



AIOP giovani

*We build
your future*

L Aiop Giovani è la sezione costituita nel 2002 da Emmanuel Miraglia allora Presidente Nazionale, con l'approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione. Lo scopo era quello di creare uno spazio di dibattito e una palestra di formazione di giovani imprenditori della sanità privata che curasse anche il passaggio generazionale all'interno dell'Aiop. Ne fanno parte i legali rappresentanti delle istituzioni aderenti all'Aiop, o i loro figli, con età minore di 40 anni. Ad oggi sono costituite 12 sezioni regionali: Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, e 2 provinciali: Trento e Bolzano. Dal 2002 a oggi Aiop Giovani è cresciuta diffondendo la sua attività sia internamente che esternamente all'Associazione, creando una realtà in cui confrontare esperienze e percorsi universitari diversi, creando comunicazione e dando vita a nuove idee. Le relazioni nazionali e internazionali curate in questi anni e le competenze tecniche maturate sono l'occasione per migliorare e amplificare quanto fatto finora. Tutto ciò servirà per un confronto istituzionale che nei prossimi anni si preannuncia sempre più complesso. ●



L Università LUISS Guido Carli, con i quattro Dipartimenti di Impresa e Management, Economia e Finanza, Giurisprudenza e Scienze Politiche si contraddistingue per: un modello formativo avanzato, la presenza di una fitta rete di scambi internazionali con Università europee ed extra-europee con le quali interagisce costantemente attraverso lo svolgimento di progetti di ricerca internazionali e la realizzazione di seminari, dibattiti e confronti su tematiche attuali e di rilievo, la collaborazione con numerose aziende e istituzioni pubbliche e private.

In tale contesto, la LUISS Business School, divisione di LUISS Guido Carli, è divenuta un punto di riferimento per il privato e per il pubblico, un hub di conoscenza ad alto valore aggiunto per la ricerca applicata e la formazione postlaurea. Sviluppa attività di ricerca applicata/consulenza e progetti di formazione/intervento "ad hoc", costruiti in funzione delle esigenze specifiche, con affiancamento su tematiche strategiche, organizzative, gestionali ed economiche, per sostenere le aziende nei processi di crescita e cambiamento.

L'Area Sanità della Luiss Business School si occupa del settore della sanità dal 1990, quando è stata istituita con la finalità di generare e diffondere nuova conoscenza nel campo, a livello di sistemi sanitari, anche attraverso attività per istituzioni quali il Ministero della Salute, le Regioni, altre istituzioni sanitarie nazionali e regionali, e a livello di gestione delle diverse filiere della sanità (farmaco, medical device, tecnologie sanitarie, sanità e socio-sanitario). L'Area Intende contribuire alla diffusione di una cultura manageriale attraverso il trasferimento di strumenti e metodologie per un'efficace ed efficiente gestione delle organizzazioni che operano nella filiera della salute, attivando processi di rinnovamento delle strutture e di introduzione di nuove professionalità specialistiche e direzionali. Competenze distintive sono l'eccellenza della faculty, le metodologie didattiche e di ricerca, le collaborazioni nazionali e internazionali. ●

L'EVOLUZIONE DEI MODELLI SANITARI INTERNAZIONALI A CONFRONTO

PER COSTRUIRE IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE DEL FUTURO



La presente pubblicazione è stata curata dalla **Luiss Business School** attraverso una stretta collaborazione con **l'Aiop Giovani – Associazione Italiana Ospedalità Privata**. È stato costituito allo scopo un apposito gruppo di lavoro scientifico misto, composto da: **Franco Fontana**, Professore Emerito, LUISS Guido Carli, Coordinatore scientifico Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School; **Cristina Gasparri**, Dirigente Responsabile Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School; **Duilio Carusi**, Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School, Docente LUISS Business School; **Chiara D'Alise**, Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School, Docente LUISS Guido Carli; **Silvia Surricchio**, Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School; **Emanuele Vecchi**, Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School; **Lorenzo Miraglia**, Presidente Aiop Giovani; **Matteo Bonvicini**, vice Presidente Aiop Giovani Area Nord; **Gianni Costa**, vice Presidente Aiop Giovani Area Centro; **Luca Valerio Radicati**, vice Presidente Aiop Giovani Area Sud; **Angelo Cassoni**, Responsabile Ufficio Studi Aiop; **Fabiana Rinaldi**, Responsabile Ufficio Comunicazione Aiop.

