato dalla finanza pubblica attraverso l'agevolazione fiscale; tuttavia, da questo meccanismo agevolativo restano esclusi coloro che non lavorano, che lavorano per aziende che non ha aderito a forme di sanità integrativa e chi non può materialmente non ha un reddito tale permettersi di versare i contributi integrativi (Marenzi et al, 2019).

La figura 3.14. sulle curve di Lorenz nella pagina seguente evidenzia come solo il 15% dei benefici del fondo di tipo A e il 25% del tipo B siano usufruiti dall'80% più povero della popolazione nel 2016 (Marenzi et al, 2019). Questo perché il meccanismo riflette il fatto che il sistema fiscale italiano è caratterizzato da contribuzione media e aliquote marginali sempre crescenti, che fanno sì che all'aumentare del reddito, aumenti il beneficio fiscale (Marenzi et al, 2021).

I medesimi autori hanno dimostrato anche come l'elasticità media al reddito dei benefici fiscali è ampiamente sopra l'uno in entrambi i fondi, indice di un forte effetto regressivo e confermano quindi quanto già evidenziato nello studio del 2019 (Marenzi et al, 2021).

Figura 3.14. Curve di Lorenz e di concentrazione del reddito complessivo e dei benefici fiscali anno 2016



Fonte: Marenzi et al, 2019

In quest'ottica una valutazione del policy making sull'attuale impostazione del meccanismo dei benefici fiscali risulta più che mai necessaria, a fronte della difficoltà di reperimento delle risorse pubbliche a sostegno della sanità collettiva e di un'importante disuguaglianza sociale non facente parte del SSN. In relazione a quest'ultimo aspetto, a titolo esemplificativo, la trasformazione della deduzione attuale, dei contributi della sanità integrativa, in credito d'imposta del 19% con soglia massima di € 3.615,20 contributi annui, comporterebbe una riduzione degli indici di concentrazione in entrambi i fondi e renderebbe più trasparente lo strumento, essendo i crediti d'imposta visibili nelle dichiarazioni dei redditi (Marenzi et al, 2021).

Esaminati questi aspetti peculiari riguardanti il ruolo e l'impatto del privato in sanità, il quesito che sorge è se effettivamente il privato debba essere mantenuto nell'attuale organizzazione dei sistemi Beveridge o se esso stesso vada a minare i principi fondanti del sistema sanitario universalistico.

Le due alternative dibattute nel settore sono se effettivamente il privato debba in qualche modo essere "eliminato" dalla sanità o se, dato il suo peso attuale, debba essere regolamentato e "aggiustato" nell'insieme del SSN.

Chi sostiene la prima alternativa pone sul piatto il fatto che le evidenze scientifiche dell'impatto negativo del privato sugli esiti di salute non possano non essere ascoltate e valute (Maffei,

2023); chi sostiene la seconda ipotesi afferma invece che il privato nei SSN si sia insediato in quegli ambiti esclusi dalla copertura pubblica (ad esempio nell'ambito sociosanitario e cure lungo termine in Italia) e che a livello di assistenza territoriale sia talmente radicato da essere impossibile una sua eliminazione (Maffei, 2023).

Ciò che è chiaro, data le attuali organizzazioni nei sistemi sanitari italiano ed inglese, è che una radicale fuoriuscita del privato comporterebbe una serie di lacune nella copertura e fornitura di servizi in quegli ambiti “emergenti e urgenti”, dato l'invecchiamento e i nuovi bisogni a lungo termine della popolazione.

In coerenza con la seconda ipotesi analizzata in precedenza e nell'ottica della nuova visione “ibrida” del sistema sanitario, ciò che è auspicabile dal policy making è una regolamentazione del rapporto privato-pubblico andando ad “aggiustare” quelle dinamiche che sono lesive alla qualità dell'assistenza come il fatto di lasciare al privato accreditato la scelta se operare determinati servizi in regime privato o accreditato, con logiche di profitto sottostanti o ancora le politiche fiscali che di fatto incentivano la spesa privata ma a discapito delle risorse destinate al sistema pubblico.

Il privato deve essere una risorsa nel sistema sanitario, che nonostante debba soddisfare gli azionisti privati, deve rientrare in una logica pubblica, di garanzia della finalità collettiva (Polillo e Tognetti, 2023). Ciò che è essenziale è ridisegnare la governance del rapporto pubblico-privato con un sistema di controllo, valutazione e di valorizzazione che enfatizzi le sinergie ampliando i benefici garantiti da ogni attore in gioco nell'ottica di un sistema sanitario universalistico post-moderno che mantenga i suoi principi fondanti (Polillo e Tognetti, 2023).

CAPITOLO 4

ANALISI COMPARATIVA E PROSPETTIVE DI SSN E NHS

4.1 SSN e NHS a confronto: valutazione dei due sistemi sanitari

Esaminati i due sistemi sanitari, ovvero il NHS inglese e il SSN italiano, il presente paragrafo andrà ad analizzare le principali valutazioni effettuate dagli studiosi relativamente al modello globale di ciascun sistema sanitario; in particolare rispetto a governance, accessibilità, protezione finanziaria, qualità, risultati di salute ed efficienza. Per determinati indicatori dei due sistemi sanitari, ovvero quelli aggiornati al 2020, i valori risultano già influenzati dagli effetti della pandemia Covid – 19 che sarà, tuttavia, approfondita successivamente nel paragrafo 4.2.

4.1.1 Governance del sistema

Per quanto riguarda il SSN, uno dei principali problemi di governance è il rischio di corruzione (De Belvis et al, 2022). È stimato infatti che circa il 13% della corruzione italiana avvenga nel settore sanitario (ANAC, 2019) con una stima di circa 23,6 miliardi di euro relativi a costi di corruzione, inefficienze e sprechi (ISPE Sanità, 2014). Per questo motivo recenti riforme si sono prefissate di abbassare questo rischio, con l’istituzione dell’ANAC (Autorità Nazionale Anti Corruzione) e la pianificazione attraverso il Piano Nazionale Anticorruzione (De Belvis et al, 2022). Per quanto riguarda l’ambito prettamente assistenziale, il governo italiano monitora e valuta l’erogazione del pacchetto essenziale in ogni Regione attraverso il “Comitato permanente dei LEA” con l’aiuto dei dati digitali provenienti dal programma NSIS. Come anticipato, diverse Regioni hanno dovuto sottostare ad un “Piano di rientro” della spesa e attuare per questo politiche di taglio dei costi relativi al personale, ai posti letto e anche ai fornitori privati; ciò ha portato ad alcune prove di esiti negativi di salute (Arcà, Principe e Van Doorslaer, 2020).

Il NHS si discosta dal SSN in quest’ultimo ambito in quanto in Inghilterra e nei Paesi delegati non esiste un pacchetto nazionale di benefici legalmente garantiti (Mason, 2005). Questo elemento e la devoluzione della governance ad ogni Paese costituente il Regno Unito ha portato a importanti differenze tra i vari NHS dei singoli Paesi. Infatti ogni NHS ha ritirato finanziamenti a servizi diversi e in quantità diversa, differenziando l’offerta all’utente (De Belvis et al, 2022). Questo e le lunghe liste di attesa hanno portato anche ad un aumento della spesa privata e al finanziamento del settore privato (Woodcock, 2021).

Analogamente all'Italia, a livello locale la pianificazione e la responsabilità degli ICS difetta di trasparenza, portando a disuguaglianze importanti tra Paesi limitrofi, tanto che a livello territoriale è nata la cosiddetta “lotteria dei codici postali” (De Belvis et al, 2022).

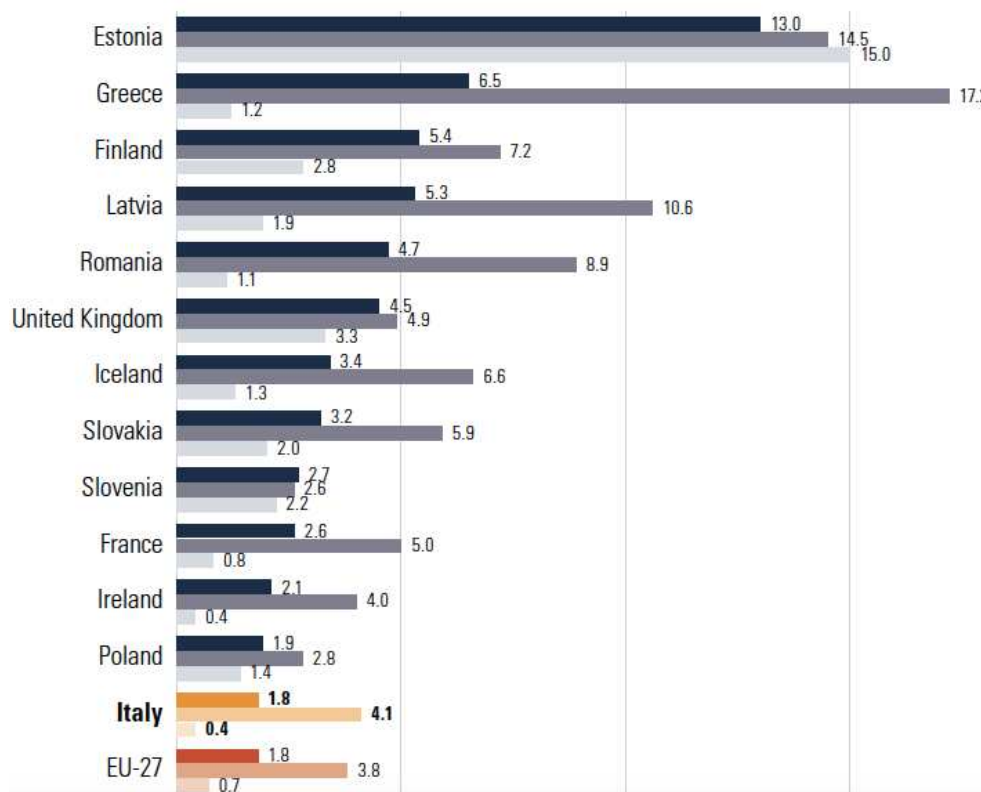
4.1.2 Accessibilità

Il SSN italiano e il NHS, fondandosi sui medesimi principi, garantiscono la copertura universale e gratuita a tutti i residenti legali nei rispettivi territori. Per gli immigrati irregolari, sono assicurate solo le cure di emergenza.

In Italia nel 2017 è stato aggiornato il pacchetto LEA con prestazioni a livello di prevenzione primaria e malattie a lungo termine; tuttavia, diverse Regioni non hanno la capacità finanziaria e professionale per garantire questi servizi aggiuntivi (De Belvis et al, 2022). Ciò ha portato ad un aumento della mobilità interregionale che è passata dal 7% nel 2001 al 8,6% del 2016 (OCSE/Osservatorio europeo sui sistemi e le politiche sanitarie, 2019).

Sia nel NHS che nel SSN un problema grave e importante riguarda i tempi di attesa; infatti, entrambi i sistemi sono sopra la media OCSE relativamente alle visite insoddisfatte.

Figura 4.0. Necessità non soddisfatte di una visita medica (a causa di costi, tempi di attesa o distanza di viaggio), per quintile di reddito, Paesi UE/SEE, 2020 o anno disponibile più vicino



Fonte: Eurostat, 2022d

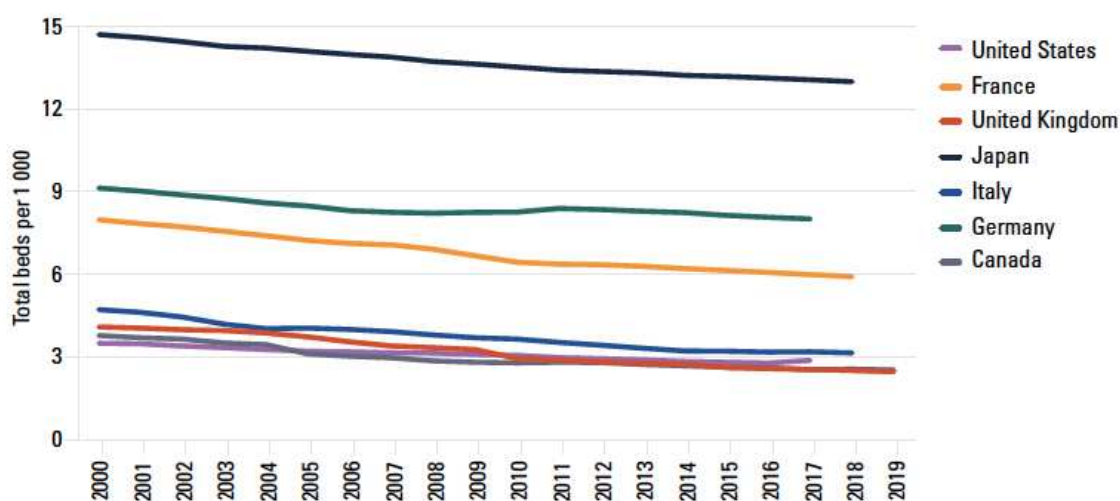
Come si evince dalla figura 4.0, il NHS non riesce a soddisfare il 4,5% delle visite necessarie, contro l'1,8% del SSN italiano e della media OCSE. È utile evidenziare come nel NHS il 4,9%

e nel SSN il 4,1% delle visite insoddisfatte sono appartenenti a famiglie di basso reddito, mentre il 3,3% nel NHS e lo 0,4% nel SSN sono richieste da famiglie ad alto reddito. Le disparità sembrano colpire maggiormente i redditi più bassi e in maniera più elevata nel NHS.

Queste cause fanno sì che sempre più famiglie si rivolgano al privato; nel 2019 infatti il 44% della popolazione italiana si è rivolta direttamente a un privato per una visita, mentre nel NHS la crescita del settore privato è stata del 7% dal 2010 al 2019 (De Belvis et al, 2022).

È utile riportare anche le risorse principali dei due sistemi, già esposte nei paragrafi 1 e 2.

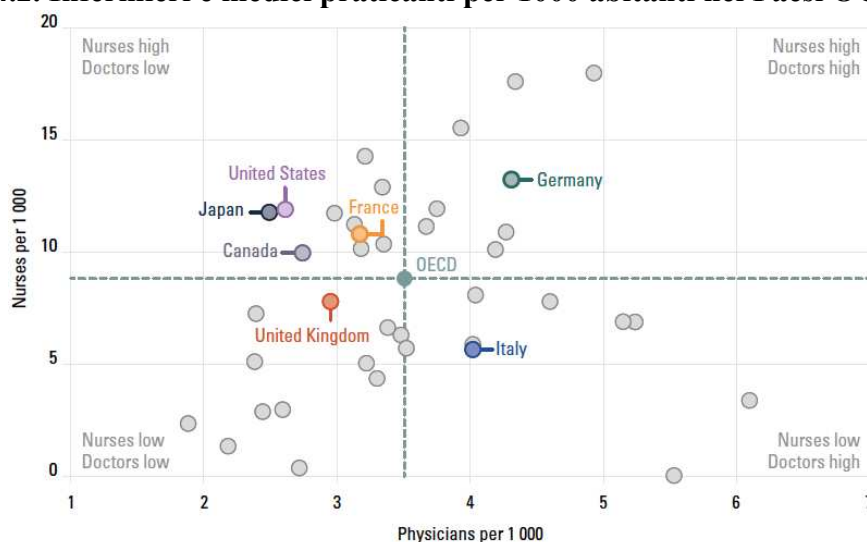
Figura 4.1. Posti letto ospedalieri totali per mille abitanti nel Regno Unito e in Paesi selezionati, 2000-2019



Fonte: OECD, (2021)

I posti letto nei due sistemi sono pressoché identici; infatti, il NHS conta 2,5 posti letto per mille abitanti, contro il 2,6 del SSN nel 2019. La capacità dei due sistemi è quindi identica.

Figura 4.2. Infermieri e medici praticanti per 1000 abitanti nei Paesi OCSE, 2018



Fonte: OECD (2021)

Una differenza di risorse la si trova invece relativamente al numero di medici ed infermieri. Infatti, il NHS conta più infermieri ma meno medici del SSN italiano, comunque entrambe sotto la media OCSE; invece, il SSN italiano ha un numero di medici superiore alla media OCSE, ma conta meno infermieri.

