

INDICE DEI CAPITOLI

Introduzione	pag. 4
Capitolo 1: Inquadramento Teorico e Modelli di Riferimento	pag. 8
1.1 Definizione e finalità del sistema sanitario.....	pag. 8
1.2 Tassonomia dei sistemi sanitari: un'analisi progressiva.....	pag. 8
- 1.2.1 Il Modello <i>Out-of-Pocket</i> : l'assenza di protezione e la barriera del pagamento diretto.....	pag. 9
- 1.2.2 Il Modello Privatistico o ad Assicurazione Volontaria....	pag. 10
- 1.2.3 Il Modello della Concorrenza Gestita (<i>Managed Competition</i>).....	pag. 12
1.3 Gli archetipi del Welfare Europeo: i modelli centrali dell'analisi...	pag. 14
- 1.3.1 Il Modello Universalistico o a Servizio Sanitario Nazionale (Beveridge).....	pag. 14
- 1.3.2 Il Modello ad Assicurazione Sociale Obbligatoria (Bismarck).....	pag. 16
1.4 Verso la convergenza sistemica: l'ibridazione tra Bismarck e Beveridge.....	pag. 18
Capitolo 2: Il Sistema Sanitario Italiano: evoluzione istituzionale, governance e dinamiche di finanziamento.....	pag. 22
2.1 Le origini storiche e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (La Legge 833/1978).....	pag. 22
- 2.2.1 L'architettura del finanziamento originario "a cascata" e il criterio della spesa storica	pag. 23
2.2 La transizione degli anni '80 e i primi decreti di riorganizzazione...	pag. 25
2.3 La stagione delle riforme degli anni '90: "Aziendalizzazione" e "Regionalizzazione"	pag. 26
- 2.3.1 Lo scorporo delle ASL dai Comuni e la nuova <i>Governance</i> manageriale.....	pag. 27
- 2.3.2 La svolta contabile, i LUA e il sistema di accreditamento istituzionale.....	pag. 28
2.4 Il federalismo fiscale in sanità e la riforma del Titolo V (Il sistema post-2000)	pag. 29

- 2.4.1 L'architettura delle entrate e il riparto per quota capitaria pesata.....	pag.30
2.5 L'evoluzione quantitativa del fabbisogno: la Legge 232/2016 e i tetti di spesa farmaceutica.....	pag. 31
- 2.5.1 La quota premiale e la governance delle tempistiche (D.L. 160/2016)..	pag.32
- 2.5.2 La rimodulazione dei tetti della spesa farmaceutica e i fondi per gli innovativi.....	pag.33
2.6 I meccanismi di remunerazione microeconomica e i fattori di spesa privata (OOP e Ticket)	pag. 34
- 2.6.1 La spesa privata delle famiglie: Out-of-Pocket e Sanità Integrativa	pag. 35
Capitolo 3: Il Sistema Sanitario Francese: evoluzione istituzionale, governance e dinamiche di finanziamento.....	pag. 37
3.1 Le origini storiche e la nascita della <i>Sécurité Sociale</i>	pag. 37
3.2 Le riforme di razionalizzazione e la statalizzazione della governance	pag. 38
3.3 Il decentramento territoriale e il ruolo delle ARS.....	pag. 40
3.4 L'architettura del finanziamento macroeconomico e la transizione fiscale: la CSG.....	pag. 41
3.5 Canali erogativi, tariffe professionali e regolazione dei fattori produttivi (OPTAM e T2A).....	pag. 43
3.6 Il Finanziamento Privato, la Spesa <i>Out-of-Pocket</i> e la Sanità Integrativa (<i>Complémentaires</i>).....	pag. 45
Capitolo 4: Analisi comparativa e performance economica dei sistemi sanitari italiano e francese	pag. 48
4.1 Sostenibilità a confronto: comparazione della spesa sanitaria totale e pubblica in rapporto al PIL.....	pag. 48
4.2 Meccanismi di erogazione della spesa: confronto tra la spesa Out-of-pocket in Italia e in Francia.....	pag. 50
4.3 Efficienza operativa: tempi d'attesa, tassi di ospedalizzazione e gestione della medicina territoriale.....	pag.55

4.4 Digitalizzazione del sistema: Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto a Mon espace santé e Carte Vitale.....	pag. 59
Capitolo 5: Sfide comuni e prospettive future dei modelli sanitari italiano e francese.....	pag. 63
5.1 La resilienza dei sistemi alla prova della crisi pandemica e le dinamiche del post-emergenza.....	pag. 63
5.2 Politiche di rilancio e piani di investimento strutturale: il PNRR rispetto al Ségur de la Santé.....	pag. 67
5.3 La crisi del capitale umano sanitario: le determinanti economiche e gestionali della carenza di personale.....	pag. 71
- 5.3.1 Il Il contesto italiano: squilibri strutturali, decremento dell'attrattività e l'imbutto formativo.....	pag. 72
- 5.3.2 Il contesto francese: libertà d'installazione, "deserti sanitari" e le riforme del Ségur.....	pag. 74
Conclusioni.....	pag. 76
Bibliografica e sitografia.....	pag. 79

INTRODUZIONE

I sistemi sanitari sono il prodotto storico e subiscono l'influenza diretta delle tradizioni politiche, giuridiche e culturali di ogni nazione, oltre che delle specifiche condizioni socio-economiche e demografiche che ne determinano lo sviluppo. Di conseguenza, pur nella strutturale diversità delle loro architetture organizzative, essi pongono al centro il diritto alla salute come uno dei pilastri fondamentali e irrinunciabili del welfare state europeo. Il consolidamento dei sistemi di protezione sociale nel secondo dopoguerra ha rappresentato un mutamento di paradigma epocale, trasformando la tutela della salute da mera questione di ordine pubblico, sussidiarietà corporativa o carità privata a beneficio degli indigenti, in un diritto umano fondamentale, universale e costituzionalmente garantito, permanentemente improntato ai valori della solidarietà e dell'equità distributiva. All'interno dello spazio sociale europeo, la salute non viene concepita come un bene di consumo o un servizio privato scambiabile sul mercato, bensì come un bene pubblico globale gestito e regolato attivamente dallo Stato per garantire l'uguaglianza d'accesso, la prevenzione e la cura, distinguendosi nettamente dai modelli privatistici e frammentati di matrice nordamericana.

Il diritto alla salute riceve oggi una complessa tutela "multilivello" all'interno dello spazio giuridico europeo. Questa protezione formale è garantita, in particolare, dall'articolo 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (Carta di Nizza), il quale riconosce a ogni individuo il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche secondo le condizioni stabilite dalle legislazioni e dalle prassi nazionali. Tale disposto assicura inoltre l'impegno stringente delle istituzioni eurounitarie nel garantire un livello elevato di protezione della salute umana in tutte le politiche e attività dell'Unione, incentivando la cooperazione transfrontaliera e l'armonizzazione dei sistemi. Questa tutela integrata è il risultato di un costante e fecondo dialogo giurisprudenziale tra le Corti costituzionali nazionali, la Corte Europea dei Diritti dell'Uomo di Strasburgo e la Corte di Giustizia dell'Unione Europea di Lussemburgo.

Nonostante questo solido inquadramento giuridico e valoriale, i sistemi sanitari europei affrontano oggi una stagione di profonde tensioni strutturali che ne minacciano la sostenibilità finanziaria e la qualità dei servizi. Tra le determinanti macroeconomiche di maggiore criticità spiccano il progressivo invecchiamento demografico della popolazione, l'esplosione dei costi associati all'innovazione tecnologica e farmaceutica, e una diffusa crisi del capitale umano sanitario caratterizzata da una severa carenza di personale qualificato. Questo scenario di vulnerabilità è stato radicalmente accelerato e messo a nudo dallo shock epidemiologico da COVID-19, il quale ha operato come un potente rivelatore delle fragilità latenti dei modelli di finanziamento e di governance della spesa, esasperando le disuguaglianze sanitarie e ponendo i decisori politici di fronte alla necessità urgente di adottare nuovi approcci gestionali ed organizzativi.

Per analizzare la capacità di risposta dei diversi sistemi di fronte a tali pressioni, il presente elaborato adotta una metodologia comparativa, mettendo a confronto i modelli di due Paesi che rappresentano storicamente le due anime e i due pilastri istituzionali del welfare europeo: l'Italia e la Francia. Sebbene entrambi gli ordinamenti condividano l'obiettivo politico dell'universalismo della cura e della protezione globale del cittadino, essi hanno sviluppato architetture istituzionali e finanziarie divergenti, frutto di percorsi storici e regolatori distinti.

Da un lato, l'Italia rappresenta uno dei principali esempi di modello Beveridge, in cui il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è finanziato prevalentemente attraverso la fiscalità generale e gestito su base regionalizzata e decentrata. Dall'altro, la Francia incarna l'evoluzione del modello Bismarck, strutturato su un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie (Assurance Maladie) storicamente alimentato dai contributi legati al mercato del lavoro, sebbene oggi caratterizzato da una progressiva e marcata integrazione di entrate di natura fiscale e tributaria. L'analisi comparata di queste due realtà permette di osservare come due diverse filosofie di finanziamento e di allocazione delle risorse reagiscano alle medesime pressioni evolutive e all'esigenza di contenimento dei deficit pubblici. L'interrogativo cruciale della ricerca non risiede in una mera descrizione amministrativa, ma nella valutazione di quale dei due approcci garantisca una maggiore efficienza e

sostenibilità macroeconomica, salvaguardando al contempo i livelli di equità sociale e universalismo reale.

Un elemento centrale e qualificante di questa indagine riguarda la sostenibilità finanziaria valutata in relazione all'effettiva accessibilità delle cure per il cittadino. Un sistema, infatti, può configurarsi come formalmente universale ma presentare severe barriere economiche indirette che inducono la popolazione al differimento o alla rinuncia terapeutica. In questo contesto, lo studio pone un focus analitico sul ruolo della spesa Out-of-Pocket (OOP), ovvero la quota di costi sanitari direttamente sostenuta dalle famiglie. Mentre l'Italia affronta i limiti della frammentazione regionale e dei meccanismi di compartecipazione alla spesa basati sul ticket sanitario, la Francia ha sviluppato dispositivi innovativi di mitigazione del rischio finanziario, quali il Tiers Payant (terzo pagante) e una sistematica integrazione istituzionale con le assicurazioni complementari (Mutuelles). L'ipotesi centrale della tesi è che tali meccanismi di protezione, azzerando o riducendo l'anticipo di cassa al punto di consumo, agiscano come un efficace strumento di equità ed efficienza allocativa, offrendo importanti spunti di riflessione per il superamento delle criticità che oggi colpiscono il modello italiano, segnato da tempi d'attesa critici e da una progressiva migrazione della domanda verso il canale privato a pagamento.

Per rispondere a tali quesiti, la ricerca adotta un approccio multidisciplinare che integra il diritto pubblico e la legislazione sanitaria con l'economia pubblica e la scienza delle finanze. La metodologia impiegata prevede l'analisi e l'incrocio dei principali indicatori macroeconomici e di performance forniti dalle banche dati ufficiali dell'OCSE (Health at a Glance) e di Eurostat, valutando l'efficienza della spesa in rapporto al Prodotto Interno Lordo (PIL) e la qualità degli outcome assistenziali erogati.

Il lavoro è strutturato in cinque capitoli complessivi. Il Capitolo 1 definisce la tassonomia e la cornice teorica dei modelli di finanziamento dei sistemi sanitari occidentali. Il Capitolo 2 analizza lo shock epidemiologico e le sue ricadute demografiche ed economiche, mentre il Capitolo 3 descrive analiticamente l'organizzazione strutturale, le fonti di finanziamento e le asimmetrie istituzionali

del sistema italiano e di quello francese. Il Capitolo 4 rappresenta il fulcro prettamente comparativo dell'elaborato, in cui vengono messi a confronto i meccanismi microeconomici di rimborso delle prestazioni (DRG rispetto a T2A) e i modelli di regolazione della spesa Out-of-Pocket e di digitalizzazione del sistema. Infine, il Capitolo 5 esamina, nell'attuale prospettiva e orizzonte conclusivo del 2026, l'impatto dei piani straordinari di rilancio post-pandemici (la Missione 6 del PNRR in Italia e le riforme del Ségur de la Santé in Francia) e le determinanti economiche della crisi globale del capitale umano sanitario.

CAPITOLO 1: Inquadramento Teorico e Modelli di Riferimento

1.1 Definizione e finalità del sistema sanitario

L'organizzazione dei servizi sanitari varia significativamente a livello globale, riflettendo le peculiarità storiche, politiche e socioculturali di ogni nazione. Come evidenziato dai rapporti dell'area OCSE, la struttura e l'efficienza di un sistema sanitario (SS) non sono solo indicatori tecnici, ma rappresentano il vero e proprio "specchio" del benessere economico e della coesione sociale di uno Stato.

Secondo la definizione formale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), un sistema sanitario è definibile come:

«[...] l'insieme di tutte le organizzazioni, istituzioni, risorse e persone il cui obiettivo primario consiste nel miglioramento della salute»
(WHO, 2000).

Nonostante questa finalità comune, la tutela della salute è un settore estremamente delicato che ha richiesto, nel corso dei decenni, costanti riforme per adattarsi alle mutazioni demografiche e tecnologiche. Le profonde divergenze tra i vari modelli nazionali dipendono da una moltitudine di fattori — economici, sociali e culturali — che hanno generato uno scenario disomogeneo e articolato. In questo contesto, il ricorso ai confronti internazionali diviene uno strumento euristico fondamentale per valutare le performance sistemiche e individuare i rispettivi punti di forza e vulnerabilità.

1.2 Tassonomia dei sistemi sanitari: un'analisi progressiva

Sebbene la realtà empirica mostri una crescente complessità, la dottrina riconosce la riconducibilità dei sistemi sanitari dell'area OCSE a diverse tipologie fondamentali, intese come archetipi organizzativi e di finanziamento. Al fine di comprendere appieno le dinamiche di Italia e Francia, l'analisi procederà dai modelli basati sulla deregolamentazione o sul mercato, per giungere ai pilastri del welfare europeo.

1.2.1 Il Modello *Out-of-Pocket*: l'assenza di protezione e la barriera del pagamento diretto

Pur essendo predominante in Paesi in via di sviluppo (specialmente in ampie aree dell'Asia e dell'Africa), per completezza di analisi, è doveroso menzionare il cosiddetto modello *Out-of-Pocket* (OOP), una configurazione che, rappresenta il punto di rottura teorico di ogni sistema di welfare strutturato. L'OOP non configura un vero e proprio "sistema" organizzato e regolamentato, ma si manifesta come la forma più elementare e brutale di accesso alle cure, basata esclusivamente sul pagamento diretto e immediato della prestazione da parte del paziente al momento del bisogno.

Sotto il profilo economico, tale modello è caratterizzato dalla quasi totale assenza dello Stato, sia nella fase di erogazione che in quella di regolamentazione. Come evidenziato da De Angelis (2017), ci si trova dinanzi a un mercato concorrenziale "puro", in cui la domanda e l'offerta di salute si contrappongono e si influenzano in modo dinamico e variabile, portando con sé tutti i limiti intrinseci dei mercati non regolamentati. In questa dinamica, la salute smette di essere un diritto inalienabile per trasformarsi in un bene "escludibile": l'accesso alle cure è strettamente subordinato alla capacità economica individuale, privando le fasce più povere della popolazione di qualsiasi forma di tutela e rendendo la prestazione sanitaria una merce soggetta alla disponibilità finanziaria del momento.

Le implicazioni etiche e sociali di tale approccio sono di estrema gravità. Pagare direttamente per i servizi di cui si usufruisce condiziona l'accesso alla salute alle disponibilità economiche del singolo, creando una profonda frattura nel principio di equità. In società caratterizzate da forti disuguaglianze, il ricorso sistematico al pagamento diretto costringe gli individui a scelte drammatiche: come sottolineato da Zangrandi (2010), molte persone sono costrette a sacrificare gran parte del proprio reddito e dei risparmi per farsi curare o, nei casi più critici, a rinunciare completamente all'assistenza. Questo fenomeno evidenzia il fallimento della distribuzione delle cure in base al bisogno clinico, poiché l'accesso risulta irrimediabilmente vincolato al reddito e alla ricchezza pregressa.

Tuttavia, sebbene questo modello sia concettualmente lontano dagli standard dei Servizi Sanitari Europei, il concetto di spesa Out-of-Pocket rimane un indicatore finanziario cruciale anche per i sistemi evoluti di matrice beveridgiana o bismarckiana, come quelli di Italia e Francia. In questi contesti, la quota OOP — composta da ticket, visite specialistiche nel settore privato, prestazioni intramoenia o farmaci non rimborsati — funge da termometro della tenuta del sistema pubblico. Essa permette infatti di misurare il "fallimento" pratico dell'universalismo: tanto più è alta la quota di spesa che il cittadino è costretto a pagare di tasca propria per ottenere prestazioni tempestive o di qualità, tanto più il sistema si allontana dal suo obiettivo ideale di protezione sociale, scivolando pericolosamente verso dinamiche di mercato che penalizzano l'equità e la salute collettiva.

Nella realtà contemporanea, la distinzione tra questi archetipi è sempre meno netta. La dottrina concorda sul fatto che si stia verificando un fenomeno di convergenza sistemica. Da un lato, i sistemi Beveridge (come l'Italia) hanno introdotto meccanismi di mercato, forme di compartecipazione alla spesa e una maggiore autonomia aziendale per gli ospedali. Dall'altro, i sistemi Bismarck (come la Francia) hanno progressivamente sganciato il diritto alla salute dal solo status di "lavoratore", introducendo forme di finanziamento tramite fiscalità generale per garantire la copertura anche ai non occupati.

1.2.2 Il Modello Privatistico o ad Assicurazione Volontaria

Il modello privatistico si fonda sulla concezione della salute come un bene di consumo privato piuttosto che come un diritto sociale garantito dallo Stato. In questo scenario, l'accesso alle cure è regolato dalle leggi della domanda e dell'offerta, e la tutela sanitaria è affidata alla libera scelta del cittadino di proteggersi contro l'eventualità di dover sostenere spese mediche.

Il cuore finanziario di questo modello risiede nelle polizze assicurative volontarie. Come evidenziato da Zangrandi (2010), il meccanismo può seguire due strade principali: l'adesione a polizze collettive offerte dalle aziende come *benefit* contrattuale per i dipendenti (molto comune negli Stati Uniti, dove circa i due

terzi della popolazione è coperta da assicurazioni private legate al lavoro) o l'acquisto diretto sul mercato da parte del singolo individuo, pratica diffusa tra i liberi professionisti e le fasce più abbienti.

L'organizzazione del sistema vede il mercato come attore predominante: i prezzi delle prestazioni e i premi assicurativi sono determinati dalle dinamiche competitive, mentre gli erogatori sono quasi esclusivamente soggetti privati orientati al profitto. Chi sceglie di assicurarsi è garantito nei limiti e nelle forme previste dal pacchetto prescelto; al contrario, chi non sottoscrive alcuna polizza è tenuto a sostenere direttamente ogni costo sanitario.

Nella sua versione "pura", questo modello presenta l'indubbio vantaggio teorico di non gravare direttamente sulle finanze pubbliche, poiché la spesa è sostenuta dai privati. Tuttavia, come sottolineato da De Angelis (2017), tale vantaggio è spesso illusorio. In società economicamente diseguali, l'assenza di copertura per i cittadini meno abbienti crea una situazione altamente differenziata: a fronte di coperture integrali per i facoltosi, esistono ampie fasce di popolazione prive di ogni tutela. Poiché lo Stato non può, per ragioni etiche e di ordine pubblico, negare le cure d'emergenza o essenziali, i costi di tali interventi finiscono comunque per ricadere indirettamente sulle finanze generali, configurando un paradosso in cui il sistema privato genera esternalità negative a carico del pubblico.

Il sistema degli Stati Uniti d'America è l'esempio più noto di questa impostazione, ma evidenzia anche la necessità di correggere i "fallimenti intrinseci" di un mercato sanitario privo di regolamentazione. Per mitigare l'esclusione di soggetti fragili o affetti da patologie pregresse, il governo americano ha introdotto programmi pubblici residuali che inseriscono elementi di matrice "Beveridge" (finanziamento fiscale) o "Bismarck" (contributi sociali) nel sistema:

- Medicare: destinato alla popolazione anziana (over 65);
- Medicaid: rivolto ai cittadini a basso reddito e agli indigenti;
- Programmi per reduci di guerra: coperture specifiche per categorie meritorie.