Con il contributo di: **Paolo Parente (ITA)**, Medico di Sanità pubblica, Istituto di Sanità Pubblica, Università Cattolica del Sacro Cuore; **Johannes Geyer (DE)**, Research Associate, DIW Berlin; **John King (CA, SE)**, member of Canadian College of Health Leader, CHE, International Facilitator, Former Executive Vice-President and Chief Administrative Officer St. Michael's Hospital; **Christophe Pascal (FR)**, Associate Professor, The Institute for Education and Research in Healthcare and Social Service Organizations, Lyon 3 Jean Moulin University; **Christopher Smith (UK)**, Team Leader for Knowledge management, The Good Governance Institute; **Thomas Ricketts (USA)**, Ph.D., MPH, Professor of Health Policy and Management, UNC Gillings School of Global Public Health.

*Un ringraziamento per il contributo apportato alla ricerca va al Professor **Walter Ricciardi**, Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità.*

Progetto grafico e impaginazione a cura di **Andrea Albanese**, Aiop

Stampato nel mese di novembre 2016
da Graficassia - Roma

©Tutti i diritti sono riservati. Le riproduzioni effettuate per finalità di carattere professionale, commerciale o comunque per uso diverso da quello personale - ad esempio Corsi di formazione - possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da **Aiop Sede Nazionale**, via Lucrezio Caro 67, 00193 Roma - email: segreteria.generale@aiop.it

I lettori che desiderano informarsi sui libri e gli studi da noi pubblicati possono consultare i nostri siti internet:
www.aiopgiovani.it - www.aiop.it - www.aioptv.it

indice

Presentazione

Lorenzo Miraglia, *Presidente Aiop Giovani*7

Prefazione

Prof. Walter Ricciardi, *Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità*9

Prof. Franco Fontana, *Professore Emerito, Coordinatore Scientifico dell'Area PA, Sanità e No Profit della LUISS Business School*11

Il sistema sanitario in Canada13

Introduzione13

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale13

Gli attori principali del sistema15

Le modalità di finanziamento del sistema16

Le modalità di erogazione dei servizi16

Dati sul Paese20

Indicatori del sistema sanitario21

Composizione della spesa21

Indicatori pro capite22

Indicatori di Efficacia23

Indicatori di Vita in Salute24

Indicatori di Efficienza25

Trend futuri26

Il sistema sanitario in Francia29

Introduzione29

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale29

Gli attori principali del sistema31

Le modalità di finanziamento del sistema33

Le modalità di erogazione dei servizi33

Dati sul Paese37

Indicatori del sistema sanitario38

Composizione della spesa38

Indicatori pro capite39

Indicatori di Efficacia40

Indicatori di Vita in Salute41

Indicatori di Efficienza42

Trend futuri43

Il sistema sanitario in Germania	45
Introduzione	45
Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale	45
Gli attori principali del sistema	47
Le modalità di finanziamento del sistema	49
Le modalità di erogazione dei servizi	50
Dati sul Paese	54
Indicatori del sistema sanitario	55
Composizione della spesa	55
Indicatori pro capite	56
Indicatori di Efficacia	57
Indicatori di Vita in Salute	58
Indicatori di Efficienza	59
Trend futuri	59
Il sistema sanitario in Italia	63
Introduzione	63
Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale	63
Gli attori principali del sistema	64
Le modalità di finanziamento del sistema	67
Le modalità di erogazione dei servizi	69
Dati sul Paese	74
Indicatori del sistema sanitario	75
Composizione della spesa	75
Indicatori pro capite	76
Indicatori di Efficacia	77
Indicatori di Vita in Salute	78
Indicatori di Efficienza	79
Trend futuri	79
Il sistema sanitario nel Regno Unito	83
Introduzione	83
Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale	83
Gli attori principali del sistema	84
Le modalità di finanziamento del sistema	85
Le modalità di erogazione dei servizi	86
Dati sul Paese	88
Indicatori del sistema sanitario	89
Composizione della spesa	89
Indicatori pro capite	90
Indicatori di Efficacia	91
Indicatori di Vita in Salute	92
Indicatori di Efficienza	93
Trend futuri	93

