

Rosella Carè

*Finanziamento e sostenibilità del Sistema Sanitario Italiano:
analisi e prospettive*

Gli Specchi

Rosella Carè,
Finanziamento e sostenibilità del Sistema Sanitario Italiano: analisi e prospettive
2016 Edizioni del Faro
Gruppo Editoriale Tangram Srl
Via Verdi, 9/A – 38122 Trento
www.edizionidelfaro.it – info@edizionidelfaro.it

Gli Specchi – Collana di Selfpublishing – NIC 18

Prima Edizione: febbraio 2016

ISBN 978-88-6537-452-8

Con questa collana diamo spazio a quelle voci letterarie che desiderano pubblicare autonomamente il proprio lavoro senza vincoli e con massima libertà espressiva. Ogni aspetto della pubblicazione viene curato dall'autore che ne è artefice esclusivo.

Ai miei nonni

Ringraziamenti

Un sentito ringraziamento va alla Professoressa Annarita Trotta, sotto la cui guida coltivo la mia passione per la ricerca.

Un grazie di cuore va poi a Donatella Ponterio, guida preziosa e presenza importante, per aver contribuito, a suo modo, a questo e a tanti altri progetti.

Ovviamente, resta ferma la mia piena ed esclusiva responsabilità per eventuali errori e imperfezioni contenuti nelle pagine che seguono.

Rosella

É possibile contattare l'Autore all'indirizzo: care@unicz.it

Indice

Introduzione

Capitolo I: Il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: sfide ed opportunità

1.1 Introduzione, 11 - 1.2 Il Sistema Sanitario Nazionale: origini, processo di riforma e sistema di finanziamento, 12 - 1.3 L'evoluzione del sistema di finanziamento alla luce del federalismo fiscale, 22 - 1.4 Il meccanismo allocativo delle risorse: dal Fondo Sanitario Nazionale alla remunerazione a prestazione, 29.

Capitolo II: La sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale: tra disavanzi regionali e vincoli di finanza pubblica

2.1. Introduzione, 32 - 2.2 La sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale: un concetto multidimensionale, 34 - 2.3 La sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale: una prospettiva economico-aziendale, 38 - 2.4 L'evoluzione della spesa sanitaria e i disavanzi sanitari regionali, 45 - 2.5 Piani di Rientro: definizione, caratteristiche e peculiarità, 56

Capitolo III: Piani di Rientro e *turnaround management*

3.1 Introduzione, 68 - 3.2 I Piani di Rientro secondo un approccio economico-aziendale, 68 - 3.3 Turnaround plan e recovery plan: una rassegna della letteratura, 72 - 3.4 L'uso dei Piani di Rientro come strumenti per il ritorno all'equilibrio, 77

Capitolo IV: Piani di Rientro e ritorno all'equilibrio: analisi di alcuni casi studio

4.1. Introduzione, 80 - 4.2 Note metodologiche, 80 - 4.3 Lo studio dei casi: un confronto tra regioni, 82 - 4.3.1 Il Piano di Rientro della Regione Calabria, 83 - 4.3.2 Il Piano di Rientro della Regione Campania, 94 - 4.3.3 Il Piano di Rientro della Regione Lazio, 100 - 4.3.4 Il Piano di Rientro della Regione Liguria, 107 - 4.3.5 Il Piano di Rientro della Regione Sardegna, 111 - 4.3.6 Il Piano di Rientro della Regione Sicilia, 115 - 4.4 Risultati dell'analisi, 124

Capitolo V: La finanza innovativa per la crescita sostenibile del Sistema Sanitario Nazionale

5.1 Introduzione, 134 - 5.2 Brevi notazioni sul concetto di finanza innovativa nel settore pubblico, 135 - 5.3 Il ricorso alla finanza innovativa nel Sistema Sanitario Nazionale, 136 - 5.4 Social Impact Bond: potenzialità, limiti e possibili applicazioni in Italia, 149 - 5.5 Conclusioni, 156.