È fondamentale notare che l'assicurazione privata volontaria non è una prerogativa esclusiva dei modelli puramente privatistici, ma coesiste stabilmente con le assicurazioni sociali e i servizi sanitari nazionali dei Paesi più avanzati. Zangrandi (2010) osserva come in Germania i lavoratori ad alto reddito possano optare per la fuoriuscita dal sistema obbligatorio per acquistare polizze private "sostitutive".

In Italia, invece, le assicurazioni private assumono una funzione prevalentemente "integrativa" o "complementare", permettendo ai cittadini di ottenere rimborsi per servizi offerti da strutture private o per prestazioni in regime di libera professione intramuraria (*intramoenia*). Questa coesistenza conferma come il modello privatistico sia oggi una componente essenziale dell'architettura sanitaria globale, agendo come valvola di sfogo per la domanda che il settore pubblico non riesce a soddisfare o come strumento di diversificazione del rischio finanziario per il cittadino.

1.2.3 Il Modello della Concorrenza Gestita (*Managed Competition*)

La prospettiva più recente e tecnicamente complessa nel panorama della sanità comparata è offerta dal modello della Concorrenza Gestita (*Managed Competition*). Teorizzato originariamente dall'economista di Stanford Alain Enthoven (1988), questo sistema nasce con l'ambizioso obiettivo di coniugare l'efficienza allocativa tipica del libero mercato con le finalità di equità e giustizia sociale proprie del *welfare* europeo. Esso viene spesso definito dalla dottrina come una "terza via", posta in una posizione intermedia tra il controllo statale centralizzato (modello Beveridge) e la deregolamentazione privatistica.

Il cuore del modello risiede nella distinzione tra l'obbligatorietà della copertura e la libertà di scelta dell'erogatore o del finanziatore. Come osservato da Saltman e Figueras (1997), la concorrenza gestita non rappresenta un ritorno al mercato selvaggio, bensì un tentativo di "regolare la competizione affinché serva scopi pubblici". In nazioni come i Paesi Bassi o la Svizzera, l'assicurazione sanitaria è imposta per legge a ogni cittadino, ma l'individuo è chiamato a scegliere la propria

polizza tra diverse compagnie assicurative, spesso private o parastatali, che operano in regime di concorrenza.

In questo modello, l'elemento di "gestione" pubblica è prevalente e fondamentale: lo Stato rinuncia al ruolo di erogatore diretto dei servizi per assumere quello di regolatore onnipotente. La funzione regolatoria si esplica attraverso tre leve principali:

1. Definizione del pacchetto standard: Lo Stato stabilisce un "paniere" di prestazioni minime obbligatorie che ogni compagnia deve garantire, impedendo la competizione al ribasso sulla qualità dei servizi essenziali.
2. Divieto di selezione del rischio: Alle compagnie è fatto divieto di rifiutare la copertura a individui "ad alto rischio" (anziani o malati cronici) o di modulare i premi in base allo stato di salute. Questo intervento è volto a neutralizzare il fenomeno della selezione avversa (*cream skimming*, letteralmente, "scrematura della panna"), garantendo che la competizione avvenga sull'efficienza gestionale e non sulla selezione dei pazienti più sani.
3. Compensazione del rischio: Lo Stato gestisce spesso un fondo di perequazione che ridistribuisce risorse tra le compagnie, compensando quelle che hanno in carico pazienti più costosi.

Per garantire che la logica di mercato non comprometta l'universalismo dell'accesso, il modello prevede meccanismi di redistribuzione fiscale. Lo Stato interviene erogando sussidi diretti o crediti d'imposta a quei cittadini il cui reddito non è sufficiente a coprire il costo dei premi assicurativi. In questo modo, l'accessibilità economica rimane slegata dalla capacità di spesa individuale, pur mantenendo un sistema di finanziamento basato su premi anziché su tasse o contributi lavorativi.

La comprensione della *Managed Competition* è di cruciale importanza per la presente trattazione, poiché il sistema francese, pur nascendo su una base di tipo Bismarck, sta integrando progressivamente molti di questi elementi. In particolare, il ruolo delle assicurazioni complementari (*Mutuelles*) e il loro

coordinamento con l'assicurazione obbligatoria statale riflettono la volontà del legislatore francese di utilizzare la dinamica competitiva per migliorare la qualità del servizio, mantenendo al contempo un rigoroso controllo pubblico sui costi e sui rimborsi.

1.3 Gli archetipi del Welfare Europeo: i modelli centrali dell'analisi

1.3.1 Il Modello Universalistico o a Servizio Sanitario Nazionale (Beveridge)

Il modello universalistico trae le sue origini intellettuali dal celebre rapporto *Social Insurance and Allied Services*, presentato da Lord William Beveridge al Parlamento britannico nel 1942. In un'Europa profondamente segnata dal secondo conflitto bellico, Beveridge propose un piano rivoluzionario volto a combattere i cosiddetti "cinque giganti" del bisogno: la malattia, l'ignoranza, lo squallore, l'inedia e l'ozio. Tale impostazione ha segnato il passaggio definitivo da una visione della salute come assistenza caritatevole o legata al lavoro, a una visione della salute come diritto umano inalienabile.

Sotto il profilo teorico, il modello si fonda su tre pilastri fondamentali, spesso sintetizzati nella formula delle "tre U":

- Universalità: la copertura sanitaria è estesa a tutti i cittadini (e frequentemente ai residenti), indipendentemente dal loro status occupazionale o contributivo. La tutela della salute è configurata come un "diritto di cittadinanza".
- Unitarietà: il sistema è concepito come un apparato organico e coeso, posto sotto la direzione strategica e la responsabilità dello Stato o di enti pubblici centrali.
- Uniformità: le prestazioni devono essere garantite in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale, assicurando standard di cura paritari per evitare discriminazioni basate sulla residenza geografica.

A differenza dei sistemi di matrice assicurativa, il modello Beveridge rompe il legame sinallagmatico tra la contribuzione del singolo e la ricezione della

prestazione. Il finanziamento avviene prevalentemente attraverso la fiscalità generale, attingendo alle imposte dirette (come l'IRPEF in Italia) e indirette. Come sottolineato da Zangrandi (2010), in questi sistemi non esiste generalmente una raccolta di risorse specifica per la sanità; i tributi prelevati confluiscono nel bilancio dello Stato, il quale ripartisce poi le disponibilità complessive tra le varie funzioni pubbliche, inclusa l'assistenza sanitaria.

Questo meccanismo garantisce una forte progressività e redistribuzione: i cittadini contribuiscono in base alla propria capacità contributiva e ricevono assistenza in base al bisogno clinico. Tuttavia, la natura politica della decisione sul finanziamento — tipicamente stabilita nelle leggi di bilancio annuali — comporta una sfida strutturale: la difficoltà di controllare l'evoluzione della spesa pubblica a fronte di risorse che, per definizione, sono limitate (De Angelis, 2017).

Un ulteriore elemento critico risiede nella distribuzione territoriale. Sia in sistemi accentrati (come quello inglese) sia in quelli decentrati (come quello italiano o scandinavo), il tema centrale del finanziamento si sposta sulla ripartizione delle risorse dallo Stato alle unità territoriali o agli enti locali, responsabili dell'erogazione effettiva dei servizi (Zangrandi, 2010).

In questo contesto, lo Stato non agisce meramente come regolatore, ma assume spesso la veste di proprietario e gestore dei fattori produttivi, inclusi ospedali, ambulatori e personale medico. La sfida intrinseca risiede nella gestione dei cosiddetti *global budgets*: poiché i fondi sono predeterminati a livello centrale, il sistema tende a rispondere all'eccesso di domanda rispetto all'offerta attraverso il razionamento delle prestazioni meno urgenti e la creazione di liste d'attesa.

Il caso italiano: tra universalismo e ibridazione

In Italia, il modello Beveridge ha trovato la sua massima espressione con la Legge n. 833 del 1978, che ha superato il frammentato sistema delle mutue per istituire il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Sebbene l'impianto originario sia puramente universalistico, l'evoluzione del sistema italiano ha introdotto elementi di ibridazione per far fronte alle esigenze di sostenibilità:

1. Compartecipazione alla spesa (Ticket): inteso come contributo diretto del cittadino per specifiche prestazioni, agendo sia come fonte di entrata che come moderatore della domanda.
2. Elementi concorrenziali: riscontrabili nell'attività specialistica ambulatoriale, erogata sia in regime pubblico che in regime privato o di libera professione intramuraria (*intramoenia*).
3. Sanità integrativa: la possibilità di sottoscrivere assicurazioni volontarie per ottenere rimborsi o agevolazioni, sovrapponendo logiche tipiche del modello privatistico a quello pubblico.
4. Variabilità regionale: a causa del decentramento amministrativo, si riscontrano differenze significative tra le Regioni riguardo alla gratuità o alle modalità di erogazione di determinati servizi, mettendo talvolta alla prova il principio dell'uniformità nazionale.

Attualmente, oltre che in Italia e nel Regno Unito, il modello Beveridge rimane il riferimento principale per i Paesi Scandinavi e quelli dell'Europa Meridionale, confermandosi come il baluardo della protezione sociale europea (De Angelis, 2017).

1.3.2 Il Modello ad Assicurazione Sociale Obbligatoria (Bismarck)

Il modello ad assicurazione sociale rappresenta la prima forma strutturata di protezione sanitaria moderna, introdotta in Germania dal Cancelliere Otto von Bismarck attraverso la *Social Health Insurance Act* del 1883. Contrariamente alla spinta universalistica e solidaristica che caratterizzerà il rapporto Beveridge nel secolo successivo, la logica bismarckiana nasce con un'impronta marcatamente corporativa e occupazionale. Inizialmente, la protezione sanitaria fu concepita come una tutela legata al mondo del lavoro, volta a garantire la produttività della forza lavoro industriale e, contestualmente, a favorire la stabilità sociale durante le turbolenze dei processi di industrializzazione dell'Ottocento.

Come osservato da Zangrandi (2010), questo modello costituì la prima risposta istituzionale alla domanda di protezione contro i costi delle malattie, traendo ispirazione dai fondi mutualistici promossi dalle organizzazioni dei lavoratori per

proteggersi dai rischi finanziari legati a infortuni e patologie. Con la riforma bismarckiana, tali forme di protezione furono ufficialmente riconosciute e regolamentate, dando vita a un sistema cogestito e cofinanziato tra lavoratori e aziende.

Il modello Bismarck si distingue per una serie di tratti distintivi che lo allontanano dalla gestione statalista dei sistemi universalistici:

- Pluralismo degli erogatori e autonomia gestionale: il sistema si fonda su una vasta rete di enti assicurativi no-profit, definiti "Casse Mutue" o *Krankenkassen*. Tali casse, pur operando in un quadro legislativo pubblico, godono di una significativa autonomia gestionale e di una *governance* spesso paritetica tra rappresentanti dei lavoratori e dei datori di lavoro.
- Libertà di scelta e assenza di *Gatekeeping*: a differenza dei sistemi Beveridge, dove l'accesso è spesso mediato da percorsi rigidi e figure di filtro (come il medico di base), il modello Bismarck tende a garantire al paziente una maggiore libertà nella scelta del professionista e della struttura sanitaria, favorendo una dinamica di competizione sulla qualità percepita.
- Meccanismi di contrattazione e negoziazione: le tariffe delle prestazioni e i livelli di rimborso non sono imposti unilateralmente dallo Stato, ma risultano da una negoziazione costante tra le Casse assicurative e le associazioni dei fornitori di servizi (Ordini dei medici, ospedali e cliniche).

Il cuore finanziario del modello Bismarck risiede nel legame diretto tra reddito da lavoro e tutela sanitaria. Il finanziamento si basa su contributi sociali obbligatori, calcolati in percentuale sulla retribuzione e ripartiti tra datore di lavoro e dipendente. Queste risorse sono vincolate esclusivamente alla spesa sanitaria e, come evidenziato da Zangrandi (2010), non transitano generalmente nel bilancio generale dello Stato, mantenendo una natura di "fondo comune" destinato alla mutua assistenza dei membri.

Tuttavia, tale impostazione presenta delle criticità strutturali. Nella sua versione pura, il modello garantisce prestazioni che sono riflesso del *quantum* versato e limita la copertura a chi partecipa al mercato del lavoro. Come sottolineato da De Angelis (2017), lo svantaggio principale risiede nella copertura differenziata della popolazione e nel rischio di esclusione per coloro che non lavorano (disoccupati, studenti, indigenti), i quali rimarrebbero privi di tutela in assenza di interventi correttivi.

Con il passare dei decenni, quasi tutti i Paesi di matrice bismarckiana (Francia, Germania, Austria, Belgio) hanno dovuto ibridare il proprio sistema per rispondere a esigenze di equità. Oggi, questi sistemi sono finanziati da un mix tra contributi sociali e imposte, poiché l'estensione della copertura a categorie estranee al mondo del lavoro ha richiesto l'immissione di risorse dalla fiscalità generale.

In questo panorama, la Francia rappresenta l'esempio più avanzato di evoluzione straordinaria. Pur mantenendo l'architettura delle *Caisses d'Assurance Maladie*, il sistema francese ha progressivamente abbracciato gli obiettivi tipici del modello Beveridge. Con l'introduzione della PUMA (*Protection Universelle Maladie*) nel 2016, il diritto al rimborso è stato definitivamente sganciato dallo status lavorativo per essere legato alla residenza stabile sul territorio.

Si è giunti così a un "modello Bismarck universalizzato": un sistema a singolo pagatore pubblico dove la gestione rimane pluralistica e assicurativa, ma il finanziamento vede un peso crescente delle entrate fiscali e i benefici sono garantiti a tutti i residenti. La sfida principale rimane la sostenibilità finanziaria, spesso gravata da costi amministrativi elevati dovuti alla gestione della pluralità di Casse e dalla difficoltà di controllare la spesa in un contesto di ampia libertà di scelta dell'utente.

1.4 Verso la convergenza sistemica: l'ibridazione tra Bismarck e Beveridge

Nella realtà contemporanea, la distinzione tradizionale tra i sistemi sanitari basati sul modello Beveridge e quelli incentrati sul modello Bismarck è sempre meno

netta, sfumando in una zona grigia a causa di un evidente e progressivo fenomeno di convergenza sistemica. Questa dinamica non è casuale, ma è il risultato di precise esigenze strutturali, in particolare la necessità di garantire la sostenibilità finanziaria e l'universalità della copertura in contesti socioeconomici in evoluzione.

Da un lato, i sistemi di tipo Beveridge (storicamente finanziati tramite fiscalità generale e caratterizzati dalla fornitura diretta di servizi, come ad esempio il Servizio Sanitario Nazionale italiano) hanno dovuto affrontare pressioni crescenti legate all'invecchiamento della popolazione, all'aumento delle patologie croniche e all'innovazione tecnologica costosa. Per rispondere a queste sfide e garantire la sostenibilità finanziaria, tali sistemi hanno introdotto, con intensità variabile, meccanismi tipici del mercato e della concorrenza gestiti:

- **Forme di compartecipazione alla spesa (ticket):** L'introduzione o l'aumento dei *ticket* per farmaci, visite specialistiche o prestazioni di pronto soccorso mira a responsabilizzare l'utente e a contenere il fenomeno dell'azzardo morale, ovvero l'eccesso di domanda generato dalla percezione di gratuità totale del servizio, pur mantenendo salvaguardie per le fasce di popolazione più vulnerabili.
- **Maggiore autonomia aziendale e contrattualizzazione:** Agli ospedali e alle strutture sanitarie è stata concessa una maggiore autonomia gestionale, spesso trasformandoli in aziende (Aziende Sanitarie Locali o Ospedaliere) con bilanci propri. Questo ha portato all'introduzione di logiche manageriali, di *budgeting* e di contrattualizzazione con i fornitori di servizi (anche privati accreditati), spingendo verso l'efficienza.
- **Finanziamento basato sulla performance e sui DRG (Diagnosis-Related Groups):** Molti sistemi Beveridge hanno adottato forme di rimborso basate sulle prestazioni erogate (per esempio, il sistema dei DRG in Italia), un meccanismo che introduce una logica "quasi-assicurativa" nella gestione dei flussi finanziari interni.

Dall'altro lato, i sistemi di tipo Bismarck (storicamente basati sul finanziamento tramite contributi sociali obbligatori versati da datori di lavoro e lavoratori e sulla

gestione da parte di casse mutue/assicurazioni sociali, come ad esempio il modello francese o tedesco) hanno dovuto affrontare il problema di garantire un accesso equo e universale, superando la logica strettamente contributiva. La frammentazione delle casse mutue e l'esclusione potenziale di chi non ha un rapporto di lavoro stabile hanno spinto verso riforme volte all'inclusione:

- Introduzione progressiva di finanziamento tramite fiscalità generale: Molti Paesi Bismarck hanno integrato le fonti di finanziamento contributive con trasferimenti significativi dal bilancio statale, spesso tramite imposte dedicate (come la CSG - *Contribution Sociale Généralisée* - in Francia, una tassa universale). Questo passaggio è fondamentale per alleggerire il peso sui contributi sul lavoro e per coprire i costi sanitari per le fasce non attive o a basso reddito.
- Benefici basati sulla residenza (copertura universale): Storicamente legato all'assicurazione lavorativa, il diritto all'assistenza sanitaria è stato progressivamente sganciato dal *contributo* e ancorato alla *residenza* o alla cittadinanza (come la *Couverture Maladie Universelle* in Francia, che ad oggi è stata sostituita dalla PUMA, *protection universelle maladie*). Questo garantisce di fatto una copertura universale, un principio cardine dei sistemi Beveridge.

Questo processo di ibridazione e di scambio di meccanismi rende necessaria un'analisi approfondita che superi le semplici e talvolta fuorvianti etichette storiche (Beveridge vs Bismarck). È imperativo focalizzarsi sui dettagli operativi e strutturali, in particolare su come le diverse fonti di finanziamento primarie (tasse vs contributi) impattino concretamente su due parametri fondamentali per la politica sanitaria moderna:

1. La sostenibilità del bilancio pubblico: L'impatto della spesa sanitaria sui conti statali e la capacità dei meccanismi di finanziamento di fronteggiare gli *shock* demografici ed economici.
2. La protezione finanziaria delle famiglie: Il livello di *out-of-pocket spending* (spesa privata diretta) a cui sono esposte le famiglie e l'efficacia del sistema nel prevenire l'impoverimento dovuto a spese sanitarie.

Questi temi, che rappresentano il cuore delle sfide attuali della *governance* sanitaria internazionale, costituiranno l'oggetto di analisi dettagliata nei capitoli successivi.

CAPITOLO 2 - Il Sistema Sanitario Italiano: evoluzione istituzionale, governance e dinamiche di finanziamento

2.1 Le origini storiche e l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (La Legge 833/1978)

L'adozione delle varie politiche di tutela della salute in Italia affonda le proprie radici in un percorso istituzionale complesso, segnato dal passaggio da una concezione frammentata e locale della sanità a un modello universalistico e centralizzato. All'inizio della storia unitaria e successivamente con la nascita della Repubblica, l'interesse nei confronti delle condizioni di salute del cittadino, originariamente circoscritto alla dimensione di beneficenza locale, si è progressivamente sviluppato in una visione generale di salute pubblica. Nella prima fase del Novecento, gli Enti Locali agirono in materia sanitaria sia in forma indiretta — affiancandosi e supportando le istituzioni private e i complessi caritativi, sia laici sia religiosi — sia in forma diretta, attraverso la costituzione di ospedali, asili ed entità stabili per l'erogazione dei servizi minimi.

Il primo vero provvedimento globale si registrò durante il Governo Giolitti: nel 1904 venne istituita la Direzione Generale per la Sanità, configurata come il primo referente unitario in ambito sanitario a livello statale. Da quel momento, lo Stato centrale espanse progressivamente il proprio raggio d'azione, fondando enti di rilevanza nazionale come l'Opera Nazionale Maternità e Infanzia (ONMI) e la Croce Rossa Italiana. La rilevanza politica della materia divenne tale che, nel 1958, fu formalmente istituito il Ministero della Sanità, segnando l'assunzione di una responsabilità diretta dello Stato nella vigilanza e nel coordinamento della salute collettiva.

Nonostante la centralità del Ministero, l'Italia si poggiava ancora su un modello ad assicurazione sociale obbligatoria di matrice bismarckiana. All'inizio degli anni Settanta, questo panorama contava quasi cento fondi di assicurazione sanitaria — le cosiddette Casse Mutue —, ciascuno regolato da normative, procedure e livelli di copertura ampiamente disomogenei. Sotto il profilo erogativo, il sistema si muoveva in una duplice direzione: alcune mutue fornivano assistenza diretta

attraverso strutture proprietarie, mentre altre operavano secondo una logica indiretta, rimborsando *ex-post* i costi delle cure fornite da medici e cliniche private.

