

Sezione speciale

Dal “modello Beveridge” ai “modelli Beveridge”: la *devolution* asimmetrica e i quattro sistemi sanitari del Regno Unito*

Arianna Pitino**

SOMMARIO: 1. Il modello *Beveridge*. – 2. Il modello *Beveridge* e le quattro “nazioni” del Regno Unito. – 3. I principi fondamentali del *NHS* britannico e l'organizzazione sanitaria in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del nord. – 3.1. Inghilterra. – 3.2. Scozia, Galles e Irlanda del Nord. – 4. Quali prospettive per il modello *Beveridge* nel Regno Unito?

1. Il modello *Beveridge*

Il Regno Unito è la patria del c.d. modello sanitario *Beveridge*, che, com'è noto, deve la propria origine al Report *Social Insurance and Allied Services* del 1942, commissionato a William Henry Beveridge – economista, direttore della *London School of Economics* e funzionario pubblico britannico – dall'allora Governo di Winston Churchill. Il documento, meglio conosciuto come *Beveridge Plan*, delineò i fondamenti dello stato sociale britannico, individuando la solidarietà tra le classi e la coesione sociale come i principali strumenti per abbattere i cinque giganti – miseria, malattia, ignoranza, disoccupazione e degrado abitativo – che limitavano il progresso del Regno Unito¹.

* Il contributo costituisce la rielaborazione della relazione tenuta dall'Autrice nella seconda sessione (“Il regionalismo differenziato fa bene alla sanità e alla salute?”) del XXIII Convegno nazionale di diritto sanitario (Milano, 24-25 ottobre 2025), organizzato a conclusione del PRIN “Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia” (P.I. prof. Renato Balduzzi).

** Professoressa associata di Diritto costituzionale e pubblico nell'Università di Genova, arianna.pitino@unige.it.

¹ M. COLUCCI (a cura di), William Beveridge, *La libertà solidale. Scritti 1942-1945*, Donzelli, Roma, 2010, spec. p. 166 ss.; J.R. HAY, *The Development of the British Welfare State 1880-1975*, Edward Arnold, Peterborough, Ontario, 1978, p. 77 s.; T.H. MARSHALL, *Cittadinanza e classe sociale*, Torino, UTET, 1976, spec. pp. 47 ss.

Il *National Health Service (NHS)*, entrato in funzione nel 1948, si è imposto immediatamente come tassello essenziale del nuovo *Welfare State*, dando vita a un sistema sanitario pubblico di tipo universalistico, finanziato dalla fiscalità generale e gratuito al punto di utilizzo, finalizzato a garantire un accesso equo a un esteso sistema di servizi sanitari, basato esclusivamente sul bisogno e destinato sia alla cura, sia alla prevenzione delle malattie². L'analisi di questo modello sanitario e delle modifiche di cui è stato oggetto nel corso dei suoi quasi ottant'anni di funzionamento risulta particolarmente interessante per chi si occupa di diritto costituzionale della salute nell'ordinamento giuridico italiano. Esso, infatti, ha influenzato sia l'elaborazione in Assemblea costituente dell'art. 32 Cost.³, sia, trent'anni dopo, la prima riforma sanitaria attuata con legge n. 833/1978 che, infatti, incorpora i medesimi principi combinando l'art. 32 con l'art. 3, c. 2 Cost.

Nel presente scritto ci si concentrerà su un aspetto meno studiato del *NHS* britannico, relativo alla conservazione del modello Beveridge nel Regno Unito dopo la *devolution* del 1998/99, esaminando i profili organizzativi dei servizi sanitari delle quattro "nazioni" britanniche, ovvero Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord.

2. Il modello *Beveridge* e le quattro "nazioni" del Regno Unito

Formalmente, tra il 1946 e il 1948, il Parlamento di *Westminster* ha approvato tre distinte leggi istitutive del servizio sanitario britannico rispettivamente per Inghilterra e Galles (*National Health Service Act* 1946, entrato in vigore il 5 luglio 1948), Scozia (*National Health Service Scotland Act* 1947) e Irlanda del Nord (*Health Services Act Northern Ireland* 1948). Tali leggi avevano contenuti simili e, soprattutto, attuavano in modo uniforme i principi del modello Beveridge, anche se, formalmente, si trattava di un sistema sanitario che fin da principio si basava su tre leggi distinte. L'*NHS* britannico, impostato su modalità organizzative sostanzialmente coincidenti fino alla *devolution*, ha conosciuto, a partire da allora, percorsi organizzativi molto differenziati tra Inghilterra da una parte e Scozia,

² A. DE LIA, *Il "paziente inglese". La responsabilità penale nel settore sanitario nel Regno Unito*, in *Società e diritti*, 16, 2023, p. 128.

³ L. DI NUCCI, *Lo stato sociale in Italia tra fascismo e Repubblica: la ricezione del Piano Beveridge e il dibattito alla Costituente*, in C. SORBA (a cura di), *Cittadinanza. Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea*, La Collana degli Archivi di Stato, 2002, spec. par. 4, consultabile al link <https://www.sissco.it/alle-origini-dello-stato-sociale-nellitalia-repubblicana-la-ricezione-del-piano-beveridge-e-il-dibattito-nella-costituente-1084/> e A. NISTICÒ, *Le ragioni storico-giuridiche del welfare italiano. Dalla fine della seconda guerra mondiale alla Costituente*, in *Rivista di diritto amministrativo*, 1, 2023, spec. pp. 393 ss., consultabile al link <https://www.amministrativamente.com/index.php/formez/article/viewFile/13374/12132>, il quale sottolinea come nel dibattito costituente italiano lo Stato sociale risultava principalmente connesso allo status di lavoratore, anziché basarsi su un più generale principio universalistico riconducibile allo status di cittadino.

