



UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE

DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E POLITICHE
CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DELL'ECONOMIA E DELLA GESTIONE
AZIENDALE

**ANALISI COMPARATIVA TRA I SISTEMI SANITARI DI
ITALIA E STATI UNITI**

RELATRICE

Anna Maria Merlo

CANDIDATA

Marzia Macori

Matricola n° 18C05 639

ANNO ACCADEMICO 2021-2022

*Alla mia famiglia e a mia sorella
Grazie per avermi sempre supportata e sopportata*

INDICE

INTRODUZIONE	3
I CAPITOLO – ORIGINE E EVOLUZIONE DEI SISTEMI SANITARI.....	4
1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale.....	4
1.2 The United States Healthcare System	10
1.3 Comparazione tra la storia dei due sistemi	15
II CAPITOLO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA	18
2.1 Il Sistema Sanitario Italiano	18
2.2 Il Sistema Sanitario Americano	22
2.3 Comparazione tra le due strutture organizzative	26
III CAPITOLO – FINANZIAMENTO E SPESA.....	28
3.1 Italia.....	28
3.2 Stati Uniti.....	34
3.3 Comparazione tra fonti di finanziamento e spesa sanitaria	39
IV CAPITOLO – CRITICITÀ	41
4.1 In Italia.....	41
4.2 Negli Stati Uniti.....	47
4.3 Comparazione dei punti di debolezza.....	52
CONCLUSIONE	54
INTERVISTA – Elio Borgonovi.....	56
APPENDICI.....	60
Appendice A.....	60
Appendice B	61
Appendice C	62
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	63

INTRODUZIONE

La presente tesi si pone l'obiettivo di analizzare la struttura dei sistemi sanitari di Italia e Stati Uniti, al fine di determinare quale tra questi due è più efficiente ed efficace sia per il cittadino sia per lo Stato.

L'interesse di intraprendere questa analisi nasce dal posizionamento dei due paesi nella classifica di Bloomberg "*Healthiest Country Index*" del 2019 che vede al secondo posto l'Italia e al 35esimo gli Stati Uniti. Al giorno d'oggi in Italia la sfiducia istituzionale è molto alta e molte persone, soprattutto giovani cercano prospettive migliori all'estero; perciò, mi sono posta l'obiettivo di dimostrare che anche in Italia abbiamo delle eccellenze, tra le quali la sanità, quindi l'ho messa a confronto con gli Stati Uniti, così da dimostrare che l'*american dream* è un sogno utopico.

Vista l'atipicità dell'evento pandemico che ha colpito entrambi i sistemi dal 2020, ho deciso di non analizzare nello specifico i dati relativi alle dirette conseguenze di quel periodo al fine di rappresentare i sistemi nel loro normale funzionamento.

L'elaborato è strutturato in 4 capitoli e in ciascuno viene prima analizzato l'assetto italiano, poi quello americano e in seguito viene fatta una comparazione tra i due in cui si cerca di comprendere le differenze e le similitudini che li caratterizzano. Nello specifico nel primo si analizza l'evoluzione storica dei sistemi; nel secondo si tratta la struttura e l'organizzazione; nel terzo si esaminano le fonti di finanziamento; nel quarto ed ultimo si espongono le criticità di ciascun sistema.

L'ultima parte è dedicata ad una breve intervista al prof. Elio Borgonovi, docente emeritus di Management Pubblico, Dipartimento di Scienze Politiche e Sociali Università Bocconi, nel 1978 ha fondato il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) di cui è Presidente.

I CAPITOLO – ORIGINE E EVOLUZIONE DEI SISTEMI SANITARI

1.1 Il Servizio Sanitario Nazionale

Periodo mutualistico

Il Sistema Sanitario Italiano nel secondo dopoguerra segue il modello Bismarckiano, caratterizzato quindi dalla presenza di società di mutuo soccorso, non lucrative, finanziate su base occupazionale. I lavoratori versavano una quota associativa all'ente mutualistico al fine di essere tutelati nei casi di necessità a livello assistenziale ed economico.

Nel 1947 con la pubblicazione della Costituzione Italiana vengono poste le fondamenta per il riconoscimento al diritto alla salute, in particolare all'articolo 32 è espresso:

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Questo fu un primo segno di incompatibilità tra la costituzione e il sistema mutualistico italiano che garantiva la tutela della salute solo al lavoratore e non all'individuo; infatti, i disoccupati potevano ricevere cure solo a pagamento o se iscritti nell'elenco dei poveri.

La tabella 1.1 riporta i dati riguardanti il periodo in cui erano attivi gli enti mutualistici e come questi avessero quasi raggiunto la copertura totale della popolazione.

Le casse mutua coprivano il 92% della popolazione mentre un ulteriore 4% era a carico dei Comuni e delle province. Tra il 2-3 milioni di italiani rimanevano sprovvisti dell'assicurazione sanitaria come le casalinghe nubili, giovani disoccupati, lavoratori autonomi ecc.

Tabella 1.1 Assicurati contro le malattie comuni per ente mutualistico (milioni di persone)

	1950	1958	1974
<i>INAM</i>	13,9	21,6	30,0
<i>ENPAS</i>	2,9	3,8	5,5
<i>ENDEDP</i>	0,4	0,6	1,2
<i>INADEL</i>	0,9	1,2	2,5
<i>ENPALS</i>	-	0,1	0,2
<i>Altri</i>	0,8	0,4	0,4
<i>Coltivatori Diretti</i>	-	6,2	4,7
<i>Artigiani</i>	-	1,5	3,9
<i>Commercianti</i>	-	-	2,8
<i>Totale</i>	18,9	35,4	51,3
<i>% Popolazione</i>	38%	70%	92%

Fonte: Francesco Taroni, 2011, *Politiche Sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore

Uno dei principali problemi che portò allo scioglimento del sistema mutualistico fu l'assenza di un coordinamento centrale delle mutue che portò ad alti livelli di sperequazione tra i lavoratori.

Nel 1963 il CNEL¹ censì 35 Enti nazionali e circa 280 Casse mutue locali o aziendali che operavano in completa autonomia permettendo situazioni di disparità di assistenza e copertura all'interno degli stessi e tra le regioni.

Durante gli anni '60 alcune inchieste giornalistiche denunciarono la scarsa qualità dell'assistenza, il disordine amministrativo e il condizionamento della casse mutue sulle politiche sanitarie.

In quegli anni le casse mutue furono colpite da una crisi di legittimità alimentata anche da un'indagine dell'*Economist*² che dimostrò la falsità di copertura dei più grandi enti che denunciavano 68 milioni di italiani assicurati su una popolazione di 50 milioni.

Fra il 1967 e il 1974 lo Stato dovette intervenire più volte per rifinanziare alcune casse mutue colpite da crisi finanziarie continue dovute all'aumento degli assicurati e al costo dei farmaci (per immissione di nuovi antibiotici ad alto costo e di largo uso), ma soprattutto alla spesa ospedaliera aumentata per la modernizzazione degli ospedali e per la riduzione dell'avversione da parte della popolazione nei loro confronti.

Inoltre, l'assenza di prevenzione nel sistema mutualistico non permetteva di renderlo sostenibile dal punto di vista economico.

Periodo riformista

Durante il periodo delle mutue in Italia si attuano una serie di riforme e leggi che gettano le fondamenta per il SSN: la nascita del Ministero della Sanità³, la legge Mariotti e la legge 386/1974.

Il primo passo verso la sanità nazionale viene fatto il 13 marzo 1958 quando, tramite legge, viene istituito il Ministero della Sanità per l'amministrazione del sistema sanitario, prima di competenza di numerosi organismi, quali vari ministeri, enti locali e enti ospedalieri. Nonostante la sua importanza primaria sulle questioni sanitarie il Ministero della Sanità si ritrovava con conflitti di competenze con altri ministeri, come quello del lavoro a capo del quale rimasero Inps, Inail e Inam. Il primo bilancio del Ministero fu di oltre 10 volte inferiore

¹ Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, è un organo di consulenza delle Camere e del Governo

² *The Economist* è un settimanale d'informazione politico-economica in lingua inglese, focalizzato su attualità globale, commercio internazionale, politica e tecnologia.

³ La legge 3 agosto 2001, n. 317 modifica la denominazione da ministero della Sanità a ministero della "Salute" (tratto da www.salute.gov.it)

al bilancio della sola Inam e la scarsità di risorse finanziarie rimase una questione a lungo combattuta dai ministri della sanità.

La legge del 12 febbraio 1968, n. 132, conosciuta come la Riforma Ospedaliera attuata dal ministro della Sanità Luigi Mariotti, concretizza l'art. 32 della Costituzione, enunciando all'articolo 2:

[...] gli enti ospedalieri, salvo i limiti derivanti dalla specializzazione dell'ospedale o delle particolari esigenze tecniche legate alla forma morbosa che si presenta, hanno l'obbligo di ricoverare senza particolare convenzione o richiesta di alcuna documentazione, i cittadini italiani e stranieri che necessitano di urgenti cure ospedaliere per qualsiasi malattia, o per infortunio, o per maternità, siano o meno assistiti da enti mutualistici ed assicurativi o da altri enti pubblici e privati. [...]

Alla regione viene attribuita la competenza di gestire la programmazione ospedaliera. La legge impose dei requisiti minimi agli ospedali e molti di questi (soprattutto al sud) non li soddisfacevano e dovettero chiudere.

Due ulteriori leggi che portano alla riforma sanitaria furono:

- Il decreto legge 8 luglio 1974, n. 264 “Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria”;
- La legge 17 agosto 1974, n. 386 “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, recante norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri, il finanziamento della spesa ospedaliera e l'avvio della riforma sanitaria.”

Gli articoli di maggiore rilievo delle due leggi per la riforma sanitaria sono:

- Art. 1 L'estinzione del debito degli enti mutualistici e dei comuni (tabella 1.2) nei confronti degli ospedali e degli altri enti sanitari attraverso il prelievo di 2700 miliardi di lire dal mercato finanziario;
- Art. 2 Istituzione di conti speciali per ciascun ente presso istituti di credito;
- Art 12. Trasferimento dei compiti di materia ospedaliera degli enti anche previdenziali dalle casse mutue alle regioni;
- Art 12-bis Chiusura dei consigli di amministrazione di Inam, Enpas, Inadel, Enpdedp,

Tabella 1.2 Situazione finanziaria dei principali enti mutualistici, 1974

	Situazione patrimoniale ¹
INAM	-3039
ENPAS	-120
INADEL	-311
Fed. Coldiretti	-693
Fed. Artigiani	-268
Fed. Comm	-164
Complesso	-4645

¹miliardi di lire

Fonte: Francesco Taroni, 2011, *Politiche Sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore

Enpals e federazioni di coldiretti, artigiani e commercianti;

- Art 13 L'iscrizione in appositi ruoli di soggetti non coperti dalle casse mutue di avere l'assistenza ospedaliera.

Periodo pubblico

Il 23 dicembre 1978 con la legge n. 833 venne istituito il Servizio Sanitario Nazionale, un sistema sanitario di carattere Beveridgeano. In 83 articoli l'allora ministro della Sanità Tina Anselmi e il governo Andreotti IV cercarono di definire ogni compito e obiettivo del nuovo sistema.

La legge rispecchiò i principi di universalità ed eguaglianza voluti nell'art. 32 della Costituzione.

Gli obiettivi della legge furono incentrati sulla prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e educazione sanitaria dei cittadini e il controllo dei prodotti destinati al consumo. Vennero presi in carico anche la formazione e l'aggiornamento dei professionisti sanitari e l'applicazione di una disciplina per i farmaci.

Gli attori del nuovo sistema sono: lo Stato, le Regioni e gli enti locali.

Lo Stato definisce la politica sanitaria come gli obiettivi di programmazione sanitaria, i livelli delle prestazioni sanitarie garantite, coordina le regioni e gli enti locali. Il governo deve redigere il Piano Sanitario Nazionale, strumento di pianificazione strategica per definire gli obiettivi sanitari e le modalità per raggiungerli e stabilire la quota di risorse da ripartire tra le regioni a cui è affidato il potere di spesa.

Le Regioni possono legiferare e amministrare in autonomia mantenendo le linee guida dello Stato e disciplinare ogni aspetto delle Unità Sanitarie Locali.

Gli enti locali si distinguono in:

- Province, le quali hanno il compito di localizzare in base al territorio i presidi e i servizi sanitari necessari;
- Comuni, che svolgono tutte le funzioni amministrative di assistenza sanitaria ed ospedaliera non di competenza di Stato e Regioni tramite le USL.

Le Unità Sanitarie Locali sono strutture operative dei comuni e delle comunità montane all'interno della quale vi sono i presidi, gli uffici e i servizi che prestano attività sociosanitaria, come anche gli enti ospedalieri, privati della loro personalità giuridica. Le Usl operano in base ad un ambito territoriale di popolazione tra i 50.000 e i 200.000, con eccezione di aree particolari alle quali è consentito un limite più elevato.

Le difficoltà in ambito finanziario sono causate dalla scissione tra finanziatori e finanziati, ovvero tra lo Stato e le regioni che non permettono un accurato controllo della spesa e che spesso esagerano nella costituzione delle Usl. Per di più per lo Stato è difficile valutare il corretto finanziamento da assegnare alle regioni viste le differenze tra loro e all'interno delle stesse.

Inoltre, l'istituzione di un sistema gratuito causò un sovra utilizzo dell'assistenza sanitaria, aumentando le liste d'attesa per i servizi, così con la legge 382/89 si cercò di frenare questi episodi con l'introduzione del ticket, cercando di diminuire anche la spesa sanitaria.

La classe medica si oppose immediatamente alla riforma sanitaria, soprattutto per non essere stata consultata durante l'istituzione del SSN e per il rifiuto da parte del governo di tenere conto delle considerazioni della FNOOMM⁴ in qualsiasi ambito del SSN.

La Riforma-bis o Amato avviene con il D.lgs. 502/92 e 517/93 emanati allo scopo di risolvere l'emergenza finanziaria cresciuta negli ultimi 15 anni di SSN così da dare al sistema un'impronta manageriale in modo da renderlo più concorrenziale. I punti fondamentali furono:

- Introduzione di livelli uniformi di assistenza obbligatoriamente garantiti a tutti i cittadini;
- Regionalizzazione della sanità attribuendo alle regioni maggiori poteri in fase di programmazione e finanziamento;
- Aziendalizzazione delle Usl in Azienda Sanitaria Locale (ASL) e degli enti ospedalieri in Aziende Ospedaliere (AO) che acquistano personalità giuridica propria, autonomia organizzativa amministrativa e patrimoniale. Poiché il territorio delle Aziende sanitarie locali deve coincidere con quello delle provincie questa passarono da 630 a 270 Asl.

Il sistema di retribuzione dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie viene modificato al sistema dei D.R.G. o R.O.D. (Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi) che in base ad algoritmi specifici determina i costi per ogni prestazione. Il sistema dei DRG permette un miglior controllo della spesa e rende gli enti concorrenti tra di loro, perché i cittadini potendo scegliere dove farsi curare determinano la remunerazione finale degli enti, andando a creare un effetto circolare (almeno in teoria) in cui: maggiore qualità – maggiori cure erogate – maggiore remunerazione – maggiore qualità e così via.

⁴ Attualmente FNOMCeO è la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

La Riforma-Ter o Legge Bindi viene attuata con il d.lgs. 229/99, vengono ulteriormente definiti i principi di tutela del diritto alla salute, la programmazione sanitaria e i Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza (LEA). Questi vengono così definiti perché uniformi su tutto il territorio e costituiti da cure essenziali alla salute che vengono garantite dal SSN.

Il D.lgs. 56/2000 determina nuove disposizioni in materia di federalismo fiscale, innanzitutto istituisce un Fondo di perequazione nazionale per il mantenimento dei livelli essenziale e definisce che le forme di finanziamento delle regioni sono: compartecipazione all'IVA, aumento della compartecipazione alle accise sulla benzina, aumento dell'addizionale IRPEF e il gettito dell'IRAP.

La Riforma del Titolo V della costituzione introdotta dalla L.C. 3/2001 concretizza a livello costituzionale il federalismo fiscale all'articolo 119 sancendo l'autonomia finanziaria e di spesa di comuni, province e regioni. Inoltre, viene revisionato l'articolo 117 in cui vengono indicate in maniera chiara quali sono le materie in cui lo Stato detiene la potestà legislativa esclusiva e quali in cui le Regioni legiferano in maniera concorrente o esclusiva. Infine, vengono introdotti nella carta costituzione i Lea, definiti nel 2001⁵ con la pubblicazione dell'elenco positivo delle prestazioni (ottenibili dal SSN) e dell'elenco negativo.

⁵ D.P.C.M. 29 novembre 2001 *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*

1.2 The United States Healthcare System

Storia

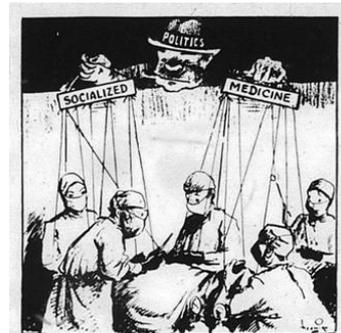
Il primo tentativo di attuare una riforma sanitaria fu nel 1935 quando il presidente Roosevelt⁶ emana il *Social Security Act*, nato dalle conseguenze della grande depressione, istituiva dei piani di assistenza per le pensioni di anzianità e dei fondi per l'assistenza alla salute di madri e bambini, ai non vedenti e ai disoccupati. La volontà del presidente era quella di introdurre nella legge anche la *National Health Insurance*, un'assicurazione sanitaria statale, ma preoccupato dall'immediata opposizione dell'*American Medical Association* (AMA), non la incluse per evitare il rifiuto di tutta la legge.

Durante la Seconda guerra mondiale viene emanato lo *Stabilization Act*⁷, una legge per limitare l'inflazione che prevedeva l'ancoraggio di prezzi e salari ai livelli del 15 settembre 1942. All'art. 2 del Titolo IV della legge vengono definiti tutte le parti dirette e indirette della paga che sarebbero state bloccate, da queste vengono escluse le assicurazioni e questo fu l'inizio della scalata per le assicurazioni private. I datori di lavoro non potendo modificare le paghe per attrarre e trattenere i dipendenti iniziarono ad offrire sempre più spesso l'assicurazione sanitaria, proprio perché esclusa dalla legge di stabilizzazione.

Nel 1945, in seguito alla prematura morte di Roosevelt, il neopresidente Truman⁸ portò avanti la questione includendo nel *Fair Deal*⁹ l'istituzione di un sistema di assicurazione statale obbligatoria e per avere l'appoggio dell'AMA concedette a medici ed ospedali il potere decisionale in merito al proprio metodo di pagamento. Ovviamente ci furono molte opposizioni che portarono alla caduta della proposta tra questi i democratici del sud, preoccupati che la presenza federale in sanità avrebbe portato alla fine delle segregazioni razziali, come la separazione di razza all'interno degli ospedali.