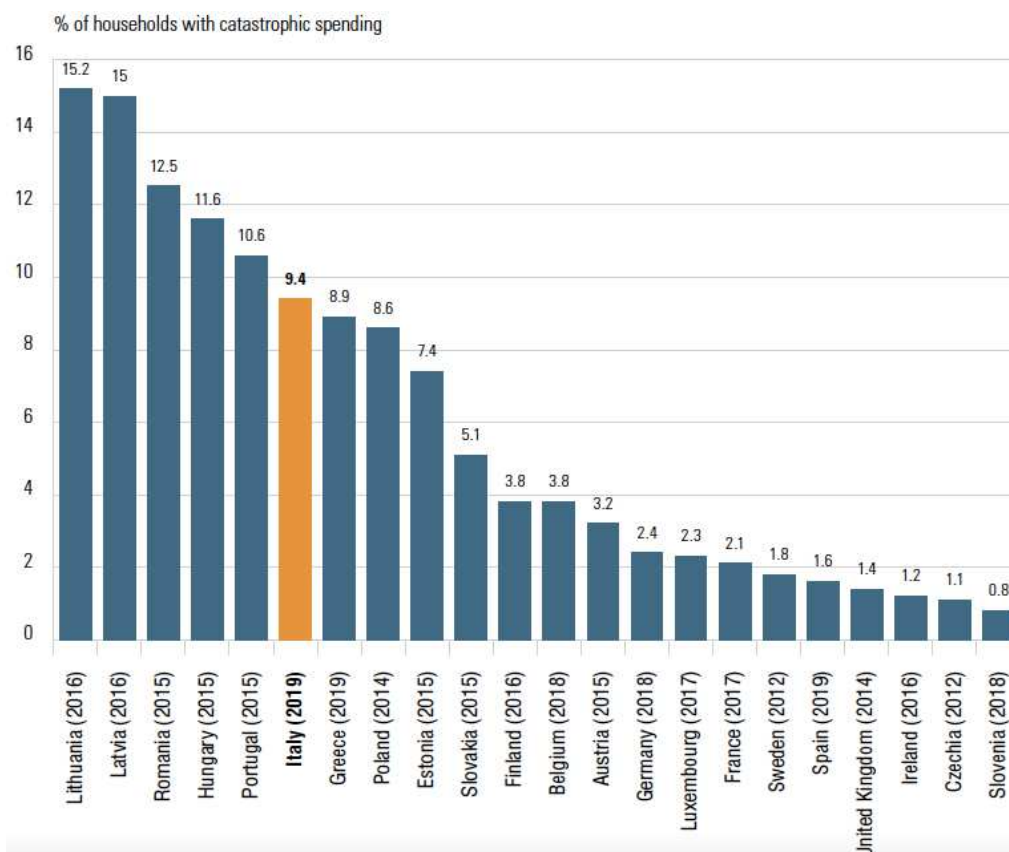
Per quanto riguarda la capacità diagnostica, il NHS si mostra molto al di sotto della media UE, al contrario del SSN, con le 0,07 unità di risonanza magnetica per 100.000 abitanti contro le 2,9 del SSN e l'1,5 della media UE. Per quanto riguarda le attrezzature di Tomografia Computerizzata, il NHS conta 0,09 unità contro le 3,5 del SSN e le 2,4 della media UE nel 2018. Quest'ultimo dato risulta particolarmente significativo rispetto al divario delle visite insoddisfatte dei due Paesi (1,8% del SSN contro il 4,5% del NHS), anche se, come già detto in precedenza, la capacità di imaging nel Regno Unito è in gran parte privata.

4.1.3 Protezione finanziaria

Per quanto relativo alla protezione finanziaria, entrambi i sistemi presentano varie lacune con effetti però notevolmente diversi. Nel NHS generalmente la copertura universale gratuita protegge le famiglie dalle spese mediche; tuttavia, la non copertura delle aree odontoiatriche ha portato disparità di accesso alle cure nei gruppi socioeconomici (Appleby, Merry & Reed, 2017). Anche dal punto di vista sociale il finanziamento pubblico è insufficiente nel caso di copertura dei costi sociali (De Belvis et al, 2022). Nonostante queste lacune, il tasso di spese vive e spese sanitarie catastrofiche è uno dei più bassi in Europa (Wagstaff et al., 2018), come è rappresentato nella figura 4.3.

Il SSN italiano invece possiede un tasso di spese vive e spese sanitarie catastrofiche elevato, pari al 9,4% delle famiglie (De Belvis et al, 2022). Questo dato è assai significativo per stabilire la copertura finanziaria del SSN. Altri dati rafforzano questo concetto: ad esempio, è stato valutato che i tempi di attesa abbiano fatto utilizzare a quasi 8 milioni di persone tutti i risparmi privati o siano dovute ricorrere all'indebitamento per usufruire di assistenza sanitaria privata (De Belvis et al, 2022). Inoltre, 1,8 milioni di persone sono scesi al di sotto della soglia di povertà e sono stati classificati come "impoveriti dalle spese sanitarie" (RBM-CENSIS, 2017).

Figura 4.3. Percentuale di famiglie che hanno subito spese sanitarie catastrofiche, ultimo anno per tutti i Paesi con dati disponibili



Fonte: WHO Regional Office for Europe, 2021b.

4.1.4 Qualità dell'assistenza

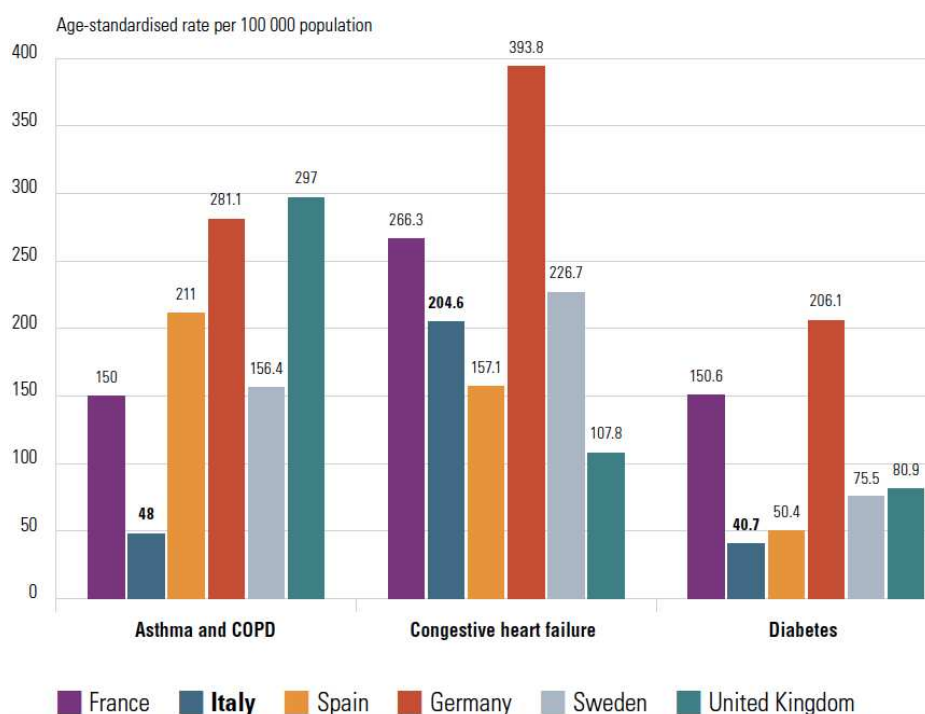
Per quanto relativo alle Cure Primarie, il NHS è da molti studiosi elogiato per la qualità dell'assistenza, specialmente nelle aree nefrologiche e cardiache (Kringos et al., 2013). Tuttavia è carente nell'area respiratoria, dove riporta uno dei tassi di ricovero evitabile più alto.

Il SSN invece riporta risultati diametralmente opposti, ovvero un buon tasso relativamente all'ambito respiratorio e all'ambito nefrologico, ma un alto tasso nell'ambito cardiaco (De Belvis et al, 2022).

Tutti questi dati sono riassunti nella figura 4.4.

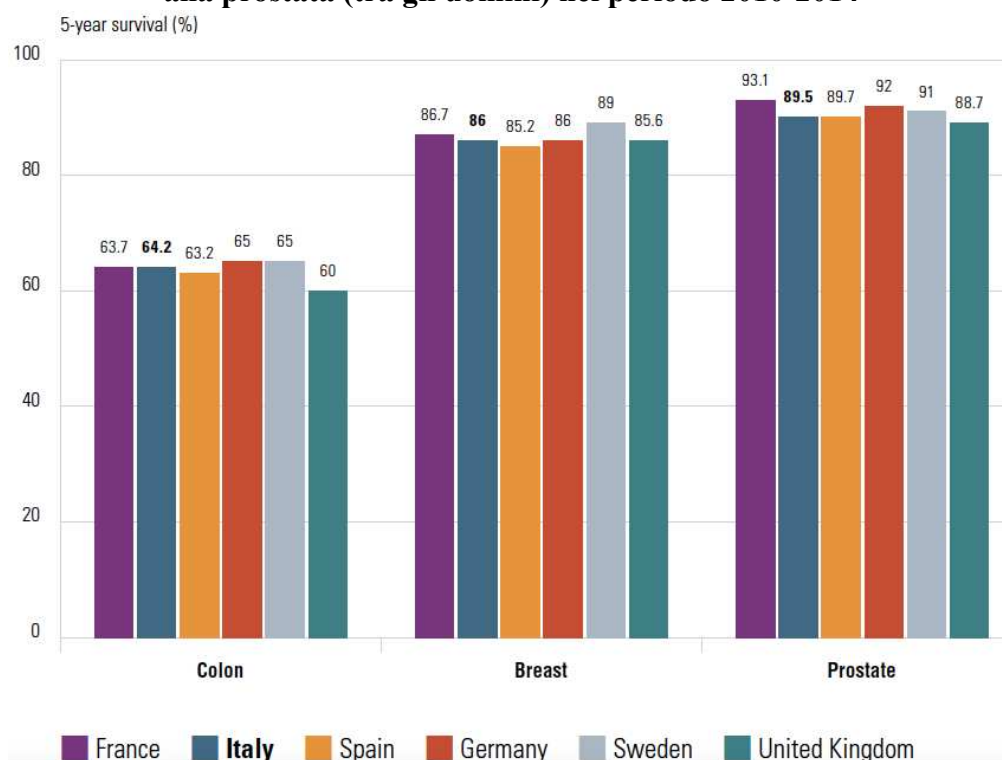
Rimanendo nell'area delle cure primarie, la figura 4.5 rappresenta il tasso di sopravvivenza a 5 anni per cancro al colon, seno e prostrata. Questi indicatori sono importanti per valutare la qualità dell'attività di screening e prevenzione del sistema sanitario. Nonostante la bassa copertura delle attività di screening del SSN (circa il 60% della popolazione target), i tassi di sopravvivenza sono in linea con gli altri stati ad alto reddito, indice di un'efficace e tempestiva attività ospedaliera (De Belvis et al, 2022). Il NHS presenta invece valori lievemente inferiori.

Figura 4.4. Tassi di ricovero ospedaliero evitabili per asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza cardiaca congestizia e complicanze correlate al diabete, 2019



Fonte: OECD Health Statistics 2022d

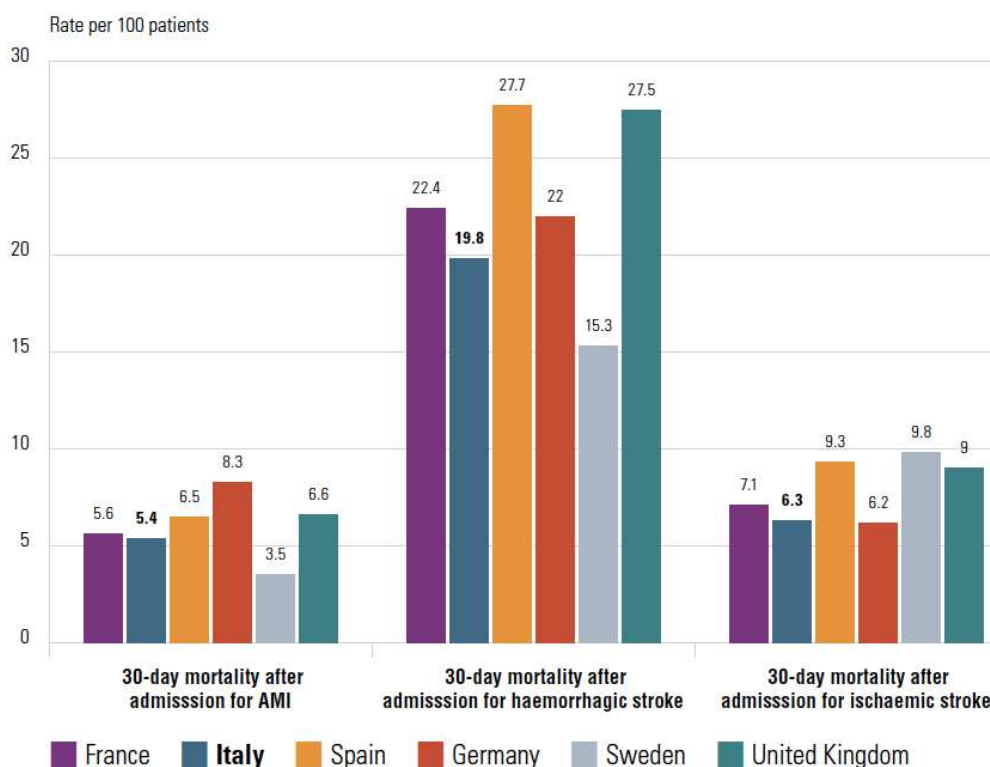
Figura 4.5. Tassi di sopravvivenza a 5 anni per cancro al colon, al seno (tra le donne) e alla prostata (tra gli uomini) nel periodo 2010-2014



Fonte: Allemani et al, 2018

L'ultimo indicatore indagato valuta la qualità delle cure secondarie ed è rappresentato dalla mortalità a 30 giorni a seguito di IMA (Infarto Miocardico Acuto) e Ictus. Il NHS in questa area presenta valori sempre superiori al SSN italiano, sintomo di una performance inferiore, ed è anche per questo che vari audit ed analisi interne sono in atto nel NHS (De Belvis et al, 2022).

Figura 4.6. Tassi di mortalità intraospedaliera (decessi entro 30 giorni dal ricovero) per ricoveri a seguito di infarto miocardico acuto, ictus emorragico e ictus ischemico, Italia e Paesi selezionati, 2019



Fonte: OECD Health Statistics 2022d

4.1.5 Risultati di salute

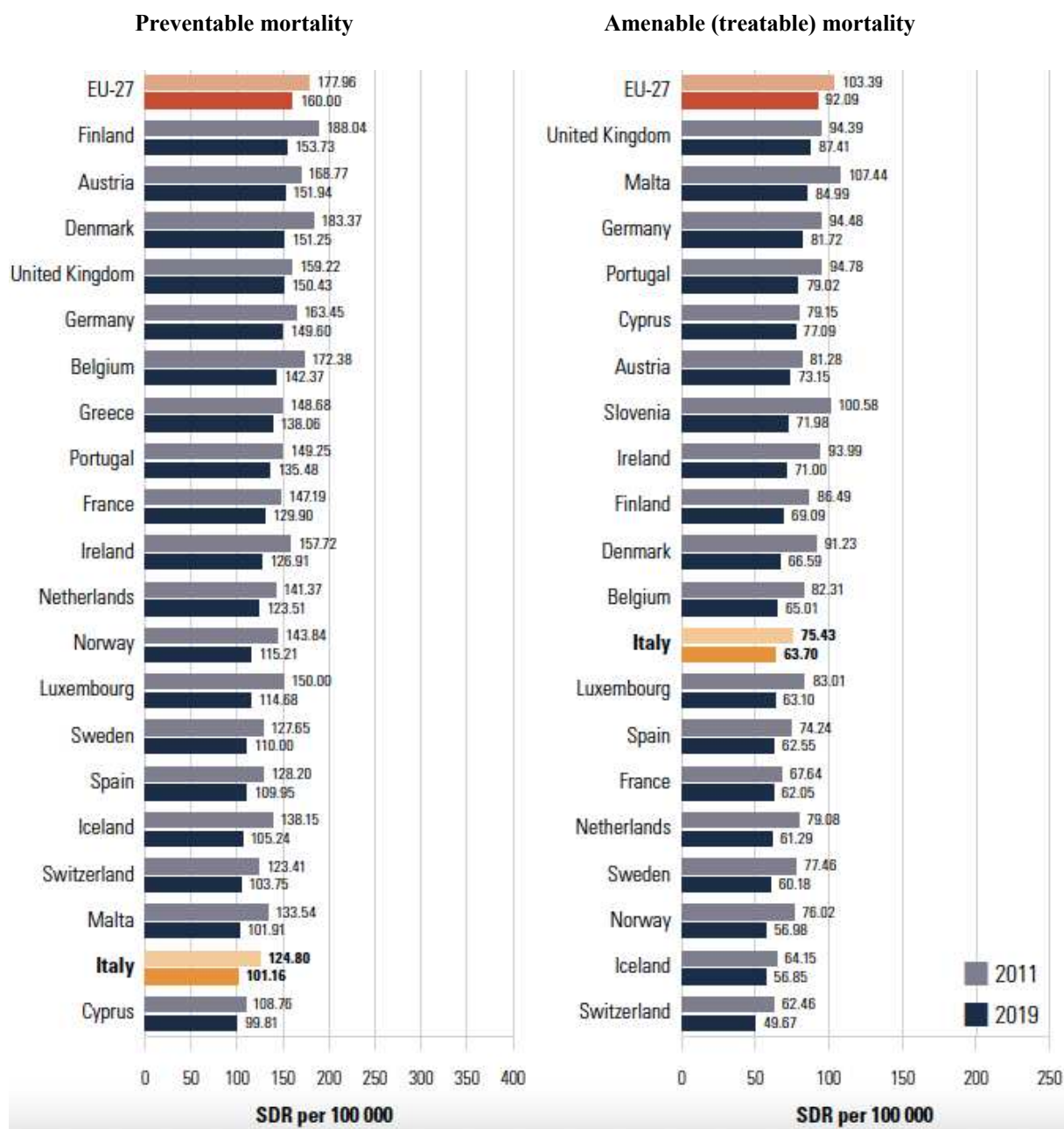
I due principali indicatori che si riportano per quanto riguarda i risultati di salute sono la mortalità prevenibile, ovvero i decessi di persone con meno di 75 anni che potevano essere evitati con politiche di sanità pubblica, e la mortalità trattabile, che invece riguarda i decessi di persone al di sotto dei 75 anni che potevano essere evitate con interventi tempestivi ed efficaci, specialmente al livello di cure secondarie (De Belvis et al, 2022).