Galles e Irlanda del Nord, dall'altra. L'approvazione dei *Devolution Act* del 1998⁴ che, complessivamente, hanno delineato un sistema devolutivo di tipo fortemente asimmetrico rapportato alle esigenze delle singole identità nazionali, ha determinato l'acquisizione, da parte di Scozia, Galles e Irlanda del Nord, di competenze legislative proprie (*transferred competences*) in materia di salute e servizi sociali (*health and social services*). La Scozia ha avuto fin dal 1998 una competenza piena in materia di salute, fatta eccezione per la disciplina delle professioni sanitarie, la regolamentazione dei farmaci e alcune prestazioni sanitarie specifiche rimaste nella competenza del Parlamento di *Westminster*⁵. Al Galles è stata riconosciuta la potestà legislativa in materia di salute soltanto nel 2006, ripartita con il Parlamento di Westminster in base a un doppio elenco; dal 2017 anche il Galles, dopo avere ottenuto un sistema di riparto delle competenze simile a quello scozzese, gode di una potestà legislativa piena in materia di salute, con l'esclusione di alcuni ambiti specificamente riservati al Parlamento di *Westminster*⁶. L'Irlanda del Nord ha avuto una competenza piena in materia di salute e servizi sociali a partire dal 1998⁷.

Si osserva pertanto che, in seguito alla *devolution*, i quattro sistemi sanitari risultano innanzitutto separati sul piano della titolarità delle competenze in materia di salute e potenzialmente differenziabili – come, infatti, è avvenuto – sul piano della legislazione ordinaria e per quanto riguarda i profili organizzativi e le scelte relative alle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito di ciascun *NHS*⁸. La *devolution* ha infatti rappresentato nel Regno Uni-

⁴ Il riferimento è naturalmente agli *Act* approvati nel 1998: *Scotland Act*; *Government of Wales Act*; *Northern Ireland Act*. Si vedano inoltre, per l'Inghilterra, il *Greater London Authority Act* e il *Regional Development Act*. In dottrina, sul regionalismo asimmetrico nel Regno Unito, v. B. GUASTAFERRO, *Scotland, Wales and Northern Ireland in a reformed United Kingdom*, in *DPCE online*, 3, 2024, pp. 1913 ss.

⁵ Le prestazioni sanitarie in questione sono: aborto, xenotrapianti, embriologia, maternità surrogata, genetica e welfare alimentare. Si veda *Scotland Act 1998, Schedule 5, Part II Specific Reservations, Head G – Regulation of the Professions* e *Head J – Health and Medicines*, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1998/46/contents>.

⁶ Per la prima modifica del 2006 si veda *Government of Wales Act 2006, Schedule 7, Part 1-9 Health*, che affidava all'Assemblea legislativa del Galles (con l'assenso del Parlamento di Westminster e del Segretario di Stato per il Galles) la potestà legislativa relativa a: promozione della salute; prevenzione; trattamento e alleviamento di malattie, infermità, infortuni, disabilità e disturbi mentali; controllo delle malattie; pianificazione familiare; fornitura di servizi sanitari, inclusi servizi medici, odontoiatrici, oculistici, farmaceutici e servizi ausiliari e strutture; governo clinico e *standard* di assistenza sanitaria; organizzazione e finanziamento del servizio sanitario nazionale. Restavano invece nella potestà legislativa di Westminster: aborto; genetica umana, fecondazione umana, embriologia umana, accordi di maternità surrogata; xenotrapianti; regolamentazione delle professioni sanitarie; veleni; abuso e commercio di droghe; medicinali, comprese le autorizzazioni all'uso e la regolamentazione dei prezzi; standard e test di sostanze biologiche; indennizzi per danni da vaccino; welfare alimentare. Per le modifiche introdotte nel 2017 il riferimento è sempre al *Government of Wales Act 2006, Schedule 7A*, che mantiene nella competenza di Westminster le professioni sanitarie (*Head G - Professions*), l'aborto, gli xenotrapianti, la genetica umana, la fecondazione umana, l'embriologia umana, gli accordi di maternità surrogata, i medicinali, gli indennizzi per danni da vaccino e il *welfare* alimentare (*Head J – Health, Safety and Medicines*, <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2006/32/contents>).

⁷ Si veda D. TORRANCE, *Introduction to devolution in the United Kingdom*, p. 26, <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/CBP-8599/CBP-8599.pdf>, il quale ricorda come l'Irlanda del Nord è comunque sottoposta al vincolo derivante dal *principle of parity* (*Northern Ireland Act 1998*, sez. 87) secondo cui il sistema di *welfare* deve comunque risultare equiparabile a quello del resto del Regno Unito.

⁸ G. BEVAN, *The impacts of asymmetric devolution on health care in the four countries of the UK*, <https://www.health.org.uk/sites/default/files/TheImpactsOfAsymmetricDevolutionOnHealthCareInFourCountriesUK.pdf>.

to non solo la risposta alle istanze di maggiore autonomia di Scozia, Galles e Irlanda del Nord, ma anche il tentativo di rilanciare lo Stato sociale, in parte compromesso dal taglio delle risorse degli anni Settanta e, soprattutto, dalle riforme attuate dal Governo di Margaret Thatcher a partire dal 1979⁹.

Dopo la *devolution*, quando si parla del NHS britannico, è dunque necessario specificare se ci si riferisce al *NHS England* (in generale, quello più spesso preso in considerazione) oppure ai sistemi sanitari delle altre tre nazioni che compongono il Regno Unito. A livello istituzionale, infatti, la tutela della salute è di competenza dei Governi (*Ministry of Health*) e dei Parlamenti di Scozia, Galles e Irlanda del Nord, mentre per l'Inghilterra è competente il Parlamento di *Westminster*. Quest'ultimo, inoltre, conserva importanti competenze relative alla tutela della salute che si estendono a tutto il Regno Unito, quali le politiche fiscali e di bilancio (tra cui, appunto, il finanziamento del *welfare state*, con un riparto tra le nazioni inglesi basato sulla c.d. *Barnett Formula*)¹⁰, il commercio e la regolamentazione dei farmaci, le emergenze sanitarie, la sicurezza sul lavoro e la tutela dell'ambiente. Inoltre, con il consenso degli altri Parlamenti (secondo la *Sewel Convention*, assimilabile, per alcuni profili, alla nostra attrazione in sussidiarietà da parte dello Stato centrale)¹¹, il Parlamento di *Westminster* potrebbe approvare norme in materia sanitaria valide per tutto il Regno Unito, come, ad esempio, regole comuni relative alle prestazioni sanitarie o alle modalità organizzative dei sistemi sanitari.