Questa configurazione parcellizzata mostrava tuttavia severi limiti strutturali e pesanti sperequazioni sul piano dell'equità sociale. Verso la metà degli anni Settanta, circa il 7% della popolazione – tra cui disoccupati e lavoratori impiegati nell'economia informale – risultava totalmente privo di copertura sanitaria; parallelamente, ai lavoratori autonomi e liberi professionisti veniva riconosciuto il solo diritto alle prestazioni di tipo ospedaliero. Il sistema mutualistico soffriva di una cronica compartimentazione tra i livelli di cura, duplicazioni inefficienti dei servizi, un'ipertrofia burocratica e una dinamica di spesa fuori controllo. I disavanzi finanziari accumulati dalle Casse Mutue divennero talmente insostenibili da innescare una crisi sistemica, che costrinse lo Stato a intervenire. Un primo parziale tentativo di riorganizzazione si compì con le Leggi n. 386 del 1974 e n. 382 del 1975, le quali disposero lo scioglimento dei debiti mutualistici e trasferirono la gestione degli ospedali alle neonate Regioni, ponendo le premesse per il definitivo superamento del modello occupazionale.

Il punto di svolta fu sancito dall'approvazione della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione. Abbracciando l'archetipo universalistico Beveridgeano, il nuovo sistema enfatizzò il ruolo centrale dell'operatore pubblico come unico gestore della salute collettiva, edificandosi su una logica centralista regolata da tre principi cardine: universalità, uguaglianza ed equità, ponendo la dignità umana, la solidarietà e il soddisfacimento dei bisogni di salute come obiettivi primi dello Stato.

2.1.1 L'architettura del finanziamento originario "a cascata" e il criterio della spesa storica

Sotto il profilo organizzativo, la struttura della Legge 833/1978 configurò un modello di ripartizione delle risorse di tipo verticale, comunemente definito "a cascata", che individuava tre distinti centri decisionali autonomi:

1. Lo Stato: Esercitava le funzioni di indirizzo generale e di coordinamento delle attività amministrative regionali. Era l'esclusivo responsabile della programmazione nazionale attraverso l'elaborazione del Piano Sanitario Nazionale (PSN) e della determinazione dei livelli di prestazione da garantire uniformemente a tutti i cittadini.
2. Le Regioni: Titolari di competenze legislative in materia di assistenza sanitaria nel rispetto della cornice statale, avevano il compito di definire i modelli organizzativi del personale e predisporre i supporti informativi e contabili per le unità operative del territorio.
3. I Comuni (e le Comunità Montane o Associazioni Intercomunali): Rappresentavano il livello operativo a cui era demandata la gestione effettiva ed erogativa dei servizi, esercitata attraverso le Unità Sanitarie Locali (USL), entro le quali vennero strutturalmente inglobati i presidi ospedalieri.

Dal punto di vista contabile, la riforma scardinò il meccanismo della contribuzione mutua legata al lavoro e istituì nel bilancio dello Stato un'apposita voce denominata Fondo Sanitario Nazionale (FSN), in cui convergevano tutte le risorse finanziarie destinate a sostenere la spesa sanitaria. L'allocazione del FSN in bilancio rifletteva una netta separazione contabile ed era suddivisa in due distinti capitoli di spesa: il FSN di parte corrente (collocato nel Titolo I, "Spese correnti", dello stato di previsione della spesa del Ministero del Tesoro) e il FSN in conto capitale o per gli investimenti (collocato nel Titolo II dello stato di previsione della spesa del Ministero del Bilancio e della Programmazione Economica). Le casse del FSN erano alimentate da un paniere di entrate eterogenee, che includeva le contribuzioni obbligatorie riscosse dall'INPS, i contributi specifici dei lavoratori statali, le entrate dirette derivanti dai ticket delle USL e i versamenti integrativi erariali. Tra queste fonti figurava inizialmente anche la vecchia "Tassa sulla salute", una quota fissa pagata indistintamente da tutti i cittadini che venne tuttavia rapidamente soppressa poiché, non essendo articolata in scaglioni progressivi, violava il principio costituzionale della progressività del prelievo in base alla capacità del reddito.

Il funzionamento macroeconomico di questo modello prevedeva che il CIPE (Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica), su proposta del Ministero della Sanità e sentito il Consiglio Sanitario Nazionale, deliberasse annualmente la ripartizione del FSN tra le varie Regioni. I criteri di ripartizione adottati dal CIPE si fondavano sul combinato disposto del dato puramente demografico della popolazione residente e del metodo della spesa storica (o a piè di lista).

Tuttavia, questo impianto palesò ben presto severi limiti di inefficienza e si rivelò del tutto insoddisfacente. Sotto il profilo microeconomico, finanziare le USL sulla base dei costi storici passati sollevava le amministrazioni locali da qualsiasi responsabilità di bilancio, generando una totale assenza di incentivi al contenimento della spesa: i gestori locali tendevano a spendere in modo inefficiente, consapevoli che i disavanzi accumulati sarebbero stati sistematicamente sanati *ex-post* dallo Stato tramite le leggi finanziarie. Sotto il profilo programmatico, il tentativo di sintetizzare il bisogno sanitario reale attraverso il mero dato demografico si mostrò incerto, aggravato dal fatto che i Piani Sanitari Nazionali triennali subivano sistematici ritardi burocratici o non venivano emanati affatto. Questo cortocircuito determinò una crescita esponenziale e incontrollata della spesa sanitaria pubblica durante tutti gli anni Ottanta, spingendo il legislatore verso radicali tentativi di riforma sia alla Camera che al Senato.

2.2 La transizione degli anni '80 e i primi decreti di riorganizzazione

Il dibattito parlamentare sulla sostenibilità del SSN portò, sul finire degli anni Ottanta, a misure d'urgenza volte a razionalizzare la rete ospedaliera, coordinate dal Consiglio Sanitario Nazionale mediante il PSN 1989-1991 e supportate dal D.M. 13 settembre 1988 (in attuazione della Legge 109/1988). Il momento di rottura normativa fu rappresentato dal Decreto Legge 25 marzo 1989, n. 111, intitolato "*Misure urgenti per la riorganizzazione del servizio sanitario nazionale*". Nonostante le forti polemiche politiche e culturali, questo decreto anticipò i principi cardine del decennio successivo, introducendo la disciplina

della revisione strutturale e prevedendo la minaccia del potere sostitutivo dello Stato qualora le Regioni non avessero rispettato quattro indirizzi prefissati:

1. La delimitazione territoriale delle unità sanitarie locali secondo nuovi parametri di efficienza economica e demografica;
2. L'attribuzione alle USL della natura di "aziende di servizi", dotate di una prima autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile;
3. La ridefinizione della *governance* interna attraverso l'individuazione di organi manageriali precisi (il Consiglio, il Presidente, il Direttore Generale e il Collegio dei Revisori);
4. La previsione dell'amministrazione straordinaria delle unità sanitarie locali e ospedaliere quando si registrino disavanzi di bilancio, gravi disservizi o situazioni di dissesto economico-finanziario.

Il decreto n. 111/1989 conteneva inoltre le linee guida per la trasformazione di specifiche strutture ospedaliere in "aziende ospedaliere" autonome, attribuendo loro personalità giuridica ma anche autonomia amministrativa ed organizzativa separate dalle USL territoriali. Questo pacchetto di decreti sancì il definitivo declino del modello burocratico-comunale del 1978, aprendo la strada alla grande stagione del managerialismo pubblico.

2.3 La stagione delle riforme degli anni '90: "Aziendalizzazione" e "Regionalizzazione"

Gli anni Novanta hanno rappresentato un momento di profonda crisi e trasformazione per l'intera Pubblica Amministrazione italiana, inserita in un panorama internazionale caratterizzato da severi squilibri macroeconomici e di finanza pubblica. L'Italia si trovava nella complessa situazione dei cosiddetti "deficit gemelli", caratterizzata dalla contemporanea presenza di un elevato deficit pubblico interno e di un disavanzo nella bilancia commerciale. La necessità di rientrare nei parametri di convergenza monetaria imposti dal Trattato di Maastricht per l'adozione dell'Euro, unita ai vincoli del Trattato di Schengen sulla libera concorrenza (che vietava gli aiuti di Stato e i finanziamenti pubblici distorsivi del mercato), impose il definitivo smembramento del Ministero delle

Partecipazioni Statali nel 1993 e costrinse il legislatore ad applicare il criterio dell'economicità e dell'efficienza aziendale anche al settore della sanità pubblica. Il motore normativo di questa trasformazione fu il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, integrato e parzialmente modificato dal successivo Decreto Legislativo n. 517 del 1993. Queste riforme avviarono il processo di aziendalizzazione della sanità italiana, un cambiamento strutturale guidato da tre pilastri fondamentali: lo scorporo delle aziende sanitarie dai Comuni, la regionalizzazione del sistema e l'introduzione del rapporto pubblico-privato mediante l'istituto dell'accreditamento.

2.3.1 Lo scorporo delle ASL dai Comuni e la nuova *Governance* manageriale

Prima della riforma del 1993, l'USL era definita come il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, configurandosi come una struttura operativa del Comune priva di autonomia reale. Con il D.Lgs. 517/1993 si assistette innanzitutto al mutamento dell'acronimo in Azienda Sanitaria Locale (ASL), formalmente definita come un'azienda dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica. L'ASL assunse un duplice ruolo economico: da un lato quello di "produttore" diretto di prestazioni attraverso le proprie strutture, dall'altro quello di "acquirente" (o committente) di servizi erogati da altri enti per conto dei propri assistiti.

Il compimento dell'aziendalizzazione coincise con lo scorporo totale delle ASL dalla sfera d'influenza dei Comuni. I beni mobili e immobili passarono dalle municipalità al patrimonio proprio delle aziende sanitarie. La vecchia direzione politica dei Comitati di Gestione venne scardinata e sostituita da una *governance* manageriale monocratica e tecnica, una triade di direzione formata da:

- Il Direttore Generale: Organo vertice dell'azienda, nominato dalla Regione tra gli iscritti a uno specifico albo e in possesso di rigidi requisiti (laurea magistrale ed esperienza gestionale almeno quinquennale nel settore sanitario o settennale in tutti gli altri settori). Il Direttore Generale opera con logiche privatistiche, ha la rappresentanza legale dell'azienda ed è

direttamente responsabile del bilancio e dell'andamento gestionale, tanto da poter essere sollevato dall'incarico in caso di disavanzo o cattiva gestione.

- Il Direttore Amministrativo: Nominato dal Direttore Generale, coordina i servizi amministrativi, supporta il controllo di gestione e fornisce pareri obbligatori sulle materie economico-finanziarie di competenza.
- Il Direttore Sanitario: Professionista medico incaricato di dirigere i servizi sanitari e igienico-organizzativi dell'azienda, nominato anch'esso dal Direttore Generale previa valutazione dei titoli da parte di una commissione tecnica regionale.

La medesima architettura di *governance* venne applicata alle neonate Aziende Ospedaliere (AO), strutture ospedaliere di rilievo nazionale scorporate dalle ASL e dedicate alle prestazioni ad alta complessità e acuzie, lasciando alle ASL territoriali le funzioni di ricovero standard, l'attività distrettuale (assistenza farmaceutica e specialistica) e la prevenzione.

2.3.2 La svolta contabile, i LUA e il sistema di accreditamento istituzionale

Sotto il profilo economico-finanziario, i decreti n. 502/1992 e n. 517/1993 scardinarono il vecchio bilancio finanziario ad "entrata e spesa" a favore di un sistema contabile privatistico, basato sull'equilibrio economico di gestione, sulla contabilità economico-patrimoniale e sulla valorizzazione del servizio prodotto. Alle ASL e alle AO venne imposto l'obbligo di adottare strumenti manageriali precisi: un piano strategico aziendale, un bilancio pluriennale di previsione, un bilancio preventivo economico annuale strutturato in pareggio economico della gestione secondo i Livelli Uniformi di Assistenza (LUA), e una contabilità analitica per centri di costo per razionalizzare le decisioni valutandone efficacia ed efficienza.

La programmazione si snellì attraverso la definizione centralizzata del PSN triennale, da cui dovevano emergere le aree prioritarie d'intervento, i progetti obiettivo e i LUA (Livelli Uniformi di Assistenza). I LUA vennero definiti come gli insiemi di attività e prestazioni sanitarie da assicurare in modo omogeneo su

tutto il territorio nazionale sulla base di dati epidemiologici e clinici, fungendo da standard prestazionali obbligatori per le Regioni. Fino al 1994, tali attività includevano una moltitudine parcellizzata di servizi, per poi essere riorganizzate nel 1998 nelle tre grandi macro-aree fondamentali: l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera. Il finanziamento a piè di lista venne sostituito dal sistema delle tariffe predeterminate per prestazione (*payment by activity*) e dai DRG. I rapporti tra le ASL e le Aziende Ospedaliere (o i fornitori privati) vennero regolati dal nuovo istituto dell'accreditamento, che sostituì il vecchio sistema delle convenzioni commerciali. L'attività dell'accreditamento si basò sulla definizione di criteri e linee generali volti a garantire la conformità qualitativa dell'offerta sanitaria ai LUA (oggi LEA). Le Regioni ricevettero il potere di valutare gli specifici requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici definiti dal D.P.R. 14 gennaio 1997, concedendo o rinnovando l'accreditamento solo in presenza di standard certificati. A partire dagli anni Novanta, la Regione divenne il reale titolare e soggetto economico della funzione sanitaria, dotata degli strumenti contabili e informativi necessari per controllare la spesa dei singoli enti. Lo scopo del riparto macro-regionale non era più quello di coprire la domanda storica a piè di lista, ma di distribuire le risorse in base ai LUA da soddisfare. Lo Stato centrale vide ridimensionato il proprio ruolo, al punto che tra il 1995 e il 2000 il Ministero della Sanità venne temporaneamente accorpato nel macro-Ministero del Welfare, mantenendo una funzione di pura garanzia. Per monitorare il sistema, venne introdotta un'obbligatoria attività di reporting interno ed esterno (coordinata da enti centrali come l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, l'ISS e i Ministeri competenti), basata su indicatori di risultato per tracciare costi, ricavi e spese del personale (Cantù, Ferrè & Sicilia, 2010).

2.4 Il federalismo fiscale in sanità e la riforma del Titolo V (Il sistema post-2000)

Il processo di decentramento istituzionale e fiscale ha trovato il suo compimento a ridosso del nuovo millennio. Un passaggio preliminare di forte impatto finanziario è stato il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, che ha disposto l'abolizione

dei trasferimenti statali vincolati e dello storico FSN, sostituendoli con un sistema di compartecipazione ai tributi nazionali e regionali. Questo impianto è stato costituzionalizzato mediante la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha modificato il Titolo V della Costituzione, ripartendo le competenze tra lo Stato (competenza esclusiva nella determinazione dei LEA - Livelli Essenziali di Assistenza) e le Regioni (responsabilità concorrente ed esclusiva su programmazione, organizzazione e finanziamento della rete locale).

Il completamento di questa cornice di responsabilizzazione economica è stato sancito dal Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347 (convertito in Legge n. 405/2001), il quale ha stabilito all'articolo 4, comma 3, un principio cardine del federalismo fiscale: le misure di copertura di eventuali disavanzi di gestione, stimati o certi, sono poste a totale ed esclusivo carico delle Regioni. Lo Stato si è così sollevato dall'obbligo storico di ripianare i deficit locali ex-post, costringendo le amministrazioni regionali a ricorrere alla tassazione diretta e indiretta, a interventi sulle aliquote e a misure draconiane di contenimento della spesa (comprese le riforme sulla distribuzione dei farmaci). Il meccanismo è stato poi consolidato dal D.Lgs. 118/2011 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili regionali.

2.4.1 L'architettura delle entrate e il riparto per quota capitaria pesata

Il finanziamento pubblico del SSN contemporaneo poggia su un modello combinato molto articolato. A livello centrale, lo Stato definisce l'ammontare complessivo delle risorse stanziare per il sistema sanitario in relazione al quadro macroeconomico generale e al Bilancio statale. Tuttavia, le fonti che alimentano i Fondi Sanitari Regionali sono molteplici:

- L'IRAP (Imposta Regionale sulle Attività Produttive): la cui base imponibile è stabilita a livello nazionale al 3,9%, ma che le Regioni possono maggiorare fino a un ulteriore 0,92% per generare risorse extra (maggiorazione che scatta automaticamente per le Regioni in Piano di Rientro).

- L'Addizionale Regionale IRPEF: applicata in modo differenziato da regione a regione secondo scaglioni di reddito.
- Le compartecipazioni all'IVA e le accise sui carburanti.
- Le entrate proprie delle ASL (derivanti dai ticket e dalle prestazioni in libera professione).

La divisione del fondo a livello centrale tra le Regioni avviene in base al sistema della quota capitaria pesata, deliberata annualmente dal CIPE (ora CIPESS) d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni. Alla massa finanziaria complessiva viene preventivamente detratta una quota destinata alla ricerca scientifica; la rimanente risorsa viene ripartita calcolando un valore pro-capite basato sulla grandezza della popolazione residente, corretto e moltiplicato per specifici indicatori demografici ed epidemiologici (struttura per età della popolazione), poiché l'invecchiamento dei residenti sposta l'asse dei consumi clinici. Per correggere le disuguaglianze finanziarie generate dalle diverse basi imponibili IRAP/IRPEF tra Nord e Sud, interviene un Fondo Perequativo Nazionale (alimentato dalle quote IVA) volto ad armonizzare le risorse delle regioni a minore capacità fiscale. Le cinque Regioni a Statuto Speciale operano fuori da questo perimetro, trattenendo direttamente quote fisse delle entrate fiscali erariali riscosse sul proprio territorio.

Una volta ricevuto il finanziamento, ciascuna Regione ha il compito di ripartire il budget tra i presidi e le ASL del proprio territorio sulla base di criteri locali definiti nel rispetto dei LEA, riserbando quote specifiche per sostenere programmi speciali di importanza regionale. Il bilancio complessivo della sanità viene storicamente allocato in tre aree principali corrispondenti ai pilastri dei LEA: il 5% alla prevenzione e sanità pubblica, il 44% all'assistenza ospedaliera e il 51% all'assistenza territoriale (medicina primaria, farmaceutica e specialistica). Le Regioni mantengono una flessibilità organizzativa nella redistribuzione di tali fondi.

2.5 L'evoluzione quantitativa del fabbisogno: la Legge 232/2016 e i tetti di spesa farmaceutica

L'andamento quantitativo del finanziamento e i vincoli di bilancio hanno trovato una rigorosa ridefinizione analitica con l'approvazione della Legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Legge di Bilancio 2017). Questa norma ha inaugurato una programmazione vincolata del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard, definendolo in 113.000 milioni di euro per il 2017, 114.000 milioni di euro per il 2018 e 115.000 milioni di euro per il 2019. L'intervento ha inserito una moltitudine di vincoli sull'incremento dei fondi, introducendo al contempo strumenti innovativi con incidenza diretta sul finanziamento.

2.5.1 La quota premiale e la governance delle tempistiche (D.L. 160/2016)

Una novità assoluta della regolamentazione finanziaria moderna è rappresentata dall'introduzione della quota premiale, pari allo 0,1% del finanziamento complessivo, esplicitamente destinata a premiare e finanziare programmi regionali di riqualificazione. Il sistema prevede che ogni Regione, entro due mesi dall'approvazione della legge di bilancio, possa presentare al Comitato LEA un programma di miglioramento e riqualificazione annuale di determinate aree critiche, accedendo alle quote incrementalі previa verifica del rispetto degli obiettivi.

Per evitare i cronici ritardi nella distribuzione dei flussi di cassa, il Decreto Legge 7 agosto 2016, n. 160 (convertito in Legge n. 113/2016) ha ridisegnato le tempistiche del riparto, imponendo che la fissazione dei costi e dei fabbisogni standard debba essere effettuata perentoriamente entro il 15 febbraio di ogni anno. Qualora non venga raggiunto un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, la scadenza si sposta al 15 marzo, data in cui il Ministero della Salute provvede a una determinazione in via provvisoria. In questo scenario transitorio, alle Regioni viene assegnato il valore economico individuato nella proposta ministeriale al netto dello 0,5% (trattenuto a fini di riequilibrio centrale), erogando contestualmente circa il 95% delle risorse destinate agli obiettivi di piano. Se l'accordo non si perfeziona entro il 30 settembre, il riparto provvisorio si trasforma automaticamente in definitivo. La gestione di queste risorse deve fare i conti anche con i trend demografici: il decremento della popolazione registrato

nell'ultimo decennio in quasi tutte le regioni italiane ha contratto i budget pro-capite locali, con le sole eccezioni della Lombardia (che ha registrato un aumento dei residenti) e dell'Emilia-Romagna (il cui calo è stato marginale).