Inoltre, l'AMA contrastò la riforma con l'attuazione di una campagna pubblica dal titolo "*Socialized Medicine*" allo

Figura 1.1



Reprinted by Permission - The Polish Daily News - Chicago

Fonte: The Polish Daily Next- Chicago
1946

⁶ Franklin Delano Roosevelt, 32° presidente degli Stati Uniti 1933-1941, 1941-1945

⁷ "An Act to Amend the Emergency Price Control Act of 1942, to Aid in Preventing Inflation, and for Other Purposes" Pub. L. 77-229, 56 Stat. 765 (1942)

⁸ Harry S. Truman, 33° presidente degli Stati Uniti, 1945-1953

⁹ Programma di politica economica e sociale dell'amministrazione Truman

scopo di trasmettere al popolo il messaggio che se la riforma fosse stata attuata il governo avrebbe assunto un controllo di carattere comunista. (figura 1.1)

A partire dal 1954 l'*Internal Revenue Code* dispose che il contributo dell'assicurazione sanitaria fosse permanentemente esentato dal reddito imponibile e quindi escluso dalla tassazione, questo incentivò i datori ad offrire una copertura assicurativa come *benefits*.

Solo nel 1965 il presidente Johnson¹⁰ riuscì a includere nel *Social Security Act* i programmi *Medicare* e *Medicaid* per il sostegno della popolazione anziana e povera. Ci vollero quasi 20 anni per attuare questa riforma e gli obiettori furono molti, dai democratici del sud all'AMA che anche in questo caso attuò la campagna di medicina socializzata che non fu sufficientemente efficace vista l'approvazione della legge. Ci furono anche dei sostenitori come i democratici, i sindacati, le organizzazioni per i diritti civili e le assicurazioni stesse che riconobbero l'onerosità dell'assistenza agli anziani.

Durante gli anni 70' ci furono varie proposte di riforme sanitarie, la prima fu quella di Ted Kennedy¹¹ l'*Health Security Act* un piano universale a pagamento unico finanziato con le tasse sui salari che con la partecipazione di Wilbur Mills¹² assunse un carattere più privatistico con l'utilizzo delle assicurazioni private come intermediarie. L'altra proposta fu del presidente Nixon¹³ la "*Comprehensive Health Insurance Plan*" (CHIP), un piano di assicurazione universale a partecipazione volontaria dei datori di lavoro e dei programmi separati per i poveri e i disoccupati, in sostituzione di Medicaid. Anche in questi casi ci furono molti sostenitori e oppositori, ovviamente l'AMA rifiutò l'idea di Nixon trovando difficile applicare la strategia della medicina socializzata viste le ideologie anticomuniste del presidente, comunque entrambe le proposte ebbero molti sostenitori al punto da trovare un'attuazione fino a quando a causa del Watergate¹⁴ e dello scandalo nella vita privata di Mills, entrambe le riforme fallirono.

Durante gli anni 80' la volontà di attuare il NHI fu superata dalla necessità di contenere i costi sanitari che stavano causando recessione economica e inflazione.

¹⁰ Lyndon Baines Johnson, 36° presidente degli Stati Uniti 1963-1969

¹¹ Fratello di J.F. Kennedy era un politico democratico e senatore del Massachusetts.

¹² Era un politico democratico

¹³ Richard Milhous Nixon, 37° Presidente degli Stati Uniti 1969-1974

¹⁴ Fu uno scandalo politico scoppiato negli Stati Uniti nel 1972, innescato dalla scoperta di alcune intercettazioni illegali [...] portò alla richiesta di *impeachment* e alle dimissioni di Richard Nixon. (Wikipedia, 2023)

Nel 1992 venne eletto presidente Bill Clinton¹⁵, cardine della sua elezione fu la promessa di una riforma sanitaria, così dopo l'insediamento istituì una *Task Force* e un *Interdepartmental Work Group* che il cui compito fu di creare un piano per una riforma, guidate dalla *First-lady* Hillary Clinton. A settembre del 1993 il Presidente presentò l'*Health Security Act* al congresso, stabilendo che ogni americano avrebbe avuto una tessera sanitaria di sicurezza che gli garantiva un pacchetto di cure essenziali per tutta la vita, indipendentemente dall'essere malato, dal cambiare lavoro o dall'avere una malattia preesistente. Il programma sarebbe stato dotato di un'ampia gamma di servizi di prevenzione e sarebbe stato istituito un modello standard di assicurazione a diversi piani, tra cui il cittadino avrebbe potuto scegliere. Il sistema non sarebbe stato gratuito e anche per una visita dal medico di base gli assicurati avrebbero pagato un ticket.

La legge fu duramente criticata sia per le modalità di creazione, perché le due squadre lavorarono in anonimato senza pubblicare i verbali delle riunioni nel registro federale, sia per il contenuto, il disegno di legge costituito da 1.342 pagine fu giudicato negativamente per la lunghezza e per la complessità. Molti enti, tra cui l'AMA, la *Health Insurance Association of America* e la *National Federation of Independent Business* cercarono di contrastare la legge, crearono delle campagne telefoniche e postali per far sentire l'opposizione pubblica al congresso e produssero delle pubblicità con lo scopo di infondere, ancora una volta, il terrore del comunismo.

Durante il secondo mandato di Clinton venne costituita la SCHIP *State Children's Health Insurance Plan*, una copertura assicurativa per bambini in famiglie a basso reddito eccedenti il limite per aderire a Medicaid.

Negli ultimi anni della presidenza di Bush¹⁶, priva di considerevoli riforme sanitarie, egli pubblicò la legge sulla "non discriminazione delle informazioni genetiche"¹⁷ che introdusse il divieto da parte dei datori di lavoro e delle assicurazioni sanitarie di utilizzare le informazioni genetiche per discriminare gli individui, come con premi elevati o la negazione di una copertura. Vennero stabiliti, inoltre, dei limiti alla richiesta da parte delle assicurazioni di sottoporre le persone a test genetici.

Il presidente Obama¹⁸ riuscì, finalmente, nel 2010 ad attuare una riforma sanitaria volta a diminuire il numero di persone prive di assicurazione (circa 45 milioni) e garantire un livello

¹⁵ William Jefferson Clinton, 42° presidente degli Stati Uniti 1993-1997, 1997-2001

¹⁶ George Walker Bush, 43° presidente degli Stati Uniti 2001-2009.

¹⁷ "Genetic Information Nondiscrimination Act" Pub. L. 110-233, 122 Stat. 881 (2008)

¹⁸ Barack Hussein Obama, 44° presidente degli Stati Uniti, 2009-2013 2013-2017

minimo di servizi coperti. I punti fondamentali della legge conosciuta come *ObamaCare*¹⁹ furono:

- Introduzione del *individual mandate* che rende le persone responsabili legalmente di procurarsi una copertura assicurativa minima entro il 2014, anno in cui sarebbe stata introdotta una penale per coloro privi (esclusi gli aventi diritto all'esenzione);
- Entro sei mesi tutti i piani assicurativi dovevano includere la copertura dei figli a carico fino ai 26 anni;
- I piani assicurativi dovevano garantire un minimo di prestazioni essenziali definite dal governo;
- Vengono aumentati i limiti per accedere a Medicaid;
- Le assicurazioni possono rescindere un contratto solo nei casi stabiliti dalla legge (quindi non per una malattia sopravvenuta dopo la stipula);
- Vengono definiti gli ambiti di non discriminazione per l'assicurazione: stato di salute, condizioni mediche, richieste di risarcimento, assistenza ricevuta, anamnesi, informazioni genetiche, prove di rischio di assicurazione, disabilità e qualsiasi altro fattore deciso dal Segretario.

Ci furono proteste per questa riforma, il principale problema fu l'*individual mandate* secondo molti ritenuto incostituzionale finché la Corte Suprema non sentenziò che dal punto di vista tributario era costituzionale, ma non da quello commerciale. Ci furono altre cause intentate contro l'amministrazione di Obama, alcune vinte, altre perse. Anche contro questa riforma fu scagliato la piaga della medicina socializzata e del comunismo.

La presidenza di un repubblicano rese chiaro quanto a loro non piacesse l'*Obamacare*, ecco perché nel 2017 Trump²⁰ cercò di abrogare la legge, riuscendoci con i seguenti ordini esecutivi:

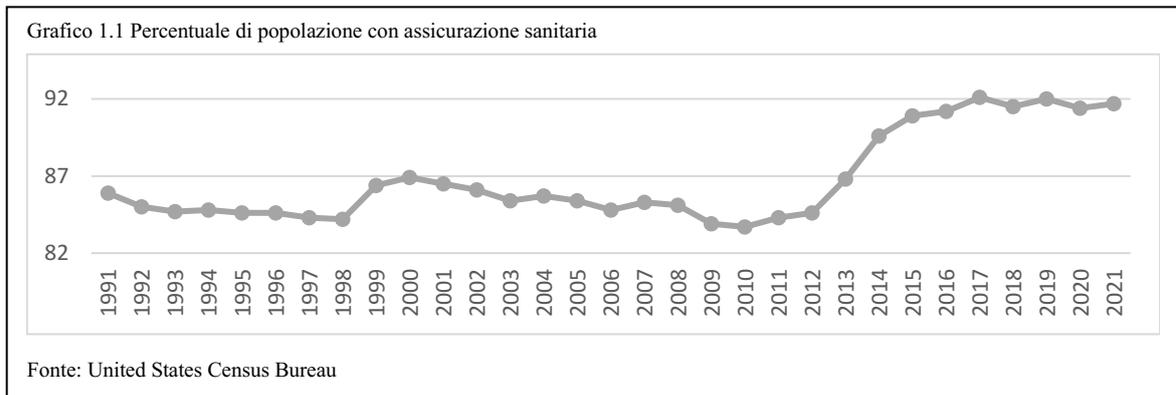
- N. 13765 volto a ridurre gli oneri economici dell'ACA in attesa della sua abrogazione, come la riduzione dell'*individual mandate* a 0\$;
- N. 13813 a consentire la vendita di piani assicurativi con prestazioni inferiori al consentivo.

¹⁹ "Patient Protection and Affordable Care Act," Pub.L. 111-148, 124 Stat. 119 (ACA)

²⁰ Donald John Trump, 45° presidente degli Stati Uniti 2017-2021.

Il presidente Biden²¹, 8 giorni dopo il suo insediamento con l'ordine esecutivo n.14009 revocò i due citati precedentemente di Trump e 17 Stati a guida repubblicana promossero un ricorso contro l'*individual mandate*, ma persero.

Il grafico 1.1 dimostra come le varie politiche negli anni abbiamo influenzato la percentuale di americani assicurati.



²¹ Joseph Robinette Biden Jr, 46° presidente degli Stati Uniti 2021-

1.3 Comparazione tra la storia dei due sistemi

Analizzando l'evoluzione della sanità italiana ci si può porre una domanda, come sarebbe oggi il sistema sanitario italiano senza la legge 833?

Se il governo al posto di attuare politiche tappa buchi, come i trasferimenti per quasi 10 anni agli enti indebitati, avesse dato in mano al neo-ministero della Salute il coordinamento di questi enti, obbligandoli a garantire la copertura di prestazioni essenziali, una soglia minima di copertura dei farmaci e una contribuzione equa per tutti i cittadini, forse oggi questo sistema ancora ci sarebbe e si avvicinerebbe a quello odierno degli Stati Uniti.

Osservando i dati della tabella 1.1 e del grafico 1.1, si può vedere che ad oggi coperta da un'assicurazione è il 91,7% della popolazione americana, 48 anni fa in Italia coperta dagli enti mutualistici era il 92%. Si potrebbe quasi vedere una somiglianza, entrambe con una copertura pressoché totale e assolutamente non parziale tra gli assistiti, dove non tutti hanno accesso alle stesse prestazioni allo stesso costo, se non fosse che in Italia era il 1974 e in USA il 2021.

Certo le entrate degli enti mutualistici e delle compagnie assicurative sono completamente agli opposti, dove le casse mutue perdevano miliardi di lire le assicurazioni private guadagnano miliardi di dollari (fig.1.2); infatti, gli enti non si opposero con particolare forza al loro scioglimento, al contrario le assicurazioni si

sono opposte più volte ad ogni riforma che potesse causare una riduzione del profitto.

Queste sono riuscite a influenzare il popolo che un sistema privato tutelasse maggiormente le loro libertà e necessità, contrariamente ad un sistema pubblico come il NHI dove è il governo a decidere per il popolo, limitando le loro scelte in ambito sanitario (per esempio la

Figura 1.2 Maggiori compagnie assicurative americane

	Compagnia	Quota di mercato	Fatturato*
1	UnitedHealth Group	14,57%	286
2	Kaiser Foundation Group	7,98%	89
3	Anthem Inc. Group	6,95%	138
4	Centene Corp Group	6,10%	126
5	Humana Group	5,90%	83
6	CVS Group	5,51%	61
7	Health Care Service Corp	3,44%	47

*miliardi di dollari

Fonte: 2022 National Association of Insurance Commissioners

scelta del medico di base). Durante la campagna pubblicitaria²² contro i Clinton negli anni '90 si è visto come le assicurazioni avessero influito sul favore dei cittadini, arrivando a far fallire la riforma. Inoltre, le assicurazioni tengono in mano i fondi pensione di milioni di americani.

Un altro aspetto comune nella storia dei due sistemi è l'organizzazione dei medici, da una parte FNOMCeO e dall'altra l'AMA.

Nel 1978 con l'istituzione del SSN l'organizzazione dei medici fu subito molto contrariata, come riporta il giornale "Il medico d'Italia" organo ufficiale della federazione, nel 1978 in prima pagina si leggono parole come "cittadino ignorato", "esasperata imposizione burocratica", "rappresentanze dei medici emarginate" ecc. Un mese dopo quella pubblicazione, nella prima del 1979, la questione cambia già a partire dal titolo: "La riforma sanitaria: un evento di grande rilievo politico e sociale", anche se i sottotitoli riportano i dubbi e i problemi da risolvere nella fase applicativa della legge, la federazione abbandona il sabotaggio per iniziare il processo di adesione alla legge.

La FNOMCeO è stata certamente un'organizzazione carente di influenza sul popolo, ma che oggi, 45 anni dopo, sostiene l'SSN, lo dimostra il discorso del presidente dell'organizzazione durante la manifestazione del 15 dicembre 2022: "oggi siamo in piazza [...] per portare la nostra solidarietà, e per manifestare il nostro impegno per salvare il Servizio Sanitario Nazionale".

Contrariamente l'AMA non si è mai permessa di cedere alle politiche sanitarie che potessero ledere la loro professione, anche se in anni di servizio universale in Italia, Francia e Regno Unito non si è mai assistito ad una rivolta dei medici, certamente questi hanno manifestato e scioperato per vedere riconosciuti eventuali diritti carenti. Già dal 1935 iniziarono a utilizzare l'arma più potente che avessero, la medicina socializzata, l'incubo di ogni americano, così da influenzare in maniera efficace ed efficiente il popolo.

L'ambiente storico ed economico che ha influenzato l'istituzione dei sistemi che ci sono oggi nei due paesi è nettamente diverso, anche considerando il raggio di azione delle politiche del governo americano che è certamente più vasto di quello italiano. La popolazione è pressoché il quintuplo, ma questa non può certo essere una scusa per

²² Per un approfondimento; durante la campagna contro i Clinton un gruppo di compagnie assicurative finanziarono gli annunci televisivi di "Harry and Louise", una tipica coppia americana che espone dubbi e falle della riforma. Nel 1994 la coppia presidenziale rispose agli spot in maniera provocatoria <https://www.youtube.com/watch?v=1-7A8d2wptI&t=6s>

l'incapacità del governo americano di attuare una riforma che assicuri il diritto alla salute dei suoi cittadini.

II CAPITOLO – STRUTTURA ORGANIZZATIVA

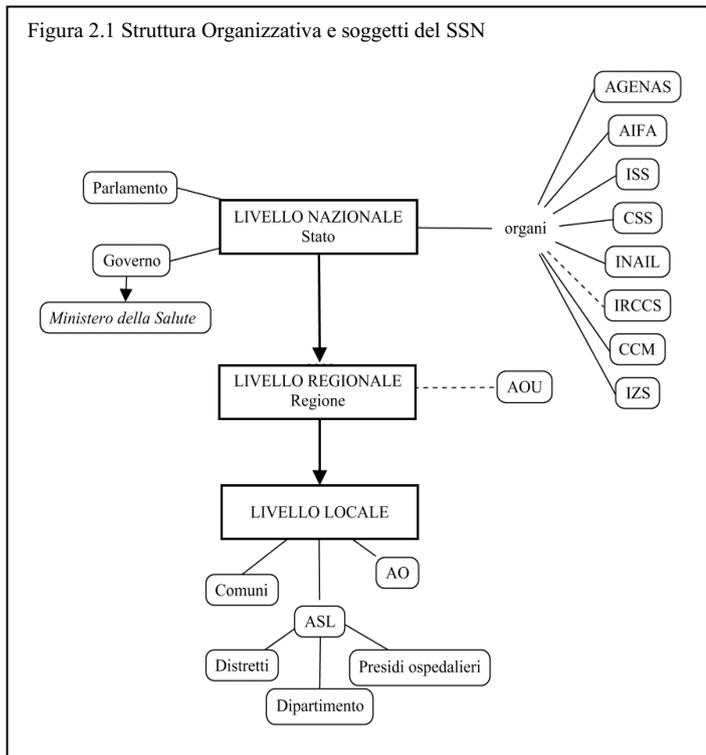
2.1 Il Sistema Sanitario Italiano

Il sistema sanitario italiano è strutturato secondo un modello verticale. (fig. 2.1)

Al vertice si trova lo Stato, che attraverso il Parlamento legifera in ambito sanitario e tramite il governo attua le politiche sanitarie.

Queste vengono espresse nel Piano Sanitario Nazionale redatto dal governo dopo aver sentito Regioni e Ministero della Salute, ha valenza triennale durante il quale può essere revisionato.

Il Ministero della Salute determina gli indirizzi generali e di coordinamento della materia sanitaria, stabilisce le modalità di riparto tra le regioni del Fondo sanitario, definisce i LEA in accordo con le regioni e ne verifica l'applicazione.



Lo Stato svolge le sue funzioni anche attraverso degli organi interni ed esterni:

- L'Agencia nazionale per i servizi sanitari regionali è un ente pubblico e un organo tecnico-scientifico che svolge attività di ricerca e di supporto nei confronti del MS, delle Regioni e delle Province autonome;²³
- L'Agencia Italiana del Farmaco è un ente pubblico e l'autorità nazionale competente per l'attività regolatoria dei farmaci;²⁴
- L'Istituto Superiore di Sanità è un centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico-scientifica in materia di sanità;²⁵

²³ Sito Agenas, ultima consultazione 2/01/2023

²⁴ Sito Aifa, ultima consultazione 2/01/2023

²⁵ Sito ISS, ultima consultazione 2/01/2023

- Il Consiglio Superiore di Sanità è organo consultivo tecnico-scientifico del MS;²⁶
- L'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro è un ente pubblico che gestisce l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali;²⁷
- Gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico sono ospedali che perseguono finalità di ricerca nel campo biomedico ed in quello della organizzazione e gestione dei servizi sanitari;²⁸
- Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie svolge attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze;²⁹
- Gli Istituti Zootecnici Sperimentali assicurano la sorveglianza epidemiologica, la ricerca sperimentale, la formazione del personale, il supporto di laboratorio e la diagnostica nell'ambito³⁰ della Sanità Pubblica Veterinaria.