Bibliografia

Introduzione

I vincoli comunitari e le recenti pressioni sul debito pubblico hanno indotto il legislatore ad introdurre nuovi modelli organizzativi in sanità incentrati sul livello regionale. Le esigenze di contenimento della spesa sanitaria rappresentano una delle questioni politiche più delicate, in virtù sia dei tassi di crescita registrati che della valenza in chiave sociale che tale comparto di spesa riveste. Seppur caratterizzata da dinamiche di crescita più contenute rispetto a quella dei principali Paesi dell'area euro, infatti, la spesa sanitaria nazionale ha mostrato - soprattutto negli ultimi trent'anni - sentieri di crescita non sostenibili. A questo dato si aggiunge poi quello relativo al livello di disavanzo cumulato da alcune Regioni italiane che, negli anni più recenti, hanno dovuto far fronte a fenomeni come la riduzione dei trasferimenti provenienti dal livello centrale - per effetto dell'introduzione dei principi costituzionali di federalismo e decentramento - e al contemporaneo incremento della domanda di prestazioni sanitarie frutto del progressivo invecchiamento della popolazione.

Da queste considerazioni emerge, dunque, la necessità di chiarire gli spazi e i limiti di definizione del concetto di sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale sotto un profilo economico-aziendale ma senza tralasciare gli aspetti macroeconomici che ne guidano alcune dinamiche fondamentali.

Questo lavoro si propone, pertanto, di contribuire al dibattito sul tema della sostenibilità del Sistema Sanitario pubblico nazionale offrendo un approccio di analisi multidimensionale. In tal senso, la prima dimensione di analisi non può che essere quella dell'insieme di norme che, nel complesso, definiscono il perimetro della sanità italiana. Non si potrebbe difatti procedere nella trattazione senza aver prima chiarito cosa si intende per Servizio Sanitario Nazionale, quali sono le sue finalità e le modalità di finanziamento. Alla luce dei processi di riforma che hanno interessato il Sistema Sanitario Nazionale, i sistemi di finanziamento possono essere infatti considerati come lo strumento fondamentale per guidare i comportamenti delle aziende verso livelli più elevati di efficacia e di efficienza. La seconda dimensione di analisi, peraltro strettamente connessa alla prima, consente di guardare al Sistema come insieme di aziende. Non sarebbe infatti possibile esplorare la sostenibilità dell'insieme senza considerare opportunamente le unità che lo compongono. Il concetto di "aziendalizzazione", introdotto nel 1992 attraverso il D.Lgs. 502, sembra quasi rinviare in modo automatico alla possibilità di traslare modelli e prassi di gestione tipici delle aziende private alle aziende del

settore sanitario. Appare opportuno, però, ricordare che il termine "azienda" deve essere sempre considerato alla luce delle specifiche caratteristiche del settore sanitario. E' quasi d'obbligo allora attingere ai contributi della migliore dottrina di matrice economico-aziendale per chiarire il contenuto del termine azienda applicato al settore della salute pubblica. La terza dimensione è poi rappresentata dall'insieme degli strumenti posti in essere, nel corso del tempo, per porre rimedio alle inefficienze del Sistema Sanitario. In tal senso, i Piani di Rientro possono essere considerati, a tutti gli effetti, come uno strumento manageriale - tra l'altro largamente diffuso in sistemi sanitari quali quello inglese e statunitense sotto forma di *turnaround* o *recovery plan* - in grado di ricondurre i Sistemi Sanitari Regionali ritenuti "gruppi di aziende" - verso l'equilibrio economico-finanziario e verso migliori livelli dell'assistenza erogata. Infine, l'ultima dimensione è quella del ricorso agli strumenti di finanza innovativa. L'individuazione di forme di finanziamento innovative "efficaci ed efficienti" per il settore sanitario pubblico può essere infatti considerata come una delle principali leve strategiche su cui agire per perseguire l'obiettivo finale della sostenibilità economico-finanziaria dell'intero Servizio Sanitario Nazionale.

La trattazione segue un percorso che partendo da un'iniziale inquadramento teorico si muove progressivamente verso un'analisi empirica, articolandosi come segue. Nel primo capitolo vengono individuate le caratteristiche fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale sia sotto il profilo normativo, sia sotto il profilo delle modalità di finanziamento, anche alla luce dell'introduzione del federalismo fiscale. Il secondo capitolo, invece, presenta una panoramica degli approcci multidisciplinari sul tema della sostenibilità cogliendo allo stesso tempo sia aspetti di natura economica che aspetti di natura aziendale e partendo dal presupposto che le aziende pubbliche del Sistema Sanitario rappresentano la leva su cui operare per il recupero di efficacia ed efficienza nel breve, medio e lungo periodo.