I principi cardine del modello Beveridge (universalità, globalità, finanziamento pubblico, accesso basato sul bisogno e gratuità al punto di erogazione) rappresentano senza dubbio un elemento di unitarietà dei quattro NHS. Secondo alcuni, tali principi avrebbero ormai assunto – di fatto – un valore di rango costituzionale per il *welfare state* britannico, rappresentando un limite al potere legislativo (o, meglio, ai poteri legislativi) non solo politico ma anche giuridico. A quest'ultimo proposito è stata altresì rilevata l'importanza dello *Human Rights Act 1998* che ha dato attuazione alla *Convenzione europea dei diritti dell'uomo* nel Regno Unito, dove alcuni diritti civili in essa sanciti (art. 2, diritto alla vita; art. 3, divieto di tortura e di trattamenti inumani e degradanti; art. 5, diritto alla libertà e alla sicurezza; art. 8, diritto al rispetto della vita privata e familiare) hanno contribuito a rendere giustiziabili alcuni profili inerenti alla salute¹².

⁹ Così A. Torre, *Scozia: devolution, quasi-federalismo, indipendenza?*, in *Rivista AIC*, 2, 2013, pp. 1 ss., consultabile al link https://www.rivistaaic.it/images/rivista/pdf/2_2013_Torre.pdf.

¹⁰ La *Barnett formula* – ideata nel 1978 dal Segretario Capo per il Tesoro Lord Barnett – è un sistema di riparto del finanziamento della spesa sanitaria proveniente da Westminster e diretto a Scozia, Galles e Irlanda del Nord che si basa sulla popolazione residente in ciascun territorio, come riportato da J.O. FROSINI, S. PENNICINO, *Permeabilità giuridica attraverso il Mare del Nord? La rilevanza comparatistica del modello nordico di governo locale nella Scozia post-Brexit*, in *Le Regioni*, 2021, p. 1108 s.

¹¹ A proposito della codificazione della *Sewel Convention* in Scozia (Scotland Act 2016) e in Galles (Wales Act 2017) v. ancora B. GUASTAFERRO, *Scotland, Wales and Northern Ireland in a reformed United Kingdom*, cit., p. 1921.

¹² Si vedano M. ELLIOTT, R. THOMAS, *Public Law*, Oxford University Press, 2017, spec. pp. 38 ss., M. GREER, *Territorial Politics and Health Policy: UK Health Policy in Comparative Perspective*, Manchester University Press, 2004, pp. 25 ss., J. KING,

Per quanto riguarda il rapporto tra il *NHS* e le quattro nazioni britanniche dopo la *devolution*, può essere utile richiamare una sentenza del 2017¹³ in cui la Corte Suprema del Regno Unito ha riconosciuto che la tutela della salute e gli obiettivi di salute pubblica rientrano tra le principali competenze devolute (*«legitimate and important objective»*) a Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Nella sentenza vengono altresì messe in rilievo sia la specificità territoriale delle questioni concernenti la salute e la relativa tutela (*«the level of protection of human health is a matter for the Member States»*), sia, indirettamente, il valore riconosciuto ai principi del modello Beveridge in quanto elementi distintivi del *welfare state* britannico.

Senza arrivare a riconoscere l'esistenza di un vero e proprio diritto costituzionale alla salute, è stato dunque evidenziato il ruolo del *NHS* quale istituzione centrale e fondativa del *welfare state* britannico. Ciò, tuttavia, non sembra impedire agli organi di governo di assumere decisioni in ambito sanitario che si discostino, anche in modo significativo, dal modello Beveridge originario, soprattutto per quanto riguarda i profili organizzativi. Probabilmente, soltanto trasformazioni radicali del *NHS*, come la modifica del suo carattere universalistico o una contrazione estrema del finanziamento pubblico, potrebbero essere interpretate come una rinuncia ai principi del modello Beveridge. Tuttavia, se venissero comunque assicurati ai pazienti strumenti e modalità ragionevoli per fruire delle prestazioni sanitarie, non sembra potersi escludere che, in circostanze favorevoli a un cambiamento radicale, sarebbe possibile abbandonare il modello Beveridge a favore di altri modelli sanitari.

3. I principi fondamentali del *NHS* britannico e l'organizzazione sanitaria in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del nord

Da quanto fin qui osservato, si evince che nel Regno Unito coesistono 4 distinti sistemi sanitari. Evidentemente, non si possono trascurare le significative differenze territoriali e relative alla popolazione residente in Inghilterra (57,9 mil. ab.), Scozia (5,5 mil. ab.), Galles (3 mil. ab.) e Irlanda del Nord (quasi 2 mil. ab.)¹⁴, che influenzano in concreto la gestione e l'organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari. Ad esempio, sotto il profilo organizzativo, mentre in Scozia, Galles e Irlanda del Nord è presente un'unica agenzia sanitaria, in Inghil-

Judging social rights, Cambridge University Press, 2012, pp. 3 e 146 ss., N. BARBER, T. McLEAN, A.L. YOUNG, R. DE FALCO, *The right to health in the UK*, 2024, https://justfair.org.uk/wp-content/uploads/2024/12/JustFair_RIGHT-TO-HEALTH.pdf, spec. pp. 9 ss.