Il sistema sanitario in Svezia	99
Introduzione	99
Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale	99
Gli attori principali del sistema	100
Le modalità di finanziamento del sistema	101
Le modalità di erogazione dei servizi	102
Dati sul Paese	107
Indicatori del sistema sanitario	108
Composizione della spesa	108
Indicatori pro capite	109
Indicatori di Efficacia	110
Indicatori di Vita in Salute	111
Indicatori di Efficienza	112
Trend futuri	112
Il sistema sanitario negli Stati Uniti	115
Introduzione	115
Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale	116
Gli attori principali del sistema	121
Le modalità di finanziamento del sistema	123
Le modalità di erogazione dei servizi	123
Dati sul Paese	125
Indicatori del sistema sanitario	126
Composizione della spesa	126
Indicatori pro capite	127
Indicatori di Efficacia	128
Indicatori di Vita in Salute	129
Indicatori di Efficienza	130
Trend futuri	130
Comparazione dei Sistemi Sanitari	135
Caratteristiche dei sistemi a confronto	135
Dati e indicatori a confronto	142
Principali indicatori demografici e di salute dei paesi	142
Indicatori sulla spesa per la salute	146
Composizione percentuale della spesa	148
Livelli di spesa pro capite	151
Indicatori di efficacia	153
Indicatori di vita in salute	158
Indicatori di efficienza	161
Trend evolutivi a confronto	163
Conclusioni	169
Bibliografia	175

Presentazione

Lorenzo Miraglia

Presidente Aiop Giovani

Innovare, fare ricerca e migliorare costantemente le performance attraverso l'adozione di modelli e tecnologie all'avanguardia. Questo è quanto, ci si aspetta da noi "giovani" e in tale direzione deve essere indirizzata la nostra spinta propulsiva, energica e riformatrice.

Aiop Giovani, fin dalla sua fondazione, ormai più di 10 anni fa, ha voluto accogliere questa sfida con forza e ancor più ambizione, nella volontà di proiettare e consolidare il Servizio Sanitario Nazionale in quella posizione universalmente riconosciuta che lo riconosce, quale eccellenza mondiale e riferimento per tante altre nazioni evolute.

Essere un modello però, non può e non deve essere sufficiente, e per noi certamente non lo è. Le sfide in ambito sanitario aprono costantemente nuovi fronti che devono essere presidiati richiedendo soluzioni tempestive ed efficienti: ecco perché Aiop Giovani è sempre stata sensibile allo studio e all'approfondimento, in modalità propositiva, di tutti gli altri Sistemi Sanitari di riferimento mondiale, così da individuare modelli e nuovi standard da riportare in casa per migliorare costantemente le nostre performance e di conseguenza il SSN.

Dopo aver visitato Regno Unito, Stati Uniti, Canada, Francia, Germania e l'eccellenza italiana, nel 2016 abbiamo visitato la Svezia, con lo scopo di individuare il know-how distintivo dei sette Paesi che per competenze e professionalità rappresentano il riferimento cardinale nel settore

sanitario. Da qui, questo libro che ha la pretesa di rappresentare lo "stato dell'arte" del progresso sanitario dei Paesi a noi vicini o, in qualche modo, simili.

Questo primo studio, tuttavia, deve essere inserito nell'ambito di un progetto ancora più ambizioso di cui rappresenta il primo step: negli anni a venire, infatti, dall'analisi si passerà alla definizione di nuovi strumenti che potranno essere messi a disposizione per migliorare ed evolvere quanto già di buono viene fatto.

A tale fine, i sette citati sistemi sanitari delle sette economie occidentali più evolute verranno studiati e comparati con lo scopo di identificare analogie e trend comuni legati, soprattutto, alle nuove forme di finanziamento necessarie a coprire i sempre più crescenti costi dei sistemi sanitari del futuro: dal miglioramento delle tecnologie, al progresso delle performance nelle prestazioni richieste in tutto il mondo.

Il sogno, che diventerà realtà a conclusione di questo lungo percorso di studi e ricerche, è la pubblicazione di un documento che rappresenterà "La Tesi" dell'Aiop Giovani circa il futuro sistema sanitario italiano, sulla base delle migliori pratiche internazionali e delle ineguagliabili capacità di noi italiani nel "fare sanità".

Il percorso è ancora lungo, ma la strada è ben definita. Solo con lo studio e la ricerca è possibile abilitare quella innovazione in grado di generare il tanto necessario e auspicato progresso tecnologico e sociale del Paese. ●

Prefazione

Prof. Walter Ricciardi

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità

Oggi come non mai è acceso in ambito scientifico e non solo, il dibattito sulla sostenibilità dei vari Sistemi Sanitari. Il nostro Servizio Sanitario Nazionale è stato nel corso del tempo considerato da molte organizzazioni internazionali uno dei migliori, sulla base di tre indicatori:

- il miglioramento dello stato complessivo della salute della popolazione;
- la risposta alle aspettative di salute e di assistenza sanitaria dei cittadini;
- la garanzia della tutela del diritto alla salute e alle cure sanitarie a tutta la popolazione.