Gli indicatori sono rappresentati dalla figura 4.7 nella pagina seguente.

Come possiamo vedere, entrambi i sistemi sanitari hanno migliorato i loro tassi dal 2011 al 2019, conseguenza delle politiche di prevenzione e aumento dell'efficienza delle cure ospedaliere. Da un confronto tra i due sistemi, si nota tuttavia che il SSN è molto più performante del NHS, soprattutto per quanto riguarda la mortalità prevenibile; questo a conseguenza delle politiche di sanità pubblica restrittive attuate dal governo italiano nei primi

anni 2000 come il divieto di fumo indoor e le politiche di contrasto all'abuso di alcool nei giovani (De Belvis et al, 2022).

Figura 4.7. Mortalità prevenibile e trattabile¹, 2011 e 2019



Fonte: Eurostat 2022d

¹ Si definisce “mortalità prevenibile” l’indicatore che misura i casi di morte sotto i 75 anni prevenibili attraverso interventi di prevenzione primaria.

Si definisce “mortalità trattabile” l’indicatore che misura i casi di morte sotto i 75 anni che avrebbero potuto essere evitati grazie a un intervento tempestivo ed efficace del sistema sanitario.

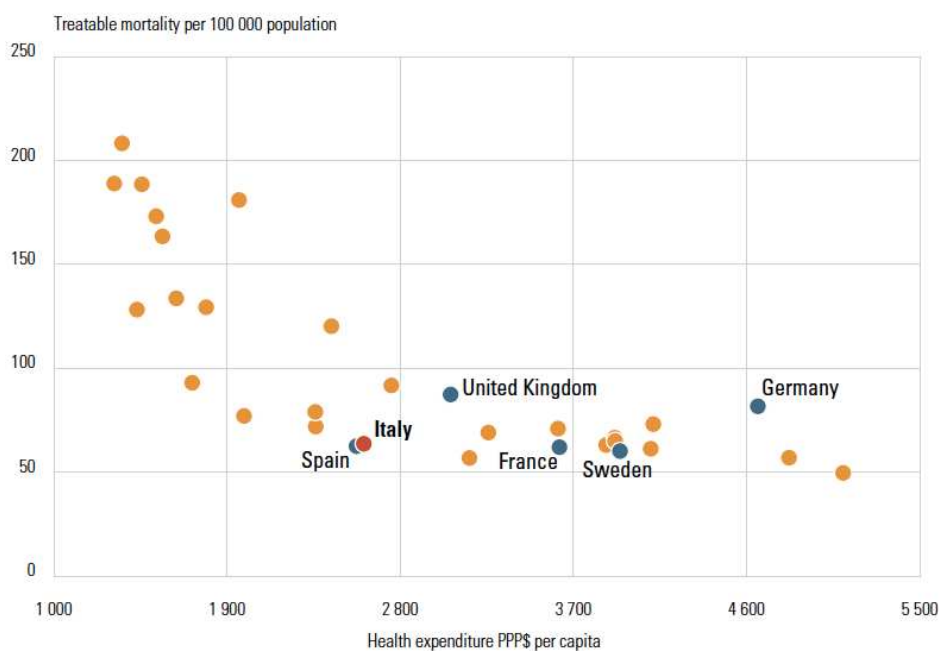
Mortalità prevenibile e mortalità trattabile sono sottoinsiemi dell’indicatore “mortalità evitabile”, ovvero l’indicatore negativo che indica i casi di malattia, disabilità e conseguenti morti che dovrebbero essere considerate prevenibili ed evitabili (Rebba, 2022)

4.1.6 Efficienza del sistema sanitario

L'efficienza del sistema sanitario è comparata attraverso un indicatore che mette in relazione spesa pro-capite e mortalità trattabile; si vanno quindi a correlare gli input del sistema, rappresentati dalla spesa sanitaria, e i loro risultati di salute, rappresentati dalla mortalità trattabile. Dalla figura 4.8. si può notare come il NHS riporta, anche su questo indicatore, livelli di performance inferiori al SSN italiano. Infatti, il NHS, a fronte di una spesa pro-capite maggiore rispetto al SSN, riporta una mortalità trattabile più alta di tutti i Paesi ad alto reddito UE. Il SSN, a fronte di una minor spesa sanitaria, registra una performance migliore rispetto al Regno Unito, al Giappone, alla Francia, alla Germania e agli Stati Uniti (Ricciardi e Tarricone, 2021).

Dal lato del SSN è doveroso riferire che i risultati differiscono, anche di molto, tra le Regioni, creando disuguaglianza di trattamento; inoltre, anni di politiche restrittive hanno portato ad un aumento consistente della spesa privata gravante sui bilanci delle famiglie.

Figura 4.8. Mortalità trattabile per 100.000 abitanti rispetto alla spesa sanitaria pro capite in Italia e in alcuni Paesi, 2019



Fonte: Eurostat 2022d

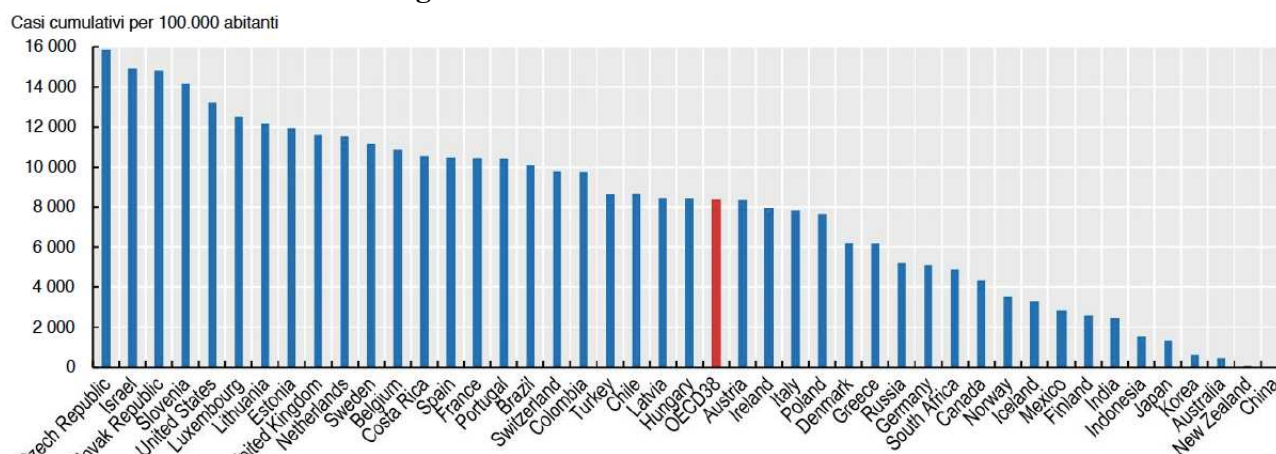
4.2 L'impatto del COVID-19 nei due sistemi

Lo scenario nazionale relativo alla sanità è mutato drasticamente negli ultimi anni con l'avvento della pandemia Covid-19. I sistemi sanitari di tutti i Paesi del mondo hanno subito una pressione altissima e gran parte di loro ha dovuto riorganizzare e ripensare i processi e le risorse destinate al mondo della sanità.

Il SSN italiano e il NHS britannico, quindi, non sono stati esenti dall’impatto distruttivo della pandemia, che non ha solo amplificato i “problemi” già esistenti, come ad esempio le lunghe liste d’attesa, ma ne ha creati di nuovi, come la carenza di vaccini o la scarsa capienza di terapie intensive.

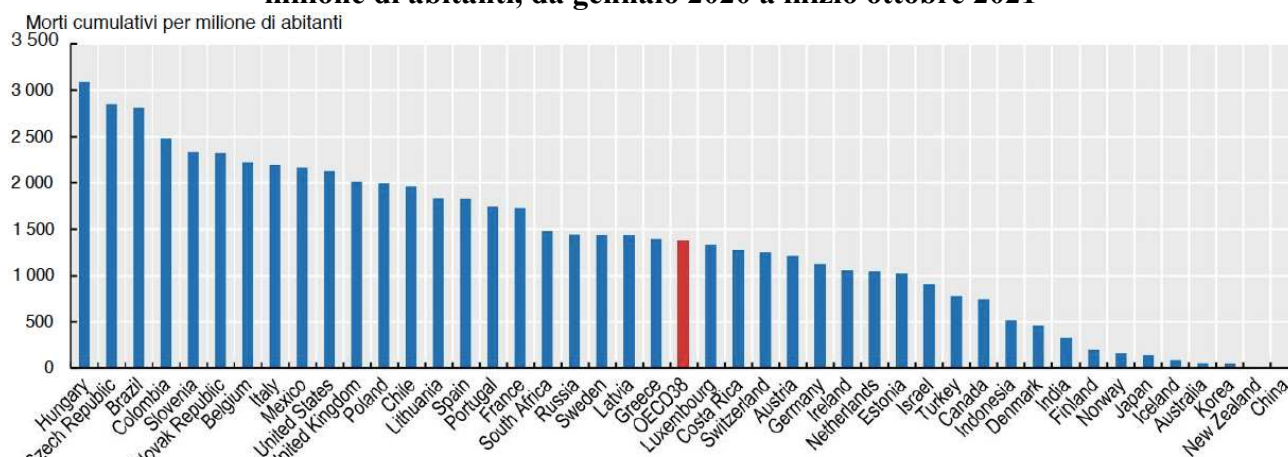
I numeri della pandemia sono talmente tragici da essere la più importante crisi sanitaria globale dalla pandemia influenzale del 1918 (OECD, 2021c). Le figure 4.9 e 4.10 riportano i casi e i decessi confermati per Covid-19.

Figura 4.9. Numero cumulativo di casi di COVID-19 segnalati per 100.000 abitanti, da gennaio 2020 a inizio ottobre 2021



Fonte: OECD, 2021c

Figura 4.10. Numero cumulativo di decessi confermati o sospetti di COVID-19 per milione di abitanti, da gennaio 2020 a inizio ottobre 2021



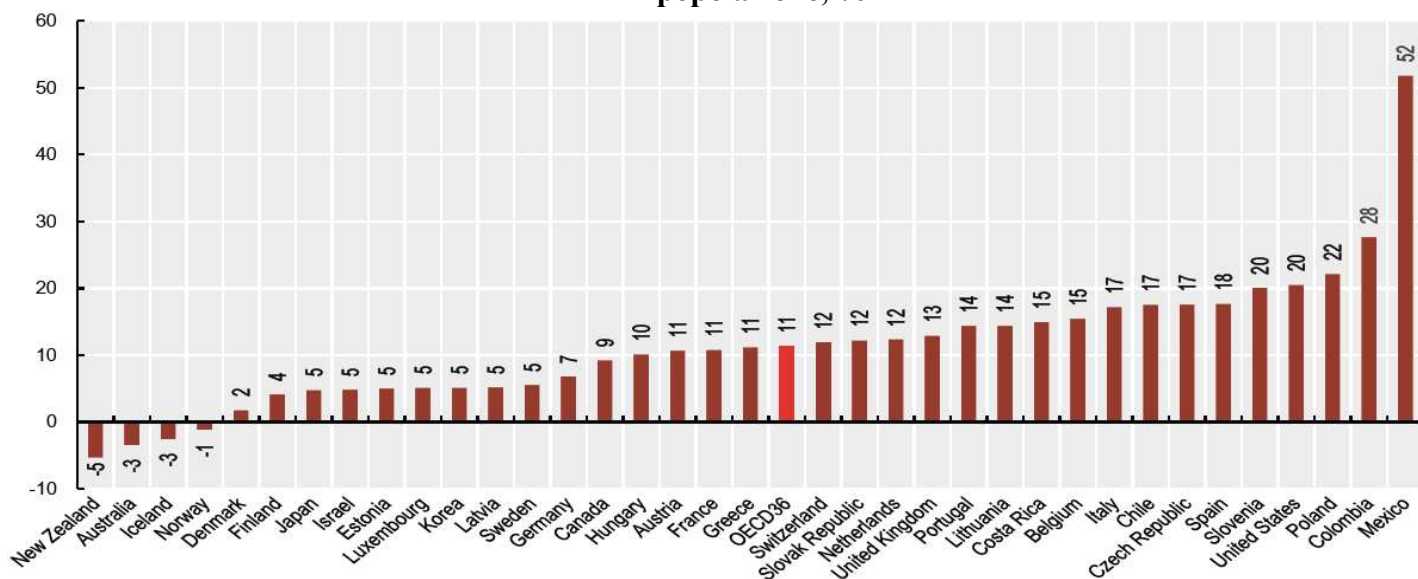
Fonte: OECD, 2021c

Come si osserva dalle due figure, il SSN e l’NHS hanno entrambi numeri “importanti” di casi e decessi. Mentre l’NHS è ampiamente sopra la media in entrambi gli indicatori, in Italia i casi segnalati nel periodo di riferimento sono poco sotto la media OCSE; tuttavia, si conferma come l’ottavo paese per decessi da Covid-19.

Essendo la mortalità da Covid-19 influenzata da diverse modalità di rilevazione effettuate dai singoli paesi selezionati, è più funzionale e significativo studiare l’impatto drastico della

pandemia attraverso l'analisi dell'eccesso di mortalità negli anni Covid rispetto agli anni precedenti. Questo indicatore, infatti, misurando l'eccesso di morti rispetto alla normalità (solitamente alla media dei 5 anni precedenti), in un determinato periodo di tempo è meno influenzato dalla modalità di rilevazione dei decessi di ogni singolo paese e inoltre riesce ad osservare anche i decessi indirettamente collegati al virus (Rebba, 2023b). Sia per il Regno Unito che per l'Italia, l'eccesso di morti nel 2020 è sopra la media OCSE (figura 4.11).