Le Regioni svolgono le seguenti funzioni:

1. Legislativa negli ambiti indicati all'articolo 117 della Costituzione;
2. Amministrativa;
3. Esecutiva;
4. Di allocazione delle risorse attraverso il Fondo Sanitario Regionale.

Il Presidente della Regione deve approvare il Piano Sanitario Regionale, adattando il PSN alla propria realtà territoriale, con medesima validità e scopo, inoltre, deve nominare i direttori generali delle strutture sanitarie, scelti solo tra quelli iscritti nell'elenco nazionale dei soggetti idonei. Le Regioni fissano insieme allo Stato il Patto per la salute, un accordo finanziario e programmatico triennale, che tocca tutti gli ambiti sanitari come la spesa, la programmazione, la ricerca ecc.

Le AOU, ovvero le Azienda Ospedaliere Universitarie, sono sotto il diretto coordinamento delle Università, ma collaborano con le Regioni che devono tenere conto di queste durante la redazione del PSR. Spetta alla Regione il compito di vigilanza dell'attività sanitaria da parte di tutti gli enti.

L'ultimo livello è composto da comuni, Distretti, Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere.

²⁶ Sito del Ministero della salute, ultima consultazione 2/01/2023

²⁷ Sito Inail, ultima consultazione 2/01/2023

²⁸ Sito del Ministero della salute, ultima consultazione 2/01/2023

²⁹ Sito del CCM, ultima consultazione 2/01/2023

³⁰ Sito del Ministero della salute, ultima consultazione 2/01/2023

I Comuni hanno autonomia finanziaria, come previsto dall'art. 119 C., e hanno il compito di gestire in toto le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, possono partecipare alla programmazione sanitaria in base alle norme che regolano la Conferenza Permanente Regione-Autonomia locale, che variano tra le regioni, ma secondo l'art.2 comma 2-bis della D.lgs. 502/92 devono partecipare almeno i sindaci dei comuni in cui si trovano ASL/USL, il presidente della Conferenza dei sindaci e i rappresentanti delle autonomie locali, questa viene sentita per l'approvazione del PSR e ogni osservazione fatta deve essere presa in considerazione, ma non è vincolante all'approvazione.

Le Aziende Sanitarie Locali svolgono le funzioni e di attività assistenziale e sanitaria, all'interno del quale si trovano il direttore generale (responsabile della gestione complessiva), il collegio di direzione (soggetto all'organizzazione generale) e il collegio sindacale (verifica l'aspetto economico e giuridico). I distretti sono articolazioni delle Asl, deputati all'erogazione di assistenza primaria come: medici generali (di famiglia), pediatri, assistenza sanitaria territoriale (112), assistenza farmaceutica, assistenza specialistica ambulatoriale, prevenzione e cura di tossicodipendenze ecc. I dipartimenti si occupano della prevenzione in 4 campi: igiene e sanità pubblica, negli ambienti di lavoro, nell'ambito dell'alimentazione e nei servizi veterinari. I presidi sanitari non sono altro che ospedali non costituiti in azienda e quindi rimangono a capo delle Asl, ma che conservano un'autonomia economico-finanziaria.

Le Aziende Ospedaliere sono ospedali che non fanno parte delle Asl e che godono di totale autonomia (patrimoniale, amministrativa e organizzativa). Rispondono solamente alle Regioni che verifica il rispetto dei diritti alla salute e anche dei requisiti riportati nell'art.4 comma 1-bis D.lgs. 502/92 per la loro conferma o per la loro costituzione. All'interno di ogni AO ci sono tre figure principali:

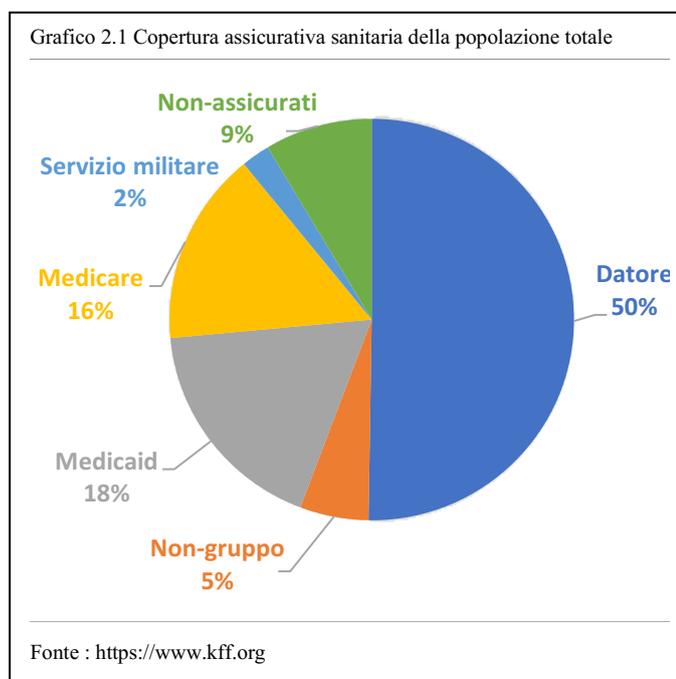
1. Direttore generale, nominato dal presidente della regione, ha il compito di definire la pianificazione strategica per il raggiungimento degli obiettivi del PNR;
2. Direttore sanitario, si occupa di organizzare il lavoro all'interno della struttura;
3. Direttore amministrativo, si occupa del bilancio e di tutta l'amministrazione in generale.

Ci sono anche la direzione sociale, che si occupa della salute pubblica in generale, sia in prevenzione sia di cura e la direzione infermieristica che si occupa della gestione degli infermieri.

In ultimo ci sono quelle strutture operanti nel settore sanitario di carattere privato come ospedali, cliniche, IRCCS ecc., queste devono essere precedentemente autorizzate ad operare, le modalità di rilascio della certificazione obbligatoria sono competenza di regioni e provincie, come disciplinato all'art.1, comma 1 d.p.r. 14 gennaio 1997. Successivamente alla certificazione, indispensabile per l'attività sanitaria, le aziende/enti privati possono richiedere l'accreditamento rilasciato dalle regioni, che attesta la possibilità di erogare prestazioni per conto del SSN, questo permette agli enti di dimostrare il possesso di una qualità certificata data dal rispetto dei requisiti necessari e anche una quota del fondo sanitario regionale per avere una remunerazione delle prestazioni eseguite.

2.2 Il Sistema Sanitario Americano

La popolazione statunitense è di 331,9 milioni di abitanti, il 50% di questi è coperto da un'assicurazione sponsorizzata dal datore, il 2% ha un'assicurazione militare o attribuita ai veterani, il 16% utilizza Medicare (dal conteggio sono esclusi quelli di parte A), il 18% adopera Medicaid, Medicaid+Medicare, CHIP, o CHIP+Medicaid, un 5% è composto da persone che acquistano personalmente una copertura e dalle persone a carico, rimane un 9% di popolazione composta da quasi 30 milioni di persone prive di assicurazione.



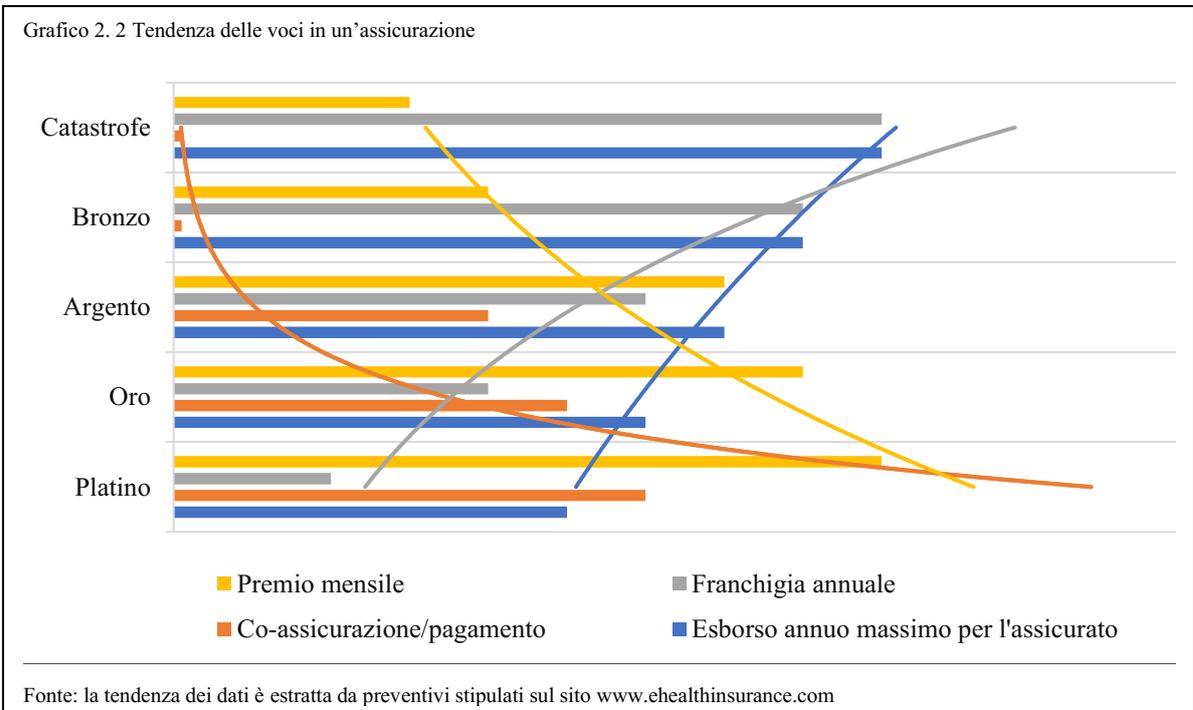
Non group e datori di lavoro

183 milioni di persone hanno un'assicurazione stipulata con una compagnia privata.

I datori di lavoro considerati *applicable large employer ALE* hanno ≥ 50 dipendenti a tempo pieno (più di 30 ore la settimana) e sono soggetti all'*employer mandate*, ovvero sono obbligati a fornire ai propri dipendenti (e soggetti a carico) un'assicurazione pena una sanzione, questa deve essere *affordable* e *comprehensive*. La copertura è accessibile se il contributo del dipendente non supera una certa percentuale del reddito familiare, indicizzato per anni nel 2022 è 9,83%. Per essere completa deve avere un valore minimo, ovvero coprire almeno il 60% dei costi medi per una popolazione standard e le cure minime per i servizi ospedalieri e medici.

Le piccole imprese, quindi con < 50 dipendenti non hanno obblighi, ma nel caso in cui offrano un'assicurazione il dipendente è libero di sottoscrivere o rifiutare, ma nel caso in cui l'offerta sia *affordable* e *comprehensive* e il dipendente la rifiuti non avrà diritto ad una sovvenzione da parte del datore nel mercato privato.

Sia per il cittadino che per i datori le compagnie assicurative forniscono diversi piani di copertura in base alle 5 categorie definite *metal levels*: catastrofe³¹, bronzo, argento, oro e platino.



Ci sono delle voci che variano in base al piano e sono:

- *Annual Deductible* - franchigia: è l'ammontare da pagare ogni anno prima che l'assicurazione inizi a coprire i costi per le visite mediche, per i medicinali e per tutti i servizi di copayments e coinsurance;
- *Copayments* – co-pagamenti: per le cure soggette a copay si paga una quota fissa, esempio copay per farmaci generici 20\$, se il medicinale costa di più copre l'assicurazione;
- *Coinsurance* – coassicurazione: percentuale di divisione dei costi da pagare, esempio *coinsurance* 10% vuol dire che l'assicurazione copre per il restante 90% ;
- *Annual out-of-pocket maximum*: è l'esborso massimo che l'assicurato paga ogni anno, tendenzialmente è dato dal totale delle voci precedenti e una volta raggiunto l'assicurazione copre il 100% dei costi.

³¹ Aggiunta dall'ACA, per quelle persone che utilizzano raramente l'assistenza sanitaria ma nel caso di incidente sono coperti

Ogni società di assicurazione sanitaria ha un *network* ovvero un complesso di fornitori convenzionati, ne esistono 4 tipologie e in tutte è obbligatorio richiedere la pre-approvazione per i servizi medici:

- *Exclusive Provider Organization* EPO

I costi sono coperti solo nelle loro strutture, non è necessario avere un *primary care physician* PCP (medico di base) principale, è sufficiente rivolgersi ad un medico anche di medicina specializzata del network;

- *Preferred Provider Organization* PPO

I costi nel network hanno dei benefici e nel caso delle out-of-network c'è un servizio di co-share dei costi. Non è necessario un rinvio al PCP per accedere alle visite specialistiche;

- *Point of Service* POS

L'assistenza nel network è meno costosa e nell'out-of-network si paga una tariffa ridotta, in questo caso è necessario un PCP, che si occupa anche di prescrivere le visite di medicina specializzata;

- *Health Maintenance Organization* HMO

I costi vengono coperti solo nelle HMO affiliate, all'esterno di queste il costo è al 100% dell'assicurato, l'assistenza specializzata è data solo su rinvio del PCP, sovente i servizi offerti da un HMO sono maggiori rispetto agli altri tipi di network.

Medicare

Programma federale di assicurazione per ultrasessantacinquenni, persone giovani con disabilità, pazienti con SLA o allo stato terminale di malattie renali (che richiedono dialisi o trapianto), solo se queste sono legalmente residenti in America da almeno 5 anni. Medicare è diviso in 4 parti che coprono servizi specifici e a dipendere dai contributi salariali versati la parte A può essere gratuita, altrimenti si paga un premio come un'assicurazione privata. La parte A (assicurazione ospedaliera) copre le degenze ospedaliere, le strutture infermieristiche specializzate, ospizi e le cure a domicilio. La parte B copre alcuni servizi medici, cure ambulatoriali, forniture mediche e screening preventivi. La parte C, nota come *Medicare Advantage*, è gestita da società private che forniscono le parti A, B e D. La parte D, gestita da dei privati copre il costo dei farmaci da prescrizione (compresi molti vaccini). Il piano *Original Medicare* include la parte A e B e dopo ogni prestazione ricevuta si paga una franchigia e poi una coassicurazione del 20% per ogni servizio pre-approvato.

Medicaid e CHIP

Medicaid è un programma amministrato dagli stati secondo le linee guida federali e possono accedervi adulti a basso reddito, bambini, donne incinte, anziani e persone con disabilità. Gli stati gestiscono in autonomia tutti gli aspetti del programma, che possono essere di due tipologie: copertura diretta dei costi o copertura assicurativa tramite un'assicurazione privata, possono fissare ulteriori requisiti per l'ammissione, decidono quali servizi sono coperti e in che modo. Alcune persone – doppi idonei – possono iscriversi sia a Medicare che a Medicaid.

La *Children's Health Insurance Program* (CHIP), nata SCHIP, è un programma gestito dagli Stati sotto requisiti federali (come l'out-of-pocket massimo per anno fissato al 5% del reddito familiare). Fornisce una copertura sanitaria a bambini di famiglie che superano la soglia per accedere a Medicaid. Gli Stati decidono i requisiti necessari per accedervi, i servizi garantiti ed eventuali costi come premio e copagamenti.

Durante gli anni tutti e tre i programmi pubblici sono stati modificati e ampliati; per esempio, Medicaid con l'ACA è stata ampliata ai soggetti con un reddito sopra la soglia di povertà del 138%, ma non tutti gli stati l'hanno attuata.

Ospedali

Gli ospedali possono essere gestiti da: Stati federati, governo federale, privati, assicurazioni e altri soggetti privati.

Per quanto riguarda gli ospedali federali, quindi pubblici, bisogna sottolineare che nonostante la presenza del governo nella loro gestione e i relativi finanziamenti questi non sono gratuiti, infatti, permettono anche a coloro senza copertura di accedervi e di rateizzare le spese.

Totale Ospedali	6.093
Numero di Ospedali della Comunità	5.139
Ospedali non-governativi – senza scopo di lucro	2.960
Ospedali di proprietà di investitori – scopo di lucro	1.228
Ospedali statali e locali	951
Numero di Ospedali del governo federale	207
Numero di Ospedali psichiatrici non governativi	635
Altri ospedali	112

Fonte: Fast Facts on U.S. Hospitals, 2022. American

Gli ospedali privati, tendenzialmente accettano solo alcune forme limitate di assicurazione medica privata, legata spesso alle convenzioni con le assicurazioni (network) e possono scegliere di allontanare i pazienti nel caso in cui ritengano che questi non siano in grado di pagare i trattamenti, escluse le emergenze, alle quali è obbligatorio prestare assistenza, anche se può capitare che questa non venga ritenuta sufficientemente grave, per esempio la rottura di un arto non sempre viene considerata emergenza.

2.3 Comparazione tra le due strutture organizzative

Le due strutture organizzative sono molto diverse, l'unica somiglianza è il ruolo dello Stato, ovvero di definire le linee guida che regioni e Stati federati devono seguire.

In Italia la gestione dei principali erogatori di prestazioni sanitarie, ASL e AO, è coordinata dalle Regioni, ma queste detengono comunque un'autonomia data dall'acquisizione della personalità giuridica.

In America la gestione delle strutture sanitarie è quasi completamente gestita dalle assicurazioni private che gestiscono, tramite il proprio network, ospedali, cliniche, ambulatori e medici di base.

Nella comparazione 1.3 si può osservare come gli americani invocino la libertà e rinneghino qualsiasi controllo federale che possa avere anche solo l'ombra del comunismo. Se si osserva il grafico 2.1 si può intuire quale sia la libertà di scelta del popolo americano. La maggior parte dei lavoratori dipendenti, può permettersi esclusivamente di accettare l'assicurazione che il datore gli offre, mentre se si è abbastanza poveri si viene coperti da Medicaid, gli anziani e i disabili sono coperti da Medicare. Coloro che rimangono fuori da queste categorie possono solo compiere la coraggiosa scelta di non assicurarsi, pagando tuttavia la sanzione dell'*individual mandate*.

Gli unici che possono davvero permettersi di godere della libertà di scelta sono coloro che hanno un reddito sufficientemente capiente (o uno stato di salute ottimo) da poter optare tra l'assicurazione del datore, stipularne una individualmente o non assicurarsi perché indifferenti alla sanzione e all'onerosità delle cure.