2.5.2 La rimodulazione dei tetti della spesa farmaceutica e i fondi per gli innovativi

La Legge 232/2016 ha modificato profondamente la regolamentazione della spesa farmaceutica, rideterminando i tetti macroeconomici di spesa per contenere l'impatto sul bilancio pubblico:

- Il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (ex spesa ospedaliera): calcolato al lordo della spesa per i farmaci di classe A in distribuzione diretta e distribuzione per conto (DPC), è stato rideterminato nella misura del 6,89% del fondo regionale.
- Il tetto della spesa farmaceutica territoriale (o convenzionata): relativo ai farmaci dispensati dalle farmacie comunitarie dietro presentazione di ricetta medica, è stato rideterminato al 7,96% (valore successivamente incrementato dalle riforme degli anni successivi fino all'11,35%).
- Il tetto della spesa farmaceutica complessiva: è rimasto fissato al 14,85% del finanziamento totale.

Per garantire l'accesso alle terapie d'avanguardia senza scardinare i bilanci regionali, la legge ha istituito due fondi specifici extra-tetto da 500 milioni di euro annui ciascuno: il *Fondo per i farmaci innovativi* e il *Fondo per i farmaci oncologici innovativi*. Le somme di questi fondi vengono versate alle Regioni in proporzione alla spesa effettivamente sostenuta dalle stesse per l'acquisto di tali molecole, secondo i criteri di costo-efficacia e innovatività condizionata stabiliti dall'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) previo parere della Commissione consultiva tecnico-scientifica. Nell'ambito dei LEA, la medesima legge ha integrato le risorse destinate al nuovo Piano Nazionale Vaccini, vincolando specifici indirizzi di rimborso per l'acquisto dei nuovi preparati inseriti nel calendario vaccinale obbligatorio.

2.6 I meccanismi di remunerazione microeconomica e i fattori di spesa privata (OOP e Ticket)

La regolamentazione dei flussi finanziari interni prevede l'integrazione del finanziamento per quota capitaria (destinato alla gestione delle ASL territoriali) con il finanziamento prospettico a tariffa basato sui volumi, applicato alle Aziende Ospedaliere e ai fornitori privati accreditati poiché il loro flusso di risorse è strettamente legato all'attività effettivamente svolta (DRG ospedalieri e tariffe *fee-for-service* per la specialistica ambulatoriale).

Sul lato dei fattori produttivi e della retribuzione dei professionisti, il sistema applica regole differenziate:

I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS): operano come liberi professionisti indipendenti in regime di convenzione speciale. La loro retribuzione si basa su un importo fisso annuo per assistito (quota capitaria) pari a 41,32 euro per i MMG (con tariffe forfettarie aggiuntive per i pazienti fragili sotto i 14 e sopra i 75 anni, rispettivamente di 18,95 e 31,09 euro) e a 86,31 euro per i PLS (con un incremento di 17,93 euro per i bambini sotto i 6 anni per coprire i percorsi pediatrici ordinari). Questa base è integrata da compensi *fee-for-service* per prestazioni specifiche (visite domiciliari) e da indennità volte a incentivare la medicina d'iniziativa e la *governance* clinica delle patologie croniche, delineando un salario medio lordo annuo di circa 105.000 euro per i medici di base con massimale di scelta.

I Medici Ospedalieri: operano come dipendenti pubblici strutturati regolati dal CCNL Sanità, con un salario medio lordo annuo di circa 75.000 euro (variabile in relazione ad anzianità, indennità di rischio e turni notturni), integrabile tramite l'esercizio della libera professione intramuraria (*intramoenia*).

Gli specialisti ambulatoriali indipendenti ("Sumaisti"): operano nelle strutture del SSN venendo remunerati in base al numero effettivo di ore lavorate.

Le farmacie territoriali: rimborsate dal SSN sulla base di margini proporzionali sul prezzo di vendita e trattenute progressive a favore del sistema pubblico.

2.6.1 La spesa privata delle famiglie: Out-of-Pocket e Sanità Integrativa

Nonostante l'impianto universalistico, la componente di finanziamento privato copre stabilmente circa il 24% della spesa corrente sanitaria italiana (il 76% rimane a carico del settore pubblico). Sulla base dei dati del Global Health Expenditure Database, la spesa sanitaria rappresenta il 9,6% del PIL italiano, un livello inferiore alla media dell'Unione Europea (10,9%) e a paesi come Francia, Germania e Regno Unito, posizionando la spesa pro capite a 2.609 euro (OECD and European Union, 2022). Nel 2019, la spesa privata totale ammontava a circa 40 miliardi di euro (scesa a 38,1 miliardi nel 2020 per lo shock da COVID-19), ripartita tra la spesa Out-of-Pocket (Spesa OOP) al 21%, l'assicurazione sanitaria volontaria (VHI) al 2% e un contributo marginale dell'1% da fonti benefiche (Del Vecchio et al., 2020).

Ben 35,8 miliardi di euro sono rappresentati da pagamenti diretti OOP sostenuti dalle famiglie per superare le barriere delle lunghe liste d'attesa o per coprire aree escluse dai LEA (come l'odontoiatria specialistica e le protesi, o le psicoterapie non gravi). Tale spesa mostra un'ampia variabilità geografica (da un minimo di 423 euro in Campania a un massimo di 899 euro in Valle d'Aosta), un divario strettamente legato al reddito disponibile delle famiglie piuttosto che alle performance dei sistemi sanitari regionali. Lo Stato incentiva parzialmente questi consumi privati permettendo una detrazione fiscale del 19% delle spese mediche, misura utilizzata dal 46% dei contribuenti.

La compartecipazione pubblica alla spesa si realizza tramite il sistema dei ticket, che ha generato entrate stabili per 2,9 miliardi di euro (scesi a 2,3 miliardi nel 2020). Per i farmaci rimborsabili di Classe A, il ticket copre una quota fissa per confezione e il meccanismo del Prezzo di Riferimento: il SSN rimborsa il valore del farmaco generico equivalente; se il cittadino esige il farmaco di marca, paga di tasca propria la differenza di prezzo, una voce passata da 0,4 miliardi (2009) a 1,1 miliardi (2017), a dimostrazione della parziale inefficacia delle politiche di incentivazione all'uso dei generici nello scardinare il consumo dei marchi griffati. Per la specialistica ambulatoriale, la diagnostica e l'accesso non urgente al pronto soccorso (codici bianchi, da cui sono esentati i minori di 14 anni), il ticket prevede

una tariffa massima di 36,15 euro a prescrizione. Il sistema tutela l'equità tramite esenzioni totali basate su reddito, età, malattie croniche, invalidità e gravidanze, offrendo gratuitamente anche i test HIV. Tuttavia, non esiste un tetto massimo annuale complessivo (*stop-loss*) alle spese di condivisione dei costi, esponendo i nuclei pluripatologici a rischi latenti di impoverimento.

Infine, le assicurazioni volontarie (VHI) e i fondi aziendali integrativi mostrano un'applicazione limitata ed economicamente inefficiente: dei 3,3 miliardi di euro spesi in premi nel 2019, solo il 58% (1,9 miliardi) è stato destinato direttamente al rimborso di prestazioni sanitarie, mentre il restante 42% (1,4 miliardi) è stato assorbito dai costi di amministrazione e dai margini di profitto delle compagnie assicurative a scopo di lucro. La sanità integrativa copre appena il 2% dei servizi sanitari totali, agendo spesso come duplicazione del canale pubblico anziché come reale copertura complementare del rischio finanziario delle famiglie.

CAPITOLO 3: Il Sistema Sanitario Francese: evoluzione istituzionale, governance e dinamiche di finanziamento

3.1 Le origini storiche e la nascita della *Sécurité Sociale*

L'adozione delle politiche di tutela della salute nella Repubblica francese è indissolubilmente legata alla nascita della *Sécurité Sociale*, istituita all'indomani della Seconda Guerra Mondiale con le Ordinanze del 4 e del 19 ottobre 1945. Sotto la spinta del ministro del Lavoro Ambroise Croizat, considerato il reale costruttore dell'edificio previdenziale francese, la nuova istituzione nacque con un'ambizione rivoluzionaria ed emancipatrice, volta a liberare i lavoratori dall'angoscia del domani (*la hantise du lendemain*).

Contrariamente all'unificazione universalistica pura che caratterizzerà il Servizio Sanitario Nazionale in Italia, il modello francese si edificò su una struttura marcatamente bismarckiana e occupazionale. Il testo costitutivo del 1945 non configurava un diritto universale di cittadinanza, ma legava la tutela sanitaria allo *status* di lavoratore e al versamento dei contributi salariali. Il nucleo centrale di questa architettura era il *Régime Général*, ovvero il regime dei lavoratori dipendenti dell'industria e del commercio, ma l'universalizzazione iniziale del sistema fu fortemente limitata dalla resistenza di categorie professionali preesistenti, quali minatori, marittimi, agricoltori e funzionari, che decisero di conservare i propri regimi speciali di protezione sociale. Soltanto in epoca recente, con la soppressione del regime autonomo degli studenti avvenuta il 1° settembre 2019, la Francia ha completato la transizione verso una copertura centralizzata e strutturalmente universale.

A livello operativo e di offerta di cure, il sistema si è consolidato attorno a tre macro-aree fondamentali che mettono in atto un principio cardine dell'ordinamento transalpino: la totale libertà di scelta del paziente. Al cittadino è garantito il diritto di rivolgersi a qualsiasi professionista o stabilimento, escludendo percorsi erogativi rigidamente imposti dallo Stato. Tali pilastri includono l'assistenza medico-sociale (il cosiddetto "terzo settore" dedicato a disabili e anziani), la presa in carico ospedaliera per acuti o patologie gravi e,

infine, i primi soccorsi o "cure di città" (*soins de ville*), assicurati da un'ampia rete di professionisti sanitari autonomi liberi professionisti convenzionati con la mano pubblica.

Questa complessa evoluzione istituzionale si è dovuta costantemente confrontare con un contesto demografico ed epidemiologico in profonda mutazione. Sebbene l'aspettativa di vita alla nascita sia aumentata di quasi cinque anni dal 1995 fino a toccare gli 82,9 anni nel 2021 (nonostante le battute d'arresto e il mancato recupero pre-pandemico legati al COVID-19), il Paese presenta un divario di genere tra i più alti al mondo (79,3 anni per gli uomini e 85,4 per le donne) e forti asimmetrie nella densità della popolazione, con quasi la metà dei residenti concentrata in appena il 15% del territorio. Sul piano della mortalità, inoltre, il tasso standardizzato registrava 829,6 decessi su 100.000 abitanti nel 2017. A differenza della maggior parte dei paesi europei, le patologie oncologiche rappresentano la prima causa di morte (28,4%), seguite dalle malattie cardiovascolari (23,8%), con un quadro generale fortemente influenzato da fattori di rischio comportamentali superiori alla media europea per il consumo di alcol e tabacco.

3.2 Le riforme di razionalizzazione e la statalizzazione della governance

L'evoluzione istituzionale della sanità francese è caratterizzata da una tensione costante tra l'autonomia originaria delle Casse e il progressivo intervento di controllo da parte dello Stato. Se la nascita della struttura contemporanea è ancorata alle fondamenta del 1945, la sua configurazione contabile e organizzativa moderna deriva direttamente dalle Ordinanze del 22 agosto 1967, comunemente note come Ordinanze Jeanneney-De Gaulle. La riforma del 1967 costituì un reale punto di svolta ideologico e strutturale, volto a disciplinare e contenere l'espansione finanziaria della sanità per ragioni di competitività internazionale nell'imminenza dell'apertura del Mercato Comune Europeo. Giustificata dalla necessità di risanare il disavanzo finanziario delle Casse, la riforma Jeanneney operò due trasformazioni radicali.

In primo luogo, venne scardinata l'unità del Régime Général del 1945, frammentando la gestione finanziaria in tre distinte Casse Nazionali autonome per ciascun rischio, individuando rispettivamente l'Assurance Maladie (CNAM), le Allocations Familiales (CNAF) e l'Assurance Vieillesse (CNAV), affiancate dall'ACOSS per l'attività di riscossione. Questa specializzazione, dettata da esigenze di trasparenza contabile, impedì di fatto la compensazione finanziaria orizzontale tra i diversi rischi sociali. In secondo luogo, venne soppresso il principio della gestione diretta a maggioranza operaia, che nel 1946 assegnava ai sindacati dei lavoratori il 75% dei seggi nei consigli di amministrazione delle strutture territoriali. Al suo posto fu introdotta una governance paritetica composta al 50% da rappresentanti dei lavoratori e al 50% dalle organizzazioni datoriali, abolendo contestualmente le elezioni dirette a favore della nomina governativa dei singoli amministratori.

Questo processo di sottomissione istituzionale e di progressivo svuotamento del potere della democrazia sociale ha raggiunto il suo culmine con il Plan Juppé del 1995-1996. Con l'introduzione delle Leggi di Finanziamento della Sicurezza Sociale (LFSS), il Parlamento francese ha sottratto alle Casse paritetiche la potestà di determinare autonomamente i bilanci, istituendo l'ONDAM (*Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*). L'ONDAM si configura come un obiettivo prospettico globale e vincolante di spesa sanitaria annuale votato direttamente dal Parlamento, uno strumento di rigido contenimento macroeconomico dei costi che ha subordinato la tutela della salute ai vincoli di bilancio dello Stato e ai parametri europei di stabilità.

A livello centrale, il governo politico del sistema fa capo al Ministero delle Solidarietà e della Santé, il quale esercita la sua azione attraverso quattro direzioni amministrative interne. La Direzione Generale della Politica Sanitaria (DGS) sovrintende alla salute pubblica generale, all'elaborazione dei piani di prevenzione e alla sicurezza sanitaria. La Direzione Generale dell'Offerta Sanitaria (DGOS) gestisce le risorse umane e i capitali fisici di tutto il sistema, definendo i percorsi e i numeri della formazione universitaria e i posti letto ospedalieri. Il monitoraggio finanziario, la governance e la preparazione tecnica delle leggi di bilancio sono

invece affidati alla Direzione della Sicurezza Sociale (DSS), operante sotto la tutela del Ministero dell'Economia e delle Finanze, mentre alla Direzione Generale della Politica Sociale (DGCS) è demandata l'assistenza e la salute delle fasce vulnerabili, quali anziani e disabili.

Per rendere operativa ed efficiente questa complessa macchina programmatoria, l'amministrazione ministeriale ha progressivamente esternalizzato la produzione degli strumenti di controllo ricorrendo alla creazione di un articolato sistema di agenzie pubbliche semiautonome. Nelle decisioni di programmazione e valutazione scientifica, lo Stato è così affiancato dall'Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) per l'emanazione di raccomandazioni e strategie preventive, e dalla Haute Autorité de Santé (HAS), l'autorità indipendente responsabile della valutazione delle tecnologie sanitarie, delle linee guida cliniche e della certificazione obbligatoria quadriennale della qualità degli ospedali. La vigilanza epidemiologica e la risposta immediata alle emergenze sono affidate a Santé Publique France, mentre l'ANSM (*Agence Nationale de Sécurité du Médicament*) sovrintende alla valutazione del rischio dei prodotti medicinali per uso umano, al rilascio delle Autorizzazioni di Immissione in Commercio (AMM) e alla rete nazionale di farmacovigilanza.

3.3 Il decentramento territoriale e il ruolo delle ARS

Il processo di decentramento e di territorializzazione dell'offerta sanitaria ha trovato il suo compimento istituzionale con la legge del 21 luglio 2009, nota come Legge HPST (*Hôpital, Patients, Santé et Territoire*), la quale ha istituito le Agenzie Regionali della Salute (ARS). Le ARS si configurano come stabilimenti pubblici dotati di personalità giuridica e di piena autonomia finanziaria, operanti sotto la supervisione amministrativa del Consiglio Nazionale di Pilotaggio (CNP), i quali hanno strutturalmente accorpato le precedenti Agenzie Regionali dell'Ospedalizzazione (ARH) create nel 1996 e i vecchi servizi periferici ministeriali dipartimentali.

In quanto filiali dello Stato sul territorio, tali strutture rappresentano il vero e proprio braccio armato del potere centrale, incaricate di garantire l'unificazione

regionale delle politiche di sanità pubblica e la contestuale regolazione dell'offerta di cure nei tre comparti ospedaliero, ambulatoriale e medico-sociale. Il Direttore Generale dell'ARS detiene ampi poteri discrezionali che gli consentono di autorizzare l'apertura o la fusione di stabilimenti sanitari, monitorare i livelli di qualità clinica, sospendere l'erogazione dei servizi e allocare le risorse finanziarie dell'ONDAM alle singole strutture operanti nella giurisdizione. Questa pianificazione strategica si realizza mediante l'elaborazione dei *Programmes Régionaux de Santé* (PRS), volti ad adattare gli obiettivi ministeriali nazionali alle specifiche esigenze epidemiologiche e geografiche locali. A livello periferico, i consigli dipartimentali mantengono la responsabilità gestionale e finanziaria dei servizi sociali territoriali destinati ad anziani e disabili, oltre alle funzioni di tutela dell'infanzia, promuovendo un forte approccio intersettoriale all'interno delle reti locali di assistenza.

3.4 L'architettura del finanziamento macroeconomico e la transizione fiscale: la CSG

La Francia destina storicamente un'elevata proporzione del proprio reddito nazionale alla tutela della salute: nel 2020, il 12,2% del Prodotto Interno Lordo è stato stanziato nella spesa sanitaria, posizionando il Paese al terzo posto nella regione europea dopo la Germania e l'Armenia. In termini assoluti, la spesa pro-capite si attestava a 3.807 euro, un valore stabilmente superiore alla media dell'Unione Europea di 3.159 euro. Tuttavia, sotto l'influenza delle rigide politiche macroeconomiche dell'ONDAM, il tasso di crescita reale della spesa ha registrato un significativo rallentamento nell'ultimo decennio, attestandosi a una media dello 0,7% annuo tra il 2015 e il 2019, rispetto al 2,2% riscontrato nel periodo 2000-2009. Un comitato di monitoraggio indipendente, denominato *Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie*, vigila costantemente sulla stabilità del bilancio, segnalando al Parlamento il rischio di sfioramento del tetto programmato. A differenza dell'Italia, la Francia alloca una quota di spesa maggiore nel settore dell'assistenza ospedaliera rispetto alle cure ambulatoriali territoriali, mentre la spesa per la prevenzione istituzionale — sotto l'impulso della

crisi pandemica — è triplicata tra il 2019 e il 2021, passando da 5,5 a 16,7 miliardi di euro.

Il sistema di finanziamento poggia sulla combinazione sinergica tra l'assicurazione obbligatoria pubblica (SHI) e le coperture integrative private (CHI), che tutelano congiuntamente il 96% della popolazione. Nel 2020, circa l'85% della spesa corrente totale era coperto da risorse pubbliche, espressione della somma tra il finanziamento centrale della SHI, pari al 79%, e il contributo diretto dello Stato, attestatosi al 6%. Questo apporto diretto dello Stato è specificamente vincolato al finanziamento dell'*Aide Médicale de l'État* (AME) per gli immigrati in situazione di irregolarità amministrativa, ai sussidi per la sanità integrativa delle fasce a basso reddito tramite il regime della *Complémentaire Santé Solidaire* (C2S), nonché al sostegno della prevenzione collettiva, della ricerca medica e della formazione dei professionisti.

Sotto il profilo delle entrate, il sistema francese ha vissuto una profonda transizione strutturale, volta ad attenuare la logica bismarckiana contributiva pura a favore di una progressiva fiscalizzazione. Sebbene i contributi sociali obbligatori trattenuti sui salari e ripartiti tra datore di lavoro e dipendente rappresentino ancora il 54% delle entrate delle Casse, la necessità di universalizzare il prelievo e alleggerire il costo del lavoro industriale per preservare la competitività delle imprese ha spinto il legislatore a introdurre, a partire dal 1991, la *Contribution Sociale Généralisée* (CSG). La CSG si configura come un'imposta universale calcolata su base individuale e applicata non solo ai redditi da lavoro, da cui deriva il 75% del suo gettito, ma anche ai redditi da capitale, patrimoniali, pensionistici e ai sussidi di disoccupazione, avvicinando l'ordinamento francese al modello fiscale di matrice beveridgiana.