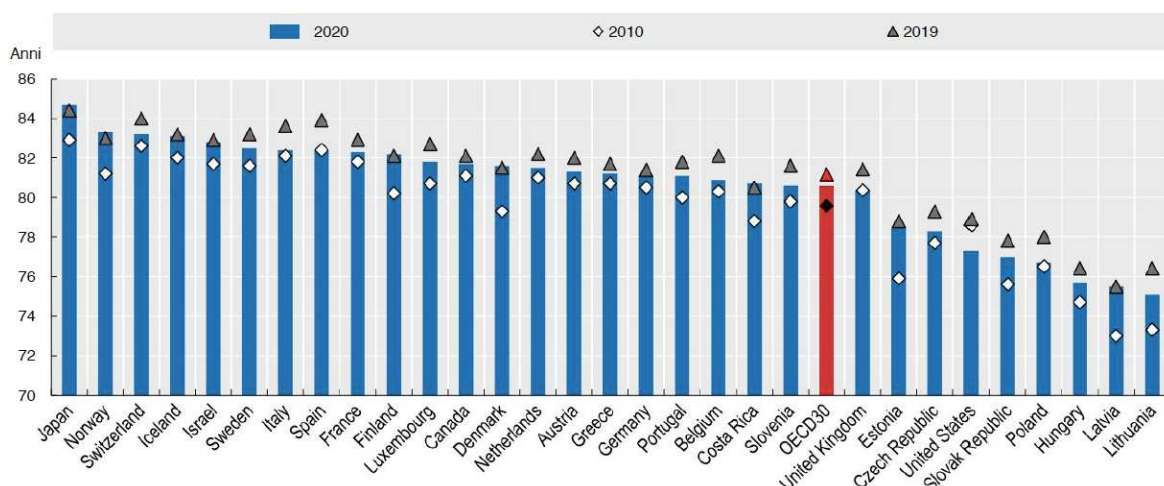
Figura 4.11. Numero totale di decessi nel 2020 rispetto alla media 2015-19, adeguato per popolazione, %



Fonte: Rebba, 2022b

Altro importante indicatore per analizzare l'impatto della pandemia è l'aspettativa di vita; infatti, l'aspettativa di vita in Italia e nel Regno Unito è calata a tal punto da ritornare ai livelli del 2010 (OECD, 2021c). Questa osservazione è evidenziata nella figura 4.12 sottostante.

Figura 4.12. Aspettativa di vita nel 2020, 2019 e 2010, paesi OCSE selezionati

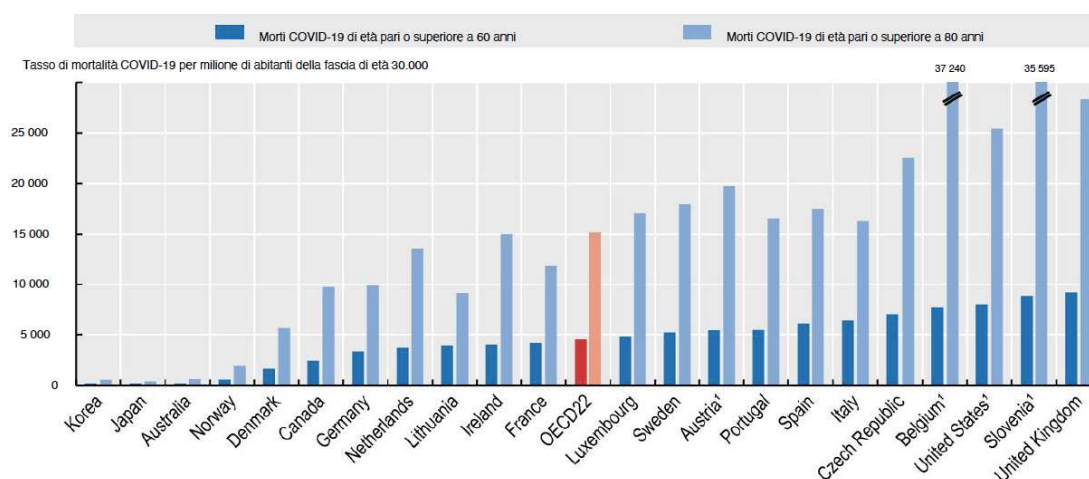


Fonte: OECD, 2021c

Per il Regno Unito il dato preoccupante è che dopo la pandemia l'aspettativa di vita è tornata al di sotto della media OCSE. Per l'Italia invece, nonostante un'importante riduzione, l'aspettativa di vita resta una delle più alte al mondo e al di sopra della media OCSE.

Altro importante dato relativo alle conseguenze della pandemia è l'impatto su differenti fasce di popolazione; infatti, l'età ha rappresentato il più grande fattore di rischio per ammalarsi (si veda figura 4.13) tuttavia, anche le persone più povere e svantaggiate hanno avuto un rischio maggiore di contrarre la malattia, essere ricoverati e morire (OECD, 2021c).

Figura 4.13. Morti confermate o sospette di COVID-19 per milione di abitanti tra i gruppi di popolazione più anziani (fino a maggio 2021)



Fonte: OECD, 2021c

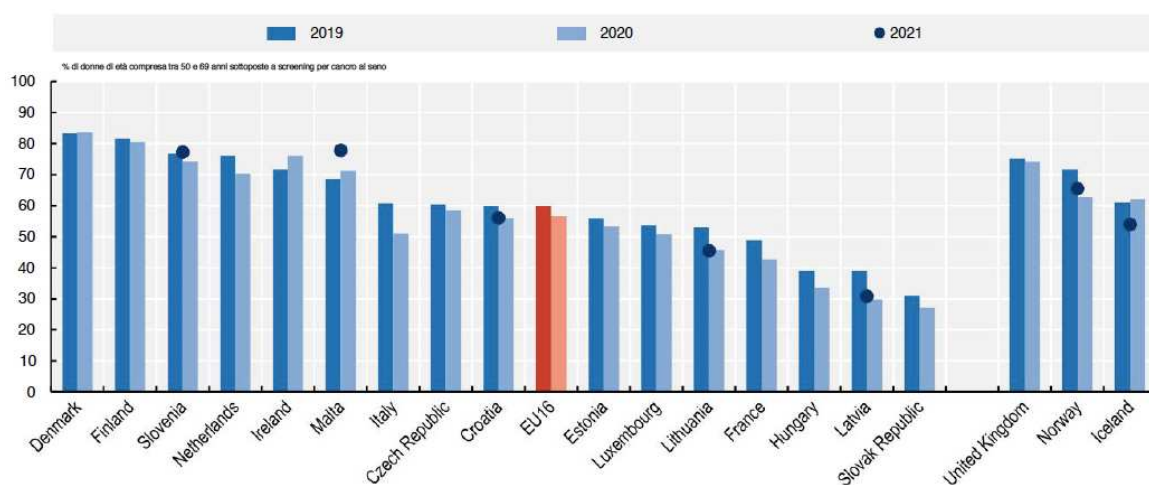
In Italia, il tasso di incidenza del Covid-19 tra il quintile meno indigente e quello più indigente è cresciuto dal 1.14 al 1.47 dopo il lockdown; le persone immigrate da paesi con un indice di sviluppo umano basso avevano 1,39 volte più probabilità di essere ricoverate e 1,32 volte più probabilità di morire (OECD, 2021).

Nel Regno Unito il tasso di mortalità per il virus è stato 2,2 volte più alto nelle aree inglesi più svantaggiate tra marzo e luglio 2020; i maschi africani, infatti, avevano un tasso di mortalità 3,7 volte superiore a quello dei maschi bianchi. Infine, l'eccesso di mortalità è aumentato più drammaticamente tra le persone nate fuori dal Paese rispetto a quelle nate all'interno (OECD, 2021). Tutte queste evidenze dimostrano come la pandemia abbia aumentato ulteriormente le disuguaglianze all'interno della popolazione stessa nonostante i principi di uguaglianza e universalità alla base dei due sistemi sanitari.

A confermare ulteriormente questa affermazione è l'analisi dell'interruzione dell'assistenza non Covid durante la pandemia che evidenzia come una persona su cinque nell'Unione Europea ha rinunciato a una prestazione sanitaria nel primo anno di pandemia e quasi una persona su cinque lo ha ribadito nella primavera del 2022 (OECD, 2021c).

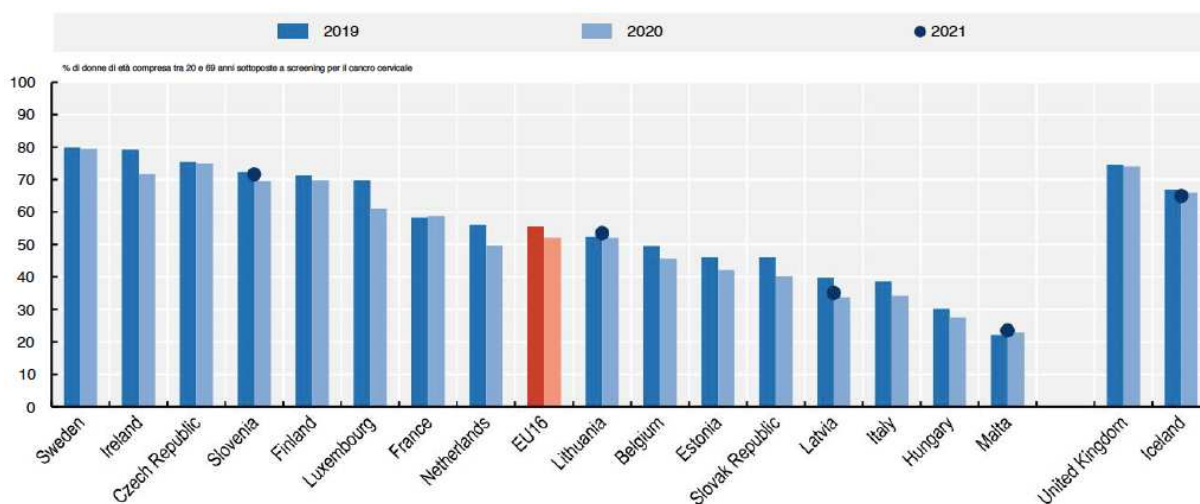
A livello di cure primarie, la pandemia ha causato una diminuzione dei tassi di screening per l'insorgere di tumori sulla popolazione a rischio. Le figure 4.14 e 4.15 riportano, a titolo esemplificativo, la variazione dei tassi dal 2019 al 2020. Da entrambe le figure si può osservare come il SSN italiano abbia registrato una variazione più marcata rispetto al NHS inglese e in generale a molti paesi europei. Infatti, in Italia i programmi nazionali di screening sono stati ritardati di oltre due mesi e mezzo tra gennaio e maggio 2020 con una stima di diagnosi ritardate di 2.201 tumori della mammella, 645 carcinomi coloretali, 3890 adenomi coloretali avanzati (Mantellini et al, 2020).

Figura 4.14. I tassi di screening del cancro al seno



Fonte: OECD, 2021c

Figura 4.15. I tassi di screening del cancro cervicale

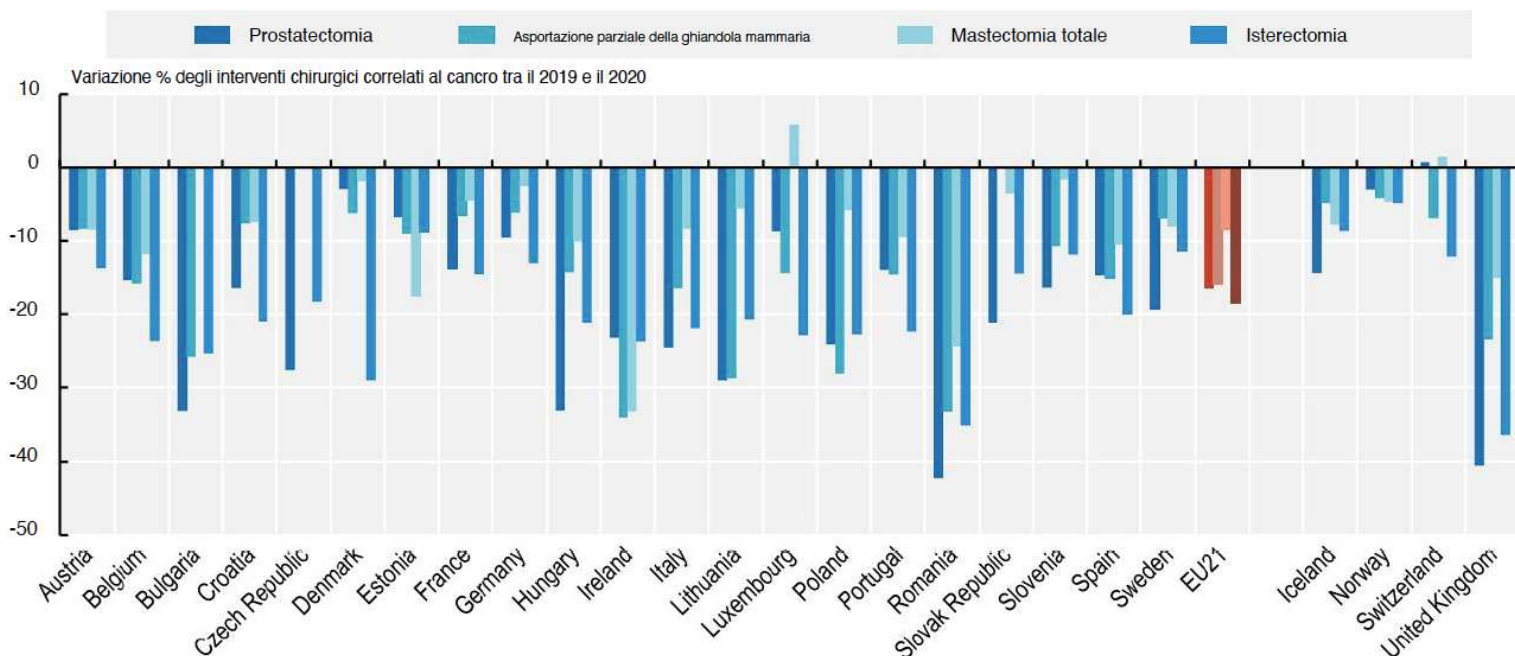


Fonte: OECD, 2021c

L'interruzione degli screening comporterà un arretrato di pazienti che alla lunga verranno trattati per cancro, ma con trattamenti e cure molto più complesse e costose e con meno probabilità di sopravvivenza; il Regno Unito è già stato segnalato come paese gravemente coinvolto in questo fenomeno (Wilkinson, 2021).

La figura 4.16. illustra appunto la variazione degli interventi chirurgici correlati al cancro negli anni pandemici.