Gli italiani possono rivolgersi a qualsiasi AO o ASL (per quasi tutte le prestazioni), della propria regione o meno, pagando in tutte il ticket disciplinato dalla regione v. appendice A; quindi, la loro libertà di scelta è garantita dall'appartenenza degli enti al SSN.

Gli americani, oltre a non poter scegliere l'assicurazione non possono neanche scegliere le strutture a cui rivolgersi, perché obbligati a sottostare alle condizioni del loro network, la loro libertà ha quindi un costo (spesso non indifferente).

Tuttavia, anche l'organizzazione del SSN ha delle falle, permette di cambiare il medico generico sulla base di quelli proposti dal distretto, ma in molti casi i medici sono già saturi di pazienti e quindi si finisce in una lunga lista d'attesa aspettando che si liberi un posto.

Per quanto riguarda gli ospedali quelli americani possono decidere quali pazienti trattare, escludendo coloro non in grado di pagare. In Italia è vietato per un'azienda ospedaliera rifiutarsi di trattare i malati, curando tutti indipendentemente dal reddito.

Gli ospedali americani privati, non subordinati al governo federale e liberi di curare chi vogliono, riescono ad avere un controllo migliore sulle proprie finanze e quindi di potersi dotare di attrezzatura all'avanguardia e di offrire una qualità di servizi spesso maggiore a quella degli ospedali italiani. Infatti, la classifica stilata dal Newsweek³² “*World's Best Hospitals 2022*” sui 150 migliori ospedali al mondo, dove vengono considerati 27 paesi e 2.200 ospedali, che presta attenzione anche all'esperienza del paziente, vede nei primi tre posti ospedali americani, mentre per vederne uno italiano bisogna aspettare il trentasettesimo posto con il Policlinico Universitario Gemelli di Roma.

Osservando la classifica nella sua completezza l'Italia per quantità di ospedali classificati si trova al terzo posto parimerito con la Francia con un totale di 10 ospedali, vedi tab. 2.2.

Calcolando la percentuale di ospedali classificati

Tabella 2.2 Totale ospedali in USA nel 2022

Classifica	Stato	N. ospedali classificati	N. ospedali totali	% ospedali classificati
1°	Stati Uniti	33	6.093 (2022)	0,54%
2°	Germania	14	1.887 (2021)	0,74%
3°	Francia	10	2.983 (2020)	0,34%
3°	Italia	10	1.004 (2020)	0,99%
4°	Corea del Sud	8	3.200	0,25%

Fonte: Rielaborazione dati della classifica del Newsweek

rispetto a quelli totali di uno stato, si può notare che rispetto agli altri paesi della tabella 2.2 l'Italia sia quello con una percentuale maggiore, con poco meno dell'1% di ospedali con una elevata qualità.

Considerando l'estensione geografica, demografica ed economica degli Stati Uniti in proporzione agli altri stati che la seguono ha una percentuale di ospedali classificati decisamente inferiore. Comparando la percentuale statunitense con l'Italia questi dovrebbero avere almeno il doppio degli ospedali classificati (circa 60), quindi per quanto abbiano gli ospedali migliori al mondo ne hanno relativamente pochi rispetto alle potenzialità dello stato.

³² Settimanale statunitense di informazione fondato nel 1933, con sede a New York; è tra i più importanti magazine americani. (Treccani, 2023)

III CAPITOLO – FINANZIAMENTO E SPESA

3.1 Italia

Fonti di finanziamento

Nella seguente tabella 3.1 vengono riportate tutte le risorse disponibili per il SSN nel 2021.

<i>Ricavi</i>	Miliardi di euro
<i>Regioni e PP.AA.</i>	129,36
1. Irap e addizionale Irpef	30,56
2. Fabbisogno ex D.L. 56/00	70,88
3. Riparto quota premiale	0,39
4. Ulteriori trasferimenti da pubblico e da privato	14,41
5. Ricavi entrate proprie varie	2,57
6. FSN e quote vincolate a carico dello Stato	7,34
7. Costi capitalizzati	2,16
8. Rettifiche e utilizzo fondi	1,07
<i>Altri enti del SSN</i>	0,63
Finanziati con quote vincolate a carico dello Stato	0,63
<i>Totale</i>	129,99

Fonte: articolo CERGAS

Imposta Regionale sulle Attività Produttive

Istituita con il decreto legislativo n. 446 del 15 dicembre 1997 al fine di dotare le regioni di un'entrata tributaria in grado di garantirgli maggiore autonomia finanziaria rispetto allo Stato, il cui gettito concorre nella misura e nelle forme stabilite dalla legge, al finanziamento del SSN.

Il presupposto dell'imposta è l'esercizio abituale di una attività autonomamente organizzata diretta alla produzione, allo scambio di beni o alla prestazione di servizi.

I soggetti passivi sono gli esercenti attività d'impresa e lavoro autonomo, operanti sia in forma individuale che associata, gli enti non commerciali privati nonché le amministrazioni ed enti pubblici. Dal periodo di imposta 2022 non sono più tenuti a versarla le persone fisiche esercenti: attività commerciali titolari di reddito di impresa o arti e professioni.

L aliquote si dividono in:

- Ordinaria 3,90%;

- Per le imprese concessionarie diverse da quelle di costruzione e gestione di autostrade e trafori 4,20%;
- Per banche, altri enti e società finanziarie 4,65%;
- Per imprese di assicurazione 5,90%;
- Per le amministrazioni ed enti pubblici 8,50%.

Le regioni e le provincie autonome possono aumentare e diminuire le aliquote fino ad un massimo di 0,92 punti percentuali, ma solo se:

- l'addizionale irpef è $\leq 0,5\%$;
- la regione non è sottoposta a piani di rientro che prevedono l'aumento dell'aliquota.

Le regioni a statuto speciale e le P.A. possono azzerarle in virtù di specifiche norme contenute negli Statuti speciali o nelle disposizioni di attuazione statutaria. Le regioni a statuto ordinario possono azzerarle e disporre deduzioni della base imponibile nei limiti imposti dal D.lgs. 68/11 e dalla normativa dell'Unione Europea.

La base imponibile è composta dal valore della produzione netta derivante dall'attività esercitata nel territorio della regione.

Addizionale Regionale all'Imposta sul Reddito delle Persone Fisiche

Istituita nell'art.50 del D.lgs. 446/97 è determinata applicando l'aliquota, fissata dalla regione in cui il contribuente ha la residenza, al reddito complessivo del cittadino residente determinato ai fini dell'imposta sul reddito delle persone fisiche, al netto degli oneri deducibili riconosciuti ai fini di tale imposta.³³ L'aliquota di base è 1,23% e alle regioni è rimandata la possibilità di aumentarla, diminuirla o differenziarla in base agli scaglioni di reddito.

Fabbisogno ex D.L. 56/00

La compartecipazione al gettito IVA spettante alle regioni è stata istituita nel 2000 e ridefinita nell'art 4 e 15 del D.lgs. 68/11, prevede che la quota per regione sia stabilita annualmente e calcolata con DPCM³⁴ in base alla media dei consumi registrati dall'ISTAT negli ultimi 3 anni nella regione.

Una parte della compartecipazione è destinata al "Fondo Perequativo Nazionale" per obiettivi di solidarietà interregionale, laddove le entrate proprie regionali non siano

³³ Art. 50 comma 2 del D.lgs. 446/97

³⁴ Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri

sufficienti a finanziare il proprio fabbisogno sanitario è previsto l'intervento di quote del fondo perequativo.

Ulteriori trasferimenti da pubblici e privati

Comprendono i trasferimenti dalla regione o dalla provincia autonoma a carico dei loro bilanci, la quota parte del fabbisogno nazionale ripartito dal CIPE³⁵ e i trasferimenti dal settore pubblico (altre amministrazioni statali, provincie e comuni) e da quello privato, desunti dal SIS³⁶.

Riparto quota premiale

Quota introdotta dal D.lgs. 149/11³⁷, ottenibile dalle regioni ordinarie e dalla Sicilia in merito ad adempimenti contenuti nell'Intesa Stato-Regione e consiste in un maggior finanziamento a carico del FSN, nel 2020 la quota è stata fissata allo 0,25% delle risorse ordinarie ed è stata incrementata a 0,32% solo per il 2021.

Fondo Sanitario Nazionale e quote vincolate a carico dello Stato

La sua ripartizione è determinata dal CIPE su proposta del Ministero della Salute d'intesa con la Conferenza permanente Stato-Regioni. La quota principale è suddivisa in funzione del numero di abitanti della regione, calcolando una quota capitaria per residente, questa viene corretta in funzione dell'età media e della morbilità³⁸ dei residenti delle singole regioni. Ulteriori quote sono destinate ad obiettivi specifici previsti dal PSN come l'assistenza e la formazione per l'aids, assistenza agli extracomunitari, assistenza agli hanseniani etc. Una quota residua viene destinata ad enti del SSN come IRCCS, Istituti Zooprofilattici o che collaborano a vario titolo con il SSN come la Croce Rossa, Ospedale Bambin Gesù etc.

Ricavi entrate proprie

Il **ticket** è una partecipazione al costo delle prestazioni (a pagamento) sanitarie usufruite dal cittadino, attualmente il costo del ticket in Italia varia da 36,15€ ai 46,00€ (v. appendice A), e le prestazioni che lo precedono sono:

- Le visite specialistiche ed esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;
- Le prestazioni eseguite in pronto soccorso che non rivestono carattere di emergenza o urgenza;

³⁵ Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile

³⁶ Sistemi Informativi Sanitari

³⁷ Decreto Legislativo del 6 settembre 2011, n. 149 "Meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni, provincie e comuni, a norma degli articoli 2, 17 e 26 della legge 5 maggio 2009, n. 42."

³⁸ In statistica, numero dei casi di malattia registrati durante un periodo dato in rapporto al numero complessivo delle persone prese in esame. (Treccani, 2023)

- Le cure termali.

Esiste l'esenzione dal ticket per alcune o tutte le prestazioni nei casi di: reddito basso, patologie, invalidità o altri casi (gravidanza, HIV).

Per alcune prestazioni non è previsto il ticket:

- Esami di diagnostica strumentale e di laboratorio;
 - Programmi di prevenzione collettiva (esempio pap-test, mammografia...).
 - Per la tutela della salute collettiva (esami su coloro entrati in contatto con persone infette o contagiose).
- Per le prestazioni del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;
- Per prestazioni in ricovero ospedalieri;
- Gli alimenti destinati a categorie particolare (es. celiaci) e dispositivi medici per persone affette da diabete;
- Le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici destinati alle persone con disabilità;
- In situazioni di particolare interesse sociali;
 - Tutela della maternità, prevenzione della diffusione dell'HIV, donazione, soggetti danneggiati da prestazioni sanitarie (vaccini, trasfusioni).

Un'altra entrata propria delle aziende sanitarie è l'**intramoenia** svolta dai propri dottori, quest'attività si occupa di erogare prestazioni sanitarie al di fuori del normale orario di lavoro del medico dell'ospedale utilizzando l'attrezzatura ospedaliera. Il paziente ha la possibilità di scegliere il medico a cui rivolgersi tra quelli che nell'ospedale svolgono anche l'attività intramoenia (non è detto che tutti lo facciano) e deve pagare una tariffa, maggiore rispetto al ticket. L'intramoenia permette di alleggerire le liste d'attesa, infatti, i pazienti scelgono questa soluzione per evitare di attendere lunghi tempi per ricevere la prestazione sanitaria.

Le tariffe relative alle prestazioni rese, in regime di libera professione intramuraria, devono essere determinate in modo da: garantire l'integrale copertura dei costi sostenuti dall'Azienda, assicurare la competitività con il mercato esterno, non essere inferiore al ticket per evitare forme di concorrenza con il SSN.³⁹

La **compensazione per la mobilità interregionale** prevede dei trasferimenti tra le regioni che hanno assistito cittadini provenienti da altre aree geografiche. Tutte le prestazioni incluse nei LEA devono essere addebitate alla regione di residenza del paziente tramite fatturazione diretta, eventualmente preceduta da una comunicazione all'ASL di appartenenza.

³⁹ https://www.ausl.vda.it/elementi/www2016/areatecnicoamministrativa/lpi/documentazione/regolamento-alpi-2022-ultima-versione_fd_fd_fd_fd.pdf

Nell'appendice C vengono riportati tutti i debiti e i crediti che le regioni hanno per la mobilità sanitaria.

Le Regioni a Statuto Speciale e le P.A. di Trento e Bolzano devono provvedere al finanziamento sanitario con risorse proprie, interamente a carico del proprio bilancio. La Sicilia partecipa alla spesa nella misura del 49,11% (in aumento graduale) e per la restante parte riceve finanziamenti dello Stato al pari delle regioni a statuto ordinario. Il sistema di finanziamento delle regioni a statuto speciale prevede che attraverso le entrate fiscali che ricevono sotto forma di compartecipazione ai tributi erariali esse provvedono al finanziamento integrale dell'esercizio delle funzioni attribuite dallo statuto speciale e dalle norme in attuazione.⁴⁰

40

https://temi.camera.it/leg17/post/app_la_composizione_dei_finanziamenti_del_fabbisogno_sanitario_nazionale

Spesa

Il finanziamento a cui ha concorso lo Sato nel 2021 è stato di 122 miliardi ed è stato diviso in 5 componenti e 2 vincoli di destinazione:

1. Finanziamento indistinto: di 116,3 miliardi di € (95,8% del finanziamento) è destinato tendenzialmente al finanziamento delle prestazioni rientranti nei LEA;
 2. Finanziamento vincolato e programmato per regioni e pubblica amministrazione (PP.AA): 2,2 miliardi di € (1,8%) per progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del PSN e per altre attività come la medicina penitenziaria e veterinaria;
 3. Finanziamento finalizzato per regioni e PP.AA per interventi normativi attuati in situazioni di emergenza sanitaria e ripartito separatamente: 1,8 miliardi di € (1,5%);
 4. Finanziamento vincolato per altri enti: 722,5 milioni di € (0,6%) per borse di studio agli specializzandi, agli Istituti Zooprofilattici, Croce Rossa Italiana...;
 5. Accantonamenti: 390,6 milioni di € (0,3%).
1. Finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali innovativi: 164 milioni di €;
 2. Finanziamento del Fondo per il concorso al rimborso alle regioni per l'acquisto di medicinali oncologici innovativi: 500 milioni di €.

I sub-livelli assistenziali sono stati determinati come segue:

- Distrettuale 51%
 - Territoriale 18,86% per servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, servizi territoriali e consultori, strutture semiresidenziali e residenziali;
 - Specialistica: 13,30% per tutte le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio;
 - Farmaceutica: 11,84% include anche la spesa per farmaci di classe A (farmaci essenziali e per le malattie croniche il cui costo è a carico dello Stato);
 - Medicina di base 7,00%;
- Ospedaliera: 44%;
- Prevenzione: 5%.

Per la determinazione della quota da assegnare alle regioni si identifica la regione Benchmark, ovvero quella che ha garantito i LEA, rispettato i criteri di qualità, appropriatezza ed efficienza e non sia soggetta a Piani di rientro e da questa si determinano i costi e fabbisogni standard.

3.2 Stati Uniti

Finanziamenti

La *Division of Health Care Financing Policy* (HFP) è responsabile della ricerca, dell'analisi delle politiche e della valutazione dei programmi di finanziamento sanitario dell'HHS⁴¹, principalmente Medicare, e delle politiche che riguardano il finanziamento dell'assistenza sanitaria, la riforma del sistema di consegna e i costi dell'assistenza sanitaria. Le aree tematiche rilevanti includono:

- Metodi e strategie di valutazione;
- Finanziamento del settore sanitario;
- Stato finanziario di Medicare;
- Medicare parte c e d;
- Polizza di pagamento e copertura del compenso di Medicare;
- Monitoraggio e valutazione dell'efficienza di Medicare e delle riforme di acquisto basate sul valore.

Il governo federale ha istituito una tassa “FICA” sui salari al fine di finanziare la sanità e la previdenza sociale (pensioni e sanità) il nome deriva dalla legge che la prevede la *Federal Insurance Contributions Act*. La tassa FICA è del 15,3%, suddivisa in due parti:

- Previdenza sociale (Social Security) del 12,4%;
- Medicare del 2,9%.

Assicurazioni private

La principale fonte di finanziamento del sistema sanitario americano è l'entrata dovuta alle coperture assicurative, sia che derivino dal datore sia che siano stipulate individualmente. Nel 2020 l'assicurazione mensile media per un individuo era 456\$ e per una famiglia 1.152\$, bisogna tenere conto che però i costi variano molto in base ai livelli e al network dell'assicurazione. La franchigia annuale media per la copertura singola o individuale di 4.364\$ e per le famiglie di 8.439\$.

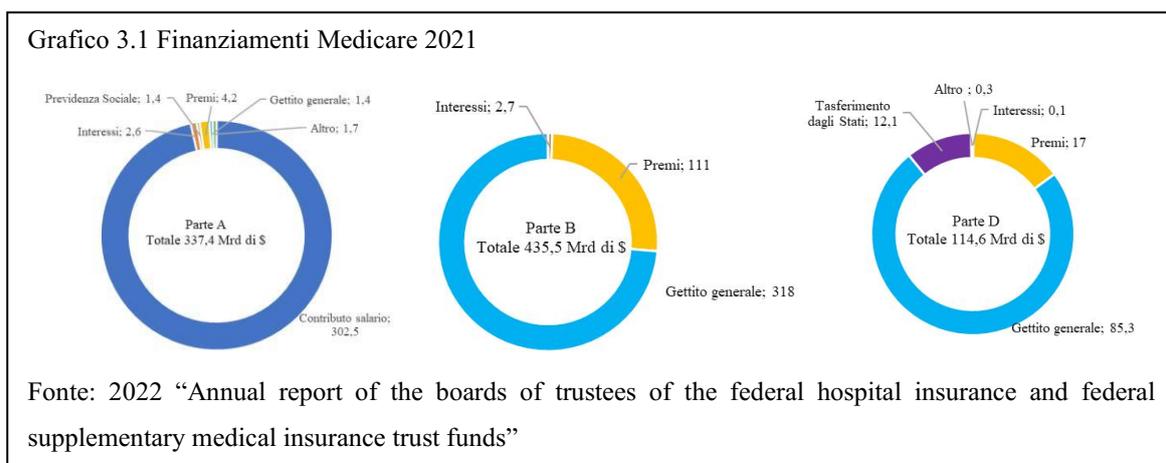
Questi dati non possono essere utilizzati sul piano nazionale perché non tengono conto delle sovvenzioni statali.