Il terzo capitolo, fornisce un inquadramento concettuale dei Piani di Rientro alla luce dei principali contributi teorici in tema di crisi d'impresa e *turnaround management*. Attraverso l'uso di un approccio qualitativo il quarto capitolo realizza un'analisi empirica che verte sui Piani di Rientro adottati dalle Regioni. Infine, l'ultimo capitolo concentra l'attenzione sull'utilizzo degli strumenti finanziari innovativi per una crescita sostenibile del Sistema Sanitario Nazionale.

Capitolo I

Il sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale: sfide ed opportunità

1.1 Introduzione

Il quadro normativo che disciplina la sanità pubblica italiana ha scontato, negli ultimi 30 anni, numerosi interventi volti a rafforzare la responsabilizzazione delle regioni nel controllo della dinamica della spesa. Le pressioni comunitarie e la spinta alla realizzazione del patto di stabilità interna hanno indotto il legislatore ad introdurre nuovi modelli organizzativi in sanità incentrati sul livello regionale con modifiche significative nella titolarità delle responsabilità amministrative e politiche. L'attuale configurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: quello centrale - lo Stato - che definisce i principi fondamentali, denominati Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento e quello decentrato - le Regioni - che organizzano i propri Servizi Sanitari Regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA. Inoltre, l'introduzione del federalismo, unito alle difficili condizioni dell'economia mondiale, in generale, e della finanza pubblica italiana, in particolare, ha generato crescente attenzione verso l'equilibrio economico-finanziario dei Sistemi Sanitari Regionali.

Questo capitolo si propone di delineare le caratteristiche fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale sia sotto il profilo normativo, andando ad evidenziare i tratti salienti delle Riforme che nel tempo si sono succedute, sia sotto il profilo delle modalità di finanziamento anche alla luce dell'introduzione del federalismo fiscale. A questo proposito il capitolo risulta così organizzato. Il paragrafo 2 propone una breve disamina delle principali riforme che hanno riguardato il SSN dall'entrata in vigore della Costituzione fino ai giorni nostri. Il paragrafo 3 analizza le modalità di finanziamento. L'ultimo paragrafo, infine, si sofferma sui meccanismi allocativi delle risorse.

1.2 Il Sistema Sanitario Nazionale: origini, processo di riforma e sistema di finanziamento

Il Sistema Sanitario Nazionale Italiano - di seguito SSN - ha come punto di riferimento essenziale l'Articolo 32 della Costituzione (Egidi, 2011). Tale disposizione affida alla Repubblica la tutela del diritto alla salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, garantendo cure gratuite agli indigenti¹. L'articolo è ispirato a due concetti fondamentali: quello che pervade l'intera Costituzione, per cui è funzione dello Stato promuovere lo sviluppo della persona umana, come elemento fondamentale del bene comune, e quello che definisce la salute non più come un bene individuale, ma come un bene nel quale coincidono fini individuali e fini sociali (Bottari, 2011)².

La storia del SSN italiano, seppur oggetto di diversi e radicali provvedimenti legislativi che si sono susseguiti a partire dagli anni '70, può essere ricondotta essenzialmente a 4 fasi evolutive (Lega, 2013):

- la fase precedente all'istituzione del SSN;
- la fase immediatamente successiva l'istituzione del SSN;
- la fase di aziendalizzazione;
- la fase di implementazione del federalismo.

Il modello mutualistico, in vigore nel periodo 1943-1978, prevedeva l'obbligo per varie categorie di lavoratori di assicurazione contro i rischi di malattia. Il modello era basato sui seguenti aspetti: i) l'appartenenza del lavoratore (il soggetto assicurato) ad una determinata categoria (ad esempio dipendenti del settore pubblico o del settore privato, artigiani, commercianti); ii) enti mutualistici e gestioni separate in relazione alla tipologia di lavoratore; iii) un prelievo percentuale sul salario distinto per categoria di lavoratore a titolo di contributo per l'ente mutualistico. Secondo Jorio (2006), il sistema mutualistico può essere in via esemplificativa ricondotto all'equazione "prestazione di lavoro sta a contributo" come "contributo sta a prestazione di assistenza". Il sistema mutualistico mostrò fin dai primi anni '50 importanti limiti (Ferrera e Zincone, 1986, Toth, 2014). In particolare:

¹ Articolo 32 comma 1 della Costituzione Italiana.

² È tuttavia con l'entrata in vigore della Legge 833/1978 che si raggiunge una piena attuazione dei principi costituzionali espressi dall'Articolo 32. La Costituzione prevedeva poi che fossero le Regioni ad assumere il ruolo centrale nella gestione del settore della salute. Ciò rimase inattuato fino all'istituzione delle amministrazioni regionali nel 1970. Per approfondimenti si rinvia a: LEGA F., 2013, *Management della sanità: Lineamenti essenziali e sviluppi recenti del settore e dell'azienda sanitaria*, EGEA.