Figura 4.16. La chirurgia correlata al cancro negli anni di pandemia

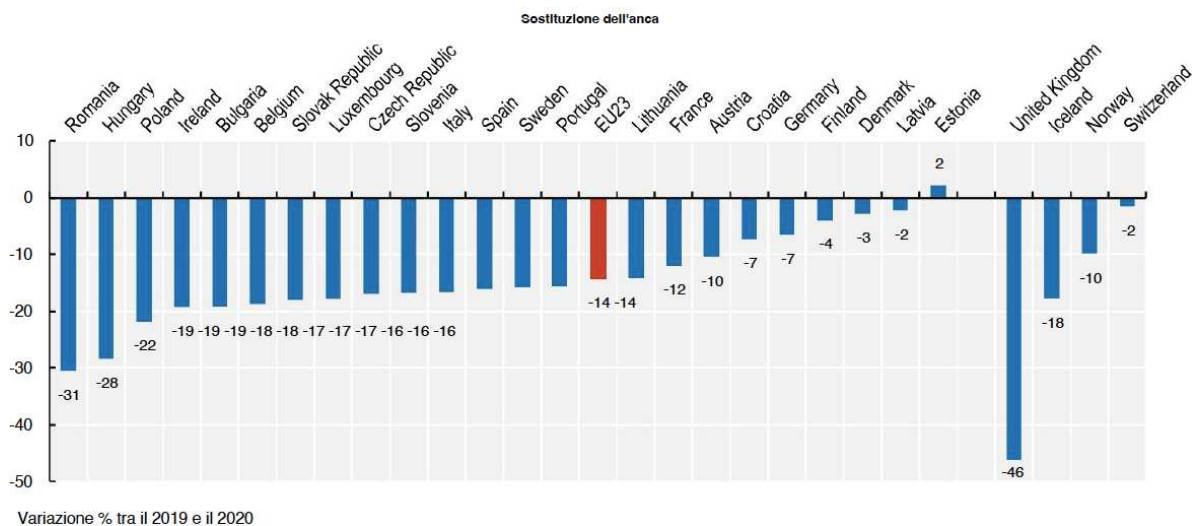


Fonte: OECD, 2021c

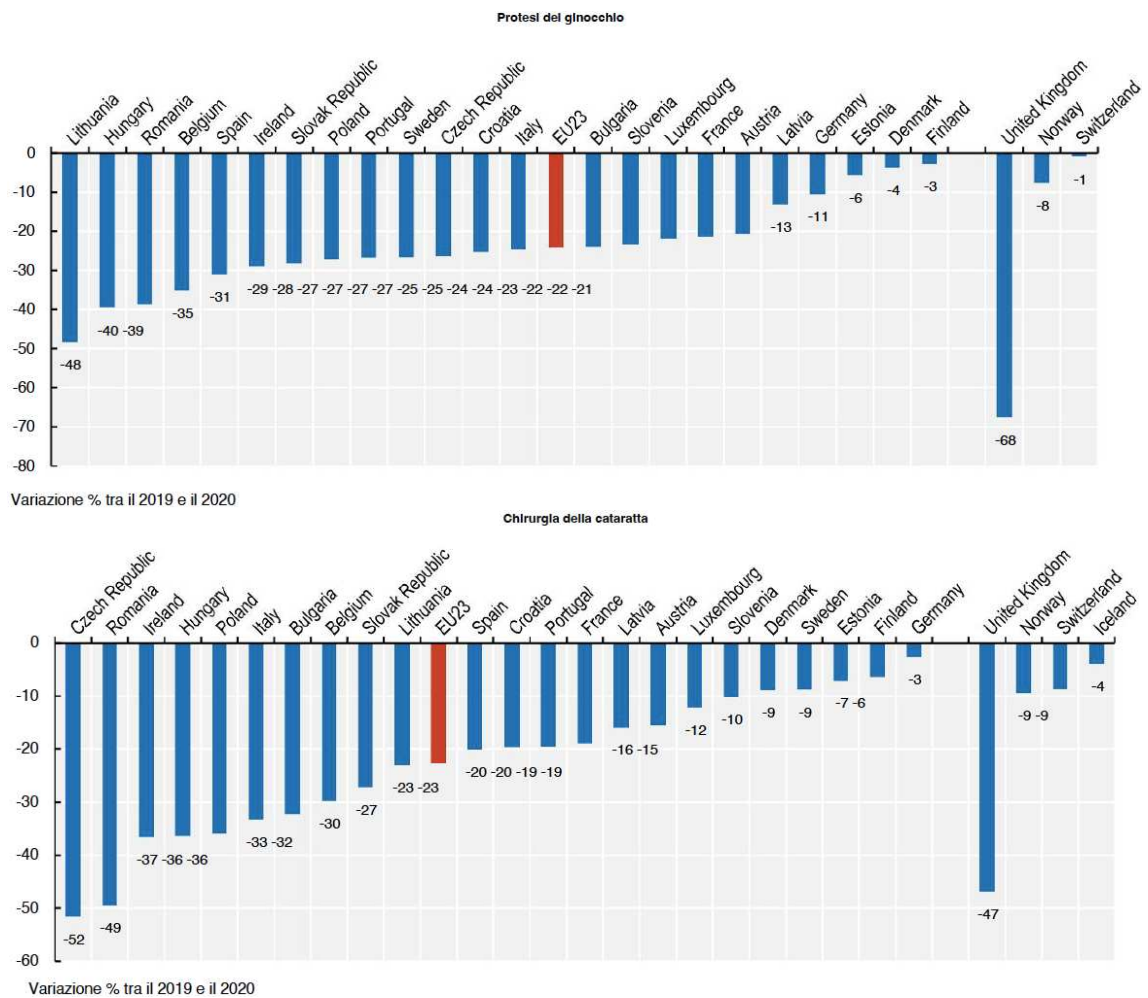
Altro ambito gravemente interessato dalla pandemia è l'aumento delle liste d'attesa per i trattamenti specialistici.

Osservando tre interventi chirurgici programmati si nota come le riduzioni nel SSN italiano e nel NHS britannico siano tra le più importanti dei paesi europei ad alto reddito; la figura seguente illustra questa riduzione.

Figura 4.17. Variazione numero interventi di protesi d'anca, ginocchio e cataratta 2019 e 2020



Variazione % tra il 2019 e il 2020

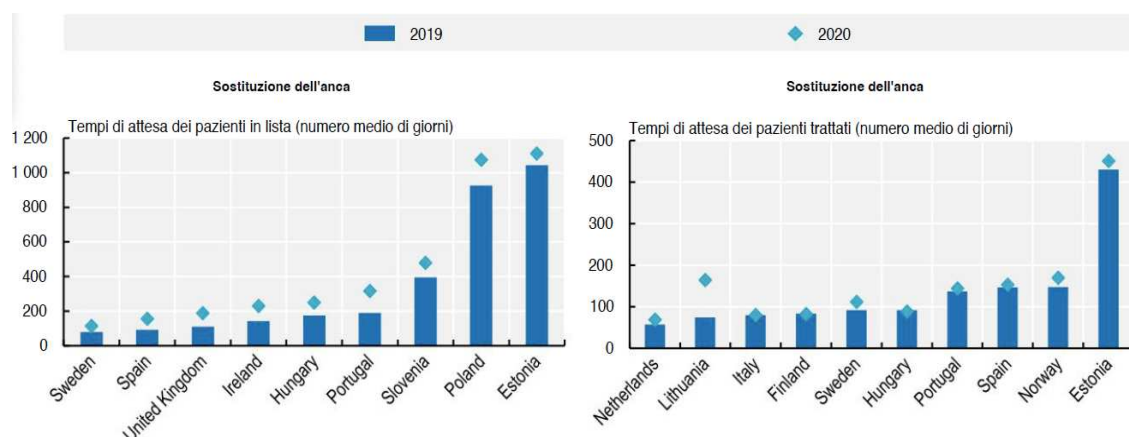


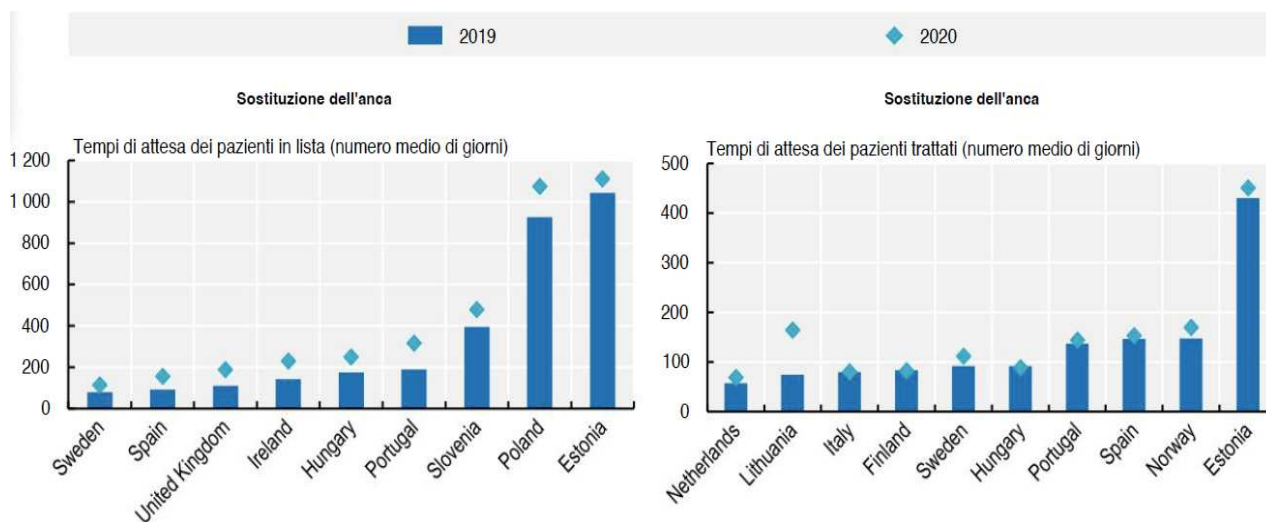
Fonte: OECD, 2021c

Stretta conseguenza delle riduzioni delle attività chirurgiche è l'aumento delle liste di attesa; questo particolare è molto importante nel panorama attuale, specialmente nel SSN e nel NHS, in quanto erano già sistemi “in crisi” su questo ambito e la pandemia ha ulteriormente aggravato questo aspetto con conseguenti effetti relativi all'equità del sistema sanitario stesso.

La figura 4.18 riporta l'andamento delle liste di attesa dal 2019 al 2020 per gli interventi di sostituzione d'anca e protesi del ginocchio.

Figura 4.18. La variazione dei tempi di attesa per le protesi del ginocchio e la sostituzione d'anca, anni 2019 – 2020





Fonte: OECD, 2021c

Come le figure evidenziano, nel SSN italiano la variazione non è così ampia ma il numero medio di giorni in lista di attesa resta gravemente alto; nel NHS invece, la variazione dal 2019 al 2020 è un dato che va ad aggravare ancora di più il già critico numero medio di giorni di attesa per un intervento di protesi del ginocchio o sostituzione d'anca.

4.3 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri

4.3.1 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri del NHS

Come si è precedentemente osservato, il NHS è stato gravemente colpito dalla pandemia Covid-19 sia nei risultati di salute come mortalità e aspettativa di vita e sia nella struttura organizzativa del sistema sanitario stesso. Infatti, la pandemia ha aggravato i limiti già presenti nel National Health Service britannico.

Dal punto di vista della modalità di finanziamento tramite tassazione, il sistema è risultato essere nel complesso progressivo grazie al fatto che attraverso la tassazione diretta è definita un'aliquota maggiore ai percettori di redditi più alti che vanno quindi a sovvenzionare i più poveri e inoltre, attraverso l'associazione positiva tra salute e reddito, i più sani sovvenzionano i malati (Adam, 2019). Tuttavia, le imposte indirette come l'imposta sul valore aggiunto, non sono progressive e si è dimostrato come esse assorbiscano una percentuale dei bilanci familiari indistintamente dal reddito, riducendo quindi la redistribuzione generale del sistema (Adam, 2019).

Anche l'allocazione dei finanziamenti ha un effetto sull'equità del sistema; è stato analizzato come l'attuale distribuzione delle risorse del NHS riduce la povertà, ma con alcune importanti eccezioni come le cure preventive, i servizi diagnostici e alcuni trattamenti specifici (Cookson et al, 2016).

Un approfondimento particolare merita l’ambito della prevenzione e della salute pubblica. Infatti, la pandemia ha messo in risalto la mancanza di collaborazione e coordinamento tra i settori delle cure primarie e secondarie specialmente per quanto riguardante l’accesso ai database e alle informazioni sanitarie (Anderson et al, 2022). Inoltre, i policy makers continuano a focalizzarsi maggiormente sul “trattamento” rispetto alla “prevenzione”, nonostante sia dimostrato come la spesa marginale in sanità pubblica sia circa quattro volte più efficace della spesa per “trattamenti” in termini di QALY aggiuntivi guadagnati (Martin, Lomas e Claxton, 2020).

Più in generale, l’efficienza allocativa dovrebbe essere massimizzata attraverso strategie di revisione della spesa a lungo termine atte a migliorare la produttività e la qualità del sistema sanitario; tuttavia, negli ultimi dieci anni, le policy britanniche hanno dato priorità appunto ad aumento dei finanziamenti per servizi in prima linea a breve termine, a scapito delle risorse in formazione, capitale e sanità pubblica (UK Government, 2018b).

L’investimento di capitale per lavoratore del NHS è stato ridotto in termini reali del 17% tra il 2010 e il 2018 (Kraindler, Gerschlick e Charlesworth, 2019) e le risorse per la salute pubblica di 1,2 miliardi di euro tra il 2015 e il 2021 (Finch, Billy e Elwell-Sutton, 2018).

Altra grande riduzione di spesa tra gli anni 2009 e 2018 è stata quella relativa all’assistenza sociale per gli over 65, la quale è stata ridotta del 31% (Crawford, Stoye e Zaranko, 2020).

Tutte queste revisioni di spesa, non sempre conseguenti a strategie di lungo termine, hanno portato nel corso degli anni a importanti carenze di risorse in vari settori del NHS.

Un importante settore interessato dalla precedente affermazione è quello della diagnostica.

Tabella 4.1. Elementi delle tecnologie di diagnostica per immagini funzionanti (unità MRI, scanner CT) per 1000 abitanti nel Regno Unito, 2019

	PER MILLION POPULATION	EU-15 AVERAGE
MRI units	7.4	29.6
CT scanners	8.8	41.5

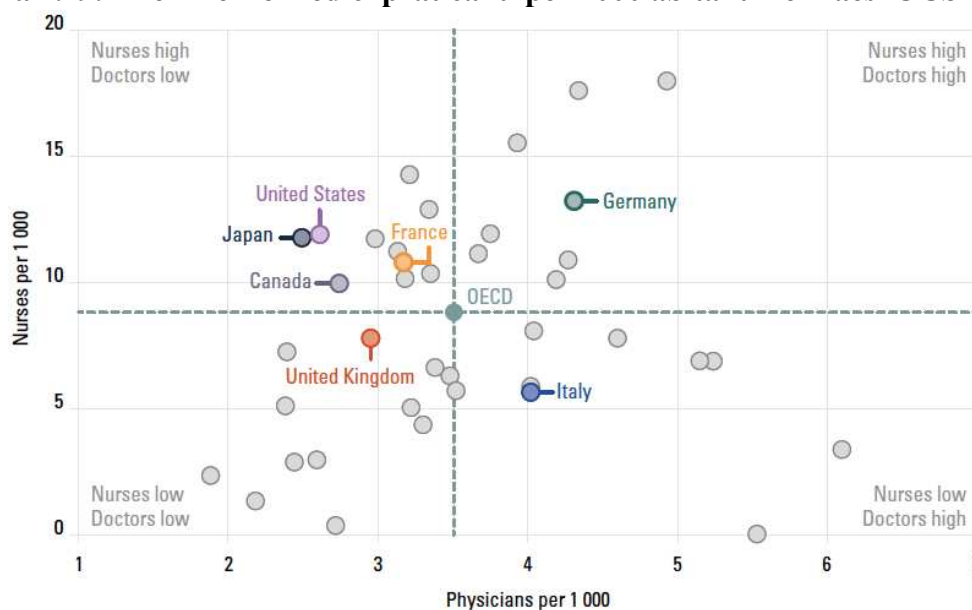
Fonte: OECD (2021b)

Il NHS è significativamente sotto alla media UE per possesso di attrezzature mediche di diagnosi, come risonanze magnetiche e tomografie computerizzate. Questo ha comportato un allungamento emergenziale delle liste di attesa che spesso è stato causa, dal lato clinico, di un ritardo di diagnosi nella cura del cancro con una conseguente riduzione in termini di risultati di salute del sistema sanitario e, dal lato dell’equità, di un ricorso al settore indipendente con effetti alquanto controversi, come precedentemente osservato.

Un importante investimento in attrezzature diagnostiche è auspicabile nell'immediato futuro, anche se l'aumento della capacità del NHS non sarà così immediata dato che gran parte è gestita dai fornitori indipendenti (Anderson et al, 2022).

L'altro grande deficit che sta colpendo il NHS è il settore Risorse Umane, già osservato nel primo capitolo.

Figura 4.19. Infermieri e medici praticanti per 1000 abitanti nei Paesi OCSE, 2018



Fonte: OECD (2021)

Nel Regno Unito, il NHS conta una minore dotazione di medici e infermieri rispetto alla media OCSE e si piazza agli ultimi posti nel confronto con gli altri Paesi ad alto reddito e il grado in cui la qualità dell'assistenza sanitaria sia inficiata non è chiaro (Anderson et al, 2022).

Ad aggravare questa carenza di medici, inoltre, la mancata pianificazione del personale ha fatto sì che, nonostante il trend assunzionale di professionisti medici sia crescente, esso si sia focalizzato solo nell'ambito ospedaliero, lasciando molti cittadini senza medico di famiglia (Anderson et al, 2022).

Il trend del personale infermieristico è invece tuttora negativo, con una grave urgenza di reperimento di risorse dall'esterno che tuttavia la Brexit ha ostacolato ulteriormente (Anderson et al, 2022).

Un settore ospedaliero particolarmente interessato dalla carenza di risorse umane è la "Riabilitazione e cure intermedie", al quale è stato stimato occorrere circa 14.600 letti degenza, a fronte dei 4.600 disponibili (UKABIF, 2018). Solo un ospedale su cinque fornisce riabilitazione a interventi con frattura d'anca (Royal College of Physicians, 2018) e nel 2020 solo il 43% degli ospedali offrivano servizi riabilitativi al 90% dei pazienti con insufficienza cardiaca (BHF, 2020). Il problema principale in questo ambito è la carenza di personale, con

nessuna regione in Inghilterra che possenga il requisito minimo di sei consulenti di medicina riabilitativa per milione di abitanti (NHS Digital, 2020g).

Esaminati sinteticamente i principali limiti e carenze del NHS, si andranno ora ad analizzare gli sviluppi futuri del sistema.

Nel 2021 il governo inglese ha pubblicato l'Health and Care Bill 2021/22, un disegno di legge definito come la più grande revisione legislativa del NHS negli ultimi dieci anni (Anderson et al,2022). I principali ambiti interessati dal disegno di legge sono due.