⁴¹ *U.S. Department of Health and Human Services* – Dipartimento della salute e dei servizi umani degli Stati Uniti d'America

Medicare

Le diverse parti del programma vengono finanziati in maniera differente. Molto importante è la tassa Medicare, pagata da tutti i dipendenti che lavorano negli Stati Uniti indipendentemente dalla cittadinanza e dallo Stato di residenza di dipendente e datore. Attualmente l'aliquota che datore e dipendente devono pagare è l'1,45% ciascuno e la parte del dipendente è trattenuta dal datore. I lavoratori autonomi devono pagare un'aliquota più elevata, del 2,9%, poiché responsabili del pagamento sia della quota dipendente che della quota del datore di lavoro. Inoltre, sono tenuti a pagare l'imposta Medicare aggiuntiva dello 0,9% coloro che hanno salari individuali, indennità e reddito da lavoro autonomo (reddito combinato se sposati e presentazione di una dichiarazione congiunta) superiori a determinati limiti di base salariale.

Sono stati istituiti due fondi fiduciari composti dalle imposte sui salari e sul reddito di previdenza sociale dal quale vengono percepiti interessi utilizzati allo scopo di finanziare le diverse parti, HI (Hospital Insurance) per la parte A e SMI (Supplement Medical Insurance) per le parti B e D.



La parte A nel 2021 è stata finanziata al 90% dall'imposta sui salari, al 7% dalle imposte federali sul reddito che i beneficiari della previdenza sociale con redditi superiori a determinate soglie, all'1,24% dai premi assicurativi pagati dagli assicurati, allo 0,77% dagli interessi maturati sui titoli nel fondo fiduciario HI e in minima parte da altre entrate.

La parte B è finanziata maggiormente dalle entrate generali e in parte minore dai premi dei beneficiari e dai fondi fiduciari SMI.

La parte D è finanziata dalle entrate generali, dai premi dei beneficiari e per un 11% dalle entrate provenienti da pagamenti statali per beneficiari iscritti sia Medicare che a Medicaid.

La parte C è composta da A, B e D quindi dipende dai pesi delle parti che l'assicurazione fornisce all'assicurato.

Medicaid

Il programma Medicaid è finanziato congiuntamente dal governo federale e dagli Stati. Il governo federale paga agli Stati una determinata percentuale delle spese del programma, denominata “percentuale di assistenza medica federale” (FMAP). Al Segretario della Salute e dei Servizi Umani viene richiesto di calcolare e pubblicare i FMAP ogni anno. Il Security Social Act nella sezione 1905b specifica la formula per il calcolo delle percentuali di assistenza medica federale utilizzate per il finanziamento di Medicaid. Nella sezione 2105b viene specificata la formula per il calcolo della “percentuale di assistenza medica federale rafforzata” per il finanziamento del programma CHIP, anche se per questo non vi è nessun obbligo specifico di pubblicare le percentuali.

Il calcolo della FMAP si basa sul reddito personale medio di uno stato rispetto alla media nazionale, gli Stati con redditi personali medi inferiori hanno una FMAP più alta. Secondo il FFY (Fiscal Federal Year- anno fiscale federale) del 2015, calcolato con i redditi del 2010, il FMAP varia tra gli Stati da un minimo del 50% ad un massimo del 73,58%. In pratica per ogni 1\$ speso dallo Stato federato questo riceve 1\$ dallo stato federale, il Mississippi che ha il reddito pro capite più basso riceve 2,79\$ in fondi federali per ogni dollaro speso (per approfondimenti appendice B).

Questa struttura di finanziamento garantisce agli Stati che in caso di maggior spesa per Medicaid anche le entrate aumentano proporzionalmente; quindi, il programma è sia una spesa che una fonte di entrate federali.

Per gli Stati che si espandono⁴² il governo federale copre il 90% del costo Medicaid per gli adulti coperti dall'espansione, una quota maggiore rispetto agli altri iscritti a Medicaid. Nei 12 Stati che non si sono espansi fino ad oggi, gli adulti che potrebbero essere coperti dall'espansione includono circa 4 milioni di persone non assicurate. Inoltre, le persone con un reddito compreso tra il 100 e il 138% del livello di povertà federale che sono attualmente iscritte alla copertura del mercato diventerebbero idonee per Medicaid.

La legge federale richiede ai programmi Medicaid statali di effettuare pagamenti agli ospedali che servono un gran numero di pazienti Medicaid e non assicurati a basso reddito,

⁴² L'espansione Medicaid dell'Affordable Care Act è l'implementazione della copertura Medicaid a quasi tutti gli adulti con redditi fino al 138% del livello di povertà federale (\$ 20.120 per un individuo nel 2023).

questi pagamenti sono detti *Disproportionate Share Hospital* (DSH) e sono stati cruciali per il sostenimento finanziario degli ospedali.

Gli Stati ricevono delle partecipazioni finanziarie federali per i pagamenti DSH e la legge richiede loro di presentare un rapporto annuale al Segretario con la descrizione dei pagamenti DSH effettuati a ciascun ospedale. Il rapporto deve identificare ogni ospedale a quota sproporzionata che ha ottenuto un pagamento DSH e fornire qualsiasi altra informazione necessaria al Segretario per garantire l'adeguatezza dell'importo del pagamento.

Gli Stati federati determinano autonomamente le fonti di finanziamento per la quota non federale della spesa Medicaid, la principale fonte proviene dagli stanziamenti del fondo generale statale che può contenere tutte entrate maturate dallo stato da tasse, commissioni, interessi attivi e altre fonti.

Spesa sanitaria statunitense

La spesa sanitaria nel 2021 è stata di 4,3 trilioni di \$ (4,3 migliaia di miliardi) mentre la spesa pro capite - a persona è stata di 12.914 dollari.

Le principali fonti della spesa sanitaria del 2021 sono state:

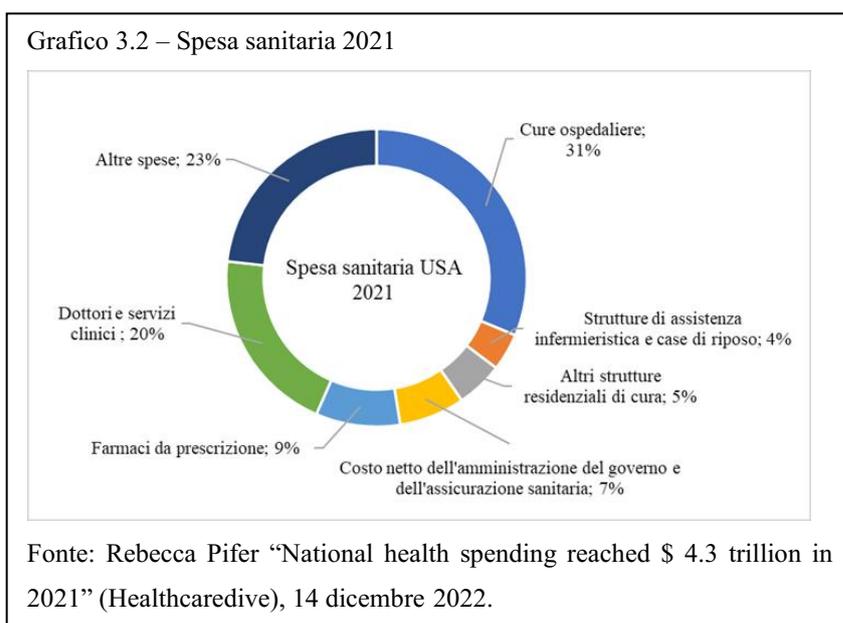
- Assicurazioni sanitarie private hanno partecipato nella misura del 28% con un apporto di 1,2 trilioni di dollari;
- Medicare con una quota del 21% ha contribuito con 900,8 miliardi di dollari
- Medicaid per il 17% con 734 miliardi di dollari;
- Spese out-of-pocket per il 10%, aumentate del 10,4% nel 2021 in seguito al calo del 2020 causato dalla pandemia.
- Altri programmi pubblici per un 4%

Il finanziamento della spesa sanitaria è stato utilizzato per:

- Pagamenti agli erogatori di prestazioni sanitaria per il *Provider Relief Fund* (fondo per supportare le strutture sanitarie durante il COVID⁴³) e per il *Paycheck Protection Program* (programma di protezione dello stipendio per aiutare le aziende a mantenere occupati i dipendenti durante la pandemia, concluso il 31 maggio 2021), la cui quota è diminuita da 193,1 miliardi del 2020 a 71,9 miliardi del 2021;

⁴³ www.hrsa.gov

- La spesa pubblica per lo sviluppo di vaccini, test, scorte e sovvenzioni agli Stati e i pagamenti ai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie per la sorveglianza dei test e l'eziologia virale che è diminuita del 20,4% dal 2020;
- Tutte le spese indicate nel grafico 3.2 che rappresenta tutti i beni e servizi finanziati nel 2021;
- Il pagamento delle “altre spese” nel grafico 3.2 in cui sono comprese le cure dentistiche, attrezzature mediche durevoli, altri servizi professionali e l'assistenza domiciliare.



3.3 Comparazione tra fonti di finanziamento e spesa sanitaria

Le fonti di finanziamento dei due sistemi sono strutturate in maniera molto differente, ma presentano alcune analogie. In Italia l'Imposta regionale sulle attività produttive, nata allo scopo di finanziare la sanità, rappresenta una delle principali entrate ed è versata dagli esercenti attività d'impresa, lavoratori autonomi, PP.AA. ed enti non commerciali che molto spesso sono anche datori di lavoro. Negli Stati Uniti la principale fonte di finanziamento deriva dalle assicurazioni pagate dai datori di lavoro sia sotto forma di diretta copertura assicurativa ai dipendenti sia attraverso sovvenzioni. Se si osservano queste due fonti di finanziamento sono molto diverse per forma e dimensione, ma sono entrambe versate dai datori di lavoro:

- In Italia versano l'Irap nelle casse regionali per poi finanziare gli enti sanitari;
- In USA versano alle assicurazioni un premio formato dalla quota del datore e dalla quota del dipendente e poi le compagnie assicurative si occupano di rimborsare il necessario alle strutture sanitarie.

Un'altra analogia è tra il ticket sanitario italiano e la franchigia americana. Si potrebbe definire che il ticket è una franchigia per prestazione, perché una volta pagato è compito dell'SSN coprire il resto e questo vale per tutte le prestazioni mentre la franchigia statunitense è annuale quindi si può raggiungere anche con una sola prestazione e la copertura in eccesso è a carico dell'assicurazione per il resto dell'anno.

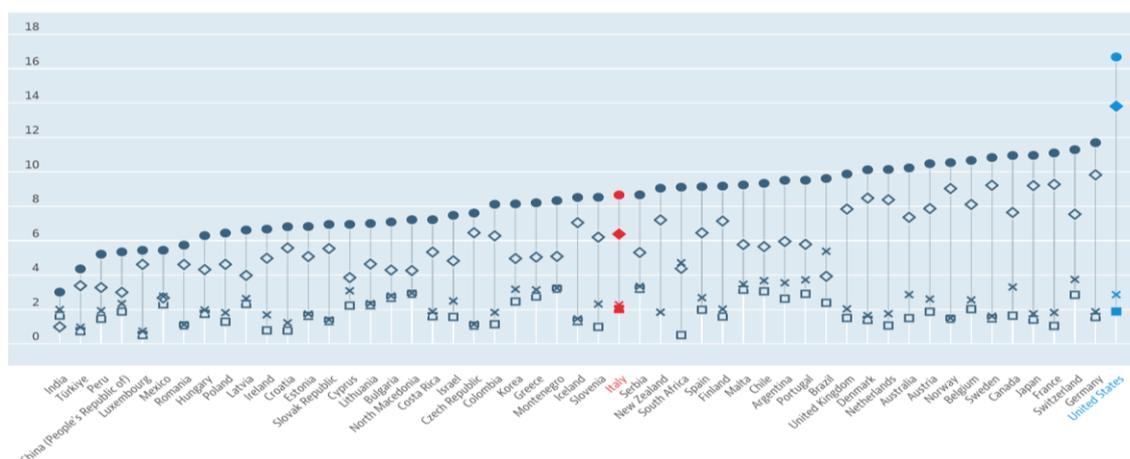
Il finanziamento preso in considerazione dei due sistemi nel 2021 vede sicuramente una spesa maggiore rispetto al "normale" funzionamento considerato che i due sistemi hanno dovuto finanziare cure causate da un evento atipico come una pandemia mondiale, che ha fatto aumentare dal 2019 dell'8,25% la spesa in Italia (9,3 miliardi) e del 27,42% la spesa in USA (947 miliardi).

Per analizzare i sistemi in una situazione di abituale funzionamento verranno analizzati i dati del 2019, anno in cui la pandemia non aveva ancora distorto le casse dei due sistemi.

Il grafico 3.3 rappresenta la spesa sanitaria in % del PIL dei paesi OCSE nel 2019 e i simboli indicano: ● la spesa totale, ◆ mix di accordi di finanziamento tra spesa pubblica e assicurazione sanitaria obbligatoria, × l'assicurazione sanitaria volontaria e ■ per la spesa out-of-pocket (sostenuta direttamente dai cittadini).

Gli Stati Uniti hanno destinato il 16,7% del loro Prodotto Interno Lordo in sanità mentre l'Italia l'8,7%. Questi dati non rappresentano un indice di accessibilità alle cure, perché come già detto e approfondito al capitolo 4 negli Stati Uniti non tutti hanno accesso alle cure nonostante l'elevata spesa.

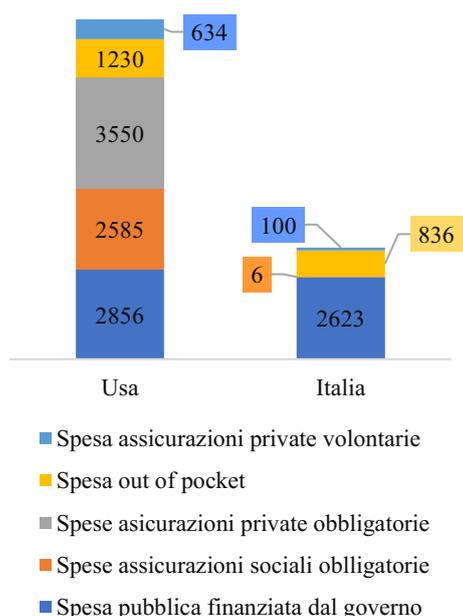
Grafico 3.3 – Spesa sanitaria 2019 Italia e USA, %PIL



Fonte: OECD (2023), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 06 March 2023)

Il grafico 3.2 mostra la composizione della spesa sanitaria pro capite nei due paesi. In America la parte principale di spesa è dovuta ovviamente all'assicurazione obbligatoria che

Grafico 3.2 – Spesa sanitaria per categoria 2019 Italia e USA, pro capite



Fonte: Rapporto Oasi 2022 – La spesa sanitaria

occupa il 32,7% della spesa, ma un altro dato importante è la spesa pubblica del 26,3% che è molto alta per un paese in cui il sistema sanitario è privato, considerando che per esempio in Germania e in Francia la percentuale si aggira al 6%. Mentre la spesa out-of-pocket è percentualmente più bassa di quella italiana, ma solo perché tutte le spese che gli assicurati devono fare di tasca loro è compresa nella categoria assicurazione privata.

In Italia la parte di assicurazione sociale obbligatoria è relativa all'assicurazione INAIL che i datori con dipendenti che svolgono attività rischiosa sono obbligati ad avere.

IV CAPITOLO – CRITICITÀ

4.1 In Italia

Le diseguaglianze regionali in sanità

Il Comitato LEA, istituito presso il Ministero della salute, monitora l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni ordinarie e della regione Sicilia (che possono poi accedere alla quota premiale), dal 2010 sono escluse dal monitoraggio le regioni a statuto speciale quali Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, Province Autonome di Trento e Bolzano.

Dal 2020 è stato introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) allo scopo di verificare che tutti i cittadini accedano alle prestazioni rientranti nei LEA. Gli indicatori del NSG sono 88 e distribuiti per macroaree: 16 per la prevenzione collettiva e sanità pubblica, 33 per l'assistenza distrettuale, 24 per l'assistenza ospedaliera, 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario, 1 indicatore di equità sociale e 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). La tabella in appendice C riporta i punteggi ottenuti dalle regioni con un range da 0 a 100, determinati dalla media pesata dei punteggi degli indicatori CORE (sottoinsieme di 22 indicatori), le regioni vengono considerate inadempienti con un punteggio inferiore a 60 anche in una sola area.

Secondo il report delle Fondazione Gimbe sulle diseguaglianze regionali in sanità gli indicatori CORE sono pochi e non in grado di catturare in maniera analitica gli inadempimenti LEA e di valutare in maniera multidimensionale la qualità dell'assistenza, evidenziando che la soglia di adempimento minima dovrebbe essere molto più alta di 60.

L'ultima verifica degli adempimenti LEA è stata effettuata nel 2019, mentre quella del 2020 è in fase di consolidamento, nell'analisi vengono riportati anche i dati delle regioni non sottoposte alla verifica degli adempimenti (speciali e province autonome).

Nonostante l'universalismo dell'assistenza in Italia questa non è equa in tutte le regioni, come si può osservare dalla tabella in appendice C sono 5 le regioni e 1 provincia autonoma a non essere adempienti nel mantenimento dei LEA, ed ecco perché sono stati istituiti i Piani di Rientro con la legge 311/2004, misure per riequilibrare l'erogazione dei LEA regionali al livello nazionale.

I Piani di rientro sono programmi che contengono sia le misure volte a garantire l'erogazione dei LEA sia l'equilibrio di bilancio sanitario. Le regioni sottoposte a piani di rientro sono dal 2007: Abruzzo, Campania, Lazio, Molise e Sicilia, dal 2009 la Calabria e dal 2010 la Puglia. Nei casi in cui permangano situazioni di inadempienza sia a livello economico-finanziario che a livello assistenziale durante i Piani di Rientro viene nominato un commissario “*ad acta*”⁴⁴, eventualmente affiancato da più sub-commissari, con il compito di attuare tutte le misure del Piano ed ogni altro provvedimento normativo, amministrativo, organizzativo e gestionale correlato alla sua completa attuazione. Automaticamente con la nomina del commissario la regione viene sanzionata con l'incremento delle aliquote IRAP e IRPEF a carico del cittadino.