In termini di aliquote interne, i lavoratori attivi versano il 9,2% del proprio reddito alla previdenza sociale, con una quota del 6% specificamente vincolata alla branca malattia della SHI. I pensionati contribuiscono con l'8,3% del proprio trattamento, destinando il 4,8% alla spesa sanitaria, mentre i beneficiari dei sussidi di disoccupazione scontano un'aliquota protetta e ridotta pari al 6,2%. Nel corso

degli anni, il peso dei contributi salariali a carico dei dipendenti è stato gradualmente compresso fino alla loro totale soppressione nel 2018. A partire dal 2019, anche i contributi previdenziali a carico dei datori di lavoro sono stati notevolmente ridotti, introducendo misure di sostegno fiscale alla competitività e all'occupazione (CICE) e destinando quote di gettito dell'IVA nazionale e della CSG sia al ramo malattia sia al finanziamento dell'assistenza a lungo termine per la dipendenza.

3.5 Canali erogativi, tariffe professionali e regolazione dei fattori produttivi (OPTAM e T2A)

La contrattazione e la remunerazione dei servizi sanitari non prevedono un modello di selezione competitiva dei singoli fornitori da parte delle Casse; l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) stipula accordi collettivi nazionali di durata quinquennale con i sindacati dei professionisti autonomi per regolare le tariffe dell'assistenza ambulatoriale territoriale. I professionisti sanitari conservano la facoltà formale di non aderire alla convenzione nazionale, ma nella pratica tale scelta comporta il mancato rimborso delle prestazioni per i pazienti, riducendo l'esercizio fuori convenzione a quote del tutto marginali. Qualora il medico accetti di addebitare ai pazienti le tariffe negoziate a livello nazionale, i suoi contributi previdenziali e sociali obbligatori vengono interamente liquidati dalla SHI pubblica.

La regolamentazione della medicina di città si articola in due differenti regimi di fatturazione. I medici inquadrati nel Settore 1 sono tenuti al rispetto assoluto delle tariffe regolamentate amministrate, senza alcuna possibilità di applicare sovrapprezzi o costi extra agli utenti. Al contrario, i medici iscritti al Settore 2 hanno la facoltà di praticare tariffe e onorari più elevati rispetto al rimborso base pubblico (*dépassements d'honoraires*), dovendo tuttavia coprire autonomamente i propri costi assicurativi, previdenziali e le pensioni personali. Al fine di mitigare l'impatto economico sui pazienti e limitare l'aumento degli onorari nelle aree urbane ad alta densità di specialisti, nel 2017 la SHI ha introdotto un contratto opzionale annuale denominato OPTAM (*Option de pratique tarifaire maîtrisée*).

Sulla base di questo schema, i medici del Settore 2 che sottoscrivono l'accordo si impegnano a congelare le proprie tariffe al livello medio dei tre anni precedenti e a non addebitare più del doppio delle tariffe regolamentate; in cambio, la SHI eroga loro un bonus finanziario proporzionale alla quota di attività svolta nel rispetto dei limiti concordati.

Sotto il profilo della medicina generale territoriale, i professionisti ricevevano tradizionalmente pagamenti basati sul meccanismo della prestazione pura (*fee-for-service*), che tuttavia tendeva a incentivare il volume dei servizi erogati piuttosto che l'appropriatezza clinica. Per ovviare a questo *écueil* microeconomico, è stato introdotto un contratto di pagamento per la qualità (CAPI) e, dal 2012, un sistema misto basato su obiettivi di salute pubblica per remunerare e incentivare la prevenzione, la creazione di fascicoli farmaceutici elettronici e la sostituzione dei farmaci di marca con i generici equivalenti, sebbene gli impatti effettivi sulla qualità delle cure siano stati modesti.

Per il settore ospedaliero acuto, il finanziamento poggia dal 2005 sul sistema prospettico della *Tarification à l'Activité* (T2A), che collega le risorse degli ospedali al numero e alla gravità dei casi trattati. Ogni degenza viene codificata e associata a un Gruppo Omogeneo di Malati (GHM), un modello originariamente ispirato alla classificazione dei DRG statunitensi. La classificazione GHM francese risulta altamente sofisticata, declinandosi in 2.291 gruppi e applicando quattro distinti livelli di gravità dei casi determinati analiticamente combinando la diagnosi principale con le diagnosi secondarie, l'età e la durata della degenza (*Length of Stay*). Sebbene la T2A abbia inizialmente stimolato la produttività degli ospedali, ha ingenerato forti criticità legate alla qualità e all'appropriatezza delle cure, spingendo le direzioni aziendali a indurre la domanda e a "produrre degenze" per riuscire a coprire i costi fissi ospedalieri.

Questo fenomeno ha costretto lo Stato ad attuare piani di taglio lineare delle tariffe per compensare l'aumento dei volumi e rispettare il tetto macroeconomico dell'ONDAM, trasferendo di fatto il deficit dalle Casse della Sicurezza Sociale ai bilanci degli stabilimenti ospedalieri pubblici. Questo cortocircuito contabile

spiega il marasma economico registrato nel decennio precedente alla pandemia, culminato nel 2017 con un debito cumulato degli ospedali pari al 42,7% del loro fatturato annuo e con un tasso di redditività netto negativo dell'uno virgola uno per cento.

La remunerazione dei fattori professionali ospedalieri vede i medici delle strutture pubbliche inquadrati come dipendenti e funzionari dello Stato a stipendio fisso, mentre i professionisti operanti nelle cliniche private commerciali ricevono pagamenti legati alle singole prestazioni. Per contrastare le storiche carenze e le difficili condizioni di lavoro delle infermiere e degli operatori ausiliari — storicamente sottopagati rispetto agli standard europei —, il governo francese ha attuato nel 2021 il piano straordinario di investimenti del *Ségur de la Santé*, aumentando in modo significativo i salari di un milione e mezzo di operatori sanitari. Permangono tuttavia severe criticità strutturali nel reclutamento e nella valorizzazione delle nuove competenze professionali, come le posizioni avanzate per gli infermieri istituite nel 2019 per ampliare le responsabilità e agevolare i processi di *task shifting*, i quali continuano a svilupparsi molto lentamente all'interno di un sistema ancora fortemente incentrato sull'istituzione ospedaliera.

3.6 Il Finanziamento Privato, la Spesa *Out-of-Pocket* e la Sanità Integrativa (*Complémentaires*)

Sotto il profilo della protezione finanziaria delle famiglie, la Francia manifesta una delle quote di spesa *out-of-pocket* dirette più basse di tutta l'area OCSE, limitata ad appena il 9% della spesa sanitaria totale nel 2019. I costi *out-of-pocket* diretti rappresentano in media il 2% delle spese finali dedicate ai consumi dei nuclei familiari. Questa forte protezione è determinata dalla stretta interazione tra la SHI pubblica e l'ampia penetrazione dei contratti di sanità integrativa complementare, a cui si unisce l'andamento demografico legato all'invecchiamento della popolazione, il quale ha inserito ampie quote di residenti all'interno del regime di esonero totale garantito dalle affezioni a lungo termine (ALD) per le patologie croniche. La spesa *out-of-pocket* diretta residua a carico delle famiglie risulta allocata per il 43% nelle cure a lungo termine, per il 26% nei

farmaci e nei dispositivi terapeutici, per il 26% nell'assistenza ambulatoriale e per appena il 5% nelle cure ospedaliere acute.

Nonostante l'accessibilità finanziaria complessiva, la quota di compartecipazione pubblica del *Ticket Modérateur* e i forfetti amministrativi fissi non rimborsabili continuano a gravare in modo significativo sui bilanci delle fasce a minore reddito. A tutela dell'equità sociale, l'ordinamento dispone esenzioni totali dalla condivisione dei costi per le donne al terzo trimestre di gravidanza, per i titolari di pensioni di invalidità e per i beneficiari della *Complémentaire Santé Solidaire* (C2S), lo schema di protezione introdotto nel 2019 che azzerava la compartecipazione e garantisce la totale gratuità di prestazioni dentistiche e dispositivi ottici precedentemente scarsamente rimborsati. Inoltre, la riforma strutturale *100% Santé*, implementata progressivamente a partire dal 2020, ha imposto precisi tetti massimi tariffari e l'obbligo di rimborso integrale coordinato tra la SHI e le compagnie erogatrici di sanità complementare su specifici panieri di dispositivi ottici, apparecchi acustici e protesi dentarie di base, abbattendo radicalmente le barriere di accesso economico per la popolazione generale.

Il mercato della sanità integrativa ha finanziato circa il 14% della spesa sanitaria totale nel 2019, prima di contrarsi al 6% nel 2020 come conseguenza del rallentamento dell'utilizzo delle prestazioni non urgenti indotto dalle restrizioni sanitarie pandemiche. I fornitori di sanità complementare si articolano in tre configurazioni giuridiche distinte, soggette alla supervisione prudenziale delle autorità di controllo. Le *Mutuelles*, che raccolgono il 54% del mercato, sono società di persone a fini non lucrativi, regolate dal *Code de la mutualité* e federate nella FNMF, operanti secondo logiche di solidarietà interpersonale e democrazia interna. Le Società di Assicurazione private, che coprono il 28% del mercato, sono invece entità commerciali a scopo di lucro regolate dal *Code des assurances*, le quali possono operare selezioni del rischio e distribuire dividendi ai propri azionisti. Infine, le Istituzioni di Previdenza, che coprono il 19% degli assistiti, sono società no-profit a gestione paritetica regolate dal *Code de la sécurité sociale*, nate storicamente dalla contrattazione collettiva tra sindacati e datori di lavoro all'interno di specifiche branche industriali.

A seguito delle riforme introdotte dalla Legge ANI del 2016, l'offerta e l'adesione a una *complémentaire santé* sono diventate obbligatorie per tutti i lavoratori dipendenti del settore privato, con l'obbligo per il datore di lavoro di coprire almeno il 50% del costo del relativo premio assicurativo. Tali polizze collettive devono tassativamente rispettare i requisiti stringenti dei contratti responsabili, i quali, per non disincentivare le vie di cura standard, vietano espressamente il rimborso dei ticket aggiuntivi applicati qualora il paziente decida di violare il percorso di cura coordinato visitando direttamente uno specialista ambulatoriale senza la previa consultazione del proprio medico di riferimento.

La sanità integrativa in Francia opera così come un meccanismo di welfare sussidiario e parzialmente regolato dallo Stato: i fornitori privati scelgono spesso di collaborare direttamente con i professionisti e le strutture di cura tramite il sistema del *Tiers Payant* telematico integrato con la *Carte Vitale*, evitando ai pazienti l'obbligo di effettuare pagamenti anticipati diretti. Tuttavia, se da un lato questo modello attenua l'impatto economico immediato sulle famiglie, dall'altro introduce elementi di forte frammentazione gestionale, inficiando l'efficienza allocativa globale del sistema a causa di un approccio eccessivamente segmentato tra i diversi canali operativi della protezione sociale.

CAPITOLO 4: Analisi comparativa e performance economica dei sistemi sanitari italiano e francese

4.1 Sostenibilità a confronto: comparazione della spesa sanitaria totale e pubblica in rapporto al PIL

Il punto di partenza imprescindibile per una valutazione comparativa delle performance economiche tra il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano e il Sistema Sanitario Francese (SSF) consiste nell'analisi della sostenibilità macroeconomica dei rispettivi modelli di finanziamento, misurata attraverso il peso della spesa sanitaria totale e pubblica in rapporto al Prodotto Interno Lordo . Sotto il profilo delle risorse complessivamente mobilitate, l'andamento di questo aggregato evidenzia un profondo divario strutturale tra le due nazioni (OECD & European Union, 2022). Come avevamo già visto, nel 2020, la Francia ha destinato ben il 12,2% del proprio PIL all'assistenza sanitaria, posizionandosi stabilmente al terzo posto all'interno della regione europea, superata soltanto dalla Germania e dall'Armenia (OECD & European Union, 2022). Al contrario, l'Italia manifesta un livello di investimento significativamente inferiore, con una spesa sul PIL che si attesta attorno al 9,6%, collocando il Paese a ridosso della media dei Paesi dell'Unione Europea, ma evidenziando una contrazione strutturale rispetto al partner transalpino.

Questo divario macroeconomico trova un'immediata conferma laddove si esamini l'indicatore della spesa sanitaria pro-capite media, normalizzato in termini di potere d'acquisto per eliminare le distorsioni monetarie. Con una spesa di 3.807 euro pro-capite registrata nel 2020, la Francia si colloca molto al di sopra della media dei Paesi dell'Unione Europea, pari a 3.159 euro. L'Italia, di contro, presenta una spesa pro-capite di 2.609 euro, un dato che evidenzia un deficit di risorse immesse nel sistema e un divario di oltre mille euro per cittadino rispetto alla spesa registrata sul territorio francese (OECD & European Union, 2022). Se si isola la sola componente della spesa pubblica, circa l'85% delle spese sanitarie correnti francesi è coperto da risorse pubbliche — ripartite tra l'apporto centrale della SHI al 79% e il contributo diretto dello Stato al 6% —, garantendo una

sostenibilità istituzionale e una socializzazione dei costi che l'Italia, pur mantenendo una forte prevalenza pubblica, fatica a pareggiare a causa della progressiva contrazione dei finanziamenti nazionali (Or & Penneau, 2021).

Sul piano storico e programmatico, sebbene la spesa sanitaria in rapporto al PIL sia risultata costantemente più elevata in Francia rispetto all'Italia negli ultimi vent'anni, l'analisi dei tassi di crescita reali dimostra come entrambi i Paesi abbiano risposto alle crisi fiscali attraverso severe strategie di controllo e di razionalizzazione (OECD & European Union, 2022). In Francia, il tasso di crescita della spesa pro-capite in termini reali ha registrato una brusca decelerazione a partire dal 2010, attestandosi a una media dello 0,7% annuo nel periodo compreso tra il 2015 e il 2019, rispetto al 2,2% annuo riscontrato nel decennio precedente (Or, Penneau & Renaud, 2023). Questo desiderato rallentamento strutturale è l'effetto diretto di una precisa strategia di bilancio a livello macroeconomico, incardinata sull'adozione dell'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM), introdotto con le riforme del Plan Juppé e normato annualmente dalla Legge di Finanziamento della Sicurezza Sociale (LFSS) (Duchesne, 2021).

La fissazione annuale di un budget prospettico globale e vincolante per l'assistenza sanitaria ha segnato un mutamento radicale nella gestione della spesa, conferendo al Governo centrale il potere di controllare i costi sanitari e di comprimere i disavanzi delle Casse paritetiche (Batifoulier & Diaz-Bone, 2021). Per garantire la sostenibilità e l'aderenza a tale tetto macroeconomico, opera un organismo di vigilanza indipendente, il Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, incaricato di monitorare l'andamento dei conti e di segnalare tempestivamente al Parlamento il rischio di uno sfioramento della soglia programmata (Barroy, Kutshin & Sparkes, 2014).

Lo strumento dell'ONDAM francese si differenzia in modo netto, sul piano della filosofia regolatoria e aziendale, dai meccanismi di controllo della spesa implementati all'interno del modello decentralizzato italiano (Palier, 2021). Laddove la Francia opera mediante un obiettivo finanziario centralizzato a livello

statale — segmentato per macro-settori erogativi e con target separati tra il comparto ospedaliero pubblico e quello privato —, l'ordinamento italiano risponde ai vincoli della finanza pubblica attraverso il meccanismo del federalismo fiscale e il monitoraggio ex-post dei Piani di Rientro regionali. In Italia, il coordinamento della spesa macroeconomica fa perno sulla definizione del Fabbisogno Sanitario Nazionale Standard, ripartito tra le diverse Regioni tramite una quota capitaria pesata e vincolato al rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Tuttavia, a differenza del controllo preventivo e centralizzato dell'ONDAM, la regolazione italiana interviene in larga misura a valle dei disavanzi di bilancio generati a livello locale. Qualora una Regione registri uno scostamento economico strutturale superiore alle soglie di tolleranza fissate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, scatta l'obbligo di sottoscrizione del Piano di Rientro. Questo strumento impone il commissariamento d'ufficio della sanità regionali, l'attivazione automatica di aliquote fiscali maggiorate sul territorio (addizionali IRAP e IRPEF) e il blocco del turnover del personale, trasferendo l'onere del risanamento contabile direttamente sulle amministrazioni periferiche. In definitiva, sebbene entrambi i sistemi abbiano contenuto con successo le dinamiche spontanee della spesa per finalità di stabilità contabile, il budget rigido dell'ONDAM francese, frammentato per comparti stagni, è diventato anche un ostacolo per migliorare l'efficienza allocativa complessiva, mentre l'architettura dei Piani di Rientro italiana ha sì garantito la tenuta dei conti pubblici, ma ha profondamente acuito le disuguaglianze interregionali nell'accesso alle cure e ridotto la qualità dei servizi sul territorio (Anthore, 2021; Duchesne, 2021).

4.2 Meccanismi di erogazione della spesa: confronto tra la spesa Out-of-pocket in Italia e in Francia

La valutazione della performance e dell'equità di un sistema sanitario non può prescindere da un'analisi comparativa approfondita delle modalità di erogazione della spesa privata, misurata principalmente attraverso la componente della spesa diretta a carico delle famiglie, comunemente definita spesa Out-of-Pocket (OOP).

È proprio nell'analisi della scomposizione della spesa privata che si rileva uno dei divari microeconomici più evidenti tra l'ordinamento italiano e quello francese, riflettendo la diversa capacità di protezione finanziaria dei due modelli nei confronti dei cittadini che accedono al consumo di cure. Nel contesto italiano, la spesa Out-of-Pocket si manifesta come una componente strutturale, ingente e fortemente rigida, stabilizzandosi su valori elevati che oscillano tra il 21% e il 24% della spesa sanitaria totale, un dato nettamente superiore alla media dei Paesi dell'area OCSE.

Al contrario, la Francia manifesta una delle quote di spesa diretta a carico delle famiglie più contenute al mondo, limitata ad appena il 9% della spesa sanitaria corrente nel 2019, per poi contrarsi ulteriormente al 5% nell'ambito dell'assistenza ospedaliera acuta (OECD & European Union, 2022). Questa straordinaria asimmetria non deriva da una gratuità assoluta delle prestazioni erogate dalla prima colonna pubblica della Statutory Health Insurance (SHI), poiché anche l'ordinamento transalpino prevede diffuse forme di compartecipazione al costo dei servizi, bensì dall'interazione sinergica e parzialmente regolata tra la componente pubblica e l'ampia penetrazione dei contratti di sanità integrativa e complementare private (Complementary Health Insurance - CHI), che arrivano a tutelare oltre il 96% della popolazione residente (Pierre & Rochereau, 2022).

Per comprendere le determinanti di questo divario economico, è necessario analizzare la scomposizione e l'allocazione istituzionale dei costi diretti nei due Paesi. In Francia, laddove la spesa diretta residua non venga assorbita dal sistema assicurativo, essa risulta fortemente concentrata in comparti specifici: il 43% è destinato alle cure a lungo termine (Long-Term Care), il 26% ai prodotti farmaceutici e ai dispositivi terapeutici, il 26% all'assistenza ambulatoriale territoriale e il 5% alle degenze ospedaliere acute (Or & Penneau, 2021). Questa stabilità ed esiguità della quota OOP francese è sostenuta nel tempo da fattori demografici ed epidemiologici regolati per legge, in particolare attraverso il regime di esonero totale garantito dalle Affections de Longue Durée (ALD).

Questo meccanismo, analizzato accuratamente da Anthore (2021), esenta completamente dalle compartecipazioni tutti i pazienti affetti da patologie croniche o invalidanti ad alto costo, assorbendo l'onere finanziario che l'invecchiamento della popolazione spontaneamente genererebbe sul bilancio delle famiglie. Al contrario, in Italia, la spesa Out-of-Pocket rappresenta un reale fattore di disuguaglianza socioeconomica e di erosione dei bilanci familiari. Essa si concentra prevalentemente nell'acquisto diretto di prestazioni specialistiche ambulatoriali, nella diagnostica e nelle cure odontoiatriche — comparti in cui il Servizio Sanitario Nazionale manifesta severe strozzature e lunghi tempi di attesa —, costringendo i cittadini a ricorrere al mercato privato erogativo pagando l'intero valore industriale della prestazione.

Inoltre, l'impatto dei ticket sanitari sui farmaci di marca e sulla specialistica in Italia funge da reale tassa sulla malattia, gravando in proporzione maggiormente sui ceti a medio e basso reddito che non beneficiano delle esenzioni per patologia o invalidità. Al contrario, in Francia la riforma strutturale 100% Santé, implementata nel 2020, ha imposto tetti tariffari massimi e l'obbligo di rimborso integrale combinato tra pubblico e privato su dispositivi ottici, audioprotesi e prestazioni odontoiatriche essenziali, azzerando di fatto il fenomeno della rinuncia alle cure per motivi economici nei comparti più esposti (OECD & European Union, 2022).