¹³ *UK Supreme Court, R (on the application of Scotch Whisky Association) v. Lord Advocate* [2017] UKSC 76.

¹⁴ Per avere una proporzione con l'Italia, il totale degli italiani residenti è di circa 59 milioni di abitanti, un numero comparabile con l'Inghilterra. La Scozia ha la metà degli abitanti della Lombardia (oltre 10 mil.) e circa 1 mil. in più di abitanti rispetto a Emilia-Romagna (quasi 4,5 mil.) e Veneto (4,8 mil.) e di poco inferiore rispetto al Lazio (5,7 mil.), secondo quanto riportato dall'ISTAT nel 2025, <https://www.istat.it/statistiche-per-temi/popolazione/popolazione-e-famiglie/>.

terra (dopo le riforme del 2012 e del 2022) coesistono un'agenzia sanitaria centrale e più agenzie dislocate sul territorio. In generale, ciò spiega anche il maggiore interesse, anche in prospettiva comparata, per lo studio del *NHS* inglese, rispetto agli altri tre comunque esistenti nel Regno Unito.

I già richiamati principi cardine del modello Beveridge sono stati attuati secondo un modello di *NHS* interamente gestito pubblicamente fino alla fine degli anni Settanta. Quando, in una fase di crisi economica¹⁵, Margaret Thatcher ha assunto la carica di *Prime Minister*, sono state avviate riforme sanitarie favorevoli all'ingresso di operatori privati nel *NHS*, introducendo così una novità significativa nell'originario modello di sistema sanitario che, dal Regno Unito, si è poi diffusa in altri sistemi sanitari europei (tra cui l'Italia).

Il *NHS*, negli anni successivi, è stato oggetto di varie modifiche sotto il profilo più strettamente organizzativo a seconda dei governi in carica, ma non sono più state messe in discussione la gestione in forma *manageriale* della sanità, la separazione tra acquirenti ed erogatori delle prestazioni sanitarie e la compresenza tra pubblico e privato (c.d. *public-private partnership*)¹⁶. Uno degli aspetti cardine del nuovo modello organizzativo inaugurato a partire dagli anni Ottanta è stato la separazione tra acquirenti (*Health Authorities*) ed erogatori dei servizi sanitari aggregati in *Trust* (ad es. ospedali, strutture sanitarie, ecc.), ovvero in fondazioni di diritto privato sottoposte a controllo pubblico, nei cui *board* sedevano rappresentanti dei medici, degli enti locali e dei cittadini. Ha preso così avvio il sistema basato sulla competizione tra pubblico e privato e tra privato e privato allo scopo di attrarre pazienti e ridurre i costi delle prestazioni. L'idea di fondo era quella di riprodurre in modo regolato le logiche e il funzionamento dell'economia di mercato, secondo l'approccio del c.d. quasi-mercato¹⁷.

Il sistema ha però richiesto, nel corso del tempo, numerosi aggiustamenti, determinati sia dall'esigenza di non contravvenire ai principi del modello Beveridge, sia dalle caratteristiche peculiari del mercato sanitario rispetto agli altri mercati. Nel mercato sanitario, infatti, gli utilizzatori finali, nella maggior parte dei casi, non possiedono le competenze e le informazioni necessarie per scegliere basandosi esclusivamente sulla qualità del servizio fornito, ma vi sono plurimi fattori che possono influenzare la preferenza di una struttura

¹⁵ Il riferimento è alla crisi petrolifera del 1973 e il periodo di recessione che ne è seguito nel 1973-75 che fece aumentare nel Regno Unito l'inflazione e la disoccupazione, innescando la c.d. "crisi del Welfare State" già durante i governi laburisti di Wilson (1974-76) e Callaghan (1976-79), come evidenziato da L. MARROCU, *Il contesto marshalliano: origine e sviluppo del Welfare State britannico*, in C. SORBA (a cura di), *Cittadinanza. Individui, diritti sociali, collettività nella storia contemporanea*, cit., spec. par. 4, consultabile al link <https://www.sissco.it/il-contesto-marshalliano-origine-e-sviluppo-del-welfare-state-britannico-1083/>.

¹⁶ Come osservato da P. RODERICK, A.M. POLLOCK, *Dismantling the National Health Service in England*, in *International Journal of Health Services*, vol. 52, 4, 2022, p. 470, le tre principali riforme dell'*NHS* hanno coinciso con i governi conservatori di Margaret Thatcher e John Major, con il governo laburista di Tony Blair e con il governo di coalizione tra conservatori e liberaldemocratici di David Cameron.

¹⁷ Secondo la nota definizione di J. LE GRAND, W. BARLETT, *The theory of quasi-markets*, in J. LE GRAND, W. BARLETT (a cura di), *Quasi-Market and Social Policy*, Basingstoke-London, McMillan, 1993, pp. 13 ss.

sanitaria in luogo di un'altra, tra cui, ad esempio, la vicinanza e la presenza di liste d'attesa più o meno lunghe¹⁸. Inoltre, con il passare del tempo, gli operatori sanitari privati tendono ad aggregarsi per accrescere il controllo del mercato, creando potenziali situazioni di monopolio che contraddicono il principio di concorrenza e gli obiettivi ad esso associati, tra cui, soprattutto, il contenimento della spesa sanitaria e un livello elevato di qualità delle prestazioni sanitarie¹⁹.