Le regioni sottoposte a commissariamento sono la Calabria e il Molise

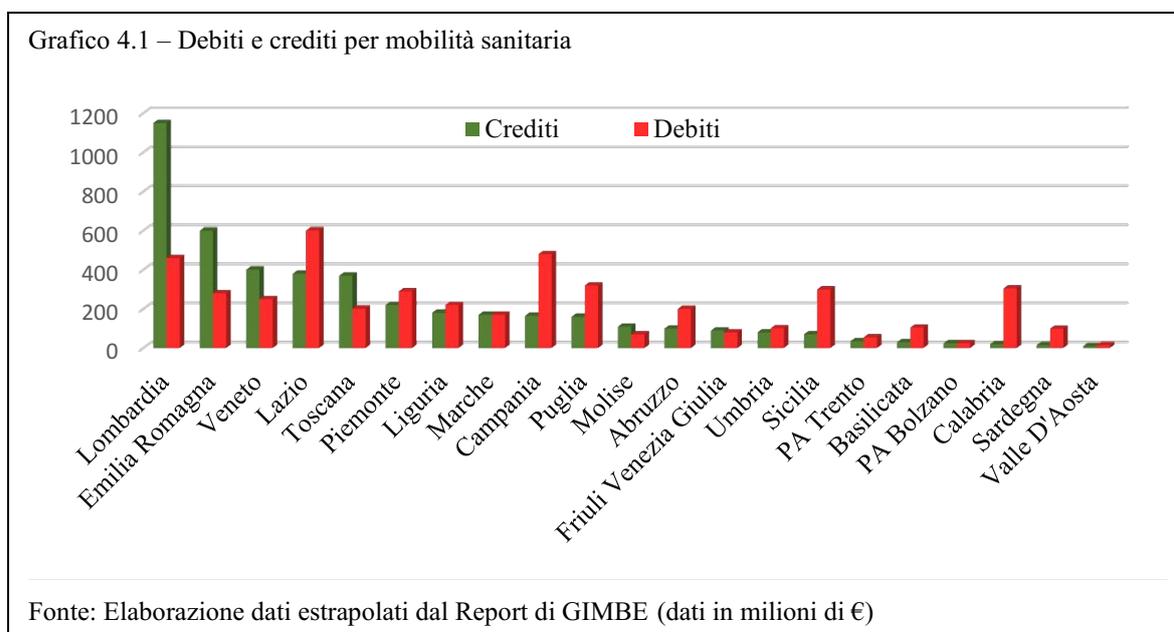
Eccessiva migrazione sanitaria

Le disparità assistenziali che colpiscono l'Italia portano i cittadini a migrare in un'altra regione per ricevere cure quando nella propria non hanno soluzioni affidabili e tempestive.

La mobilità sanitaria regionale può essere:

- Attiva: esprime l'indice di attrazione di una regione
- Passiva: esprime l'indice di fuga di una regione

Nel 2017 sono stati 750mila⁴⁵ gli italiani che si sono spostati per motivi di salute e nel 2019 sono arrivati a 800mila, il 50% di queste persone arrivano dalle regioni: Campania, Puglia,



⁴⁴ È un funzionario pubblico che viene nominato dal giudice amministrativo nell'ambito del giudizio di ottemperanza al fine di emanare i provvedimenti che avrebbe dovuto emettere l'Amministrazione inadempiente (Wikipedia, 27/02/2023)

⁴⁵ Indagine Censis, “Migrare per Curarsi”, Roma 2017

Calabria, Sicilia, Lazio e Abruzzo. Le regioni più attrattive sono Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana.

La regione di residenza del malato che migra è tenuta a rimborsare l'altra regione che ha fornito le cure, le 6 regioni con indice di fuga maggiore hanno generato nel 2018 oltre 300 milioni di debiti. Al meridione ogni anno viene presa una fetta importante di gettito fiscale per destinarla alle altre regioni già "ricche", alimentando l'impoverimento delle aree meridionali che, a causa dell'elevata disoccupazione, soffrono già di scarse entrate fiscali.

Interminabili attese

Un problema conosciuto da tutti i cittadini italiani è l'enorme difficoltà nel ricevere prestazioni sanitarie in tempi decenti, molto spesso infatti le prime date disponibili per alcune prestazioni sono lontane mesi costringendo i cittadini ad aspettare lunghi periodi, facendo aggravare talvolta la loro situazione. Prima di tutto è necessario definire che esistono due concetti:

- Tempo d'attesa: durata dell'attesa tra il momento in cui il paziente entra in lista e il momento in cui riceve la prestazione;
- Liste d'attesa: numero di pazienti in coda.

Questo fenomeno è causato dall'eccessiva domanda rispetto all'offerta e questa è destinata solo ad aumentare nei prossimi anni a causa dell'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'incidenza delle patologie croniche e l'aumento dell'attività preventiva sui giovani.

I tempi di attesa sono stati profondamente allungati durante la pandemia COVID-19, durante il quale molte prestazioni sono state sospese per limitare il contagio e per distribuire il personale sull'assistenza ai contagiati e a tutto questo si aggiunge la forte pressione che la pandemia ha avuto sul SSN.

Il Ministero della Salute nell'ultimo "*Piano della performance 2021-2023*" dà importanza al recupero delle prestazioni non erogate durante le fasi del periodo pandemico al fine di ridurre i tempi di attesa in riferimento all'art. 29 della Legge 126/2020⁴⁶. Nella suddetta legge vengono espone tutte le misure che le regioni e le provincie autonome possono attuare al fine di arginare il problema: il ricorso a prestazioni aggiuntive erogate da medici/veterinari/personale sanitario, reclutamento di personale a tempo determinato o con

⁴⁶ Legge del 13 ottobre 2020, n. 126 "*Conversione in legge, con modificazioni del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, recante misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia*"

contratti di lavoro flessibile, l'utilizzo dei medici iscritti specializzandi per svolgere determinate attività ambulatoriali, etc.

Per quanto lo Stato italiano stia cercando di ridurre il problema dei tempi di attesa bisogna considerare che nonostante tutto ci sono leggi che tutelano gli italiani ad avere la prestazione nei limiti tempistici previsti.

Il “Piano nazionale di governo delle liste di attesa” (PNGLA) 2019-2021 determina 4 classi di priorità:

- Classe U (Urgente), prestazioni da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore;
- Classe B (Breve), prestazioni da eseguire entro 10 giorni;
- Classe D (Differibile), prestazioni da eseguire entro 30 giorni per le visite / entro 60 giorni per gli accertamenti diagnostici;
- Classe P (Programmata), prestazioni da eseguire entro 120 giorni.

Nell'eventualità in cui le ASL o gli ospedali non rispettino i tempi massimi che intercorrono tra la richiesta della prestazione e la sua esecuzione secondo il D.lgs. n. 124 del 1998⁴⁷ sancisce che l'assistito può richiedere che la prestazione gli venga fornita nell'ambito dell'attività libero-professionale intramoenia corrispondendo solo il pagamento del normale ticket. Questo diritto può essere esercitato per tanti esami e visite specialistiche (attualmente 58 le prestazioni su cui sono state definiti i relativi tempi massimi d'attesa). La differenza di costo è a carico dell'Azienda Sanitaria locale, e se l'assistito ha l'esenzione dal ticket, allora non paga nulla e il costo è a totale carico dell'Asl.

Abuso e malfunzionamento del pronto soccorso

Sintomo dei tempi d'attesa è l'utilizzo improprio del pronto soccorso, alcuni soggetti ci si recano proprio con lo scopo di accedere alle prestazioni sanitarie saltando così le liste d'attesa, col risultato di intasare e impedire il corretto funzionamento del pronto soccorso. Per limitare questo abuso è stato introdotto con la legge Finanziaria del 2007 il ticket sui codici bianchi (prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero) con un costo minimo di 25 euro, ciascuna regione può fissare un importo diverso, per esempio a Bolzano la quota è di 50 euro, in altre oltre alla quota fissa viene addebitato il costo per

⁴⁷ Decreto Legislativo 29 aprile 1998, n. 124 “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n. 449”

ciascuna prestazione effettuata. Oltre a questo, lo Stato non può fare molto se non affidarsi all'educazione sanitaria della popolazione.

Il servizio del pronto soccorso è spesso mal gestito a causa delle parti che si rapportano: se da un lato ci sono medici ed infermieri talvolta inadeguati, inesperti, oberati di lavoro e malpagati, dall'altro ci sono pazienti costretti ad aspettare tempi lunghissimi prima di essere visita e per avere i risultati degli esami, tutto questo porta ad un situazioni di aggressività e malcontento.

Medicina difensiva e cause legali

La medicina difensiva è quel comportamento atto dal medico al fine di tutelarsi da potenziali contenziosi medico-legali derivanti dal rapporto medico-paziente, ce ne sono due tipi:

- Medicina difensiva positiva: porta il medico a prescrivere prestazioni sanitarie eccessive in rapporto all'effettiva necessità clinica del paziente
- Medicina difensiva negativa: porta il medico ad astenersi dall'effettuare interventi sanitari su pazienti tendenzialmente più rischiosi così da annullare completamente i possibili rischi legali

Le conseguenze dell'aumento delle denunce oltre a causare situazioni di medicina difensiva comporta:

- L'aumento dei costi diretti: le assicurazioni delle strutture sanitarie aumentano
- L'aumento dei costi indiretti: nel caso della medicina difensiva positiva comporta l'incremento del costo dei farmaci, delle prestazioni specialistiche, di esami di laboratorio, di esami strumentali e di ricoveri.
- Sfiducia nella sanità e nella professione del medico

Sono state emanate due leggi al fine di tutelare il medico: la "Legge Balduzzi⁴⁸" e la "Legge Gelli⁴⁹" che definiscono chiaramente le azioni di responsabilità del medico, in questo modo si è cercato sia di aumentare la sicurezza del medico nel svolgere il proprio lavoro sia di diminuire i casi di medicina difensiva.

Medicina a gettoni

Sono medici neolaureati, pensionati, liberi professionisti che attraverso delle Cooperative vengono inviati nelle strutture pubbliche per svolgere attività medica per periodi che vanno

⁴⁸ Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158 "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*"

⁴⁹ Legge 8 marzo 2017, n. 24 "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.*"

da un singolo turno (12 ore circa) ad un mese. Il termine gettone viene utilizzato per indicare il turno, ovvero 1 gettone=1 turno. Questa modalità di lavoro molto favorevole per i medici che possono decidere autonomamente quando e quanto lavorare è invece sfavorevole a tutti gli altri, sia medici del SSN che pazienti.

I principali problemi di questa tecnica sono che a parte la cooperativa nessuno verifica le effettive competenze ed esperienze dei medici, dove è capitato che personale non specializzato offrisse parere o prendesse decisioni o medici senza esperienze nella medicina d'urgenza lavorassero nel pronto soccorso. Inoltre, questi medici possono lavorare anche 24 ore consecutive senza osservare le ore di riposo.

Tutto questo a danno dei pazienti che non vengono curati in maniera appropriata e delle strutture dove vengono mandati i medici, le quali sono costrette a pagare alle cooperative cifre spropositate per una qualità del servizio molto bassa.

I medici a gettone non conoscono le strutture in cui vanno a lavorare, gli obiettivi, le procedure o la gestione delle cartelle dei pazienti peggiorandone l'organizzazione, molti dottori per evitare cause legali ricorrono alla medicina difensiva positiva intasando le liste d'attese dell'ospedale nel quale probabilmente il giorno successivo non lavoreranno più.

Questa situazione nasce dalla mancanza dei medici nelle strutture pubbliche, ma se questo fenomeno dei medici a gettoni non viene fermato o rallentato tantissimi medici sceglieranno di abbandonare il pubblico per lavorare nel privato rendendo incerto il futuro del SSN.

4.2 Negli Stati Uniti

Come già precisato nei capitoli precedenti negli Stati Uniti non viene garantito il diritto alla tutela della salute anzi l'unica garanzia che hanno gli americani è che in caso di malattia devono essere pronti ad affrontare ingenti spese per essere curati, sia con l'assicurazione (per via della franchigia) sia senza.

Precarietà assicurativa

Il *Commonwealth Fund Biennial Health Survey* di settembre 2022 svolto su un campionamento stratificato ha riportato che nei precedenti 12 mesi le persone dai 19 ai 64 anni erano per:

- il 57% assicurati tutto l'anno con un'adeguata copertura;
- il 23% sottoassicurati;
- l'11% coperti durante il sondaggio, ma per un periodo ne erano stati privi;
- il 9% non assicurati.

Quindi, il 43% delle persone intervistate non aveva una copertura adeguata e di queste il 23% era sottoassicurato, ovvero, non ha avuto un accesso conveniente all'assistenza sanitaria che si verifica nei seguenti casi:

1. L'out-of-pocket, esclusi i premi, è stato $\geq 10\%$ del reddito familiare;
2. L'out-of-pocket, esclusi i premi, è stato $\geq 5\%$ del reddito familiare per le persone che vivono al di sotto del 200% del livello di povertà;
3. La franchigia è stata $\geq 5\%$ del reddito familiare.

Le spese out-of-pocket si considerano effettuate solo in caso di fruizione di un servizio e comprendenti anche la franchigia. Se si calcola che il reddito familiare medio americano 51.147\$ significa che nel primo caso hanno speso più di 5mila dollari out-of-pocket. Delle persone sottoassicurate il 29% aveva una copertura tramite il datore di lavoro e il 44% aveva una copertura stipulata individualmente sul mercato o su marketplaces⁵⁰.

⁵⁰ Lanciato nel 2013 come parte dell'ACA consente alle persone idonee di acquistare coperture sanitarie, confrontare piani, ricevere sussidi finanziari e iscriversi all'assistenza sanitaria tramite il sito Web Healthcare.gov, i call center e l'assistenza di persona. Per la maggior parte degli stati, le iscrizioni aperte vanno dal 1° novembre al 15 dicembre, con copertura effettiva dal 1° gennaio. (Peoplekeep.com 7/02/23)

Imprevedibili pre-approvazioni

La *preauthorization* (PA) è un requisito che le coperture assicurative richiedono ai pazienti prima di usufruire delle cure per valutarne l'effettiva necessità e l'eventuale copertura.

Spesso gli assicurati hanno problemi con le assicurazioni che non approvano le cure e quindi non ne coprono poi il relativo costo.

Nel film-documentario di Michael Moore del 2007 "Sicko" una donna riporta la sua esperienza con questo requisito, ovvero, in seguito ad un incidente stradale era stata trasportata in ospedale con l'ambulanza e quando le sono arrivati i conti dall'assicurazione le avevano negato il pagamento della corsa in ambulanza perché non pre-approvato.

Un sondaggio svolto dall'AMA nel 2021 ai medici sulla PA ha riscontrato che il 93% dei medici ha ritardato le cure al paziente in attesa dell'autorizzazione e l'82% ha confermato che la PA può portare all'abbandono del trattamento a causa di conflitti con la compagnia assicurativa. Inoltre, per il 34% dei medici la PA ha portato a un aggravarsi della situazione, nel 24% al ricovero ospedaliero e nell'8% a disabilità o morte.

Costi fuori controllo

La principale causa per cui gli americani non stipulano un'assicurazione o non si curano è dovuta all'elevato costo delle cure, nel 2021 un adulto su 11, circa il 9% ha ritardato o non ha ricevuto cure mediche per questo motivo.

Il costo elevato delle assicurazioni, oltre che per una maggiore entrata per le compagnie private, è dovuto all'altissimo costo dei farmaci, delle cure e dei costi amministrativi.

Il Medbelle, fornitore di servizi sanitari digitali britannico, ha stilato la classifica "*Medicine Price Index 2019*" dove viene riportata la deviazione percentuale del prezzo rispetto alla mediana globale per ciascun dei 13 farmaci presi in esame.

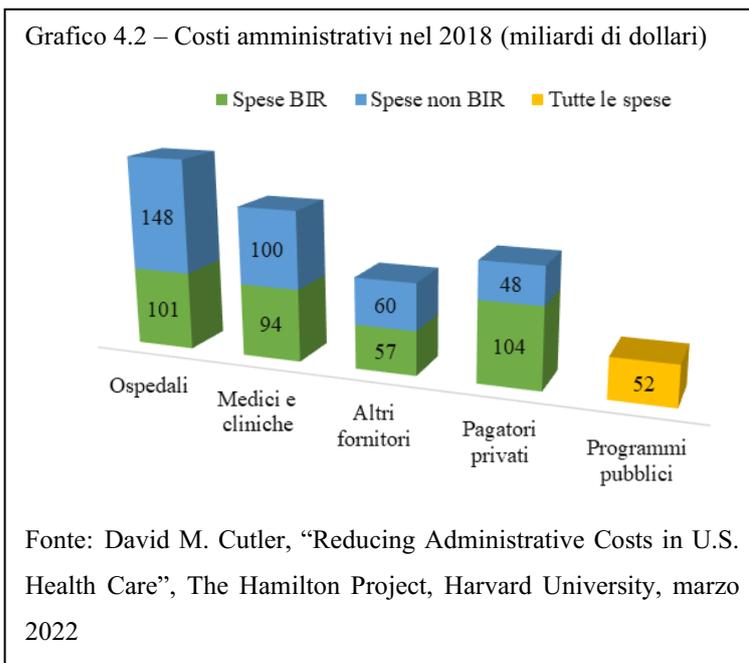
L'America si posiziona al primo posto con percentuali di prezzi maggiori rispetto alla media globale dal 86,45% del Prograf (immunosoppressione, prevenzione del rigetto del trapianto) al 2682,75% del Zestril (ipertensione) dove in USA il farmaco di marca costa 12,86€ mentre negli altri paesi intorno allo 0,5€. Il farmaco Lantus contenente insulina per il diabete di tipo 1 e 2 negli USA ha un prezzo 82,16€ mentre negli altri paesi costa da 6 a 30€ all'incirca. I prezzi sono calcolati per unità quindi o 1 capsula o 100g/ml di medicina.

Gli Stati Uniti si aggiudicano il primato anche per l'elevato costo delle cure. Per avere un'idea dei costi (considerando che questi dipendono però dalle strutture sanitarie), nel 2017

senza assicurazione per il trasporto in ambulanza il range di spesa era 400-1.200\$, mentre per operazioni chirurgiche il costo si innalza oltre le migliaia di dollari, per un'isterectomia⁵¹ il costo varia da 8.700 a 40.000\$ o per un'appendicectomia da 1.800 a 82.000\$. Una visita di medicina generale costa dai 100 ai 200\$, mentre le visite specialistiche intorno dai 250\$.

I costi amministrativi vengono definiti come i costi non clinici della gestione di un sistema sanitario. Le componenti finanziarie maggiori sono le spese legate alla fatturazione e

all'assicurazione (BIR *billing-and insurance-related*), composte dalla verifica da parte del fornitore dell'idoneità del paziente a ricevere i servizi, procedura di autorizzazione preventiva, l'invio delle fatture e della documentazione necessaria, la gestione delle richieste di rimborso negate e l'invio del pagamento. È stato stimato che i costi amministrativi per una



richiesta di rimborso vanno da 20 dollari per una visita di assistenza primaria a 215 dollari per una procedura chirurgica in regime di ricovero.

Come mostra il grafico 4.2 nel 2018 le spese BIR hanno prodotto la principale quota di costi amministrativi.

Nelle spese BIR ci sono: presentazione e gestione dei sinistri e autorizzazione preventiva. Nelle spese non BIR: spese generali aziendali, servizio clienti, accise e profitti, misurazione-valutazione-garanzia della qualità e costi di accreditamento. Le spese totali sostenute dai programmi pubblici riguardano il pagamento dei sinistri e la misurazione della qualità.