L'elemento microeconomico e manageriale che traccia la linea di demarcazione più netta nell'accesso ai servizi è rappresentato dall'impatto del meccanismo del Tiers Payant applicato nel modello francese, confrontato con l'architettura contabile del sistema italiano, configurando una differente barriera economica all'ingresso per il paziente. Il Tiers Payant, ovvero il sistema del "terzo pagante", è un dispositivo telematico di liquidazione finanziaria integrato strutturalmente con la Carte Vitale, la tessera sanitaria elettronica in possesso dei residenti francesi. Quando un cittadino francese accede a una prestazione medica ambulatoriale o ritira un prodotto farmaceutico prescritto, l'adozione del Tiers Payant azzerava completamente l'obbligo di avanzamento monetario da parte dell'utente (Duchesne, 2021).

Attraverso la lettura digitale della Carte Vitale, l'erogatore della prestazione (medico convenzionato o farmacista) individua istantaneamente la quota coperta dal regime pubblico della SHI e la quota di pertinenza della sanità integrativa complementare (CHI) del paziente, fatturando direttamente e per via telematica a questi due soggetti istituzionali. L'impatto microeconomico di questo dispositivo è di fondamentale rilevanza: eliminando la necessità di disporre di liquidità immediata al momento del consumo della prestazione, il sistema annulla la barriera finanziaria all'ingresso, garantendo un accesso equo e tempestivo alle cure indipendentemente dalle condizioni di reddito del nucleo familiare (Anthore, 2021).

Al contrario, l'ordinamento italiano è caratterizzato da una logica contabile e finanziaria opposta, basata sul principio del pagamento anticipato e della liquidazione retrospettiva a carico del cittadino. Fatta eccezione per le prestazioni interamente esenti o coperte dal pagamento del solo ticket all'interno delle strutture pubbliche o accreditate, l'accesso alla medicina specialistica e ai servizi sanitari territoriali richiede costantemente l'avanzamento monetario da parte del paziente. Qualora l'utente decida di bypassare le liste d'attesa del canale istituzionale, rivolgendosi alle prestazioni in regime libero-professionale (Intramoenia o mercato privato puro), egli deve corrispondere l'intero onorario direttamente all'erogatore al momento della visita, potendo richiedere soltanto a distanza di mesi una parziale detrazione fiscale in sede di dichiarazione dei redditi.

Questo modello genera una severa barriera economica all'ingresso, determinando il fenomeno del razionamento della domanda dal lato dei consumi e inducendo quote crescenti di popolazione vulnerabile a rinviare o a rinunciare del tutto alle cure essenziali per ragioni puramente finanziarie, un rischio che l'ordinamento francese ha storicamente neutralizzato attraverso la capillarità del welfare integrativo e del terzo pagante (Geoffard, 2000).

La sostenibilità di questa bassa quota di spesa diretta in Francia poggia, tuttavia, su una complessa e talvolta rigida regolamentazione del mercato della sanità

integrativa (Complémentaires), che agisce come intermediario istituzionale dei flussi finanziari. Le compagnie assicurative e le mutue private, che nel 2019 finanziavano circa il 14% della spesa sanitaria totale, hanno registrato una temporanea contrazione del loro peso specifico nel 2020 (scendendo al 6%) non per una crisi strutturale, ma a causa del rinvio di massa delle prestazioni programmabili e non urgenti durante lo shock pandemico, che ha drasticamente ridotto i volumi dei rimborsi erogati (OECD & European Union, 2022). Tali entità non operano in un regime di libero mercato deregolamentato, ma sono soggette ai vincoli stringenti dei cosiddetti "contratti responsabili" definiti per decreto ministeriale (Batifoulier et al., 2018).

Al fine di non incentivare comportamenti opportunistici dal lato della domanda e prevenire il rischio di azzardo morale (moral hazard), la legge vieta tassativamente alle mutue e alle assicurazioni private di rimborsare al paziente i ticket aggiuntivi e le penalità finanziarie applicate dalla SHI qualora l'utente decida di violare il percorso di cura standard, ovvero nel caso in cui acceda direttamente a una consulenza specialistica senza la previa autorizzazione e l'indirizzo del proprio medico di medicina generale prescelto (Duchesne, 2021). Inoltre, l'introduzione della Legge ANI del 2016 ha reso obbligatoria per tutti i datori di lavoro del settore privato l'offerta di una copertura sanitaria complementare collettiva ai propri dipendenti, co-finanziando almeno il 50% del premio e consolidando l'integrazione strutturale tra mercato del lavoro e tutela della salute (Pierre & Rochereau, 2022).

Questo modello misto duale, sebbene garantisca una protezione finanziaria impeccabile alle famiglie abbattendo la spesa OOP, introduce elementi di forte frammentazione gestionale, duplicazione dei costi amministrativi e rigidità nell'allocazione strategica delle risorse sanitarie complessive (Duchesne, 2021). Al contrario, l'Italia, pur mantenendo un'architettura di finanziamento pubblica teoricamente più lineare e integrata a livello centrale (il fondo sanitario nazionale alimentato dalla fiscalità generale), sconta l'assenza di un secondo pilastro integrativo realmente regolato e diffuso su scala nazionale, lasciando la spesa

privata delle famiglie priva di intermediazione e drammaticamente esposta alle dinamiche frammentate del mercato libero.

4.3 Efficienza operativa: tempi d'attesa, tassi di ospedalizzazione e gestione della medicina territoriale

L'analisi dell'efficienza operativa e delle performance gestionali del Servizio Sanitario Nazionale italiano e del Sistema Sanitario Francese impone una disamina approfondita dei meccanismi di incentivo microeconomico che regolano l'azione dei professionisti sul territorio e l'attività delle strutture ospedaliere (Palier, 2021). È proprio l'interazione tra le modalità di remunerazione dei fattori produttivi e l'assetto istituzionale dell'offerta a determinare le traiettorie divergenti registrate dai due Paesi in merito all'appropriatezza delle cure, ai tassi di ospedalizzazione e alla severità delle liste d'attesa. Sotto il profilo della medicina generale territoriale, i due ordinamenti incarnano filosofie gestionali e contrattuali opposte: l'Italia adotta un modello basato sulla quota capitaria pura, in cui i Medici di Medicina Generale (MMG), pur operando come liberi professionisti convenzionati, vengono remunerati dallo Stato in funzione del numero di assistiti iscritti nei loro elenchi, indipendentemente dal volume complessivo di prestazioni effettivamente erogate. Al contrario, la medicina di città in Francia si fonda storicamente sul principio liberale del pagamento a prestazione (fee-for-service), applicato sia ai medici convenzionati del Settore 1, vincolati alle tariffe amministrate, sia a quelli del Settore 2, autorizzati ad applicare sovrapprezzi (dépassements d'honoraires) regolati parzialmente dagli schemi contrattuali dell'OPTAM (Or & Penneau, 2021).

L'impatto di queste due logiche di remunerazione sulla funzionalità e sulla capacità di filtro della medicina territoriale risulta strutturale e condiziona l'intera catena del valore erogativa. Il modello a quota capitaria italiano, se da un lato offre un rigido controllo macroeconomico della spesa territoriale evitando la sovra-produzione opportunistica di prestazioni, dall'altro non incentiva intrinsecamente la produttività oraria o l'ampliamento delle attività ambulatoriali. Ciò ha storicamente ridotto la capacità dei medici di base di farsi carico della

complessità diagnostica elementare e delle urgenze a bassa intensità, contribuendo a trasferire impropriamente la domanda di prestazioni verso i canali specialistici e i dipartimenti d'emergenza del SSN (Anell, Glenngård & Merkur, 2012). Per contro, il sistema a prestazione francese stimola un'elevata produttività e una forte disponibilità oraria da parte dei medici liberali, assicurando un accesso rapido e flessibile alle cure ambulatoriali e riducendo al minimo i tempi di attesa per le visite di medicina generale. Tuttavia, questo meccanismo espone intrinsecamente il sistema al rischio microeconomico dell'induzione della domanda dal lato dell'offerta (supplier-induced demand), spingendo i professionisti a frammentare i percorsi clinici e a moltiplicare i consulti per massimizzare il proprio volume d'affari (Duchesne, 2021). Nel tentativo di mitigare questa distorsione, la SHI ha progressivamente affiancato alla prestazione pura forme di remunerazione mista, introducendo accordi convenzionali (CAPI) e schemi di pagamento legati a specifici obiettivi di salute pubblica (Rémunération sur Objectifs de Santé Publique - ROSP) per incentivare la prevenzione clinica, la digitalizzazione e l'appropriatezza prescrittiva, sebbene gli impatti complessivi sulla qualità sistemica siano rimasti marginali rispetto all'impalcatura liberale dominante (Anthore, 2021).

Il punto di caduta in cui si manifestano in modo più acuto i limiti e le inefficienze di filtro di entrambe le reti territoriali è rappresentato dal cronico sovraffollamento dei servizi di medicina d'emergenza ospedaliera, un fenomeno che in Italia e in Francia risponde a determinanti microeconomiche speculari ma convergenti. All'interno del contesto italiano, l'assenza di incentivi legati alla performance dei medici di medicina generale e la carenza strutturale di risposte ambulatoriali nei fine settimana e nelle fasce orarie notturne spingono i cittadini a bypassare la rete territoriale, ricorrendo massicciamente ai Pronti Soccorso per prestazioni improprie, classificabili come codici minori o a bassa priorità clinica. Questo afflusso inappropriato genera severe inefficienze gestionali, rallentando i tempi di processo interni e saturando la capacità operativa delle strutture. In Francia, si assiste a una dinamica analoga di congestione dei servizi di Urgences ospedaliere, ma derivante dalle caratteristiche intrinseche della medicina liberale (Or, Penneau & Renaud, 2023). La totale autonomia organizzativa goduta dai medici del

comparto privato-convenzionato fa sì che la copertura assistenziale territoriale continui a scontrarsi con la carenza di adesione volontaria dei professionisti alla cosiddetta *permanence des soins* (la guardia medica e la continuità assistenziale festiva e notturna). Di conseguenza, nonostante l'elevato volume di prestazioni diurne indotto dal *fee-for-service*, il paziente francese che necessiti di assistenza urgente al di fuori degli orari commerciali si trova privato di un punto di riferimento territoriale efficace, vedendosi costretto a rivolgersi alla struttura ospedaliera pubblica e alimentando la crisi di attrattività e di stress operativo dei dipartimenti d'emergenza (Anthore, 2021).

Le divergenze nell'efficienza operativa si acuiscono laddove si esamini la gestione dell'assistenza ospedaliera per acuti e la configurazione strutturale delle liste d'attesa per le prestazioni programmate. In Italia, il severo controllo delle risorse pubbliche e il blocco decennale del turnover del personale sanitario hanno generato profonde strozzature nell'offerta di prestazioni specialistiche e chirurgiche di elezione. I lunghi tempi d'attesa che caratterizzano il SSN non rappresentano soltanto un disservizio per l'utente, ma si configurano come un vero e proprio strumento implicito di regolazione della domanda e di selezione economica, il quale spinge i cittadini verso il mercato privato o verso l'esercizio libero-professionale intramoenia, penalizzando l'equità d'accesso e alimentando la spesa privata (OECD & European Union, 2022). Sotto il profilo manageriale, il sistema italiano ha tentato di governare questa distorsione introducendo i Raggruppamenti di Attesa Omogenea (RAO), criteri clinici standardizzati che vincolano i medici prescrittori ad associare a ogni prestazione una specifica classe di priorità temporale (Classe U per le urgenze a 72 ore, B a 10 giorni, D a 30 o 60 giorni, P per le prestazioni differibili). Tuttavia, l'efficacia programmatica dei RAO risulta sistematicamente vanificata dall'insufficienza strutturale dei fattori produttivi e della capacità erogativa delle ASL, traducendosi in un mero slittamento delle agende di prenotazione.

La Francia, beneficiando di un livello di finanziamento sul PIL e pro-capite nettamente superiore, manifesta una presenza di posti letto ospedalieri per acuti e una densità di personale medico e infermieristico superiori rispetto all'Italia, un

fattore che le consente di contenere in modo efficace i tempi di attesa per gli interventi chirurgici e le procedure diagnostiche complesse (OECD & European Union, 2022). Ciononostante, l'efficienza interna degli ospedali francesi è stata messa a dura prova dall'introduzione, avvenuta nel 2005, del sistema di finanziamento prospettico della Tarification à l'Activité (T2A), l'equivalente transalpino del modello dei DRG (Diagnosis Related Groups) applicato in Italia fin dagli anni Novanta (Batifoulrier & Diaz-Bone, 2021).

La sofisticata classificazione dei GHM (Groupes Homogènes de Malades) francesi, articolata in 2.291 gruppi e definita su quattro livelli di gravità clinica combinando diagnosi principali, secondarie, età e durata della degenza (Length of Stay), è stata concepita per stimolare l'efficienza industriale delle strutture ospedaliere, premiando la riduzione dei costi per singolo caso e l'accorciamento dei tempi di ricovero (Or, Penneau & Renaud, 2023). Tuttavia, il legame diretto stabilito dalla T2A tra il volume dei ricoveri effettuati e il budget complessivo riconosciuto all'ospedale ha ingenerato forti criticità legate all'appropriatezza delle cure e alla tenuta finanziaria delle strutture. Le direzioni aziendali degli stabilimenti pubblici, schiacciate dalla necessità di coprire i pesanti costi fissi di struttura e i capitali investiti, hanno risposto all'incentivo tariffario aumentando la produzione di ricoveri a ciclo breve, spesso indipendentemente dal reale bisogno epidemiologico dei pazienti. Questo comportamento opportunistico ha costretto lo Stato, per rispettare i vincoli macroeconomici dell'ONDAM, ad attuare piani di taglio lineare del valore nominale delle tariffe GHM per compensare la crescita incontrollata dei volumi (Duchesne, 2021).

Il cortocircuito contabile derivante da questa strategia regolatoria ha trasferito sistematicamente il deficit finanziario dalle Casse della Sicurezza Sociale direttamente ai bilanci degli ospedali pubblici francesi. Nel decennio precedente la crisi pandemica, tale marasma economico si è tradotto in un indebitamento cumulato delle strutture pubbliche pari al 42,7% del valore della loro produzione complessiva annua e in un tasso di redditività netto negativo dell'1,1%, innescando una grave crisi organizzativa interna, il deterioramento delle condizioni di lavoro del personale paramedicale e la conseguente mobilitazione

sociale culminata poi negli investimenti straordinari del Ségur de la Santé nel 2021 (Anthore, 2021). In sintesi, mentre l'Italia sconta un'inefficienza operativa da carenza strutturale di fattori produttivi, che si traduce in liste d'attesa croniche e in una progressiva renunzia alle cure da parte delle fasce indigenti, la Francia affronta un'inefficienza da sovra-produzione indotta dalle logiche manageriali della T2A e dall'assetto ospedalocentrico del proprio sistema, ostacolando il pieno sviluppo delle reti di assistenza territoriale e dei processi di task shifting infermieristico avviati nel 2019, i quali faticano a consolidarsi a causa delle resistenze delle corporazioni mediche liberali (Palier, 2021).

4.4 Digitalizzazione del sistema: Fascicolo Sanitario Elettronico rispetto a Mon espace santé e Carte Vitale

Il tassello finale della valutazione comparativa e manageriale tra l'ordinamento italiano e quello francese riguarda l'architettura della digitalizzazione, intesa non semplicemente come infrastruttura tecnologica astratta, bensì come leva strategica fondamentale per il governo dei flussi finanziari, la contrazione dei costi di transazione e l'ottimizzazione dell'efficienza amministrativo-contabile dei sistemi universali (Palier, 2021). Sotto questo profilo, la transizione digitale in sanità ha seguito traiettorie storiche e programmatiche profondamente condizionate dalle diverse anime istituzionali dei due modelli. Da un lato, il modello decentralizzato e a fiscalità generale italiano ha storicamente strutturato i propri sistemi informativi ponendo al centro finalità di rendicontazione fiscale e di controllo macroeconomico della spesa ex-post a beneficio del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Dall'altro, l'impianto assicurativo-sociale francese ha fatto perno sulla tessera telematica e sull'integrazione immediata dei flussi informativi al punto di consumo per automatizzare la liquidazione dei rimborsi, abbattere i costi amministrativi di gestione delle Casse e governare in tempo reale il comportamento prescrittivo degli erogatori liberali sul territorio (Batifoulier & Diaz-Bone, 2021).

In Francia, l'evoluzione della digitalizzazione ha raggiunto una maturità sistemica e gestionale di rilievo a seguito dell'integrazione strutturale del vecchio Dossier

Médical Partagé (DMP) all'interno della nuova piattaforma pubblica centralizzata denominata Mon espace santé, implementata a partire dal 2022 e capillarmente diffusa grazie a un meccanismo regolatorio di creazione automatica basato sul principio giuridico del silenzio-assenso (opt-out) (DREES, 2024). Dal punto di vista del management pubblico, l'adozione dell'opt-out ha permesso di superare istantaneamente le barriere all'adesione che avevano condannato al fallimento i tentativi digitali precedenti. Questa infrastruttura si interfaccia in tempo reale con la Carte Vitale e con l'ecosistema gestionale dell'Assurance Maladie attraverso gli investimenti strutturali del Ségur du numérique en santé.

Quest'ultimo programma ha ridefinito l'efficienza lato offerta, finanziando direttamente lo Stato e le aziende produttrici di software gestionali medici affinché aggiornassero i sistemi informativi degli ospedali e degli studi dei medici liberali secondo standard di architettura dati unificati. Da una prospettiva di controllo aziendale della spesa, l'integrazione di questi dati alimenta il mastodontico Système National des Données de Santé (SNDS) e le analisi predittive del Health Data Hub. Questo dispositivo assicura alle autorità di regolazione e all'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) una granularità informativa immediata sui consumi farmaceutici e sulle tariffe effettivamente erogate dai medici del Settore 1 e del Settore 2, operando come un pilastro informativo fondamentale per il monitoraggio predittivo dei macro-comparti dell'ONDAM e permettendo di calibrare tempestivamente i tagli tariffari o i bonus legati alla qualità prescrittiva per frenare il fenomeno della domanda indotta (Duchesne, 2021; Anthore, 2021).

Nel contesto italiano, l'architettura digitale manifesta storicamente un marcato sdoppiamento funzionale e una profonda frammentazione di matrice regionale, che la pianificazione strategica legata alla Missione 6 Componente 2 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR - M6C2) ha cercato di colmare attraverso uno stanziamento superiore a 1,3 miliardi di euro destinato all'implementazione omogenea del Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (FSE 2.0) (AgID, 2024). Storicamente, l'infrastruttura digitale della sanità italiana non è nata attorno alla cartella clinica del paziente o alla continuità assistenziale, bensì

attorno al Sistema Tessera Sanitaria (TS) governato dal Ministero dell'Economia e delle Finanze, un dispositivo concepito prevalentemente come strumento di controllo della spesa farmaceutica e specialistica e di tracciabilità contabile delle detrazioni fiscali dei cittadini. Se da un lato il Sistema TS ha garantito un'efficace contabilità dei flussi finanziari aggregati a livello centrale, dall'altro la componente prettamente clinico-gestionale è rimasta frammentata in ventuno sistemi informativi regionali incapaci di dialogare tra loro.

La vera inefficienza gestionale del modello italiano risiede nel deficit di interoperabilità semantica e sintattica. Le diverse Regioni hanno sviluppato repository e formati di dati proprietari difforni, ostacolando la transizione verso gli standard internazionali unificati HL7 FHIR (Fast Healthcare Interoperability Resources), necessari per tracciare in tempo reale i costi associati alla mobilità sanitaria interregionale e per permettere la reale portabilità del dato clinico. Inoltre, la governance digitale italiana sconta i severi vincoli regolatori posti dall'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, la quale ha storicamente sanzionato e rallentato l'alimentazione automatica dei fascicoli regionali a tutela del consenso informato esplicito dell'utente (opt-in). Questo rigido impianto regolatorio, sebbene protettivo sul piano dei diritti individuali, si è tradotto in una severa barriera manageriale, determinando tassi di alimentazione del FSE 2.0 profondamente asimmetrici tra le Regioni settentrionali e le realtà sottoposte a Piani di Rientro, dove il blocco del personale e le carenze organizzative delle ASL riducono la capacità tecnica di caricamento dei dati da parte dei medici di medicina generale e delle strutture ospedaliere pubbliche (Ministero della Salute, 2024).