Il primo è un set di modifiche legislative finalizzate a promuovere e intensificare la collaborazione tra i vari settori del NHS stesso; in particolare verranno istituiti 42 ICS (Integrated Care System) con a capo di ognuno due nuovi organismi:

1. i comitati di cura integrati, responsabili del controllo della maggior parte dei fondi NHS per migliorare l'integrazione dell'assistenza sanitaria e sociale;
2. i partenariati di assistenza integrata, ovvero collaborazioni più "libere" di NHS, enti locali e altri enti, responsabili dello sviluppo dei piani integrati a livello locale.

Il ruolo della concorrenza e del mercato interno sarà ridimensionato e verrà abrogato l'art. 75 della legge del 2012 che obbligava la messa in gara di determinate prestazioni sanitarie (Anderson et al,2022).

Il secondo ambito modificato dall' "Health and Care Bill" riguarda un insieme di modifiche per fortificare il controllo politico centrale sulla governance quotidiana del NHS inglese, cosa che l'Health and Social Care Act del 2012 aveva, al contrario, cercato di ridurre.

Anche sul fronte della salute pubblica importanti riforme sono in via di sviluppo.

Il Public Health England è stato sciolto nel 2021 e sono stati istituiti due nuove istituzioni:

- la United Kingdom Health Security Agency, responsabile della promozione e sicurezza della salute, ispirandosi al modello del Robert Koch Institute tedesco (Iacobucci, 2020c);
- l'Ufficio per il miglioramento della salute e le disparità, responsabile appunto di migliorare le condizioni di salute nell'ottica di ridurre le disuguaglianze esistenti.

Altro importante ambito in via di revisione è quello dell'assistenza sociale per gli adulti. Infatti a fine 2021 il governo inglese ha annunciato una proposta di riforma di finanziamento che avrebbe introdotto un tetto massimo di spesa che un singolo individuo dovrebbe spendere nell'arco della vita per prestazioni di natura sociale (Anderson et al, 2022). Nello specifico, una volta che l'individuo fosse arrivato alla soglia di 86.000 £, l'NHS sarebbe subentrato nelle spese.

È ancora prematuro esprimere una valutazione in merito a se effettivamente l'"Health and Care Bill" potrà essere la revisione sistematica che serve a risollevarlo l'NHS. Ciò che è desumibile

dal dibattito attuale sulle soluzioni prospettate dal policy maker, è che la conclusione a cui si è giunti sia come il modello del NHS sia oramai insostenibile e che il problema principale sia la produttività del sistema stesso (The Lancet, 2023). Queste concezioni sono circoscritte e solo distraenti dal fatto che il modello NHS potrebbe essere sostenibile se la governance riuscisse ad eliminare le distorsioni insite all'interno del modello attuale, premettendo che il NHS non deve fungere da “fabbrica di malati”, ma da istituzione che ha alla base la cura, la compassione e la qualità della salute della persona (The Lancet, 2023). Il riconoscimento dell'attuale crisi del NHS è già un punto di partenza su cui basare gli interventi futuri iniziati con l' “Health and Care Bill” del 2022. Nell'immediato futuro è essenziale trovare un compromesso finanziario con il personale del NHS attraverso le riforme pensionistiche, il miglioramento delle condizioni di lavoro di base, la realizzazione di un piano di forza lavoro in modo da attrarre e fidelizzare il personale, che spesso si sposta nel settore indipendente (The Lancet, 2023).

La vera sfida sarà tuttavia la pianificazione e la programmazione degli investimenti a lungo termine. Dal lato del finanziamento, il policy maker dovrà abbandonare gli innesti di denaro a breve termine, a fronte di una più ampia revisione del sistema fiscale in grado di aumentare nel lungo termine le entrate per la finanza pubblica (The Lancet, 2023) e così facendo non riducendo, ma anzi aumentando, la quota del Pil destinata alla spesa pubblica del NHS.

Sarà essenziale in seguito agire maggiormente sugli investimenti di sanità pubblica e prevenzione, per diminuire la domanda del sistema sanitario; sull'area delle risorse umane con politiche di formazione e di creazione di nuovi modelli di lavoro, abbandonando l'attuale impostazione incentrata su ruoli e responsabilità; in ultima analisi, ma non meno importante, bisognerà agire sugli investimenti in capitale e tecnologia in modo da aumentare, o comunque non ridurre, la produttività e l'efficienza del sistema (The Lancet, 2023).

4.3.2 Gli attuali limiti e gli sviluppi futuri del SSN

Anche il Servizio Sanitario Nazionale italiano è stato messo a dura prova dall'ondata pandemica che, anche nel suo caso, ha fatto emergere in maniera ancora più rilevante i problemi insiti nella sua attuale strutturazione.

Come già evidenziato, l'Italia elargisce molte meno risorse al SSN rispetto a tutti i Paesi ad alto reddito dell'Unione Europea. Per anni le spending review hanno tagliato i costi ed imposto vincoli finanziari sempre più stringenti al settore sanitario. Ciò ha generato un calo dell'offerta sanitaria e una genesi di lunghe liste di attesa, le quali hanno fatto sì che quasi otto milioni di persone abbiano ricorso a pagamenti “Out of pocket” spendendo gran parte dei propri risparmi o addirittura indebitandosi (RBM-CENSIS, 2017). In media bisogna aspettare più di sessanta

giorni per una prestazione del SSN, mentre i tempi si riducono drasticamente con l'uso del "privato accreditato" o del "privato puro" (RBM-CENSIS, 2017).

L'aumento della spesa privata è il problema principale del Servizio Sanitario Nazionale in quanto mina i principi fondanti del sistema stesso (De Belvis et al, 2022).

Nonostante questi trend, il policy maker italiano ha annunciato che la spesa sanitaria tornerà a essere ridotta nel biennio 2023-2024, per poi stabilizzarsi nel 2025, dati i minori oneri connessi alla pandemia (Banchieri, 2023).

Tabella 4.2. Evoluzione della spesa sanitaria (in milioni di euro)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Spesa sanitaria (in previsione: tendenziale NADEF – Versione rivista e integrata)	115.661	122.721	127.834	133.998	131.724	128.708	129.428
<i>In percentuale del PIL</i>	6,4	7,4	7,2	7,0	6,6	6,2	6,0
Aumento spesa DDLB 2023					2.800	2.300	2.600
<i>Incremento FSN</i>					2.150	2.300	2.600
<i>Incremento Fondo vaccini e farmaci COVID</i>					650		
Spesa sanitaria dopo DDLB 2023					134.524	131.008	132.028
<i>In percentuale del PIL</i>					6,7	6,3	6,1

Fonte: Banchieri (2023)

La pandemia ha fatto emergere chiaramente l'assenza di una visione strategica a lungo termine a livello di governo centrale, la cui autorità e gestione è sempre più messa in discussione dalle varie autorità regionali (Ricciardi e Tarricone, 2021). Il decentramento iniziato negli anni '90 ha portato alla creazione di 21 sistemi sanitari regionali con livelli di qualità, accesso alle cure, capacità di gestione e di spesa totalmente differenti; basti pensare che un cittadino residente in Calabria ha un'aspettativa di vita in buona salute minore di 17 anni rispetto a un suo connazionale residente nella provincia autonoma di Bolzano (Ricciardi e Tarricone, 2021).

Il Covid-19, dal punto di vista delle risorse, ha portato alla luce le carenze strutturali del sistema derivanti appunto da anni di tagli dei costi che hanno ostacolato gli investimenti in forza lavoro, patrimonio edilizio, attrezzature e infrastrutture informatiche (De Belvis et al, 2022).

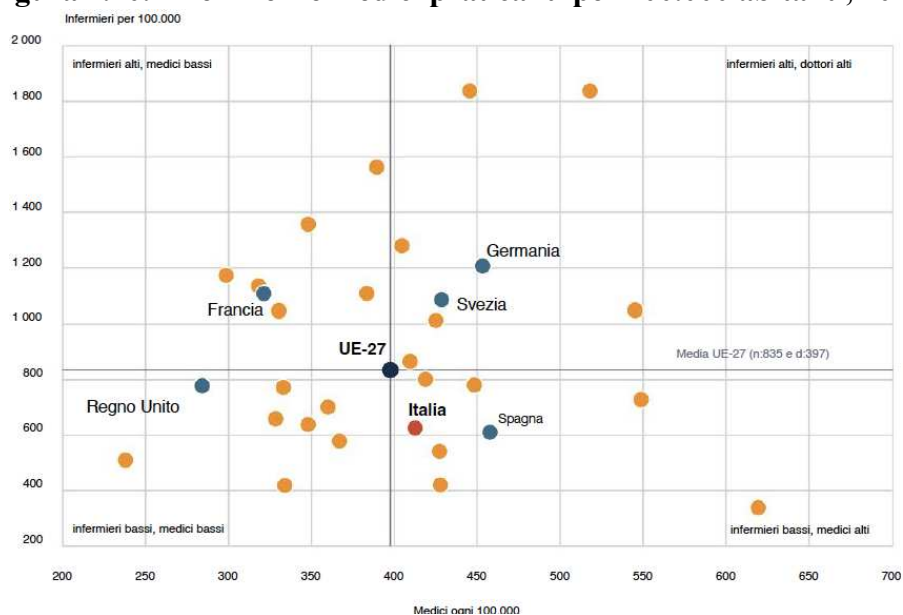
Queste criticità impattano gravemente sulla sostenibilità del SSN sia dal lato della domanda, con i crescenti bisogni relativi all'invecchiamento della popolazione e delle malattie croniche, che dal lato dell'offerta, con un mancato sviluppo delle cure primarie e loro coordinamento con il settore ospedaliero, un sotto investimento tecnologico, la mancanza di HTA (Health Technology Assessment) e di definizione di aree di priorità (De Belvis et al, 2022).

Su alcuni di questi punti, in particolare sulla forza lavoro, sulle infrastrutture informatiche e sull'integrazione ospedale-territorio, è utile soffermarsi più approfonditamente.

Nel primo ambito, ovvero quello della forza lavoro, il problema principale è la mancanza di una pianificazione a lungo termine all'interno del sistema sanitario (De Belvis et al, 2022).

L'Italia non è stata in grado di effettuare una pianificazione organica per la formazione di operatori sanitari, in particolare medici e infermieri; nonostante un numero di medici sopra la media UE, ciò ha portato ad una carenza che diventa drammatica nella figura del medico di medicina generale e ad un numero di professionisti infermieristici sotto la media UE (De Belvis et al, 2022).

Figura 4.20. Infermieri e medici praticanti per 100.000 abitanti, 2021



Fonte: Eurostat, 2022d

Attualmente occorrono urgentemente nuovi laureati in medicina per sostituire i pensionamenti e sanare la carenza di medici di base e lo stesso bisogno è necessario per la figura infermieristica; tuttavia, la mancata pianificazione nella formazione e i bassi salari si stanno opponendo a questo fabbisogno e anzi stanno incentivando il flusso migratorio all'estero (European Observatory, 2022).

Sul lato della infrastruttura informatica, diversi elementi hanno ostacolato lo sviluppo e l'innovazione delle tecnologie come ad esempio:

- la mancanza di condivisione a livello operativo tra i diversi sistemi regionali e nazionali;
- il rallentamento dovuto alla conformità in tema di privacy e al regolamento generale sulla protezione dei dati;
- il poco investimento a fronte della complessità dell'implementazione delle tecnologie;
- la scarsa conoscenza sulla sicurezza e sull'efficacia clinica
- lo scarso know-how degli operatori sanitari;

- la scarsità di strumenti manageriali e di governance (processi dedicati, monitoraggio, responsabilità...) (De Belvis et al, 2022).

Per finire, relativamente all'ambito di integrazione tra i diversi livelli di assistenza, negli ultimi 30 anni si è visto una progressiva deospedalizzazione finalizzata ad una più efficiente gestione dei costi; queste politiche dovevano essere accompagnate tuttavia da un parallelo potenziamento delle strutture territoriali sia a livello qualitativo che quantitativo (De Belvis et al, 2022). I continui limiti finanziari non hanno permesso ciò e il SSN ha così visto una progressiva politica incentivante la "cura territoriale" dal lato ospedaliero non accompagnata da investimenti relativi all'offerta territoriale, creando disservizi e disagi per la popolazione fragile.

Passando ora agli sviluppi futuri, partendo proprio da questo ultimo punto relativo alla scarsa integrazione tra i vari livelli e la scarsa offerta delle cure primarie, negli ultimi anni le politiche sanitarie si sono interessate al problema; la carenza di MMG e pediatri si è cercato di alleviarla sviluppando "forme aggregate" tra i professionisti, così da garantire il maggior numero di ore di assistenza di base (De Belvis et al, 2022). Sono inoltre state create le "Case di Comunità", ovvero strutture multifunzionali preposte all'erogazione di cure primarie, continuità assistenziale e prevenzione.

È stata inoltre potenziata la rete informatica per facilitare la condivisione di dati tra i vari livelli di assistenza in un'ottica di presa in carico totale del cittadino (De Belvis et al,2022).

Gli investimenti in tale senso dovrebbero essere ancora molti ma il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, ovvero il programma italiano per gestire i fondi del Next Generation UE stanziato dall'Unione Europea per la ripresa economica dalla pandemia, ha stanziato investimenti significativi in tal senso per creare un'ampia rete di infrastrutture (edifici, tecnologie e digitalizzazione) basate sulla comunità e sui servizi di telemedicina (De Belvis et al,2022).

Il PNRR italiano si compone di sei missioni e la sesta è proprio destinata alla salute.

La missione sei dispone di 15,63 miliardi di euro ed è strutturata in due componenti:

1. Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza territoriale;
2. Innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

La prima componente ha l'obiettivo di potenziare e migliorare l'assistenza primaria e territoriale appunto. In continuità con le più recenti politiche, sono stati stanziati 2 miliardi di euro per nuove strutture offerenti servizi di comunità, 4 miliardi per la telemedicina ossia una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria tramite il ricorso a tecnologie innovative, in particolare alle Information and Communication Technologies (ICT), dove il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non si trovano nella stessa località, e 1 miliardo per strutture e tecnologie dedicate alle "Case di comunità" (De Belvis et al, 2022).

La finalità di questa componente è appunto potenziare l'assistenza territoriale in modo da poter riservare alle strutture ospedaliere solo l'assistenza per acuti, dove le tecnologie e le competenze professionali devono essere concentrate al fine di godere di economie di scala e specializzazione (De Belvis et al, 2022). Tuttavia, su questo ultimo punto esiste una lacuna del Piano; infatti, le risorse previste riguardano solo investimenti in conto capitale, mentre nessuna azione o pianificazione è stata prevista relativamente alla forza lavoro. Ad esempio, per la gestione delle Case di Comunità territoriali previste dal PNRR, è stato stimato servire 1.350 coordinatori infermieristici, 14.850 infermieri e 10.800 unità di personale di supporto per un costo totale di € 1.496.171.160; nei prossimi quattro anni il MEF prevede la copertura di € 1.595.000.000, ovvero nemmeno un anno di fabbisogno coperto (Scelsi et al, 2023).

Un'importante sfida per l'SSN sarà programmare e gestire la carenza di personale attuale con la creazione delle nuove strutture dove il personale dovrà per forza essere destinato, a fronte magari di uno spostamento dal settore ospedaliero (De Belvis et al,2022).

Se ciò non accadesse, sostenere e completare le opere previste dal PNRR senza avere le risorse umane qualificate ad operarci equivarrebbe a ridurre lo stesso in una mera costruzione di opere sanitarie fine a sé stesse (Scelsi et al, 2023).

Un intervento che potrebbe alleviare la carenza di professionisti è la revisione del quadro normativo sulla ripartizione dei compiti di tutte le figure professionali che ormai è obsoleto; ad esempio, sgravando il personale medico da tutte le attività amministrative e burocratiche o espandendo il livello di autonomia della figura infermieristica nell'educazione e formazione del paziente, in modo da rendere anche la professione più attrattiva (De Belvis et al, 2022).

Per assicurare una presa in carico olistica del paziente è necessario un'equipe multi disciplinare operante in "setting" assistenziali multipli ma gestiti in modo integrato tra ospedale e territorio; per raggiungere ciò è necessario pensare e innovare i modelli gestionali del personale attuali (Scelsi et al,2023).

La seconda area del PNRR è finalizzata invece al potenziamento della struttura tecnologica del SSN italiano e per far ciò sono stati stanziati 9,6 miliardi di euro; i principali interventi in tal senso andranno a migliorare e sostituire le attrezzature obsolete nell'ambito digitale, nella ricerca e nella clinica (De Belvis et al, 2022).