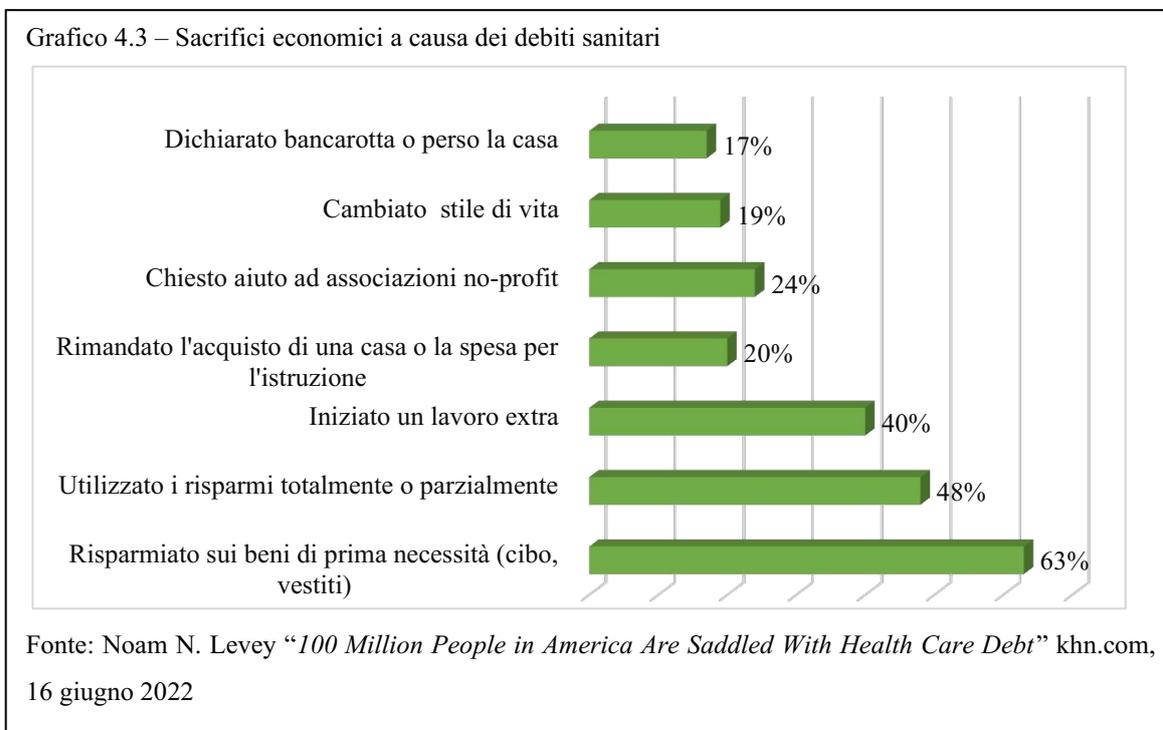
Costanti debiti sanitari

Secondo la stima di KFF sui dati federali il debito sanitario collettivo ammonta ad almeno 195 miliardi di dollari nel 2019 e un quarto di questi ha un debito superiore ai 5.000\$. Dal

⁵¹ L'asportazione chirurgica dell'utero.

2017 più della metà degli adulti statunitensi ha riferito di essersi indebitata a causa delle spese mediche o dentistiche.

Le persone per causa dei debiti sanitari hanno:



La metà degli adulti statunitensi ha affermato che non sarebbe in grado di coprire una fattura inaspettata da 500\$. Se per quanto grave la situazione già non sia, è purtroppo capitato ad 1 persona su 7 di vedersi negato l'accesso a un ospedale, un medico o un altro ente sanitario a causa dei debiti accumulati.

Abbandono dei pazienti

Il “*dumping patient*” o scarico dei pazienti è una gravissima pratica che si verifica quando un ospedale dimette prematuramente un paziente, spesso alle fermate dell'autobus, rifugi per senzatetto o altri ospedali. Le vittime in genere non sono neanche in grado di capire cosa gli succeda in quanto persone con problemi di salute mentale, immigrati privi di documenti o con documenti insufficienti e senzatetto.

Nel 1986, il Congresso ha promulgato l'Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA) per garantire l'accesso del pubblico ai servizi di emergenza indipendentemente dalla capacità di pagare, nel caso in cui l'ospedale non sia in grado di stabilizzare un paziente entro le sue capacità, o se il paziente lo richiede, dovrebbe essere attuato un trasferimento appropriato. Questo purtroppo non succede e si vedono situazioni di persone con solo il camice ospedaliero indosso che camminano sperduti per la strada perché non sanno ne dove

andare ne cosa gli stia succedendo (per approfondimenti: film “Sicko”). Le sanzioni civili per la violazione della legge dipendono dalle dimensioni dell'ospedale e dal numero di posti letto dedicati al suo pronto soccorso.

Nel 2018 il centro medico dell'Università del Maryland a Baltimora era stato accusato di dumping patient dopo che è diventato virale un filmato dove si vedono quattro guardie di sicurezza dell'ospedale lasciare un paziente a una fermata dell'autobus con un tempo gelido, indossando nient'altro che il camice da ospedale. Il 10 febbraio 2020, l'ospedale ha stipulato un accordo transattivo di \$ 106.965 per aver violato l'EMTALA e per non aver fornito un adeguato esame medico di screening e un trattamento stabilizzante al paziente.

Sistema informativo inefficiente

Come la stesura di questo elaborato ha dimostrato trovare informazioni sul sistema sanitario americano è molto difficile, bisogna considerare anche che la loro forma di governo causa una spartizione di informazione molto varia tra stato federale e Stati federati.

Tendenzialmente le informazioni non vengono né fornite in maniera chiara e precisa, né dalle autorità competenti. La maggior parte dei dati, statistiche, report è svolto dalle società private oppure dalle compagnie assicurative prima tra tutte la KFF che ha contribuito nella stesura di ogni capitolo.

4.3 Comparazione dei punti di debolezza

Come tutti i sistemi sanitari anche l'italiano e l'americano sono carichi di vizi. Purtroppo, con una frequenza non indifferente, in Italia ogni anno non si curano a causa del costo delle cure 4 milioni di persone e per le lunghe liste d'attesa 2 milioni di cittadini. Come già precisato il problema delle liste d'attesa per alcune prestazioni può essere ridotto con l'intramoenia, ma non per tutte, e, inoltre, permane la carenza di medici che non permette una riduzione di queste. Invece, per quanto riguarda il costo del ticket attualmente tutti pagano lo stesso importo pari a 36,15, salvo specifici casi regionali (vedi appendice A). Il governo sta pensando di scaglionare il prezzo del ticket in base al reddito, mantenendo l'esenzione per i meno abbienti.

Un'altra irregolarità in Italia è che tendenzialmente la maggior parte dei problemi si riscontrano nel meridione, purtroppo i residenti di queste regioni si ritrovano ad avere una pessima amministrazione che porta la sanità regionale ad avere malfunzionamenti ed essere sottoposta ai piani di rientro che prevedono l'aumento di Irap e addizionale Irpef. Quindi, i cittadini oltre ad avere una pessima qualità assistenziale, a doversi spostare per accedere alle cure, ad usufruire dei servizi privati più onerosi si vedono costretti anche a pagare maggiori tasse, questo è il perfetto esempio del detto "oltre il danno pure la beffa" che porta all'aumento della sfiducia istituzionale in Italia. I piani di rientro sono programmi strutturati triennialmente eppure molte regioni li adottano da più di 16 anni.

Il problema dell'accesso alle cure sanitarie è nettamente più grave in America dove le persone non hanno nemmeno la possibilità di curarsi perché nei casi di debiti o incapacità a pagare non ricevono le cure adeguate e tempestive; anche se comunque esistono enti disposti a curare i cittadini meno abbienti che tuttavia richiedono mesi e mesi d'attesa per una visita. Tra l'altro l'assenza di prevenzione e di accesso tempestivo porta le persone ad aggravare la loro condizione, che spesso sfocia in situazioni emergenziali con il ricovero ospedaliero, dove le cure costano molto di più che a livello ambulatoriale.

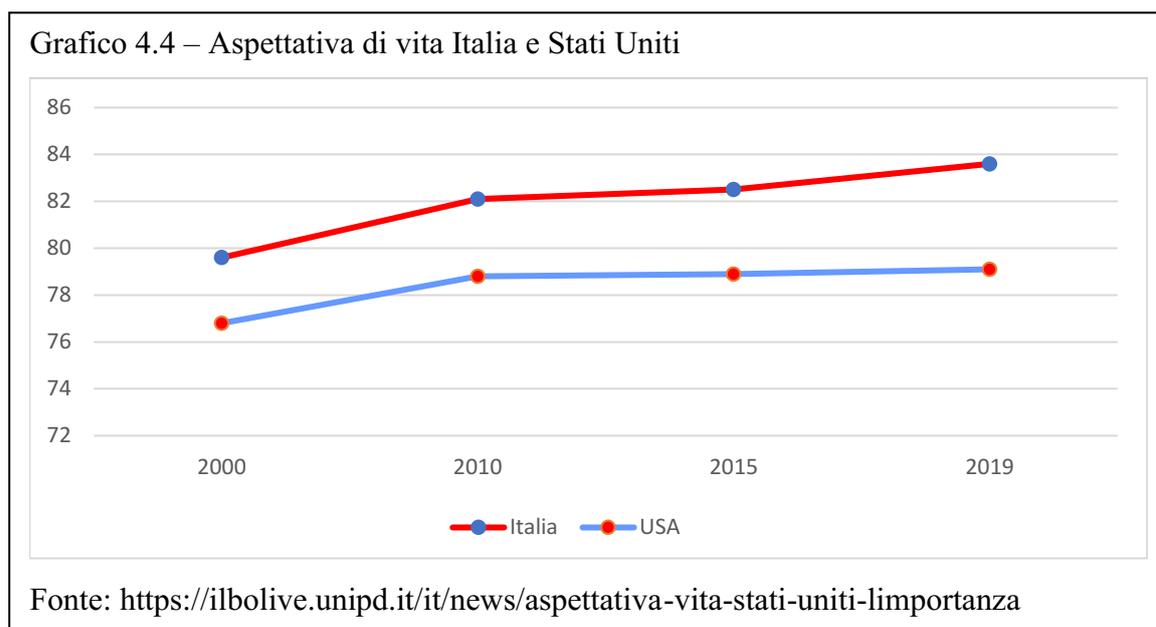
L'esperienza vissuta dall'autrice Simona Siri esprime in maniera chiara le differenze tra sistema italiano e sistema americano. Inizia tutto nel 2014 in USA, senza assicurazione, scoprì dopo una mammografia da 400\$ dollari di avere un tumore al seno e dopo un'attenta valutazione decise che tra lo stipulare un'assicurazione e pagare le cure out-of-pocket,

sarebbe stato meno costoso tornare a Milano da New York una volta al mese per sottoporsi a analisi e cure.

Nonostante i diversi problemi che affliggono il sistema sanitario italiano i cittadini riescono comunque sempre ad accedere ad un'assistenza di qualità anche se talvolta comporta lo spostamento in altre regioni, mentre negli USA lo spostamento non è una garanzia di accesso alle cure anzi un ulteriore onere che grava sulle spalle del malato.

Tuttavia, è bene considerare che gli Stati Uniti sono tra i paesi con un'elevata ricerca scientifica e innovazione tecnologica che gli permette di poter accedere a cure sperimentali e farmaci che in Italia non ci sono.

Al contrario dell'Italia, spesso sede di medicina difensiva, negli Stati Uniti i medici si proteggono dalle assicurazioni. Sono proprio quest'ultime, sovente, che contestano le spese legate a complicanze dovute dopo un primo ricovero, quindi, i medici come in Italia prescrivono un numero eccessivo di test, medicinali e trattamenti altrimenti non necessari.



Come si evince dalla tabella 4.4 l'aspettativa di vita in Italia è molto più alta di quella rilevata negli Stati Uniti.

In Italia l'aspettativa di vita media nel 2019 è di 83,6 anni contro i 79,1 degli Stati Uniti.

Un dato così alto può aumentare l'attrattività di un paese, ma a livello sanitario questo non aiuta a migliorare la qualità del servizio reso; infatti, oltre ad allungare le liste d'attese per le visite di controllo, aumenta anche il costo totale degli investimenti necessari per il sostenimento del sistema sanitario.

CONCLUSIONE

I sistemi sanitari presi in esame sono molto differenti, ma si pongono lo stesso obiettivo: assicurare la salute dei propri cittadini.

Per comprendere appieno l'assetto dei due sistemi ho elaborato un'analisi SWOT da cui si possono evincere che entrambi i sistemi hanno dei punti di forza, ma anche delle criticità da migliorare. La presente analisi tiene in considerazione solamente gli aspetti analizzati nell'elaborato, certamente si potrebbero aggiungere ulteriori caratteristiche, più specifiche, che la influenzerebbero molto.

	<i>Italia</i>	<i>Stati Uniti</i>
Punti di forza S	<ul style="list-style-type: none"> • Alta prevenzione • Cure garantite • Livello qualitativo discreto • Collaborazione con i privati nell'erogazione dell'assistenza 	<ul style="list-style-type: none"> • Elevata innovazione tecnologica e sperimentale • Livello qualitativo alto
Punti di debolezza W	<ul style="list-style-type: none"> • Costo del ticket equo per tutti • Basso turn-over del personale • Caratteristiche geografiche del territorio • Alto out-of-pocket 	<ul style="list-style-type: none"> • Costi elevati • Caratteristiche geografiche del territorio • Eccessiva libertà delle assicurazioni
Opportunità O	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione di assicurazioni e casse private • Maggiore capillarità dei servizi 	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione di assicurazioni pubbliche • Promozione di una sana e corretta dieta • Aumento della prevenzione e sensibilizzazione i cittadini
Minacce T	<ul style="list-style-type: none"> • Sfiducia istituzionale • Fallimento SSN a causa dei medici a gettone • Invecchiamento e aumento di patologie croniche 	<ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di prevenzione • Aumento della povertà dovuto ai costi sanitari • Sovraccarico di Medicaid a causa dei poveri • Fobia socialista

Se in Italia la sanità ha raggiunto una base assistenziale solida, che comunque viene aggiornata al fine di essere migliorata e di risolvere eventuali problematiche, negli Stati Uniti non si è ancora giunti ad un assetto funzionale che sia sufficientemente equo e che garantisca a tutti i cittadini un accesso alle cure. Infatti, molto probabilmente nei prossimi anni si

assisterà a riforme sanitarie importanti per correggere l'inefficace sistema, come l'attuale presidenza Biden sta cercando di fare attraverso la riduzione dei costi e la semplificazione del sistema.

Uno degli ostacoli principali alla costituzione di un sistema di carattere Beveridgeano negli Stati Uniti sono i cittadini, che non nutrono una grande fiducia nel loro governo e temono che se si instaurasse un sistema pubblico questo si avvicinerebbe ad una struttura socialista che può distruggere la loro tendenza all'individualismo.

Dalle comparazioni svolte nell'elaborato è chiaro che il sistema sanitario italiano è da considerarsi a tutti gli effetti un'eccellenza. Questo è in grado di assicurare un'assistenza a tutti i suoi cittadini anche se il 6,7% della popolazione rinuncia a curarsi (che sia un visita medica, odontoiatrica o un farmaco).

Il sistema sanitario statunitense garantisce dei trattamenti di qualità elevata; tuttavia, il 9% della popolazione non ne ha accesso a causa dell'elevato costo. Per questo motivo, necessita di una profonda riorganizzazione sia strutturale che ideologica perché: «la salute non è un lusso, è per tutti» (Papa Francesco, 2023).

Bisogna considerare che nonostante le imperfezioni del sistema italiano a nessuno è stata mai negata una cura anche perché sarebbe del tutto incostituzionale per l'articolo 32. L'unico inconveniente per gli italiani è che per accedere a cure specifiche o, talvolta, anche basiche viene richiesto di spostarsi in un'altra regione perché, nella propria, o non vengono fornite o non in tempi congrui. Al contrario negli Stati Uniti la negazione alle cure è all'ordine del giorno per tutte le categorie di persone, da quelle non assicurate a quelle coperte ma con debiti sanitari.

In conclusione, la classifica di Bloomberg rispecchia le caratteristiche dei due sistemi, dimostrando anche il loro distacco di 33 posizioni. L'Italia, per quanto sia un paese in crisi dal punto di vista finanziario con un eccessivo livello di debito pubblico, disoccupazione, tassazione, burocrazia e corruzione, caratteristiche comunque presenti in tutti paesi anche se in maniera meno rilevante, è in grado di assicurare la salute dei suoi cittadini. Gli Stati Uniti sono tra le più grandi potenze del mondo con una tassazione bassa, un livello di stipendi alto, elevate possibilità di crescita professionale, tuttavia non riesce a curare i suoi cittadini, abbandonandoli per strada e sommersi dai debiti.

Intervista – Elio Borgonovi

Si potrebbe ipotizzare un miglioramento delle casse mutualistiche fino a farle arrivare al giorno d'oggi?

Il rafforzamento delle mutue non sarebbe stato possibile per due ordini di motivi:

1. Nel periodo che ha anticipato la legge 833 si era diffusa la cultura tipica europea del *welfare state* – dove vi è la presenza dello stato al fine di garantire l'uguaglianza e l'equità a tutti i cittadini. Al contrario degli Stati Uniti dove prevale la logica dell'autonomia e delle libertà individuali portate fino all'estremo, ne è un esempio la facilità con cui si può possedere un'arma per la difesa personale, vige la cultura del “*self made man*” per la quale il successo dipende esclusivamente da sé stessi e ogni sconfitta deriva da un proprio demerito.
2. Dal punto di vista funzionale ed economico, le mutue avevano prodotto dei disavanzi non sostenibili arrivando negli anni '70 ad un periodo in cui le mutue, come l'Inam, erano fortemente indebitate con gli ospedali a causa della frammentazione degli interventi che portò ad una duplicazione dei debiti, che ha comportato una costante sovvenzione da parte dello Stato.

Il Servizio Sanitario Nazionale si è sviluppato per questi due ordini di motivi e sarebbe stato difficilmente sostenibile potenziare le mutue, inoltre, queste erano inefficientemente gestite.

Dopo alla nascita del SSN c'è stato un tentativo avvicinamento al modello americano?

In seguito alla costituzione del SSN e al fallimento delle mutue alcune assicurazioni che ragionavano con la logica americana avevano pensato che gli italiani avrebbero avuto meno fiducia nel servizio sanitario e avrebbero stipulato assicurazioni per la salute. Questo però non è capitato, tant'è vero che le polizze per la salute sono state un completo insuccesso.

Differente il discorso oggi, sulla stipulazione di polizze sanitarie, in quanto essendo stata acquisita una base di livelli essenziali di assistenza si avverte una situazione in cui il solo finanziamento pubblico non sembra essere in grado di garantire i LEA, definiti per legge ma che nel concreto in varie regioni e all'interno delle stesse non vengono assicurati in maniera equa. La Lombardia e le aree di collina e di montagna come la Valle d'Aosta piuttosto che la Calabria, ne sono una dimostrazione, perché hanno problemi di distribuzione della popolazione che rendono più difficile garantire i livelli essenziali di assistenza. Siccome oggi il finanziamento pubblico è inadeguato si sta ragionando da alcuni anni per il potenziamento

degli interventi di fondi per la salute interprofessionali, come ad esempio i fondi non profit integrativi e non sostitutivi.