In ultima analisi, il confronto tra le due piattaforme digitali evidenzia come la digitalizzazione incida in modo differente sull'efficienza allocativa globale e sui costi di transazione interni ai due macro-sistemi sanitari (Palier, 2021). La Francia, attraverso la convergenza tra Carte Vitale, Mon espace santé e il circuito telematico del Tiers Payant, ha digitalizzato i flussi finanziari direttamente al punto di consumo, azzerando le asimmetrie informative nel circuito della liquidazione delle prestazioni e permettendo una regolazione fine e centralizzata

della spesa farmaceutica e delle prestazioni mutate, riducendo al minimo l'onere burocratico a carico delle famiglie (OECD & European Union, 2022).

Al contrario, il sistema italiano, pur disponendo di un monitoraggio fiscale della spesa tramite il circuito della Tessera Sanitaria che ha pochi eguali in Europa per rigore contabile e prevenzione dell'evasione, risente ancora delle barriere erette dalla frammentazione storica dei sistemi informativi regionali. La scommessa manageriale legata al FSE 2.0 finanziato dal PNRR risiede proprio nel tentativo di mutare radicalmente la natura dell'infrastruttura digitale italiana, trasformandola da un mero meccanismo di controllo contabile e fiscale ex-post in un sistema predittivo e clinico di governo della domanda, capace di ridurre le inefficienze allocative e di mitigare, attraverso la trasparenza e la standardizzazione dei dati di consumo di cure, quel dualismo regionale che continua a rappresentare il principale ostacolo alla sostenibilità e all'equità di lungo periodo del SSN (Anthore, 2021; Duchesne, 2021).

CAPITOLO 5: Sfide comuni e prospettive future dei modelli sanitari italiano e francese

5.1 La resilienza dei sistemi alla prova della crisi pandemica e le dinamiche del post-emergenza

Lo shock epidemiologico globale da COVID-19, manifestatosi a partire dal dicembre del 2019, ha investito l'Unione Europea imponendo una ridefinizione immediata della percezione delle malattie infettive e costringendo i diversi ordinamenti nazionali a riorganizzare i propri assetti erogativi per fronteggiare una crisi sanitaria senza precedenti dalla seconda metà del Novecento. All'interno del panorama europeo, la valutazione della resilienza — intesa secondo le metriche istituzionali come la capacità strutturale di prevedere, assorbire, adattarsi e riprendersi rapidamente a seguito di uno shock macroeconomico o epidemiologico — evidenzia come l'onda d'urto emergenziale abbia scoperchiato e amplificato le vulnerabilità e le lacune latenti sia nel modello universalistico italiano che nel sistema assicurativo-sociale francese. I primi focolai di infezione da SARS-CoV-2 riscontrati sul territorio italiano nel febbraio del 2020, localizzati principalmente nelle Regioni della Lombardia e del Veneto, hanno immediatamente determinato la saturazione delle capacità ricettive ospedaliere nel Nord del Paese, ponendo le strutture sanitarie di fronte alla drammatica necessità di gestire un massiccio afflusso di pazienti critici in un contesto caratterizzato dall'assenza originaria di adeguati piani di preparazione aziendale.

La severità della crisi operativa vissuta dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano emerge in tutta la sua drammaticità dall'analisi delle condizioni riscontrate all'epicentro della prima ondata nella città di Bergamo. Come evidenziato dalla letteratura medica coeva, le strutture ospedaliere locali si sono trovate rapidamente proiettate ben oltre il punto di rottura gestionale, con oltre trecento letti ordinari su novecento interamente occupati da pazienti affetti da COVID-19 e il 70% dei posti letto di terapia intensiva forzatamente riservato ai soli pazienti gravi che manifestavano concrete possibilità di sopravvivenza. Questo sovraccarico strutturale ha costretto il personale a operare molto al di sotto dei

normali standard di cura, con tempi di attesa per un letto di terapia intensiva prolungati per ore e una diffusa carenza di farmaci essenziali, ventilatori meccanici, ossigeno e Dispositivi di Protezione Individuale (DPI). Il cortocircuito logistico e l'impreparazione informatica e organizzativa si sono scaricati direttamente sul capitale umano: l'impossibilità di sottoporre a screening sistematico gli stessi operatori sanitari a causa della indisponibilità dei test ha provocato, entro il 22 marzo 2020, l'infezione di 4.824 professionisti (pari al 9% dei casi totali registrati nel Paese) e il decesso di 24 medici, un bilancio drammatico che è salito alla quota di 154 medici deceduti entro il successivo 4 maggio.

Il Sistema Sanitario Francese (SSF) ha invece affrontato lo shock epidemiologico muovendosi su una traiettoria regolatoria opposta, caratterizzata da un approccio decisionale fortemente centralizzato da parte dell'esecutivo centrale, il quale ha istituito vincoli stringenti tramite il Consiglio di Stato nell'aprile 2020 per vietare ai comuni e alle autorità locali l'adozione di misure difformi dalla legislazione d'emergenza nazionale. Questa governance rigidamente verticistica si è rivelata un fattore di debolezza politica e gestionale, poiché ha sistematicamente ignorato le profonde variazioni epidemiologiche interregionali e la configurazione disomogenea del personale e delle risorse sul territorio. La crisi francese è stata esacerbata da una situazione di pregressa conflittualità interna agli stabilimenti pubblici, dove nei mesi precedenti la pandemia si erano susseguiti scioperi e proteste volti a denunciare le dure condizioni di lavoro e i livelli retributivi delle infermiere, strutturalmente posizionati tra i più bassi all'interno dei Paesi dell'area OCSE.

Sul piano operativo, lo Stato transalpino ha palesato gravi ritardi nell'approvvigionamento dei DPI e una profonda controversia pubblica sulla reale utilità delle maschere protettive, dichiarate inizialmente non utili dalle autorità sanitarie e rese obbligatorie nei luoghi chiusi solo a partire dal 20 luglio 2020, quando le scorte industriali hanno raggiunto volumi sufficienti. Analoghi limiti gestionali hanno colpito la strategia del "test-traccia-isola": a metà aprile 2020, la Francia effettuava appena 5,1 test ogni 1.000 abitanti a fronte dei 17 registrati in

Germania, risentendo del mancato ascolto e del ritardato coinvolgimento dei laboratori di ricerca pubblici e veterinari, autorizzati a supportare la rete diagnostica solo nel mese di maggio. Anche quando la capacità di testing ha raggiunto 1 milione di prestazioni settimanali a settembre, l'assenza di linee guida ministeriali per la prioritizzazione dei gruppi ad alto rischio ha generato lunghe liste d'attesa e saturazione dei laboratori, vanificando l'efficacia del tracciamento dei contatti. Inoltre, la decisione iniziale di erogare l'80% dei test e il 70% dei trattamenti esclusivamente all'interno del comparto ospedaliero ha amplificato il rischio di infezioni nosocomiali nei reparti geriatrici, contribuendo all'elevato volume di decessi. La tenuta logistica del sistema ospedaliero francese è stata salvaguardata solo attraverso una massiccia riorganizzazione interna che ha innalzato i posti letto di terapia intensiva da 5.000 a 14.000, e mediante il trasferimento aereo straordinario dei pazienti critici verso le regioni meno colpite o verso strutture estere in Germania e Austria, evitando un triage di massa ma non impedendo un'altissima mortalità negli EHPAD, dove si è concentrato un terzo dei decessi complessivi durante il primo confinamento.

L'eredità di lungo periodo dello shock pandemico si riflette in modo drammatico sugli indicatori demografici, socioeconomici e gestionali del post-emergenza in entrambe le realtà. In Italia, l'impatto epidemiologico ha registrato, dal marzo 2020 alla fine di aprile 2022, oltre 16 milioni di casi confermati e circa 160 mila decessi associati al virus, determinando nel 2020 il più alto numero di morti totali dal secondo dopoguerra (746.146 decessi, pari a un eccesso di mortalità del 15,6% rispetto alla media 2015-2019) e una perdita complessiva di popolazione residente pari a 658 mila persone nel biennio. Sul piano macroeconomico, lo shock ha provocato nel 2020 una contrazione del PIL italiano dell'8,9% e la perdita di 724 mila occupati, gravando in modo asimmetrico sui lavoratori dipendenti a tempo determinato e autonomi. Sul versante gestionale del SSN, la totale conversione delle strutture ha causato l'interruzione e il rinvio di oltre due mesi dei programmi di screening oncologici nazionali tra gennaio e maggio 2020, generando lesioni non diagnosticate stimate in migliaia di casi per il cancro al seno e coloretale, e riducendo l'attività annuale di screening mammografico del 16% e cervicale dell'11%. L'arretrato assistenziale ha comportato un peggioramento clinico della

prognosi per i pazienti cardiaci colpiti da infarto miocardico acuto tra febbraio e aprile 2020 e un incremento superiore a tre volte del rischio di amputazione maggiore per i pazienti diabetici ospedalizzati a causa del differimento delle cure essenziali. Questa alterazione dei consumi sanitari ha modificato la composizione della spesa corrente nel 2020, spingendo la spesa pubblica a quota 122,4 miliardi di euro per far fronte all'emergenza e comprimendo temporaneamente la spesa privata a 38,1 miliardi di euro per via del blocco delle prestazioni non urgenti.

In Francia, gli effetti strutturali della pandemia hanno interrotto la tendenza storica di crescita dell'aspettativa di vita alla nascita, la quale ha registrato una contrazione di 0,6 anni nel corso del 2020, scendendo da 82,9 a 82,3 anni in concomitanza con un incremento del 10% della mortalità per tutte le cause tra il 2020 e la metà del 2021. Il rinvio di massa delle chirurgie non urgenti per liberare capitali fisici e letti postoperatori ha generato un immenso accumulo di casi oncologici diagnosticati in stadi avanzati, mentre oltre il 40% dei pazienti affetti da patologie croniche ha dichiarato di aver dovuto rinunciare o differire il proprio piano terapeutico nei primi mesi della crisi. Lo stress psicologico legato ai prolungati confinamenti ha provocato un'emergenza parallela nell'assistenza alla salute mentale, con una prevalenza dei sintomi depressivi salita stabilmente sopra il 20% e un tasso di ansia quasi raddoppiato al 27% all'inizio del 2020. Sotto il profilo economico-finanziario, il SSF ha registrato un'impennata senza precedenti della spesa sanitaria totale, aumentata del 3,7% nel 2020 e di un ulteriore 9,8% nel 2021, spingendo l'incidenza della sanità sul PIL dall'11,1% del 2019 al 12,2% del 2020, alimentata da costi aggiuntivi emergenziali pari a 14,8 miliardi nel 2020 e 17,4 miliardi nel 2021.

Di contro, la drastica contrazione delle cure ospedaliere ordinarie ed elettive non urgenti ha determinato una riduzione di ben 6 punti percentuali della quota dei pagamenti diretti Out-of-Pocket (OOP) sul totale della spesa tra il 2019 e il 2020. Questo marasma finanziario si è inserito in un quadro macroeconomico transalpino caratterizzato nel 2020 da una flessione del PIL del 7,9% e dall'esplosione del deficit di bilancio dello Stato al 9,2%, innescando dinamiche di nuova povertà ed esclusione sociale che hanno colpito studenti, lavoratori precari

e precari autonomi, costretti a fare affidamento sulle organizzazioni non profit come unico ammortizzatore sociale e dimostrando come i gruppi posizionati ai margini dei sistemi di tutela bismarckiani basati sul mercato del lavoro siano rimasti severamente penalizzati dal punto di vista finanziario.

5.2 Politiche di rilancio e piani di investimento strutturale: il PNRR rispetto al Ségur de la Santé

L'avvio della fase post-pandemica ha coinciso con una ridefinizione radicale delle agende politiche e dei percorsi di programmazione economico-sanitaria all'interno dell'Unione Europea, formalizzata dall'adozione di riforme istituzionali destinate a rompere con le storiche strategie di austerità fiscale che avevano contraddistinto la gestione delle precedenti crisi comunitarie. L'attivazione del pacchetto straordinario Next Generation EU (NGEU), dotato di un fondo complessivo di 750 miliardi di euro e incardinato sul Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza (Recovery and Resilience Facility - RRF) da 672 miliardi di euro in prestiti e sovvenzioni, ha imposto agli Stati membri la definizione di agende strutturali di riforme e investimenti pubblici a medio e lungo termine, orientate a pilastri strategici tra cui la salute e la resilienza sistemica. Nel contesto di questa cornice finanziaria comune, basata per la prima volta sull'emissione di titoli di debito comune europeo, l'Italia e la Francia hanno sviluppato risposte manageriali e allocative profondamente differenziate, specchio dei rispettivi assetti istituzionali originari. Se da un lato l'ordinamento italiano ha sfruttato la quota monumentale di fondi europei per finanziare una transizione strutturale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) verso un modello decentrato e fortemente radicato sul territorio, dall'altro la Francia ha integrato il proprio Plan National de Relance et de Résilience (PNRR-F) all'interno della preesistente manovra macroeconomica "France Relance", focalizzando il nucleo degli investimenti sanitari sul consolidamento e sulla rivalutazione economico-salatoriale del comparto ospedaliero pubblico e medico-sociale attraverso il piano Ségur de la Santé.

L'Italia, figurando come una delle nazioni europee più duramente colpite dall'onda d'urto epidemiologica del 2020, è risultata il principale beneficiario delle

risorse comunitarie, strutturando un piano nazionale da 191,5 miliardi di euro (pari a circa il 7,4% del PIL) che, sommato ai programmi collaterali REACT-EU e al Fondo complementare statale, ha mobilitato una capacità di spesa complessiva di 233 miliardi di euro. All'interno di questa imponente architettura economico-giuridica, governata dal decreto-legge n. 77/2021, la sanità è stata isolata all'interno della Missione 6, dotata di uno stanziamento di 15,63 miliardi di euro e rigidamente segmentata in due componenti operative destinate a ridisegnare il volto dell'assistenza pubblica. La prima componente (Componente 1), cui sono stati assegnati 7 miliardi di euro, persegue l'esplicito obiettivo manageriale di disarticolare lo storico ospedalocentrismo del SSN, potenziando le reti di prossimità e le strutture intermedie territoriali. La programmazione e l'uniformità di questa riforma poggiano sui rigidi standard assistenziali definiti dal Decreto Ministeriale n. 77/2022, il quale vincola le Regioni all'implementazione coordinata di tre dispositivi strutturali entro il secondo trimestre del 2026:

- Le Case della Comunità (CdC): Strutture fisiche destinate a operare come punti di riferimento continuativi per la popolazione, in cui operano squadre multidisciplinari composte da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, specialisti, assistenti sociali e infermieri di famiglia e comunità. L'investimento ha previsto uno stanziamento di 2,00 miliardi di euro per l'attivazione di 1.288 Case della Comunità su scala nazionale, entro il traguardo della metà del 2026, finalizzate alla gestione integrata delle patologie croniche e della multimorbilità territoriale.
- Le Centrali Operative Territoriali (COT): Infrastrutture tecnologiche organizzate a livello distrettuale con la funzione aziendale di coordinare i servizi domiciliari con gli altri nodi del sistema e con la rete dell'emergenza-urgenza ospedaliera. Il piano ha mobilitato 4,00 miliardi di euro complessivi per il potenziamento dell'assistenza domiciliare — volto a prendere in carico il 10% della popolazione ultraottantacinquenne entro la metà del 2026 —, di cui 0,28 miliardi sono stati vincolati all'attivazione di 602 COT e un miliardo allo sviluppo delle reti di telemedicina.
- Gli Ospedali di Comunità (OdC): Strutture sanitarie intermedie dotate di norma di 20 o al massimo 40 posti letto e a gestione prevalentemente

infermieristica, destinate a ricoveri brevi per pazienti che necessitano di interventi a media e bassa intensità clinica. Con un budget di 1,00 miliardo di euro, l'orizzonte programmatico per il completamento e la messa in funzione delle 381 strutture intermedie pianificate è fissato proprio alla metà del 2026, operando come termine ultimo per la verifica dell'appropriatezza organizzativa e dei processi di de-ospedalizzazione.

La Componente 2 della Missione 6 canalizza i restanti 8,63 miliardi di euro verso l'innovazione, la ricerca biomedica e la digitalizzazione del SSN, finanziando per 4,05 miliardi l'ammodernamento tecnologico degli ospedali (comprensivo dell'acquisto di 3.133 grandi apparecchiature e del potenziamento di 280 dipartimenti di emergenza DEA con l'incremento di 3.500 letti di terapia intensiva), per 1,64 miliardi la messa in sicurezza antisismica delle strutture e per 1,67 miliardi l'unificazione del Fascicolo Sanitario Elettronico e del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS). Ulteriori 1,26 miliardi sono stati stanziati per la valorizzazione della ricerca sugli screening e sui tumori rari (0,52 miliardi) e per lo sviluppo delle competenze del personale sanitario (0,74 miliardi), incrementando le borse di studio triennali in medicina generale e offrendo 4.200 contratti di formazione specialistica aggiuntivi per comprimere il fenomeno dell'imbuto formativo, e per l'attuazione di questo investimento l'infrastruttura ospedaliera ha previsto il completamento definitivo dei 116 interventi di adeguamento sismico entro la scadenza del secondo trimestre del 2026.

La strategia di rilancio economico e sanitario implementata dalla Francia si è sviluppata su un binario regolatorio differente, in cui la pianificazione legata ai fondi europei si è innestata sul più ampio programma nazionale "France Relance" da 100 miliardi di euro lanciato nel luglio del 2020, all'interno del quale il PNRR francese ha contribuito con una quota di 40 miliardi finanziati dal Recovery Fund. Al fine di rispondere alle pesanti tensioni finanziarie che gravavano sul sistema, la Componente 9 del piano transalpino (Tutela del lavoro, giovani, assistenza sanitaria) ha previsto un investimento totale di 9,812 miliardi di euro (con una richiesta di 7,671 miliardi all'RRF), indirizzando una quota monumentale pari a 6 miliardi di euro al finanziamento diretto delle misure del piano Ségur de la Santé.

Questo imponente programma straordinario di investimenti nazionali, avviato nel maggio del 2020 seguendo il modello della democrazia partecipativa del débat public, ha riunito oltre cento attori e sindacati per trarre insegnamenti gestionali dalla crisi ed edificare un sistema ospedaliero più moderno e flessibile.

A differenza della scelta italiana orientata alla destrutturazione territoriale, le conclusioni del piano Ségur hanno stanziato un volume globale di 19 miliardi di euro distribuiti su un orizzonte decennale, concentrando i flussi finanziari sul risanamento patrimoniale degli stabilimenti ospedalieri pubblici e sul potenziamento delle risorse umane interne. L'analisi analitica degli interventi del Ségur rivela una precisa filosofia di investimento aziendale e salariale:

- Rivalutazione del capitale umano paramedicale e medico: Il piano ha allocato ben 8,2 miliardi di euro specificamente per incrementare le retribuzioni e riconoscere il valore economico dei professionisti operanti negli ospedali e nelle case di riposo (EHPAD), traducendosi in un aumento salariale medio compreso tra il 15% e il 20% a partire dall'ottobre del 2021. Le riforme hanno aumentato i salari dei medici ospedalieri più giovani e introdotto indennità straordinarie (+1.500 euro) per i professionisti che scelgono di dedicarsi al 100% al servizio pubblico senza svolgere attività privata.
- Incremento della capacità ricettiva e occupazionale: Il piano ha decretato il blocco delle storiche politiche di contrazione industriale dell'offerta, programmando l'assunzione straordinaria di 15.000 professionisti all'interno degli ospedali pubblici e il finanziamento vincolato per l'apertura o riapertura di 4.000 posti letto "su richiesta" nei momenti di picco epidemiologico.
- Ammodernamento immobiliare e transizione digitale: All'interno dei 6 miliardi veicolati dalla Componente 9 del PNRR francese, la spesa è stata rigorosamente ripartita stanziando 2,5 miliardi di euro per la modernizzazione e la riorganizzazione fisica delle cure nei territori, 1,5 miliardi per un massiccio piano di investimenti immobiliari nelle strutture

medico-sociali e 2,0 miliardi per il recupero del ritardo tecnologico e l'unificazione degli standard della sanità digitale.

Un elemento di eccezionale rilievo sotto il profilo dell'economia sanitaria riguarda la decisione della governance francese di utilizzare il Ségur de la Santé per accelerare l'uscita strutturale dal sistema di finanziamento prospettico della Tarification à l'Activité (T2A). Riconoscendo gli incentivi perversi generati dalla T2A — ampiamente discussi in termini di induzione opportunistica della domanda di ricoveri brevi per coprire i costi fissi —, la riforma ha avviato una transizione verso modelli di finanziamento misti e forfettari basati su obiettivi di qualità e sul coordinamento delle cure, delegando ampi pacchetti finanziari direttamente alle Agenzie Regionali della Salute (ARS) tramite il Fonds transversal pour la modernisation et l'investissement en santé.