- i) l'inefficacia come sistema di tutela della salute se si pensa, ad esempio, alla mancanza di attività di prevenzione (Lega, 2013);
- ii) l'assenza di una politica sanitaria (Guzzanti, 2006; Lega, 2013);
- iii) l'insostenibilità economico-finanziaria del modello se si pensa, soprattutto, ai livelli di indebitamento degli enti mutualistici e alla totale assenza di controllo sulle dinamiche della spesa sanitaria;
- iv) le evidenti sperequazioni tra le varie categorie di lavoratori.

Il definitivo superamento del modello mutualistico è stato realizzato attraverso il Decreto Legge 264/1974, recante "Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria" (Jorio, 2006)³.

Attraverso l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale - realizzata mediante la Legge 833 del 1978 - si addiende al definitivo superamento del sistema mutuo-previdenziale, precedentemente in vigore, ed al passaggio ad una normativa organica e di complessivo riordino del settore sanitario pubblico italiano (Sola, 2008)⁴. Il SSN è ispirato ai principi di universalità ed equità e segna il passaggio da un modello istituzionale di tipo mutualistico ad un sistema coordinato di strutture operative distribuite su tutto il territorio (Russo, 2012).

I principi posti a fondamento del nuovo SSN sono rinvenibili nell'Articolo 1 della Legge 833/78 che definisce il Sistema stesso come il complesso di funzioni, strutture, servizi e attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica (principio della globalità delle prestazioni) di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e/o sociali (principio dell'universalità) e secondo modalità in grado di assicurare l'uguaglianza di tutti i cittadini (principio di uguaglianza di trattamento). In coerenza con tali principi, l'Articolo 2 indica gli obiettivi del SSN ponendo l'attività di prevenzione al centro dell'intero modello sanitario e sancendo l'ormai superata distinzione tra i concetti di igiene e sanità pubblica e assistenza sanitaria ed ospedaliera tipici, invece, del modello precedentemente in vigore. L'efficiente ed efficace attuazione degli obiettivi individuati dall'Articolo 2, presupponeva un modello di "amministrazione programmata" realizzata attraverso la ripartizione dei compiti di programmazione

³ Per approfondimenti si rinvia a: FERRERA M., ZINCONI G., 1986, *La salute che noi pensiamo. Domanda sanitaria e politiche pubbliche in Italia*, Il Mulino; LEGA F., 2013, *op.cit.*; TOTH F., 2014, *La sanità in Italia*, Il Mulino.

⁴ La Legge 833/78 intese soprattutto promuovere un complessivo processo d'integrazione organizzativa, sia sul piano del finanziamento sia su quello dell'erogazione delle cure sanitarie. Sul tema si veda TOTH F., 2014, *op.cit.*

sanitaria fra lo Stato e le Regioni e l'introduzione del Piano Sanitario Nazionale⁵ (Sola, 2008; Lega, 2013; Toth, 2014).

L'apparato normativo posto in essere dal legislatore nel 1978 ha perseguito l'obiettivo di garantire la tutela della salute attraverso l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie necessarie alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica degli individui e attraverso l'implementazione dei seguenti principi:

- i) universalità dei destinatari;
- ii) eguaglianza di trattamento;
- iii) globalità delle prestazioni;
- iv) partecipazione;
- v) pluralismo organizzativo;
- vi) rispetto della libertà e della dignità della persona (Mapelli, 2012; Russo, 2012; Bellucci e Cardoni, 2008; Toth, 2014).

La tutela della salute viene pertanto ripensata e ricondotta ad una gestione unitaria garantita sul territorio attraverso una serie di enti con le seguenti funzioni (Articolo 14): 1) igiene pubblica e ambientale; 2) medicina di base; 3) prevenzione individuale e collettiva; 4) assistenza farmaceutica; 5) assistenza specialistica; 6) assistenza ospedaliera; 7) assistenza veterinaria (Russo, 2012).