Quindi anche in Italia si stanno instaurando integrazioni private?

In Italia come in Olanda e in Gran Bretagna si è instaurato un processo che a partire dal servizio pubblico prevede l'integrazione con fondi e casse integrative. Differentemente negli Stati Uniti dove il processo è inverso, perché a partire dalle assicurazioni private e con l'*Obamacare* si integra per le persone che non sono in grado di seguire i filoni tradizionali delle assicurazioni private. Situazione ancora diversa da Germania e dalla Francia che invece hanno mantenuto il sistema delle mutue regolate con la *Krankenkassen* tedesca e le *Mutuelles* francesi, dove la copertura universale si è raggiunta rafforzandole con l'integrazione pubblica.

Come è stato possibile che Francia e Germania con la cultura del welfare state abbiano mantenuto le casse?

In quei paesi le mutue erano già abbastanza forti e c'erano stati degli interventi che ci sono tutt'ora al fine di mantenere delle garanzie minime, quelli che da noi sono i LEA, lì sono stati raggiunti con degli interventi legislativi sugli obblighi delle assicurazioni di garantire una base di prestazioni per essere autorizzate e poi vi è stato l'intervento pubblico integrativo.

Perché la gestione delle casse mutua non è data al Ministero della Salute?

Un orientamento a questo è stato preso ma nella seconda riforma sanitaria in Italia (legge 502, 517 e 229), quando sono stati previsti fondi integrativi e non sostitutivi al fine di supportare la sanità italiana in modo tale che si legasse alla mutualità con la solidarietà volontaria e non tramite la fiscalità generale. Tutt'ora presso il Ministero c'è un elenco di 320 fondi e casse che devono garantire principalmente prestazioni integrative e non sostitutive e una percentuale di prestazioni contenute nei LEA. Con le leggi della seconda riforma, quindi già a partire dagli anni '90, c'era questa volontà di voler andare verso un sistema di finanziamento misto, con la cosiddetta sanità intermediata di fondi e casse interprofessionali per lavoratori dell'industria, lavoratori del commercio e aziendali come la cassa aziendale per i docenti dell'università Bocconi. Attualmente il SSN è un sistema misto solo nell'erogazione dell'assistenza che viene effettuata da pubblico e privato accreditato.

Nel 2020 il finanziamento totale era per circa il 74% pubblico e per il 26% privato, l'anomalia italiana è che il privato è prevalentemente out-of-pocket e poco invece dovuto alle casse o assicurazioni private.

Come mai l'out-of-pocket americano è più alto di quello italiano?

Negli Stati Uniti la voce out-of-pocket è inferiore alla percentuale italiana perché viene tutto conteggiato sotto la voce assicurazioni private, infatti quell'out-of-pocket è proprio di chi viene ricoverato, non ha l'assicurazione e paga con la carta di credito.

Osservando queste due realtà è più efficiente una gestione privata o una gestione pubblica?

L'organizzazione dei due sistemi non è confrontabile perché in Italia c'è un sistema unitario con articolazioni regionali mentre negli Stati Uniti non vi è questa unitarietà. In USA non vi è un vero e proprio Ministero della Salute con la logica di quello italiano ma vi è un sistema di tutela della salute influenzato da regolazione riguardanti il mondo assicurativo, questo è frammentato in:

- sistema che regola le assicurazioni;
- sistema che regola le caratteristiche degli erogatori, con i modelli di accreditamento come la *joint Commission*⁵² per cui non vi è l'accreditamento da parte delle regioni o del ministero, ma ogni assicurazione contrattualizza l'ospedale o quelli erogatori che hanno le caratteristiche strutturali, funzionali, tecnologiche e di personale minime per l'autorizzazione a esercitare questa attività.

In Italia il sistema ha un punto di riferimento, il Ministero della Salute con i suoi organismi tecnici che si articola regionalmente ed è un sistema “unitario decentrato” attraverso un decentramento regionale soprattutto dopo la legge del 2001. Mentre la forma di governo degli Stati Uniti con stato federale e singoli Stati non permette l'istituzione di un soggetto che regoli tutte le attività sanitarie.

Strutturalmente quale dei due è più efficace ed efficiente?

Da tutte le analisi fatte il sistema di tutela alla salute italiano è di gran lunga migliore di quello americano in termini anche di qualità dell'assistenza perché quello americano è molto frammentato. Dal punto di vista dell'assistenza territoriale in Italia l'organizzazione è integrata, anche se in alcune regioni non ci sono sufficienti strutture territoriali, mentre negli USA è molto legato alle strategie dei grandi gruppi di ospedali o altri che operano nel settore della sanità che gestiscono ambulatori e poliambulatori.

⁵² Organizzazione no profit statunitense nata nel 1951 che accredita più di 21.000 organizzazioni e programmi di assistenza sanitaria. L'accreditamento della Joint Commission è la condizione per l'ottenimento della licenza per il ricevimento della Medicaid e della Medicare. (Wikipedia, 13/03/2023)

Per risolvere questo problema sono stati aperti i Walmart Health, punti sanitari all'interno dei supermercati Walmart che coprono una distanza di 7/8 miglia massimo tra i loro, riuscendo a raggiungere una maggiore copertura territoriale.

Inoltre, il sistema informativo degli Stati Uniti non ha delle informazioni unitarie e omogenee perché ogni assicurazione ha il proprio sistema, mentre in Italia al di là dei limiti tecnologici le informazioni sono unitarie dove è possibile trovare informazioni sull'epidemiologia, sull'incidenza e la prevalenza di certe patologie.

APPENDICI

Appendice A

Regole regionali sulla compartecipazione specialistica

Compartecipazione spesa prestazione di specialistica***

Regione	Franchigia*	Quota regionale**
Piemonte	36,15€	
Valle d'Aosta	36,15€	
Lombardia	38,00€	
Bolzano – P.A.	36,15€	
Trento – P.A.	36,15€	
Veneto	36,15€	
Friuli Venezia Giulia	36,00€	
Liguria	36,15€	
Emilia Romagna	36,15€	
Toscana	38,00€	
Umbria	36,15€	
Marche	36,20€	
Lazio	36,15€	
Abruzzo	36,15€	
Molise	36,15€	Quota di 5€ o 15€ in base al tipo di prestazione
Campania	36,15€	Ulteriore quota fissa pari a: - 10€ se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5€ se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5€, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione
Puglia	36,15€	
Basilicata	36,15€	
Calabria	45,00€	Quota fissa di 1€
Sicilia	36,15€	Ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15€	

* Art.8, comma 16, L. 537/93

** Delibere regionali

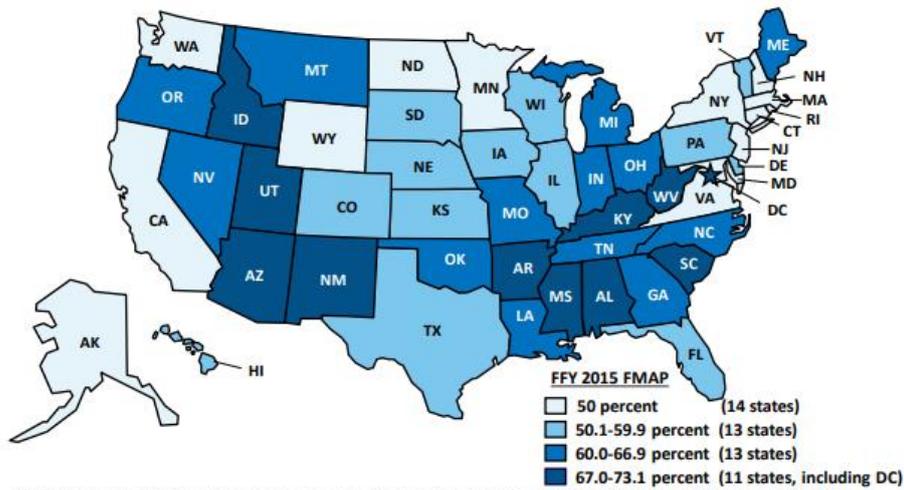
*** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema

Fonte: “Il monitoraggio della spesa sanitaria” REPORT N.9 anno 2022

https://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2022/IMDSS-RS2022.pdf

Appendice B

Percentuali di condivisione dei costi tra stati e governo federale



NOTE: FMAP percentages are rounded to the nearest tenth of a percentage point. These rates are in effect Oct. 1, 2014-Sept. 30, 2015. These FMAPs reflect the state's regular FMAP; they do not reflect the FMAP for newly eligibles in states that adopted the ACA Medicaid expansion. SOURCE: Federal Register, January 21, 2014 (Vol. 79, No. 13), pp 3385-3388, at <http://www.gpo.gov/fdsys/pkg/FR-2014-01-21/pdf/2014-00931.pdf>.



Appendice C

Risultati della sperimentazione 2019 del NSG

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Piemonte	91,72	88,83	85,78	Adempiente
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	Non Adempiente
Lombardia	91,95	89,98	86,01	Adempiente
Prov. Aut. Bolzano	53,78	50,89	72,79	Non Adempiente
Prov. Aut. Trento	78,63	75,06	96,98	Adempiente
Veneto	94,13	97,64	86,66	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	80,39	78,35	80,62	Adempiente
Liguria	82,09	85,48	75,99	Adempiente
Emilia-Romagna	94,41	94,51	94,66	Adempiente
Toscana	90,67	88,5	91,39	Adempiente
Umbria	95,65	69,29	87,97	Adempiente
Marche	89,45	85,58	82,79	Adempiente
Lazio	86,23	73,51	72,44	Adempiente
Abruzzo	82,39	79,04	73,84	Adempiente
Molise	76,25	67,91	48,73	Non Adempiente
Campania	78,88	63,04	60,4	Adempiente
Puglia	81,59	76,53	72,22	Adempiente
Basilicata	76,93	50,23	77,52	Non Adempiente
Calabria	59,9	55,5	47,43	Non Adempiente
Sicilia	58,18	75,2	70,47	Non Adempiente
Sardegna	78,3	61,7	66,21	Adempiente

Fonte: Report Osservatorio GIMBE 2/2022 *Livelli essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità*

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Capitolo 1

Francesco Taroni, 2011, *Politiche Sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore

Paolo Nucci, 2020, *Storia, vizi e virtù della migliore sanità del mondo*, Milano, Milano University Press

La Costituzione della repubblica italiana

Decreto legge 8 luglio 1974, n. 264

Legge 17 agosto 1974, n. 386

Legge 23 dicembre 1978, n.833

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502

Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n.517

Decreto del Presidente della Repubblica 1° gennaio 1997

<https://www.fimiv.it/le-societa-mutuo-soccorso/>

<https://www.abcdediritti.it/website/wp-content/uploads/2019/06/IL-SISTEMA-SANITARIO-ITALIANO-DALLE-SUE-ORIGINI-AD-OGGI.pdf>

National Health Insurance- A brief History of Efforts in the U.S <https://www.kff.org/wp-content/uploads/2013/01/7871.pdf>

Joseph Connor “*Howls of Socialism! Killed Truman Health Insurance*” www.historynet.com, 7 agosto 2019 (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.presidency.ucsb.edu/documents/executive-order-9250-establishing-the-office-economic-stabilization>

https://en.wikipedia.org/wiki/Fair_Deal#Healthcare

Internal Revenue Code, 1954 : <https://www.govinfo.gov/content/pkg/STATUTE-68/pdf/STATUTE-68A-Pg1.pdf>

https://www.senate.gov/artandhistory/history/minute/Medicare_Signed_Into_Law.htm

<https://clinton.presidentiallibraries.us/health-reform-initiative>

Genetic Information Nondiscrimination Act, 2008 :

https://www.dpc.senate.gov/dpcdoc.cfm?doc_name=lb-110-2-72#:~:text=The%20bill%20would%20prohibit%20companies,to%20which%20that%20individual%20belongs.

Patient Protection and Affordable Care Act, 2010:

<https://www.congress.gov/111/plaws/publ148/PLAW-111publ148.pdf>

Levi, Michele. "Protezione del paziente e legge sull'assistenza accessibile". Encyclopedia Britannica, <https://www.britannica.com/topic/Patient-Protection-and-Affordable-Care-Act> (ultimo accesso 12/01/2023)

Capitolo 2

Riccardo Zanella, 2011, *Manuale di economia sanitaria*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore

<https://www.agenas.gov.it/> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://aifa.gov.it/> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.iss.it/> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.salute.gov.it/> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.inail.it/cs/internet/home.html> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.ccm-network.it/pagina.jsp?id=node/7> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.tuttoamerica.it/assicurazione-sanitaria-usa/ospedali-pubblici-negli-usa/>
(ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.cbpp.org/research/health/introduction-to-medicaid> (ultima consultazione 02/01/2023)

<https://www.medicaid.gov/> (ultima consultazione 10/03/2023)

<https://www.medicare.gov/> (ultima consultazione 10/03/2023)

<https://www.aha.org/system/files/media/file/2022/01/fast-facts-on-US-hospitals-2022.pdf>
(ultima consultazione 05/01/2023)

<https://www.newsweek.com/worlds-best-hospitals-2022> (ultima consultazione 05/01/2023)

<https://vaden.stanford.edu/insurance-referral-office/health-insurance-overview/how-us-health-insurance-works> (ultima consultazione 05/01/2023)

<https://content.naic.org/sites/default/files/publication-msr-hb-accident-health.pdf> (ultima consultazione 06/01/2023)

<https://www2.census.gov/programs-surveys/demo/tables/health-insurance/time-series/hic/hhi01.xlsx> (ultima consultazione 06/01/2023)

<https://www.verywellhealth.com/what-is-the-aca-s-employer-mandate-5207960> (ultima consultazione 07/01/2023)

<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Tabellen/eckzahlen-krankenhaeuser.html> (ultima consultazione 08/01/2023)

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-09/ER1208.pdf> (ultima consultazione 08/01/2023)

https://en.wikipedia.org/wiki/List_of_hospitals_in_South_Korea

https://www.ansa.it/canale_salutebenessere/notizie/sanita/2022/07/26/in-italia-1.004-ospedali-il-486-e-privato-accreditato_58aa93a3-71eb-476b-bcc0-390bfa1698ed.html#:~:text=Nel%202020%20l'assistenza%20ospedaliera,48%2C6%25%20privati%20accreditati (ultima consultazione 10/01/2023)

Capitolo 3

Armeni P., Borsoi L., Notarnicola E., Rota S., 2022, “*La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione nella prospettiva nazionale, regionale ed aziendale*”, in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2022, Milano, Egea.

Armeni P., Bertolani A., Borsio L., Costa F. 2019, “*La spesa sanitaria: composizione ed evoluzione*”, in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2019, Milano, Egea.

Piano della performance 2021 – 2023, Ministero della salute

https://temi.camera.it/leg18/temi/tl18_il_fabbisogno_sanitario.html

Office of the Actuary “*National Health Spending Grew Slightly in 2021*” www.cms.gov, 14 dicembre 2022 (ultima consultazione 03/02/2023)

<https://aspe.hhs.gov/division-health-care-financing-policy> (ultima consultazione 03/02/2023)

<https://aspe.hhs.gov/federal-medical-assistance-percentages-or-federal-financial-participation-state-assistance> (ultima consultazione 03/02/2023)

Fondi fiduciari Medicare: <https://www.taxpolicycenter.org/briefing-book/what-medicare-trust-fund-and-how-it-financed>

Juliette Cubanski, Tricia Neuman “*What to know about Medicare Spending and Financing*”, www.kff.org, 19 gennaio 2023 (ultima consultazione 03/03/2023)

Jason Baum “*Medicare Tax and Why You Pay It*”, www.ehealthinsurance.com, 29 agosto 2022 (ultima consultazione 15/02/2023)

Sabrina Parys, Tina Orem “*How FICA Tax Works in 2022-2023*”, www.nerdwallet.com, 6 dicembre 2022 (ultima consultazione 16/02/2023)

Capitolo 4

“*Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguglianze regionali in sanità*,” in GIMBE (a cura di) Report Osservatorio GIMBE 2/2022

“*La mobilità sanitaria interregionale nel 2018*” in GIMBE (a cura di) Report Osservatorio GIMBE 2/2020 Boscolo P.R., Fenech L., Giudice L., Lecci F., Rotolo A., Tarricone R., 2021, “*Tempi di attesa: trend e politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19*”, in CERGAS (a cura di), Rapporto OASI 2012, Milano, Egea.

Federico Fubini “*Vai dal Sud per curarsi: l’esodo di 800 mila malati. E i rimborsi premiano le Regioni più ricche*”, Corriere della Sera, 13 marzo 2019 (modificato il 21 marzo 2019) (ultima consultazione 24/02/2023)

Rita Parrella “*I dati sulle attese al pronto soccorso e sull’uso dei codici d’urgenza*”, AGI (www.datajournalism.it), 11 agosto 2019 (ultima consultazione 24/02/2023)

Articolo sul sondaggio AMA: <https://www.ama-assn.org/practice-management/prior-authorization/why-prior-authorization-bad-patients-and-bad-business> (ultima consultazione 25/02/2023)

David M. Cutler, “*Reducing Administrative Costs in U.S. Health Care*”, The Hamilton Project, Harvard University, marzo 2022 (ultima consultazione 25/02/2023)

Tony Abram, “*Patient dumping a symptom of health system woes*” Healthcaredive, 5 febbraio 2018 (ultima consultazione 28/02/2023)

DiShameek Rakshit, Matteo McGough, Krutica Amin “How does cost affect access to healthcare” www.healthsystemtracker.org, 30 gennaio 2023 (ultima consultazione 28/02/2023)

“*Maryland Hospital Settles Case Involving Patient Dumping Allegation*” oig.hhs.gov (ultima consultazione 01/03/2023)

The Commonwealth Fund “*The State of U.s. Health Insurance in 2022*”, 29 settembre 2022 (ultima consultazione 03/03/2023)

Katherine Keisler-Starkey, Lisa N. Bunch “*Health Insurance Coverage in the United States: 2021*” United States Census Bureau, settembre 2022 (ultima consultazione 04/03/2023)

Medicine Price Index 2019: <https://www.medbelle.com/medicine-price-index/> (ultima consultazione 05/03/2023)

International Citizens Insurance “*How Much Does Healthcare Cost in the USA*” www.internationalinsurance.com (ultima consultazione 08/03/2023)

Noam N. Levey “*100 Million People in America Are Saddled With Health Care Debt*” www.khn.com , 16 giugno 2022 (ultima consultazione 10/03/2023)

Ennio Tasciotti “Finanziamento alla ricerca: cosa possiamo imparare dagli USA”, www.repubblica.it, 12 novembre 2019 (ultima consultazione 10/03/2023)