In ultima analisi, la comparazione tra le politiche di rilancio evidenzia come l'Italia abbia adottato una strategia di rottura programmatica, impiegando i capitali del PNRR per edificare ex-novo una rete di protezione assistenziale territoriale precedentemente carente, sebbene la sostenibilità futura del modello resti subordinata alla capacità dello Stato di coprire la spesa corrente per il personale una volta esauriti i fondi europei. Di contro, la Francia ha optato per una strategia di consolidamento e difesa del proprio modello ospedalocentrico bismarckiano, iniettando massicci flussi finanziari per ripianare i deficit contabili delle strutture pubbliche e frenare la fuga del personale attraverso interventi salariali senza precedenti, rimandando tuttavia la risoluzione strutturale della frammentazione tra la medicina liberale di città e la pianificazione centralizzata della spesa legata all'ONDAM.

5.3 La crisi del capitale umano sanitario: le determinanti economiche e gestionali della carenza di personale

La sostenibilità e la resilienza di lungo periodo di un sistema sanitario, sia esso basato su un modello universalistico a fiscalità generale o su un impianto assicurativo-sociale bismarckiano, sono intrinsecamente vincolate alla stabilità, all'attrattività economica e all'efficiente allocazione del proprio capitale umano.

L'analisi aggiornata al giugno 2026 evidenzia come sia l'Italia sia la Francia si trovino a dover governare una severa ed acuta crisi della forza lavoro sanitaria, una congiuntura che rischia di compromettere la funzionalità delle riforme strutturali descritte nei paragrafi precedenti. Tuttavia, sebbene la carenza di professionisti medici e infermieristici si configuri come una sfida comune, le determinanti microeconomiche, gli errori storici di programmazione strategica e i vincoli contrattuali che hanno generato tale marasma organizzativo rispondono a dinamiche istituzionali profondamente asimmetriche tra i due partner europei.

5.3.1 Il contesto italiano: squilibri strutturali, decremento dell'attrattività e l'imbuto formativo

Nel contesto dell'ordinamento italiano, la crisi del personale sanitario non si presenta come un deficit quantitativo assoluto in tutte le categorie, bensì come un profondo e disfunzionale squilibrio tra i diversi profili professionali e tra le diverse aree geografiche del Paese. Sotto il profilo medico, l'Italia manifesta storicamente una densità di medici praticanti pari a 412 ogni 100.000 abitanti, un dato superiore sia alla media dell'Unione Europea (attestata a 397) sia alla dotazione di molti partner continentali. Nonostante questo apparente surplus macroeconomico, il numero di medici che operano effettivamente all'interno delle strutture ospedaliere pubbliche e nei ranghi della medicina generale territoriale sta registrando una contrazione strutturale e progressiva. La vera emergenza di cassa e di offerta del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) risiede nel comparto paramedicale, dove il numero di infermieri per 100.000 abitanti si attesta ad appena 626, un livello drammaticamente inferiore rispetto alla media europea di 835. A questa carenza acuta si sommano profondi squilibri regionali nell'allocazione delle risorse umane, i quali penalizzano le Regioni meridionali, dove i blocchi del turnover imposti dai Piani di Rientro hanno storicamente inaridito le capacità di reclutamento delle ASL.

Questa criticità organizzativa è esacerbata da un progressivo e preoccupante declino dell'attrattività economica e sociale delle professioni sanitarie dipendenti, i cui livelli retributivi sul mercato del lavoro italiano risultano nettamente inferiori

rispetto ai parametri francesi ed europei. Tale deficit si riflette nella forte contrazione delle richieste di immatricolazione ai Corsi di Laurea per le professioni sanitarie, passate dalle 78.074 domande dell'anno accademico 2021/2022 alle 72.736 registrate nel ciclo 2022/2023. Il disallineamento tra offerta formativa e domanda dei giovani è dimostrato dal fatto che, su un totale di 459 corsi distribuiti sul territorio nazionale, ben 111 hanno registrato un numero di aspiranti inferiore ai posti messi a bando, prefigurando un severo aggravamento della carenza assistenziale.

Sul versante territoriale, la medicina generale sconta gli effetti di una massiccia ondata di pensionamenti non compensata da adeguate assunzioni, a causa di una pluriennale strozzatura regolatoria nota come imbuto formativo, ovvero il differenziale negativo tra il numero di laureati in medicina e i posti previsti nelle scuole di specializzazione post-lauream. Inoltre, l'efficienza operativa dei Medici di Medicina Generale (MMG) risente del fatto che la maggior parte di essi opera ancora all'interno di studi solitari, una condizione organizzativa che limita strutturalmente lo strumento del confronto e lo scambio di competenze cliniche avanzate.

Per tentare di mitigare queste distorsioni e assicurare il ricambio generazionale sul territorio, la pianificazione strategica ha introdotto specifici correttivi finanziari, stanziando risorse per erogare 4.200 contratti aggiuntivi di formazione specialistica e per finanziare 900 borse di studio distributive all'anno per i corsi triennali in medicina generale. Questa programmazione ha permesso di raggiungere il target finale di 2.700 nuovi medici complessivi immessi nei ranghi territoriali del SSN proprio entro l'orizzonte del 2026. Parallelamente, sul piano delle competenze operative, i programmi straordinari di formazione manageriale e digitale del personale sanitario hanno previsto il raggiungimento del traguardo finale di 4.500 professionisti formati proprio nel secondo trimestre del 2026, configurandosi come il punto di verifica definitivo dell'efficacia delle politiche di riqualificazione del capitale umano avviate nel post-pandemia.

5.3.2 Il contesto francese: libertà d'installazione, "deserti sanitari" e le riforme del Ségur

La Repubblica francese manifesta una crisi del capitale umano sanitario di natura differente, in cui la stabilità quantitativa complessiva della forza lavoro si scontra con una diseguale e inefficiente ripartizione geografica dei professionisti sul territorio nazionale. Sebbene il numero complessivo di medici specialisti abbia registrato un incremento nell'ultimo decennio, il tasso di medici di medicina generale (GPs) per abitante ha subito una costante decrescita, una tendenza negativa che le proiezioni istituzionali stimano destinata a protrarsi almeno fino al 2028. La determinante economica fondamentale di questa asimmetria risiede nel principio liberale della totale libertà di installazione goduta dai professionisti della sanità in Francia. Essendo liberi di scegliere autonomamente il luogo in cui avviare la propria attività professionale, i medici tendono a concentrarsi nelle aree urbane e nei territori economicamente più benestanti, ignorando le reali necessità epidemiologiche della popolazione e generando vaste zone di carenza assistenziale note come deserti sanitari (*déserts médicaux*). I tentativi di pianificazione intrapresi dallo Stato attraverso l'erogazione di incentivi finanziari volti ad attirare i medici verso le aree svantaggiate e rurali hanno registrato uno scarso successo operativo, laddove una maggiore capacità di attrazione verso i giovani clinici è stata dimostrata dallo sviluppo delle pratiche di gruppo multidisciplinari.

Parallelamente, lo shock emergenziale ha scoperto i nodi legati all'insufficiente livello di investimento strutturale che ha colpito gli ospedali pubblici francesi nel decennio precedente il 2020, nonché le dure condizioni di lavoro delle infermiere e degli operatori sanitari ausiliari, storicamente sottopagati rispetto alla media dei Paesi dell'area OCSE. Per frenare la fuga del personale e sanare il deficit di reclutamento, il Governo francese è intervenuto attraverso il pacchetto del Ségur de la Santé, investendo 8,2 miliardi di euro per attuare una significativa revisione salariale che ha interessato 1,5 milioni di operatori del comparto ospedaliero e delle case di riposo per anziani (EHPAD), traducendosi in aumenti medi compresi tra il 15% e il 20%. Oltre a disporre l'assunzione

straordinaria di 15.000 professionisti e a incrementare le retribuzioni dei medici ospedalieri più giovani, le riforme del Ségur hanno introdotto misure stringenti per contrastare il fenomeno distorsivo del mercenariato (*mercenariat*), legato al ricorso abusivo al personale medico temporaneo e a gettone all'interno degli stabilimenti pubblici.

Nonostante l'imponenza di questi flussi finanziari, permangono severe criticità che ostacolano il reclutamento nei servizi di assistenza a lungo termine (LTC), legate alla mancanza di autonomia e di riconoscimento professionale delle professioni di cura. Sotto il profilo dell'organizzazione del lavoro, la Francia dispone di un numero di infermieri per abitante relativamente elevato rispetto alla media dell'Unione Europea, ma il loro perimetro di responsabilità clinica nell'assistenza primaria è rimasto storicamente circoscritto e subordinato alla corporazione medica liberale. Nel tentativo di favorire processi di trasferimento delle competenze e alleggerire il carico di lavoro dei medici, il legislatore ha istituito la figura dell'infermiere a pratica avanzata (*Infirmier en pratique avancée - IPA*), dotato di competenze diagnostiche e prescrittive ampliate. Tuttavia, l'effettiva integrazione del lavoro di squadra e il consolidamento del task shifting tra i diversi professionisti della salute procedono ancora a rilento a causa delle forti resistenze corporative, rallentando la transizione verso reti territoriali realmente integrate.

CONCLUSIONI

L'analisi comparativa sviluppata nel corso del presente elaborato ha permesso di esaminare criticamente le risposte strutturali, i modelli di finanziamento e le strategie di regolazione microeconomica che il Servizio Sanitario Nazionale italiano e il Sistema Sanitario Francese oppongono alle pressanti sfide della transizione demografica, epidemiologica e finanziaria. Giunti al traguardo storico del giugno 2026, l'osservazione ravvicinata dei due ordinamenti rivela come le divergenze genetiche tra il modello universalistico alla Beveridge e l'impianto assicurativo-sociale alla Bismarck non si limitino a una differente tecnica di raccolta delle risorse, ma condizionino l'intera catena del valore assistenziale, l'efficienza allocativa dei fattori produttivi e l'effettivo grado di equità sociale garantito ai cittadini.

Il nodo della sostenibilità macroeconomica evidenzia la persistenza di una profonda asimmetria nella capacità di spesa aggregata delle due nazioni, condizionata dai rispettivi vincoli di bilancio e dallo stock di debito pubblico. La Francia, assestando stabilmente la propria spesa sanitaria oltre il 12% del Prodotto Interno Lordo, ha storicamente optato per una strategia di bilancio preventiva basata sull'ONDAM, un tetto macro-settoriale rigido che tuttavia si scontra con la natura retrospettiva e tariffaria dei rimborsi ospedalieri. Al contrario, l'Italia si trova a operare in una condizione di cronico sottofinanziamento relativo, con una spesa ferma al 9,6% del PIL. Tale limitatezza di risorse ha costretto il legislatore nazionale a implementare stringenti meccanismi di controllo ex-post guidati dai Piani di Rientro regionali. Sebbene questa politica di austerità contabile sia riuscita a ricondurre il deficit complessivo del SSN in prossimità dello zero, essa ha generato pesanti esternalità negative, esasperando la frattura strutturale tra i sistemi sanitari del Nord e del Sud del Paese e impattando negativamente sugli indicatori di mortalità evitabile nelle aree sottoposte a commissariamento.

Sotto il profilo della regolazione microeconomica, il confronto tra i meccanismi di rimborso ospedaliero (i raggruppamenti DRG in Italia e la Tarification à l'Activité - T2A in Francia) ha messo a nudo le distorsioni indotte dagli incentivi tariffari

dal lato dell'offerta. Il modello francese della T2A, pur stimolando la produttività degli stabilimenti, ha storicamente incentivato una sovra-produzione opportunistica di prestazioni a bassa complessità clinica, minando l'appropriatezza organizzativa e costringendo il Governo a una parziale retromarcia strategica formalizzata dal piano Ségur de la Santé. Sul versante della medicina territoriale, l'Italia sconta i limiti di una quota capitaria rigida e priva di incentivi alla performance, la quale ha mantenuto la maggior parte dei medici di medicina generale in una condizione di isolamento operativo, privi di tecnologie diagnostiche di primo livello e strutturalmente incapaci di fare da reale filtro agli accessi impropri nei dipartimenti d'emergenza ospedalieri.

L'ipotesi centrale della tesi ha trovato una solida conferma nell'analisi delle barriere all'accesso e della spesa Out-of-Pocket (OOP). L'architettura finanziaria del sistema francese si dimostra nettamente più efficiente e inclusiva nella protezione delle famiglie dal rischio di spese catastrofiche, riducendo l'incidenza della spesa diretta al 9% totale. Questo risultato non è dovuto a una maggiore gratuità originaria dei servizi — i ticket moderatori sono infatti diffusi per quasi ogni prestazione —, ma all'efficace integrazione istituzionale tra la copertura pubblica obbligatoria (SHI) e il mercato delle assicurazioni complementari (CHI), sinergia potenziata dal dispositivo contabile del Tiers Payant che azzerava l'anticipo di cassa al punto di consumo. Di contro, il modello italiano scarica sulle famiglie un carico OOP superiore al 21%, trasformando le lunghe liste d'attesa e l'onerosità dei ticket ambulatoriali in una barriera monetaria invisibile ma selettiva, che spinge quote crescenti di popolazione vulnerabile verso il canale privato a pagamento o verso la rinuncia alle cure.

L'orizzonte del 2026 e le prospettive future: La verifica conclusiva dei piani straordinari di rilancio post-pandemici offre una sintesi plastica delle due diverse filosofie di governance. L'Italia, attraverso i 15,63 miliardi della Missione 6 del PNRR, ha tentato una coraggiosa transizione strutturale verso il territorio, edificando una rete fissa di Case e Ospedali della Comunità normata dal DM 77/2022 per uniformare i LEA. La stabilità futura di questa riforma resta tuttavia sospesa al drammatico nodo della spesa corrente e della crisi del capitale umano.

Senza una profonda revisione salariale in grado di colmare l'imbuto formativo e rendere attrattive le professioni infermieristiche e mediche dipendenti, le nuove strutture territoriali rischiano di rimanere gusci privi di personale operativo. La Francia, muovendosi nella direzione opposta con gli imponenti stanziamenti salariali e ospedalieri del Ségur de la Santé, ha blindato la tenuta interna dei propri stabilimenti e la pace sindacale, rinunciando tuttavia a scardinare il dogma liberale della totale libertà d'installazione dei medici, determinante economica che continua ad alimentare la proliferazione dei deserti sanitari nelle aree rurali e periferiche.

In conclusione, la presente indagine comparativa dimostra che non esiste un modello epidemiologicamente superiore in assoluto: se il Servizio Sanitario Nazionale italiano esprime una straordinaria efficienza macroeconomica nel garantire outcome di salute globali eccellenti a costi comparativamente contenuti, il Sistema Sanitario Francese vanta una superiore capacità di protezione finanziaria microeconomica del paziente e di valorizzazione del proprio capitale fisso e umano. La sfida della longevità e la ciclicità delle crisi economiche impongono a entrambi gli ordinamenti di superare le rispettive rigidità storiche, mutuando l'uno dall'altro le migliori soluzioni contabili e gestionali per preservare, nel lungo periodo, il nucleo identitario e universalistico del welfare state europeo.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Amable, B. (2021). La résistible ascension du néolibéralisme: Le modèle français en transition.

Anthore, A. (2021). Crise du système de santé en France (Thèse pour le Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie).

Barroy, H., Kutshin, I., & Sparkes, S. (2014). L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM): Un outil de régulation macroéconomique.

Batifoulier, P., & Diaz-Bone, R. (2021). Perspectives conventionnalistes sur la santé et la protection sociale.

Batifoulier, P., Domin, J. P., & Gadreau, M. (2018). Mutations de l'assurance maladie

Benallah, S., & Domin, J. P. (2018). Réforme de l'hôpital: Quels enjeux en termes de travail et de santé des personnels?

Bilancia, F. (2022). Recovery and Resilience Facility, tra concorrenza e nuove prospettive.

Boltanski, L., & Chiapello, È. (2011). Le nouvel esprit du capitalisme (Nouvelle édition).

Boltanski, L., & Thévenot, L. (1991). De la justification: Les économies de la grandeur.

Bouchet, C., & Duvoux, N. (2023). COVID-19 poverty in France: Behind the scenes of a dual protective system.

Bressanelli, E., & Quaglia, L. (2021). The European Union's response to the COVID-19 crisis: Institutional and policy change.

Cantù, E., Ferrè, F., & Sicilia, M. (2010). Il controllo di gestione nelle aziende sanitarie pubbliche: Modelli, pratiche e sistemi di reporting.

Comité d'évaluation du plan France Relance (2022). Rapport France Relance, rapport complet.

De Angelis Paolo (2020) La partecipazione dei soggetti privati, non profit e for profit, nella erogazione dei servizi sanitari.

Del Vecchio, M., Fenech, L., & Longo, F. (2020). Rapporto OASI 2020: Osservatorio sulle Aziende Sanitarie Italiane.

Del Vecchio, M., Fenech, L., & Longo, F. (2021). Rapporto OASI 2021: L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla governance e sulla spesa del Servizio Sanitario Nazionale. M

Duchesne, V. (2021). L'organisation de la santé en France depuis 1967: Vers un gouvernement marchand? (Thèse de doctorat en Sciences Économiques).

Dupeyroux, J. J. (1968). La réforme de la Sécurité sociale: Analyse des ordonnances de 1967.

Enthoven, A. C. (1988). Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance.

Enthoven, A. C. (1988). Theory and practice of managed competition in social health insurance.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (2020). Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.

Geoffard, P. Y. (2000). Assurance maladie obligatoire et complémentaire: Un système d'assurance dual.

Hassenteufel, P. (2020). Information report on the impact, management and consequences in all its dimensions of the Coronavirus-Covid 19 epidemic.

Mastrillo, A. (2023). Rapporto annuale sui Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie.

Ministero delle Solidarietà e della Salute - Francia (2020). Dossier de presse: Conclusions du Ségur de la santé.

Nacoti, M., et al. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: Changing perspectives on preparation and mitigation.

OECD & European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle.

OECD & European Union. (2022). Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle.

Or, Z., & Penneau, A. (2021). Le financement della Long-Term Care (LTC)

Or, Z., Penneau, A., & Renaud, T. (2023). Vingt ans de régulation par l'ONDAM: Quel impact sur les dépenses de santé en France?

Pierre, A., & Rochereau, T. (2022). La couverture par une complémentaire santé en France en 2022

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies.

Saltman, R. B., & Figueras, J. (1997). European health care reform: Analysis of current strategies.

Sanfelici, M. (2020). The Italian Response to the COVID-19 Crisis: Lessons for the Global Community.

Vicarelli, G. (2010). I sistemi sanitari. Bologna: Il Mulino.

World Health Organization. (2000). The World Health Report 2000: Health systems: Improving performance.

Zangrandi Antonello (2010) Economia e management per le professioni sanitarie.

[Costituzionalismo_201802_673.pdf](#) i diritti sociali oltre lo stato. Carlo Colapietro

[drees.solidarites-sante.gouv.fr](#)

[https://altems.unicatt.it/altems-PHSSR%20Italy%20Report%20HQ.pdf](#)

[https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it](#)

[https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/2020_resilience_en_0.pdf](#)

[https://www.cleiss.fr/docs/stats/rapportstat2020.html](#)

[https://www.google.com/search?q=https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/segur-de-la-sante/](#)

[https://www.google.com/search?q=https://www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104197.pdf](#)

[https://www.google.com/search?q=https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp%3Fid%3D3662%26area%3DprogrammazioneSanitariaLea](#)

[https://www.google.com/search?q=https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/medias/CCSS/2015/RAPPORT/CCSS-RAPPORT-SEPTEMBRE2015.pdf](#)

[https://www.google.com/search?q=https://www.strategie.gouv.fr/publications/rapport-2022-comite-devaluation-plan-france-relevance](#)

[https://www.google.com/search?q=https%3A%2F%2Fwww.panoramasanita.it%2Fwp-content%2Fuploads%2F2022%2F11%2FReport-Mastrillo-2022-23.pdf](#)

[il-futuro-della-salute-in-europa-tra-innovazioni-e-sostenibilit](#)

[modelli-sanitari-beveridge-e-bismarck-differenze](#)

[stats.oecd.org](#)

[welfare-state-e-diritto-alla-salute](#)

www.agenas.gov.it

www.aifa.gov.it

www.ameli.fr

www.cleiss.fr

www.has-sante.fr

www.irdes.fr

www.mef.gov.it

www.oecd.org/health

www.salute.gov.it

www.securite-sociale.fr/home/hcaam