Il PNRR è un'opportunità che il SSN non può permettersi di non sfruttare; dopo anni di politiche di contenimento costi, le risorse del Next Generation Ue possono finalmente portare quegli investimenti tanto necessari al sistema soprattutto per quanto relativo agli investimenti in conto capitale su strutture edilizie, infrastrutture digitali e potenziamento del territorio. Resta tuttavia la lacuna importante relativa alla mancata pianificazione e programmazione delle

risorse umane, ovvero l'elemento cardine su cui si basa l'assistenza sanitaria e su cui il policy maker dovrà assolutamente intervenire nel breve e lungo termine.

Importanti aggiornamenti relativamente alla missione 6 provengono dalla proposta di revisione del PNRR presentata dal Governo il 27 luglio 2023. Tale proposta riguarda la rimodulazione degli investimenti della suddetta missione, relativi principalmente allo sviluppo delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e alla digitalizzazione, a causa dell'aumento dei costi, stimato tra il 24% e il 66%, che stanno interessando l'attuale scenario economico (Pesaresi, 2023).

Ulteriore ostacolo alla realizzazione delle opere, che ha influito nel proporre queste modifiche, consiste anche nei numerosi ritardi di realizzazione; da questo punto di vista non è ben chiaro perché, invece di tagliare "semplicemente" gli investimenti, non sia possibile arrivare ad un regime di "de-regulation" provvisoria, come durante la pandemia, con strumenti e verifiche ex-post al fine di velocizzare il completamento delle strutture (Scelsi et al, 2023). Le Case di Comunità previste scendono da 1.350 a 936, gli Ospedali di Comunità da 400 a 304, mentre le Cot (Centrali Operative Territoriali) scendono da 600 a 524 (Quotidiano Sanità, 2023).

Il Governo ha affermato che gli investimenti "tagliati" saranno comunque effettuati con finanziamenti alternativi, non entrando però nello specifico né sulle quantità né sul concreto reperimento di queste risorse. Inoltre, non è stato ben chiarito quali criteri interverranno per stabilire quali strutture inizialmente previste saranno bloccate; se il principio fosse "l'investimento più costoso" o "dove la governance del SSR è più debole", si andrebbero a colpire quei territori che già sono carenti di risorse e che avevano visto nel PNRR una possibile fonte di riduzione della disuguaglianza territoriale. Si configurerebbe sempre più la cosiddetta "autonomia differenziata" che rischierebbe seriamente di creare una netta distinzione tra cittadini di serie A e di serie B, andando in contrasto con i principi fondanti del SSN (Scelsi et al, 2023).

Il risparmio delle risorse destinate al PNRR sarà usato per potenziare i poliambulatori specialistici pubblici, collegati alle Case di Comunità, per sostituire o implementare l'attrezzatura diagnostica e radiologica domiciliare (Quotidiano Sanità, 2023).

Nonostante ciò, il rinvio di 586 strutture territoriali rischia di influire pesantemente in negativo sia sulla revisione organizzativa sanitaria e soprattutto sul "patto di fiducia" tra SSN, cittadini ed enti locali che il PNRR aveva stipulato.

Nello scenario più ottimistico, ovvero che tutti gli obiettivi del PNRR fossero raggiunti e gli investimenti della missione 6, come originariamente previsti prima della proposta di modifica, fossero effettuati, il SSN dovrà comunque combattere con in futuro con due grandi preoccupazioni:

- il grande debito pubblico italiano che difficilmente potrà far pervenire al SSN un aumento di risorse pubbliche, a meno di un'esternalità positiva dovuta al miglioramento di salute generale tale da promuovere lo sviluppo economico e la crescita economica e lo sblocco di risorse aggiuntive (De Belvis et al,2022);
- il crescente divario tra i territori del Paese, specialmente tra Nord e Sud, comportante disuguaglianze crescenti e mobilità sanitaria tra le Regioni, che potrebbe essere ridotto tramite una ricentralizzazione della governance anche con l'acquisto di competenze professionali ad opera del PNRR (De Belvis et al, 2022). Relativo a questo punto il governo centrale dovrebbe snellire la burocrazia, semplificare e rendere più fluidi i processi per aumentare la sua capacità di analisi e previsioni delle principali tendenze caratterizzanti l'ambito sanitario centralizzando quelle attività non influenzate dai contesti locali e liberando così risorse regionali che dovrebbe essere destinate a pianificazione, programmazione, progettazione e organizzazione di programmi efficienti ed efficaci (Ricciardi e Tarricone, 2021).

L'auspicio è quindi che il policy maker prenda le giuste decisioni, nei giusti tempi e con le giuste modalità, non orientando le sue politiche in base “alla via più facile” o “apparentemente più benefica” per l'elettorato più vicino.

Dovrà partire quindi dagli obiettivi del PNRR, che come formulati in origine davano una minima “speranza” alla sopravvivenza del SSN come concepito alla nascita nell'affrontare le sfide a lungo termine sopra citate, ma che già attualmente, con le modifiche previste, gettano ombre sul futuro del sistema sanitario italiano togliendo, dal principio, le possibilità per il SSN di poter “affrontare ad armi pari” le sfide future.

CONCLUSIONE

Il presente elaborato ha analizzato la struttura organizzativa e funzionale principale del National Health Service britannico e del Servizio Sanitario Nazionale italiano allo scopo di poter comprendere meglio l'attuale stato di crisi dei due sistemi e come ciò possa evolvere nell'immediato futuro.

Per quanto riguarda il NHS, che quest'anno ha compiuto 75 anni dalla fondazione, il rispetto dei principi fondamentali quali il finanziamento tramite tassazione progressiva, l'assistenza universale e l'accesso alle cure basato sulla necessità e non sulla disponibilità a pagare sono in gran parte rispettati. Tuttavia, la devoluzione di fine anni '90 ha comportato una maggior discrepanza territoriale tra i Paesi del Regno Unito e una conseguente disparità tra i cittadini.

Le sfide principali che sta affrontando il sistema sanitario riguardano la crescente domanda, dovuta all'invecchiamento e la cronicità della popolazione, non controbilanciata dall'aumento della spesa pubblica. Il NHS, inoltre, riporta scarsi risultati in aree importanti della salute come l'aspettativa di vita, il cancro e la mortalità infantile soprattutto per gli scarsi investimenti in sanità pubblica, in attrezzatura diagnostica e mancata pianificazione e programmazione del personale (fattore che la Brexit ha ulteriormente aggravato).

Questi limiti sono stati ulteriormente aggravati dalla pandemia, anche in conseguenza del fatto che l'integrazione sociosanitaria è molto limitata sia da un punto di vista organizzativo, sia da un punto di vista tecnologico relativo al reperimento di dati sanitari.

Anche questi fattori hanno indotto il policy maker a "giudicare" il sistema insostenibile ed a esternalizzare sempre più servizi al settore indipendente (con evidenze empiriche dimostranti una riduzione degli indicatori di salute) anziché compiere un'analisi specifica su quei determinati ambiti critici e intervenire per migliorare la sostenibilità e l'efficacia del modello.

Le politiche sanitarie future sembrano aver in qualche modo recepimento il messaggio d'aiuto del NHS stesso; infatti, il governo si sta muovendo secondo queste direzioni:

- aumentare e intensificare l'integrazione sociale e sanitaria;
- ridurre la concorrenza nel NHS a favore di un rapporto di collaborazione tra NHS e settore indipendente;
- rafforzare il controllo centrale sui vari organismi locali al fine di avere più potere per intervenire nella genesi di disparità e disuguaglianza territoriale;
- ridefinire le responsabilità in tema di Sanità pubblica con la creazione di due enti (anziché solo il Public Health England) allo scopo di rafforzare e migliorare tale ambito sanitario;
- programmare un piano assunzionale di circa 360.000 dipendenti entro il 2037.

Il SSN italiano, essendo anch'esso un modello "Beveridge", sconta molte problematiche simili al NHS britannico. Anni di politiche sanitarie restrittive hanno limitato le risorse pubbliche e gli investimenti nel settore generando un deficit strutturale dal punto di vista delle strutture, della forza lavoro e della tecnologia.

Questi elementi, combinati con un crescendo dei bisogni assistenziali della popolazione dovuti all'invecchiamento e all'aumentare della complessità clinica di cittadini che presentano sempre più comorbidità, hanno generato un aumento preoccupante delle liste di attesa e conseguentemente un aumento della spesa privata tramite "out of pocket" che sta seriamente minando il principio di equità del SSN stesso.

La pandemia non ha fatto che aggravare questo scenario generando un arretrato notevole, specialmente in ambito diagnostico, elettivo e ambulatoriale, che ha destabilizzato e reso sempre più difficoltoso l'accessibilità al sistema sanitario.

Altro aspetto peculiare del SSN è la profonda decentralizzazione con la creazione, di fatto, di 21 sistemi sanitari che offrono servizi e performano in maniera differente; elemento che ha portato, durante la pandemia, seri problemi di uguaglianza di trattamento tra i cittadini delle varie Regioni, specialmente tra Nord e Sud del Paese.

La deospedalizzazione degli ultimi 30 anni e il non complementare rafforzamento delle cure primarie ha causato un'assistenza territoriale frammentata e spesso non adeguata ai "nuovi" bisogni della popolazione, specialmente over 65 anni. Ad aggravare questo elemento è poi la drastica carenza di MMG nel territorio. Nonostante parecchi anni di moniti da parte degli studiosi, il policy maker non ha ancora saputo programmare e pianificare una strategia futura in tal senso, per cui tale urgenza probabilmente risulterà presente ancora per diverso tempo.

Nonostante questi limiti, il SSN italiano si dimostra ancora un servizio universale, altamente specializzato e di buona qualità; l'aspettativa di vita in Italia è ancora una delle più alte al mondo anche se la spesa sanitaria è inferiore alla media UE.

È tuttavia essenziale che le politiche future mirino ad alleviare i limiti sintetizzati e descritti in precedenza affinché il SSN si mantenga tale.

La pandemia ha messo in luce la responsabilità del SSN di erogare un'assistenza olistica al paziente per soddisfare i bisogni di fragilità e comorbidità e, a prima vista, il policy maker è sembrato recepire queste "richieste" di aiuto dal sistema pianificando, attraverso il PNRR, investimenti prioritari nell'assistenza territoriale, nella telemedicina, nella tecnologia e digitalizzazione.

Tuttavia, i recenti orientamenti nelle missioni del PNRR sembrano già rettificare tali priorità, con molti investimenti relativi alla missione 6 ridimensionati o bloccati dal decisore politico.

L'auspicio è che tali modifiche e rimodulazioni degli investimenti siano coperti o garantiti comunque da altre fonti, come “programmato e promesso” dal policy maker; il SSN richiede esplicitamente di essere rafforzato da investimenti per aumentarne la resilienza attraverso un superamento della frammentazione della governance, ottimizzando il coordinamento tra Stato e Regioni, e attraverso una riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale, oramai non più elementi scollegati l'uno dall'altro, ma intesi come un unico processo olistico con al centro il paziente. Lo sfruttamento delle nuove tecnologie è essenziale per arrivare ad una nuova digitalizzazione del sistema, in grado di aumentarne la resilienza, l'efficienza e l'efficacia di tutti i componenti in gioco. Ribadire l'obiettivo dell'aumento della resilienza è dunque d'obbligo dato che col passare del tempo, come dimostrato dalla pandemia Covid – 19, i sistemi sanitari dovranno sempre più spesso affrontare “sfide e bisogni” sconosciuti.

Il SSN non può trovarsi nuovamente impreparato e per questo gli investimenti in tecnologia, digitalizzazione e forza lavoro, da un punto di vista di input, e la riorganizzazione della governance Stato-Regioni come altresì l'interazione tra le fasi di assistenza ospedaliera e territoriale, da un punto di vista di processo del modello, sono priorità imprescindibili per un sistema universalistico, equo ed egualitario come è stato il SSN in questi 45 anni.

Riferimenti bibliografici

- Adam S (2019). How high are our taxes, and where does the money come from? (<https://www.ifs.org.uk/uploads/BN259-How-high-are-our-taxes-and-where-does-the-money-comefrom.pdf>, accessed 10 March 2022).
- Allemani C et al. (2018). Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *The Lancet*, 391(10125):1023–1075.
- ANAAO-ASSOMED (2020). Ospedali. L'inesorabile declino del pubblico. Confronto 2010/2017 [Hospitals. The inexorable decline of the public sector. Comparison 2010/2017]. Rome: National Association of Hospital Aides and Assistants – Medical Association (<https://www.anaao.it/content.php?cont=27572>, accessed 15 April 2023).
- ANAC (2019). La corruzione in Italia (2016–2019), Numeri, luoghi e contropartite del malaffare [Corruption in Italy (2016–2019), numbers, places and counterparts of malfeasance]. Rome: National Anticorruption Authority (<https://www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2019/10/RELAZIONE-TABELLE.pdf>, accessed 15 April 2023).
- Anderson M et al. (2021). Securing a sustainable and fit-for-purpose UK health and care workforce. *The Lancet*, 397(10288):1992–2011.
- Anderson M et al. (2021b). LSE–Lancet Commission on the future of the NHS: relaying the foundations for an equitable and efficient health and care service after COVID-19. *The Lancet*, 397(10288):1915–1978.
- Anderson M., Pitchforth E., Edwards N., Alderwick H., McGuire A., Mossialos E. (2022), United Kingdom Health System Review, Health Systems in Transition, Vol.24, n.1.
- Appleby J, Merry L, Reed R (2017). Root causes: quality and inequality in dental health. (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/root-causes-quality-and-inequality-in-dental-health>, accessed 15 April 2023).
- Arc. E, Principe F, Van Doorslaer E (2020). Death by austerity? The impact of cost containment on avoidable mortality in Italy. *Health Econ.*29(12):1500–16.
- Armeni P. e Ferr. F. (2014), .La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione., in Cergas (a cura di) L'aziendalizzazione della Sanità in Italia, Rapporto OASI 2014, Milano, Egea.

- Armeni P et al. (2021). La Spesa Sanitaria: Composizione e Evoluzione [Health care expenditure: composition and evolution]. In: CERGAS, Osservatorio Sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (OASI). Rapporto 2021. Milano: EGEA, pp. 117–72.
- Banchieri G. (2023). Il privato in sanità. La vera posta in gioco [Private Healthcare. The real Stake] (https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=110245).
- British Heart Foundation (BHF) (2020). National Audit of Cardiac Rehabilitation (NACR) Quality and Outcomes Report 2020. (<https://www.bhf.org.uk/informationsupport/publications/statistics/national-audit-of-cardiac-rehabilitation-quality-and-outcomesreport-2020>, accessed 24 June 2023).
- Brenna E, Spandonaro F (2015). Regional incentives and patient cross-border mobility: evidence from the Italian experience. *Int J Health Policy Manag.*4(6):363–72.doi: 10.15171/ijhpm.2015.65.
- Cookson R et al. (2016). Socio-economic inequalities in health care in England. *Fiscal Studies*, 37(3–4):371–403.
- Crawford R, Stoye G, Zaranko B (2020). What impact did cuts to social care spending have on hospitals? (<https://ifs.org.uk/publications/15214>, accessed 24 June 2023).
- CREA Sanit. (2017). Consorzio per la Ricerca Economica Applicata in Sanità. Osservatorio sui tempi di attesa sui costi delle prestazioni sanitarie nei Sistemi Sanitari Regionali. I Report [Consortium for Applied Economic Research in Healthcare. Observatory on waiting times on the costs of health services in the regional health systems. ReportI]. Rome: CREA Sanit. (<http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2112108.pdf>, accessed 16 April 2023).
- Cylus J et al. (2015). United Kingdom Health system review. *Health Systems in Transition*, 17(5).
- De Belvis G.A., Meregaglia M., Morsella A., Adduci A., Perilli A., Cascini F., Solipaca A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A., Scarpetti G., (2022), Italy Health System Review, *Health Systems in Transition*, Vol.24, n.4.
- Del Vecchio M., Fenech L., Rappini V. (2015), .I Consumi Privati in Sanit.: i dati., in Del Vecchio M., Mallarini E., Rappini V. (a cura di) Rapporto OCPS 2015, Milano, Egea.
- Del Vecchio M et al. (2020). I consumi privati in sanità [Private consumption in healthcare]. In: CERGAS, Osservatorio Sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (OASI). Rapporto 2020. Milano: EGEA.