3.1. Inghilterra

In Inghilterra, con l'approvazione dell'*Health and Social Care Act 2012*, è stata avviata una profonda riforma dell'organizzazione sanitaria che ha consolidato l'approccio di mercato nel settore sanitario. Ai *Clinical Commissioning Groups (CCGs)*, circa 200 consorzi di medici di famiglia) è stata affidata la gestione sanitaria e finanziaria del *NHS* inglese, con il compito di decidere sulle priorità cliniche, sull'allocazione delle risorse e sull'acquisto dei servizi sanitari, anche ricorrendo a fornitori privati posti sullo stesso piano di quelli pubblici. Tale sistema tendeva ad alimentare le disparità territoriali, poiché la qualità dell'assistenza sanitaria veniva a dipendere dal *CCG* di riferimento, determinando altresì un'elevata frammentazione dei servizi e della conseguente tutela sanitaria. I *CCGs* non operavano su base territoriale ma nei confronti degli utenti iscritti, da cui dipendeva l'assegnazione delle risorse finanziarie applicando parametri che prendevano in considerazione sia la consistenza numerica, sia i profili di rischio dei pazienti, assecondando una logica secondo cui il finanziamento seguiva il paziente. Gli *Health and Wellbeing Board*, in cui erano rappresentate le *Local Authorities*, svolgevano un ruolo di supervisione e di coordinamento anche tra i servizi sanitari e sociali a livello territoriale. A livello nazionale, il *NHS Commissioning Board* svolgeva un ruolo di supervisione e coordinamento su tutto il *NHS* inglese e distribuiva i finanziamenti tra i *CCGs*. Nel complesso, tale modello organizzativo, molto frammentato e altamente competitivo, è risultato poco efficiente sotto il profilo amministrativo e della spesa sanitaria, mostrando carenze significative nel coordinamento dei servizi sanitari e, soprattutto, tra l'assistenza sanitaria e quella sociale.

Nel 2022, con l'approvazione dell'*Health and Care Act*, è stata attuata un'altra mini-riforma che ha soppresso i *CCGs* sostituendoli con gli *Integrated Care Boards (ICBs)* e ha rafforzato il ruolo del *NHS Commissioning Board* – nel frattempo rinominato *NHS England* – che ha assunto la forma giuridica di ente pubblico indipendente dal Governo e responsabile davanti al Ministro della salute e al Parlamento britannico, cui è stato affidato il compito di

¹⁸ Sempre N. GIANNELLI, *I sistemi sanitari di Stati Uniti, Germania, Regno Unito: mercato, redistribuzione e reciprocità*, cit., p. 153, osserva come nel mercato sanitario si generano rilevanti asimmetrie cognitive tra i pazienti e gli erogatori – sia di prestazioni sanitarie, sia di polizze assicurative – che si traducono in altrettante asimmetrie di potere.

¹⁹ A partire dal 2004 è stata istituita la *Healthcare Commission* con il compito di supervisionare e ispezionare i *Trust* al fine di verificarne gli *standard* di sicurezza e di efficienza e la qualità delle prestazioni erogate, attribuendo punteggi per consentire una valutazione comparativa tra gli stessi.

ripartire il finanziamento sanitario, elaborare *standard* nazionali (ad es. obiettivi di salute, linee guida cliniche) e controllare la qualità delle prestazioni sanitarie²⁰.

Gli *ICBs* (42 in tutto) sono enti pubblici che operano su base territoriale e si occupano della programmazione, del coordinamento e del finanziamento dei servizi sanitari. Sono composti da molteplici figure, tra cui esperti e *manager* in ambito sanitario, rappresentanti delle professioni sanitarie (medici di medicina generale, personale infermieristico), rappresentanti dei *providers* di prestazioni sanitarie ospedaliere e territoriali (*NHS trusts* e *foundation trusts*) ed enti locali. Al fine di realizzare un sistema effettivamente integrato (salute individuale, salute pubblica e assistenza sociale) e capace di rispondere ai bisogni di salute a livello territoriale, gli *ICBs* collaborano con altri soggetti nell'ambito degli *ICPs* (*Integrated Care Partnerships*). Questi ultimi prevedono il coinvolgimento di vari soggetti, tra cui le autorità locali preposte all'assistenza sociale, i rappresentanti del terzo settore, i pazienti, le comunità locali, altri enti locali (scuole, università, autorità di pubblica sicurezza) e i *provider* privati. Complessivamente, i soggetti coinvolti dovrebbero contribuire a realizzare un sistema meno incentrato sulla concorrenza e più orientato a valorizzare l'equità, il coordinamento, l'integrazione dei servizi e un'ampia partecipazione alle scelte in materia di salute.

Tuttavia, la dottrina ha evidenziato due problemi principali relativi agli *ICBs*²¹.

Il primo è quello della responsabilità politica degli *ICBs* in quanto organi che assumono le decisioni in ambito sanitario: secondo alcuni, infatti, sarebbe venuta meno la direzione politica e l'imputazione ad essa delle decisioni sul come, quanto e dove provvedere all'erogazione dei servizi sanitari. Negli *ICBs* risulta infatti prevalente la presenza di componenti non politici (professionisti, tecnici, *manager*) e di rappresentanti di enti erogatori di prestazioni sanitarie (pubblici e privati), ai quali sarebbe stato quasi completamente delegato il potere decisionale. La preoccupazione maggiore è che possa prevalere una visione efficientista e di contenimento dei costi sulle esigenze di equità e di tutela effettiva dell'universalità di accesso alle prestazioni sanitarie, con particolare riguardo alle persone più fragili, la cui protezione è soprattutto una decisione politica che non può essere ridotta a un mero calcolo economicistico o di efficienza manageriale²².

²⁰ Entro il 2027, dovrebbe essere completato il processo di integrazione delle funzioni finora svolte da *NHS England* nel *Department of Health and Social Care (DHSC)*, rafforzando così il controllo politico sul sistema sanitario inglese, che verrebbe dunque ad articolarsi su una struttura organizzativa basata su un doppio livello, rispettivamente, nazionale e territoriale, basato sul *Department of Health and Social Care (DHSC)* e sugli *Integrated Care Boards*.