Il fulcro della riorganizzazione del Sistema Sanitario è, in ogni modo, rinvenibile nella realizzazione a livello territoriale di un centro unitario di gestione di tutte le competenze preventive, diagnostico-curative e riabilitative costituito dalle Unità Sanitarie Locali (USL) (Lega, 2013). Le USL si configurano come strumento operativo del Comune, diffuso in modo capillare su tutto il territorio nazionale, in grado di provvedere uniformemente alla tutela della salute, fornendo tutte le prestazioni sanitarie attraverso strutture ad esse collegate (ospedali, ambulatori, ecc) (Sola, 2008). La Legge 833/1978 individua, pertanto, 3 livelli di governo del SSN⁶:

⁵ Tale aspetto è, difatti, rinvenibile nell'Articolo 3: "Lo Stato, nell'ambito della programmazione economica nazionale, determina, con il concorso delle regioni, gli obiettivi della programmazione sanitaria nazionale. La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini".

⁶ Al SSN si volle così dare un assetto decentrato. Il governo nazionale mantenne la programmazione complessiva, il coordinamento e il finanziamento dell'intero sistema. Alle Regioni vennero assegnate importanti funzioni di programmazione, soprattutto in ambito ospedaliero mentre la gestione delle unità operative (USL) venne affidata ai Comuni. Sul tema si veda TOTH F., 2014, *op.cit.*

1. il livello centrale (Governo, Parlamento e Consiglio Sanitario Nazionale⁷) con il compito di definire il quadro giuridico, operativo e finanziario entro il quale doveva realizzarsi l'attività di tutela della salute nel rispetto dei principi posti a fondamento del SSN;
2. il livello regionale con il compito di valutare le esigenze locali e ripartire le risorse tra le USL nonché predisporre i Piani Sanitari Regionali e controllare l'efficienza dei servizi offerti dalle USL;
3. il livello locale con competenze amministrative e operative nella gestione dei servizi e nel loro concreto funzionamento (Legg, 2013).

Il SSN è ispirato sia nei principi che nelle modalità organizzative al *National Health Service* (NHS) britannico⁸. Dal punto di vista del finanziamento la riforma ha comportato la definitiva sostituzione di tutte le casse mutualistiche preesistenti, che vennero liquidate, con un'unica assicurazione nazionale finanziata attraverso il gettito fiscale ed estesa all'intera popolazione segnando quindi il definitivo passaggio da un diritto garantito al lavoratore a diritto di cittadinanza⁹.

⁷ Il Consiglio Sanitario Nazionale è istituito attraverso l'Articolo 8.

⁸ Il Servizio Sanitario Nazionale (*National Health Service*, NHS) è entrato in funzione nel 1948 a seguito delle disposizioni del NHS Act del 1946 e sulla base delle disposizioni del "Beveridge Report" che proponeva di istituire un Servizio Sanitario Nazionale basato su tre fondamentali principi: l'universalità di accesso ai servizi sanitari, il finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale e la gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione. Per approfondimenti sul NHS si rinvia a: Maino, F., (2009), "La governance della politica sanitaria in Europa tra decentramento e riaccentramento: alcuni casi a confronto", Rivista Italiana di Politiche Pubbliche vol. 2, pp. 93-119 e Warwick, C. (1998). The new NHS: modern dependable. *British Journal of Midwifery*, 6(4), 265-265; Pioggia, A. (2011), "I servizi sanitari: organizzazione riforme e sostenibilità", Maggioli Editore; ABEL-SMITH B., TITMUS R. M., 1956, *The cost of the national health service*, University Press; O'DONNELL O., PROPPER C., 1991, *Equity and the distribution of UK National Health Service resources*, in *Journal of health economics*, vol. 10, issue 1, pp:1-19; PRESTON A. M., COOPER D. J., COOMBS R. W., 1992, *Fabricating budgets: a study of the production of management budgeting in the National Health Service*, in *Accounting, Organizations and Society*, vol.17, issue 6, pp: 561-593; MAYNARD A., 1994, *Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the UK National Health Service*, in *Social science & medicine*, vol.39, issue 10, pp:1433-1445; ROBINSON R., LE GRAND J. (Eds.), 1994, *Evaluating the national health service reforms*, Transaction Publishers; KLEIN R., 1998, *Why Britain is reorganizing its national health service--yet again*, in *Health affairs*, vol.17, issue 4, pp:111-125; LE GRAND J., 1999, *Competition, cooperation, or control? Tales from the British National Health Service*, in *Health affairs*, vol.18, issue 3, pp: 27-39; STEWART S., JENKINS A., BUCHAN S., MCGUIRE A., CAPEWELL S., MCMURRAY J. J., 2002, *The current cost of heart failure to the National Health Service in the UK*, in *European journal of heart failure*, vol. 4, issue 3, pp:361-371; WEBSTER C., 2002, *The national health service: A political history*, Oxford University Press; OLIVER A., 2005, *The English National Health Service: 1979-2005*, in *Health Economics*, vol.14, issue 1, pp:75-99.