- Del Vecchio M et al. (2021). I consumi privati in sanità [Private consumption in healthcare]. In: CERGAS, Osservatorio Sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (OASI). Rapporto 2021. Milano: EGEA.
- Del Vecchio M et al. (2022). I consumi privati in sanità [Private consumption in healthcare]. In: CERGAS, Osservatorio Sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano (OASI). Rapporto 2022. Milano: EGEA.
- Department for Business, Energy and Industrial Strategy (2021). The Grand Challenge missions. (<https://www.gov.uk/government/publications/industrial-strategy-the-grand-challenges/missions#healthy-lives>, accessed 18 April 2023).
- Department of Health & Social Care (2020a). £1.5 billion to deliver Government commitment for 50 million more general practice appointments. (<https://www.gov.uk/government/news/15-billion-to-deliver-government-commitment-for-50-million-more-general-practice-appointments>, accessed 18 April 2023).
- Department of Health and Social Care (2022). DHSC annual report and accounts: 2020 to 2021 [online]. GOV.UK website. Available at: www.gov.uk/government/publications/dhsc-annual-report-and-accounts-2020-to-2021 (accessed on 9 June 2023).
- Doheny S (2015). The organisation of the NHS in the UK: comparing structures in the four countries. (<https://senedd.wales/research%20documents/15-020%20-%20the%20organisation%20of%20the%20nhs%20in%20the%20uk%20comparing%20structures%20in%20the%20four%20countries/15-020.pdf>, accessed 10 May 2023).
- ECHI (2018). Indicators on medical technologies (MRI units and CT scanners) updated with most recent Eurostat statistics, 2018. Brussels: European Core Health Indicators (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/echi/>, accessed 10 May 2023).
- European Observatory (2022). How does Italy's health sector contribute to the economy? (<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/how-does-italy-s-health-sector-contribute-to-the-economy>).
- Eurostat (2022b). Gini coefficient of equivalised disposable income – EU-SILC survey. Luxembourg: Eurostat (<https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi190/default/table?lang=en>, accessed 16 May 2023).
- Eurostat (2022d). Eurostat database. Luxembourg.
- Fattore G (1999). Clarifying the scope of Italian NHS coverage. Is it feasible? Is it desirable? *Health Pol.*50(1–2):123–42.
- Fattore G, Petrarca G, Torbica A (2014). Traveling for care: inter-regional mobility for aortic valve substitution in Italy. *Health Pol.*117(1):90–7.

- Ferrè F et al. (2014). Italy: Health system review. *Health Syst Trans.*16(4):1–168.
- Finch D, Bibby J, Elwell-Sutton T (2018). Taking our health for granted. The Health Foundation (<https://www.health.org.uk/publications/taking-our-health-for-granted>, accessed 12 June 2023).
- Finch D (2021). Health Foundation response to announcement of of the public health grant allocations for 2021–22. The Health Foundation. (<https://www.health.org.uk/news-andcomment/news/public-health-grant-allocations-represent-a-24-percent-1bn-cut>, accessed 10 May 2023).
- Giudice L. et al. (2022). Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo potenziale nell’implementazione nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza [Accredited private providers: classification and potential role in the implementation of the National Plan of Recovery and Resilience]. In: CERGAS, Osservatorio Sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano (OASI). Rapporto 2022. Milano: EGEA.
- Goodair B, Reeves A. Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013-20: an observational study of NHS privatisation. *Lancet Public Health.* 2022 Jul;7(7):e638-e646. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00133-5. PMID: 35779546.
- Holmes J. (2023). Independent health care and the NHS, The Kings Fund (<https://www.kingsfund.org.uk/publications/independent-health-care-and-nhs>, accessed 20 May 2023).
- Iacobucci G. (2020c). Public Health England is axed in favour of new health protection agency. *BMJ*, 370:m3257.
- IHME (2020). Global Burden of Disease 2019. (<http://www.healthdata.org/gbd/2019>, accessed 10 May 2023).
- IMF (2021). World Economic Outlook Database. Washington: International Monetary Fund.
- ISTAT (2021b). Le Statistiche dell’Istat sulla povertà | Anno 2020. Torna a crescere la povertà assoluta [ISTAT statistics on poverty. Absolute poverty is on the rise again]. Rome: National Institute of Statistics (https://www.istat.it/it/files/2021/06/REPORT_POVERTA_2020.pdf, accessed 20 May 2023).
- ISPE Sanit. (2014). Libro Bianco sulla Corruption in Sanità [White paper on corruption in health care]. Rome: Istituto per la Promozione dell’Etica in Sanit. (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato364583.pdf>, accessed 20 May 2023).

- Kraindler J, Gerschlick B, Charlesworth A (2019). Failing to capitalise: Capital spending in the NHS. (<https://www.health.org.uk/publications/reports/failing-to-capitalise>, accessed 10 May 2023).
- Kringos D et al. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63(616):e742–e750.
- Lo Scalzo A et al. (2009). Italy: Health System in Transition. 11(6):1–216.
- Maffei M.C. (2023). Il privato nel SSN: ruspa o cacciavite? [The private sector in the SSN: bulldozer or screwdriver?] (https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=110621).
- Mantellini, P. et al. (2020), “Oncological organized screening programmes in the COVID-19 era: an Italian survey on accrued”, *Epidemiol Prev*, <https://doi.org/10.19191/EP20.5-6.S2.136>.
- Mapelli V (2007). I sistemi di governance dei Servizi sanitari regionali [Regional Health care Service’s governance systems]. Roma: Formez, 57.
- Marenzi A, Rizzi D, Zanette M (2019), Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi, *Politiche sanitarie*, 20 (1): 40-54.
- Marenzi A, Rizzi D, Zanette M (2021), Incentivi per l’assicurazione sanitaria volontaria in un sistema sanitario nazionale: Testimonianze dall’Italia, *Politiche sanitarie*, 125 (2021): 685-692.
- Martin S, Lomas J, Claxton K (2020). Is an ounce of prevention worth a pound of cure? A cross-sectional study of the impact of English public health grant on mortality and morbidity. *BMJ Open*, 10(10):e036411.
- Mason A (2005). Does the English NHS have a ‘Health Benefit Basket’? *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care*, (Suppl. 1):18–23.
- Millard C, Wessely S (2014). Parity of esteem between mental and physical health. *BMJ*, 349:g6821.
- Ministero della Salute (2021h). Posti letto per Regione e disciplina [Beds by region and type]. Rome: Ministry of Health (<https://www.dati.salute.gov.it/dati/dettaglioDataset.jsp?menu=dati&idPag=17>, accessed 16 May 2023).
- NHS Confederation (2017). NHS statistics, facts and figures. (<https://www.nhsconfed.org/publications/key-statistics-nhs>, accessed 10 May 2023).

- NHS Digital (2020g). NHS workforce statistics – July 2020. (<https://digital.nhs.uk/dataand-information/publications/statistical/nhs-workforce-statistics/july-2020>, accessed 20 May 2023).
- NHS Digital (2021a). About the NHS Outcomes Framework (NHS OF). (<https://digital.nhs.uk/data-and-information/publications/ci-hub/nhs-outcomes-framework>, accessed 10 May 2023).
- NHS England (2020e). Integrating care: next steps to building strong and effective integrated care systems across England. (<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/01/integrating-care-next-steps-to-building-strong-and-effective-integrated-care-systems.pdf>, accessed 10 June 2023).
- NHS England (2021q). Who can get free prescriptions. (<https://www.nhs.uk/nhs-services/prescriptions-and-pharmacies/who-can-get-free-prescriptions/>, accessed 10 June 2023).
- NHS England (2022a). Delivery plan for tackling the Covid-19 backlog of elective care [online]. NHS England website. Available at: www.england.nhs.uk/coronavirus/publication/delivery-plan-for-tackling-the-covid-19-backlog-of-elective-care/ (accessed on 10 June 2023).
- NHS England (2022b). Revenue finance and contracting guidance for 2022/23 [online]. NHS England website. Available at: www.england.nhs.uk/publication/planning-guidance-revenuefinance-and-contracting-guidance-for-2022-23/ (accessed on 10 June 2023).
- NHS England (2022c). Licensing and oversight of independent providers [online]. NHS England website. Available at: <https://www.england.nhs.uk/licensing-and-oversight-of-independent-providers/> (accessed on 10 June 2023).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris: OECD/Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies (<https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/cef1e5cb-en.pdf?expires=1622067284&id=id&accname=guest&checksum=CF58F06DEFB3EC476406E57127B69617>, accessed 20 April 2023).
- OECD (2021). OECD Health Statistics 2021. (<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, accessed 10 May 2023).
- OECD (2021b) Health at a Glance. (<https://data.oecd.org/health/qt/computed-tomographyct-scanners.htm>, accessed 10 May 2023).
- OECD (2021c). Health at a Glance 2021: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.

- OECD (2022c). Health status: Mortality. Paris: OECD Publishing (<https://stats.oecd.org/#>, accessed 18 June 2023).
- OECD (2022d). OECD Health Statistics. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle , OECD Publishing, Paris, (<https://doi.org/10.1787/507433b0-en>, accessed 10 May 2023).
- ONS (2021). UK government debt and deficit: March 2021. (<https://www.ons.gov.uk/economy/governmentpublicsectorandtaxes/publicspending/bulletins/ukgovernmentdebtanddeficitforeurostatmaast/march2021>, accessed 10 May 2023).
- Pesaresi F. (2023). Che fine faranno i nuovi presidi di assistenza territoriale con la modifica del Pnrr salute?, in *Quotidiano Sanità*, (https://www.quotidianosanita.it/studie-analisi/articolo.php?articolo_id=115919).
- Polillo e Tognetti. (2023). Rilanciare il servizio sanitario pubblico anche attraverso un ridisegno del rapporto pubblico privato [Relaunch the public health service also through a redesign of the public-private relationship] (https://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=114972).
- Private Healthcare Information Network (PHIN) (2022). ‘Volume and length of stay datasheets’.PHIN website. Available at: www.phin.org.uk/data/volume-and-length-of-stay-datasheets (accessed on 11 June 2023).
- Quercioli C, Messina G, Basu S, McKee M, Nante N, Stuckler D. The effect of healthcare delivery privatisation on avoidable mortality: longitudinal cross-regional results from Italy, 1993-2003. *J Epidemiol Community Health*. 2013 Feb;67(2):132-8. doi: 10.1136/jech-2011-200640. Epub 2012 Sep 29. PMID:23024258.
- *Quotidiano Sanità* (2023), “Dalle Case agli Ospedali della Comunità fino alla telemedicina, ecco il piano di Governo che rivede gli obiettivi della Mission 6”, (https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id115872).
- RBM-CENSIS (2017). VII rapporto RBM – CENSIS sulla sanità pubblica, privata e intermediata [VII RBM – CENSIS report on public, private and insurance-based health care]. Venice: RBM Health Insurance. Rome: Centre for Social Investment Studies (<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2421529.pdf>, accessed 20 June 2023).
- RBM-CENSIS (2021). IX rapporto RBM – CENSIS sulla sanità pubblica, privata e intermediata [IX RBM – CENSIS report on public, private and insurance-based health care]. Venice: RBM Health Insurance. Rome: Centre for Social Investment Studies

- (<https://www.sanitainformazione.it/wp-content/uploads/2021/02/IX-Rapporto-sulla-Sanita-Pubblica-Privata-e-Intermediata.pdf>, accessed 20 June 2023).
- Rebba V. (2018), Lezioni di Economia sanitaria 2017-2018, Università degli Studi di Padova, lezioni 8 e 9.
 - Rebba V. (2022a), Lectures on Health Economics 2022-2023, Università degli Studi di Padova, lezione 6.
 - Rebba V. (2022b), Lectures on Health Economics 2022-2023, Università degli Studi di Padova, lezione 1.
 - Ricciardi W., Tarricone R. (2021), The evolution of the Italian National Health Service, *The Lancet* 2021, 398: 2193-206.
 - Rolewicz L, Palmer B (2021). The NHS workforce in numbers. The Nuffield Trust. (<https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/the-nhs-workforce-in-numbers>, accessed 10 May 2023).
 - Royal College of Nursing (2013). The Independent Sector History and Role in England, RCN Policy and International Department, 2013 (<https://www.rcn.org.uk/-/media/royal-college-of-nursing/documents/policies-and-briefings/uk-wide/policies/2013/3113.pdf>, accessed 16 May 2023).
 - Royal College of Physicians (RCP) (2018). Recovering after a hip fracture: helping people understand physiotherapy in the NHS. (<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/recovering-after-hip-fracture-helping-people-understand-physiotherapy-nhs>, accessed 25 May 2023).
 - Scelsi S., Banchieri G., De Belvis A.G., Dal Maso M., Vannucci A. Pnnr:i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati...in *Quotidiano Sanità*, (https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116068).
 - Statista (2021a). Age distribution of the population in Italy 2002–2021. New York: Statista (<https://www.statista.com/statistics/569201/population-distribution-by-age-group-initaly/>, accessed 16 May 2023).
 - Scottish Government (2018). Scotland’s public health priorities. (<https://www.gov.scot/publications/scotlands-public-health-priorities/>, accessed 10 May 2023).
 - The Lancet (2023), The NHS is sick, but it is treatable, vol.401 January 28 2023.
 - Trigg N (2022). ‘NHS waits force patients to pay for private ops’. BBC News website, 22 July. Available at: www.bbc.com/news/health-62042465 (accessed on 12 June 2023).

- United Nations (2019). Visit to the United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland: Report of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights. (<https://digitallibrary.un.org/record/3806308?ln=en>, accessed 10 May 2023).
- UK Acquired Brain Injury Forum (UKABIF) (2018) Time for Change: All-Party Parliamentary Group on Acquired Brain Injury Report. (https://cdn.ymaws.com/ukabif.org.uk/resource/resmgr/campaigns/appgabi_report_time-for-cha.pdf, accessed 20 April 2023).
- UK Government (2018b). Prime Minister sets out 5-year NHS funding plan. (<https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-sets-out-5-year-nhs-funding-plan>, accessed 18 May 2023).
- Wagstaff A et al. (2018). Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective. observational study. *The Lancet Global Health*, 6(2):e169–e179.
- Wellings D, Jefferies D, Maguire D, Appleby J, Hemmings N, Morris J, Schleppe L (2022). ‘Public satisfaction with the NHS and social care in 2021: results from the British Social Attitudes survey’. London: Nuffield Trust, The King’s Fund. Available at: www.kingsfund.org.uk/publications/public-satisfaction-nhs-social-care-2021 (accessed on 18 June 2023).
- WHO (2021). Global Health Expenditure Database. (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>, accessed 10 May 2023)
- WHO Regional Office for Europe (2021a). European Mortality Database (MDB). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (<https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-mortality-database/>, accessed 20 June 2023).
- WHO Regional Office for Europe (2021b). Health in All Policies (HiAP). A whole government system approach to tackle health inequities. Copenhagen: Regional Office for Europe.
- WHO (2022a). WHO Global Health Expenditure Database. Indicators and Data. Geneva: World Health Organization (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>, accessed 12 April 2023).
- Wilkinson, E. (2021), “UK Government urged to recognise post-COVID-19 cancer backlog”, *The Lancet Oncology*, Vol. 22/7, p. 910, [https://doi.org/10.1016/s1470-2045\(21\)00330-2](https://doi.org/10.1016/s1470-2045(21)00330-2).
- Woodcock A (2021). Record waiting lists creating ‘two-tier health service’ as patients forced to go private, warns Labour. *The Independent*.

- (<https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/nhs-waiting-list-labour-ashworth-b1914248.html>, accessed 24 June 2023).
- World Bank (2020). GDP per capita, PPP (current international \$) – Italy. Washington: The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.PP.CD?locations=IT>, accessed 24 June 2023).
 - World Bank (2021). World Development Indicators. (<https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>, accessed 10 May 2023).
 - World Bank (2022). Unemployment, total (% of total labor force) (modelled ILO estimate) – Italy. Washington: The World Bank (<https://data.worldbank.org/indicator/SL.UEM.TOTL.ZS?locations=IT>, accessed 10 May 2023).
 - Worldometer (2020). Population of Italy (2020 and historical). Greenwich: Worldometer (<https://www.worldometers.info/world-population/italy-population/>, accessed 16 May 2023).
 - Worldometer (2021a). Italy Urban Population. Greenwich: Worldometer (<https://www.worldometers.info/demographics/italy-demographics/#urb>, accessed 16 May 2023).
 - Worldometer (2021b). Fertility in Italy. Greenwich: Worldometer (<https://www.worldometers.info/demographics/italy-demographics/#tfr>, accessed 16 May 2023).