²¹ Per una posizione molto critica v. P. RODERICK, A.M. POLLOCK, *Dismantling the National Health Service in England*, cit., p. 474. Sottolineano invece l'indeterminatezza nella composizione degli *ICBs* e *ICPs* J. MOORE, I.C. ELLIOTT, H. HESSELGREAVES, *Collaborative Leadership in Integrated Care Systems; Creating Leadership for the Common Good*, in *Journal of Change Management*, vol. 23, 4, spec. p. 361. Si vedano altresì le osservazioni di R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE Online*, 57, 1, 2023, pp. 426 ss.

²² Come osservato da G. DONZELLI, *Piero Calamandrei e la genesi dei diritti sociali*, in *Democrazia e Diritti Sociali*, 1, 2024, p. 156, le decisioni che riguardano i diritti sociali, tra cui soprattutto l'allocazione delle risorse finanziarie, è forse la «decisione più politica che si dà nell'ordinamento».

Il secondo profilo problematico è costituito dall'ingresso, diretto e indiretto, del privato sanitario (c.d. *independent providers*) negli ICBs e, soprattutto, negli ICPs²³, da cui potrebbero scaturire due conseguenze diverse e tendenzialmente opposte. Ciò, infatti, potrebbe consolidare un approccio più collaborativo tra pubblico e privato – privato che, già ora, risulta essere una componente strutturale del NHS – a partire dalla programmazione dei servizi sanitari e non solo nell'erogazione degli stessi, in cui la valorizzazione dell'equità e della tutela della salute prevalga sull'interesse del privato alla massimizzazione del profitto. Al contrario, il nuovo assetto organizzativo potrebbe determinare un'influenza eccessiva del privato sanitario sul sistema pubblico, a vantaggio del primo, a partire dalla programmazione dei servizi sanitari, a scapito dell'equità e della tutela della salute secondo una prospettiva di accesso universale e globale ai servizi. Evidentemente, mentre la prima ipotesi non sembra mettere in discussione l'effettività dei principi del modello Beveridge, che anzi potrebbero uscirne rafforzati, la seconda produrrebbe invece una deviazione – subdola tanto nella forma quanto nella sostanza – da tali principi, che nel lungo periodo potrebbe determinare una progressiva contrazione del pilastro sanitario pubblico e il consolidarsi di un secondo pilastro sanitario privato.

3.2. Scozia, Galles e Irlanda del Nord

Senza pretesa di esaustività in merito ai servizi sanitari di Scozia, Galles e Irlanda del Nord, ci si limiterà a evidenziarne i profili comuni, concernenti le rispettive modalità organizzative, che complessivamente li differenziano dal NHS inglese. Tali differenze nell'assetto organizzativo sono principalmente il risultato dell'acquisizione, da parte delle tre nazioni britanniche, della competenza piena in materia di salute dopo la *devolution* degli anni Novanta. L'introduzione di un approccio di mercato nella gestione del NHS, avviata nel Regno Unito a partire dagli anni Ottanta e tuttora presente in Inghilterra, era stata infatti molto osteggiata, in particolare dalla Scozia che, non appena possibile, ha preso le distanze da tale modello organizzativo sanitario.

In Scozia, con il *NHS Reform Scotland Act 2004*, si è posto fine alla separazione tra acquirenti e fornitori dei servizi sanitari, abbandonando così la logica di mercato alla base di tale impostazione. Inoltre, con l'approvazione del *Public Bodies Joint Working Act*,

²³ Formalmente, infatti, l'*Health and Care Act 2022* non vieta agli ICBs di nominare ulteriori *ordinary members* (in aggiunta a quelli previsti come obbligatori) e non esclude la possibilità che tali componenti rappresentino erogatori privati di prestazioni sanitarie. Gli erogatori privati di prestazioni sanitarie possono inoltre essere coinvolti indirettamente tramite i rappresentanti degli *NHS Trusts* e *foundation trusts* con cui collaborano. Più probabile, tuttavia, che i rappresentanti di *providers* privati diventino componenti degli ICPs, contribuendo così a indirizzare le decisioni rilevanti in materia di salute, senza essere direttamente coinvolti nelle sedi in cui si assumono le decisioni (ICBs). Si veda a questo proposito la *Statutory Guidance - Annex A: people and organisations to consider involving* del *Department of Health and Social Care* (aggiornata al 1 febbraio 2024) relativa alla *Integrated Care Strategy* introdotta nel 2022, che prevede espressamente tra i potenziali componenti degli ICPs gli *independent health sector providers, including providers of inpatient care*, <https://www.gov.uk/government/publications/guidance-on-the-preparation-of-integrated-care-strategies/annex-a-people-and-organisations-to-consider-involving>.

dal 2014 è stata disposta l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale tramite *partnership* tra gli *NHS Board* e gli enti locali²⁴. Lo stesso è avvenuto in Galles²⁵ dove, a partire dal 2009, sono stati istituiti i *Local Health Board* che hanno progressivamente assunto compiti programmatori, di acquisto e di erogazione delle prestazioni sanitarie in stretta collaborazione con le (22) autorità locali responsabili dei servizi di assistenza sociale. In generale, è stato adottato un approccio volto a limitare la concorrenza tra gli operatori sanitari e l'acquisto di prestazioni sanitarie da erogatori privati, incentivando invece la cooperazione tra le strutture sanitarie e tra queste e gli enti pubblici e le comunità territoriali di riferimento.

L'Irlanda del Nord, dopo l'approvazione del *Health and Social Care Reform Act NI 2009*, pur avendo mantenuto la separazione tra l'acquisto e la fornitura dei servizi sanitari (che avviene tramite cinque *HSC trust*), disincentiva la concorrenza tra i fornitori di servizi sanitari e la gestione manageriale della sanità²⁶. Anche in Irlanda del Nord le prestazioni sanitarie sono fornite quasi esclusivamente da strutture pubbliche, mentre la presenza del privato è più marcata nell'assistenza sociale. La caratteristica principale che distingue il servizio sanitario nordirlandese dagli altri tre del Regno Unito è proprio l'adozione, fin dal 1973, di un approccio integrato tra la tutela della salute e l'assistenza sociale. Di tale approccio si ha evidenza anche nel nome stesso del servizio sanitario nordirlandese che, anziché *National Health System*, si chiama appunto *Health and Social Care System (HSCS)*.