⁹ Una classificazione ormai generalmente accettata distingue i Sistemi Sanitari sulla base delle modalità di finanziamento adottate. In tal senso è possibile distinguere: il modello *Beveridge*, il modello *Bismark*, il modello misto ed il modello statunitense. Il modello *Beveridge*, a cui l'attuale SSN è ispirato, prevede il finanziamento attraverso la fiscalità generale e l'erogazione delle

Il sistema di finanziamento, ai sensi di quanto previsto nel 1978 dal Legislatore, risulta basato sulla creazione del Fondo Sanitario Nazionale¹⁰ (FSN) da destinare annualmente alla tutela della salute. Il Sistema era quindi organizzato in un meccanismo a cascata in cui la legge finanziaria provvedeva a determinare il FSN annuale, il Governo ripartiva alle Regioni i rispettivi fondi regionali, le Regioni provvedevano ad allocare le risorse presso le USL e queste ultime provvedevano ad iscrivere nel proprio bilancio di previsione le risorse assegnate (Lega, 2013). Il FSN veniva determinato annualmente con la Legge di approvazione del bilancio dello Stato (Articolo 51 - comma 1) ed era alimentato dal meccanismo erariale, attraverso le imposte generali, tanto da rappresentare la vera svolta per il Sistema Sanitario trasformato così da un modello basato sulla logica assicurativa/contributiva ad un modello basato su una logica contributiva (Jorio, 2006). Tuttavia è proprio nel meccanismo di finanziamento, il cui obiettivo primario era quello di concorrere al contenimento della spesa sanitaria, che può essere individuato il principale limite del modello introdotto con la Legge 833/1978 e caratterizzato da evidenti scostamenti tra previsioni e consuntivi di spesa dovuti essenzialmente ai seguenti fattori:

- 1) il bisogno di salute come variabile indipendente ed autodeterminata;
- 2) la spesa sanitaria come variabile dipendente e funzione del livello di soddisfacimento dei bisogni (Longo, 1999; Lega, 2013).

prestazioni con modalità integrate nel sistema pubblico (seppur in presenza di meccanismi concorrenziali). Il modello *Bismark*, a cui il modello mutualistico italiano è riconducibile, è, invece, basato sulla contribuzione obbligatoria da parte dei datori di lavoro ed in parte dei lavoratori. I contributi sono versati a istituzioni che negoziano le prestazioni - per conto degli assicurati - con un insieme di fornitori (privati, non profit o pubblici in base alla configurazione che il sistema assume nello specifico contesto di riferimento). Un terzo modello, generalmente ricondotto, ad esempio, al Canada, presenta caratteristiche sia dell'uno che dell'altro dei modelli esposti in precedenza. Il modello prevede, infatti, un sistema di contribuzione basato sulle retribuzioni (quindi contributivo) ma gestito da un unico fondo pubblico che provvede a negoziare le prestazioni con i fornitori (unico gestore). Il modello statunitense presenta invece una sorta di convivenza tra l'intervento pubblico e l'autonomia privata. Nel modello statunitense più del 45% della spesa sanitaria complessiva è coperta (attraverso i vari programmi sanitari pubblici tra cui - *in primis* - *Medicare* e *Medicaid*) con risorse pubbliche mentre il resto è in parte garantito attraverso il sistema delle assicurazione private ed in parte eleggibile come *out of pocket*. Il modello, rappresenta, un *unicuum* nel suo genere riuscendo a contrapporre in un unico sistema tratti rilevanti dei modelli esposti in precedenza. Per approfondimenti si rinvia diffusamente a: LEWIS R., SMITH J., HARRISON A., 2009, *From quasi-market to market in the National Health Service in England: what does this mean for the purchasing of health services?*, in *Journal of health services research & policy*, vol. 14, issue 1, pp:44-51; DEL VECCHIO M., 2013, *Settore, sistema e azienda: Logiche di governance in sanità*, EGEA; LEGA F., 2013, *op.cit.*; MARINÒ L., 2014, *L'azienda pubblica nel quasi-mercato: Il management sanitario tra autonomia formale ed opzioni di scelta reali*, Giappichelli Editore.

¹⁰ Il Fondo Sanitario Nazionale è introdotto e disciplinato attraverso l'Articolo 51.