Si può quindi affermare che, dopo la *devolution*, in Scozia e in Galles si sia tornati a un modello di gestione sanitaria centralizzato e saldamente incentrato sul ruolo del sistema pubblico, che finanzia, gestisce ed eroga le prestazioni sanitarie. In Irlanda del Nord, che ha mantenuto la separazione tra acquirenti e fornitori di servizi sanitari, la logica di mercato appare comunque molto attenuata. Il *Department of Health* esercita infatti un saldo controllo pubblico sul servizio sanitario nordirlandese, che si basa su un'integrazione forte tra servizi sanitari e sociali e sulla prevenzione, con un ruolo molto contenuto del privato sanitario che rimane strettamente integrativo del servizio sanitario pubblico²⁷.

²⁴ Ciò si inseriva in un più esteso progetto di miglioramento dell'efficienza dei servizi pubblici scozzesi, come evidenziato da J.O. FROSINI, S. PENNICINO, *Permeabilità giuridica attraverso il Mare del Nord? La rilevanza comparatistica del modello nordico di governo locale nella Scozia post-Brexit*, cit., p. 1106.

²⁵ Per un'accurata descrizione del NHS gallese, v. M. LONGLEY, N. RILEY, P. DAVIES, C. HERNANDEZ-QUEVEDO, *United Kingdom (Wales): Health system review*, in *Health Systems in Transition*, vol. 14, 11, 2012, p. 57 ss.

²⁶ Per un'accurata descrizione del NHS nordirlandese, v. C. O'NEILL, P. MCGREGOR, S. MERKUR, *United Kingdom (Northern Ireland): Health system review*, in *Health Systems in Transition*, vol. 14, 10, 2012, p. 9 ss.

²⁷ L.J.M. THOMSON, H.J. CHATTERJEE, *Barriers and enablers of integrated care in the UK: a rapid evidence review of review articles and grey literature 2018–2022*, in *Front Public Health*, 2024, p. 2 ss., *Department of Health, Health and Social Care NI Reset Plan*, 2025, https://www.health-ni.gov.uk/sites/default/files/2025-07/HSC%20RESET%20final_0.pdf, si concentra sul contrasto delle disuguaglianze di salute e sul rafforzamento della prevenzione e dell'educazione sanitaria.

4. Quali prospettive per il modello Beveridge nel Regno Unito?

Dopo la *devolution*, nel Regno Unito convivono quattro servizi sanitari distinti e indipendenti l'uno dall'altro – rispettivamente in Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord – che, pur continuando a ispirarsi ai principi del modello Beveridge (universalismo, globalità e gratuità delle cure, finanziamento pubblico), risultano molto diversi per quanto attiene alle modalità organizzative.

Ad eccezione della commercializzazione e regolazione dei farmaci e delle emergenze sanitarie, l'autonomia di ciascuna nazione del Regno Unito riguarda pressoché ogni aspetto della tutela della salute: la quota di finanziamento del *welfare state* destinata alla sanità, la globalità delle prestazioni sanitarie, l'introduzione di nuovi farmaci, i rimborsi, le esenzioni e l'imposizione di *ticket* relativi a prestazioni sanitarie e farmaci, le modalità organizzative, l'integrazione tra sanitario e sociale e i contratti con il personale medico e sanitario.

Relativamente ai profili organizzativi, si possono riscontrare due diverse tendenze in atto: l'Inghilterra ha privilegiato l'efficienza del *NHS*, incentivando un'economia di quasi-mercato e una forte presenza di operatori sanitari privati; Scozia, Galles e Irlanda del Nord sembrano avere invece valorizzato maggiormente i profili dell'eguaglianza e dell'integrazione dei servizi sanitari e sociali, ritornando dopo la *devolution* a un sistema più solidamente incentrato sull'azione pubblica nelle fasi di programmazione, acquisto ed erogazione dei servizi sanitari, disincentivando la concorrenza e il ricorso al privato sanitario.

Complessivamente, la protezione della salute nel Regno Unito risulta molto frammentata, con significativi squilibri territoriali nell'accesso alle cure e ai farmaci, che mettono in tensione i principi di universalità e di accesso globale alle cure sia all'interno di ciascun *NHS*, sia tra i diversi *NHS*, soprattutto lungo la direttrice sud-nord (la c.d. “*postcode lottery*” of care). I quattro servizi sanitari risultano molto difficili da comparare, se non assumendo prospettive molto ampie (ad es. le liste d'attesa per specifiche prestazioni o l'aspettativa di vita), poiché andrebbe prima verificato quanto di questi squilibri sia imputabile ai singoli *NHS* e quanto ad altre condizioni di tipo economico-sociale e alle specifiche caratteristiche dei diversi territori²⁸.

Senza dubbio, le sfide del presente – invecchiamento della popolazione e non autosufficienza, contenimento della spesa sanitaria, integrazione tra ospedale e territorio, integrazione socio-sanitaria, progresso scientifico e tecnologico – stanno mettendo sotto tensione i principi del modello Beveridge e l'effettività della tutela della salute in tutti e quattro i *NHS*, che stanno però reagendo con risposte diverse sul piano organizzativo.

²⁸ COSÌ S. GERMAIN, G. VERONESI, *Harnessing deliberative regulation to address inequities in accessing healthcare services in England*, in *Medical Law Review*, vol. 33, 1, 2025, spec. par. IV/B. In tema di disuguaglianze e mancanza di mobilità sociale in prospettiva intergenerazionale e sulle disuguaglianze geografiche nel Regno Unito v., da ultimo, M. FRANZINI, *Divari territoriali, disuguaglianza di opportunità e giustizia sociale nel Regno Unito*, in *DPCE online*, 3, 2024, spec. p. 1824 ss.

Nei sistemi sanitari di tipo universale (e anche in quelli mutualistici) è particolarmente evidente la contrapposizione tra il mercato, che si concentra sull'individualizzazione dei servizi e sull'efficiente allocazione delle risorse, e i principi dello Stato sociale, che persegue fini di equità sociale e territoriale, secondo una logica di redistribuzione dei costi dell'assistenza individuale²⁹.

Mentre Scozia, Galles e Irlanda del Nord sembrano più solidamente orientati a conservare un ruolo forte del sistema pubblico, a mantenere intatto il circuito della responsabilità politica relativamente alle decisioni che riguardano la protezione della salute, a limitare la presenza di operatori sanitari privati e a garantire l'equità di accesso esclusivamente in base al bisogno, l'Inghilterra, soprattutto dopo la mini-riforma del NHS del 2022, sembra destare al riguardo qualche perplessità in più. In particolare, ci si interroga sul ruolo del privato sanitario, che, essendo ormai diventato una componente strutturale del NHS inglese, è stato da ultimo ammesso a partecipare alle sedi in cui si assumono le decisioni di programmazione sanitaria, che da alcuni è stata vista come una forma malcelata di *privatisation by integration*³⁰.

Un ulteriore elemento per valutare il ruolo del privato sanitario in Inghilterra può essere il rapporto tra la spesa pubblica e la spesa privata per l'acquisto delle prestazioni sanitarie. Il Regno Unito presenta, tra i Paesi OCSE, una delle quote più elevate di finanziamento pubblico pari all'84%³¹, mentre risulta più circoscritta la spesa diretta *out-of-pocket* (14,6%), per l'acquisto di assicurazioni sanitarie integrative (2,6%) e da altre fonti private (1,6%)³². Allo stesso tempo, però, la quasi totalità delle assicurazioni sanitarie private – pari a circa il 90% del mercato assicurativo sanitario britannico – viene acquistata in Inghilterra da circa il 10-12% dei residenti che si collocano soprattutto nell'area di Londra e nel *South-East*³³. Complessivamente, da un lato, ciò dimostra che in Inghilterra il servizio sanitario pubblico è ancora nettamente prevalente; dall'altro, evidenzia altresì che ha già cominciato a

²⁹ V. ancora N. GIANNELLI, *I sistemi sanitari di Stati Uniti, Germania, Regno Unito: mercato, redistribuzione e reciprocità*, cit., p. 170.

³⁰ Come osservato da M. GUY, O. ODUDU, *Understanding 'NHS privatisation': from competition to integration and beyond in the English NHS*, in *Northern Ireland Legal Quarterly*, vol. 74, 4, 2023, spec. pp. 756 ss.

³¹ Come si evince da *OECD Health Statistics 2023*, Figure 7.12. *Health expenditure from public sources as share of total health expenditure*, 2021 (or nearest year), https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report/public-funding-of-health-spending_712db152.html#figure-d1e29796-4f0dbe2216. Comparativamente in Italia la quota di spesa pubblica è pari al 75%, in Francia e Germania è del 79% e la media dei Paesi OECD è del 72%. Secondo i dati del *UK Office for National Statistics Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2024 and 2025*, che utilizza parametri diversi (come riportato nella sua pagina internet proprio in relazione ai dati OECD), il finanziamento pubblico è pari all'81%, <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2024and2025>.

³² HOUSE OF COMMONS LIBRARY, *Research Briefing, NHS Expenditure*, 2026, <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn00724/>, evidenzia come la spesa pubblica *pro capite* è più bassa in Inghilterra rispetto alla Scozia, all'Irlanda del Nord e soprattutto al Galles.

³³ THE PRIVATE HEALTHCARE INFORMATION NETWORK (PHIN), *Private market update: March 2025*, United Kingdom, 2025, <https://www.phin.org.uk/news/phn-private-market-update-march-2025-united-kingdom>.

svilupparsi un secondo pilastro di assistenza sanitaria privata, per ora di dimensioni contenute, che si affianca a quello pubblico. Tale situazione non si riscontra in Scozia, Galles e Irlanda del Nord. Nella prospettiva dell'eguaglianza, ciò significa che in Inghilterra sta emergendo una quota di popolazione che, potendo contare su redditi più alti, può accedere non solo alle prestazioni sanitarie finanziate pubblicamente, ma anche a quelle erogate dal sistema privato, che, in generale, ha liste d'attesa più contenute rispetto al pubblico. Una situazione, dunque, che tende già ora a produrre diseguaglianza nella tutela della salute e che potrebbe ulteriormente accentuarsi in futuro, con ripercussioni negative sulla coesione sociale, oltre a screditare la capacità del servizio sanitario pubblico di rispondere efficacemente ai bisogni sanitari delle persone³⁴.

Pertanto, se al momento i servizi sanitari di Scozia, Galles e Irlanda del Nord sembrano preservare intatti i principi e le finalità di solidarietà, benessere e coesione sociale del modello Beveridge, in Inghilterra il *NHS*, pur continuando formalmente a ispirarsi a tali principi, sembra aver imboccato una strada dagli esiti incerti, che potrebbe favorire il consolidamento di un secondo pilastro sanitario privato accanto a quello pubblico e acuire nel tempo le diseguaglianze di salute.

Con il rischio, dunque, di un allontanamento di fatto e non dichiarato dal modello Beveridge, finché un mattino gli stessi cittadini inglesi potrebbero svegliarsi e realizzare che il servizio sanitario che hanno sempre conosciuto semplicemente non esiste più.

³⁴ Come osservato anche da S. BAGRI, S. SCOBIE, *How much planned care in England is delivered and funded privately?*, 2023, in Nuffield Trust, <https://www.nuffieldtrust.org.uk/resource/how-much-planned-care-in-england-is-delivered-and-funded-privately>.