Secondo un citatissimo studio di Bloomberg, pubblicato nel 2014 e ripreso a intermittenza nel nostro Paese dalla stampa di settore e generalista, la sanità italiana è da podio la terza al mondo. Secondo la classifica stilata dall'agenzia americana, infatti, rappresentiamo il top in Europa in termini efficienza ed efficacia. A livello mondiale ci superano soltanto Singapore e Hong Kong.

Analizzando nel dettaglio lo studio si scopre che gli indicatori utilizzati per elaborare la classifica sono stati:

- 1) l'aspettativa di vita;
- 2) il costo del sistema sanitario in % sul Pil;
- 3) il costo del sistema sanitario pro-capite;
- 4) la variazione dell'aspettativa di vita rispetto al 2013 (in anni);
- 5) la variazione del costo della sanità pro capite;
- 6) la variazione del Pil pro-capite;
- 7) l'indice di inflazione.

Certamente classificare i sistemi sanitari in base all'efficienza (intesa come il raggiungimento dell'obiettivo prestabilito con il minor quantitativo possibile di risorse ovvero il raggiungimento dei più alti livelli di performance in relazione alle risorse disponibili) è un importante esercizio di tecnica, utilissimo agli addetti ai lavori per fotografare da una specifica angolatura la tenuta di un sistema complesso quanto quello sanitario, ma basta veramente per determinare chi meglio di altri rispetta il diritto alla tutela della salute, oggi e in chiave prospettica? E rapportare l'efficienza del sistema all'aspettativa di vita, e non a specifici esiti di salute, siamo sicuri valuti realmente i risultati di un sistema sanitario? Oppure c'è il rischio di un bias di analisi, ovvero di fotografare risultati "ereditati" frutto di condizione genetica e tradizioni culturali che solo in parte (forse) dipendono dalle azioni di politica sanitaria operate dalla nostra società?

È innegabile che anche l'Italia stia vivendo, come in realtà la gran parte dei Paesi europei, una profonda crisi economico-finanziaria che ci richiede di ripensare un modello di assistenza che sia compatibile e solidale con le esigenze dei cittadini, ma al contempo anche con quelle del contenimento della spesa, tale da assicurare, anche alle prossime generazioni, un'assistenza sanitaria pubblica e universale.

Un possibile aiuto potrebbe arrivare dalla comprensione dei meccanismi che oggi rappresentano, nel mondo, strategie vincenti di governance e sostenibilità dei sistemi sanitari dove sono operanti, attraverso un'analisi che sia tesa a cogliere quanto di buono c'è ed è stato fatto specie nella prospettiva di un miglioramento continuo

della gestione e dei risultati propri del Bene Salute. Capire processi interni ed esterni per poi tracciare nuove vie verso Sistemi Sanitari universali, efficaci, integrati e di qualità rappresenta oggi un interesse comune improrogabile. Il report che è stato strutturato, con il contributo fondamentale dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata – AIOP, è teso proprio a realizzare concretamente il tentativo di disegnare nuove vie per il nostro (e non solo nostro) SSN.

Nelle more di un cambiamento teso al miglioramento del Sistema Salute e che tenga conto delle prospettive future a partire proprio dai processi che ne hanno caratterizzato la forma attuale, confrontarsi con altri Paesi assume un valore strategico così come confrontarsi con l'evoluzione demografica, epidemiologica, culturale e sociale del nostro Paese.

Per rendere possibile il cambiamento, quindi, occorre mettere assieme tutte le energie, confrontare le buone pratiche, creare un rapporto sinergico fra tutti i protagonisti coinvolti, responsabilizzare tutte le istituzioni che operano a vari livelli e, soprattutto, (ri)realizzare un Servizio sanitario sostenibile, che abbandoni l'idea di sanità come semplice voce di costo per concentrarsi, invece, sul concetto di salute come valore e occasione di investimento per il nostro Paese e in grado di essere più vicino alle persone e ai bisogni di salute che esse esprimono.

Siamo arrivati al punto di svolta e il rischio è di disperdere i risultati raggiunti grazie al Servizio Sanitario Nazionale. Un tesoro inestimabile da difendere e supportare, soprattutto in un momento di generale difficoltà perché, come affermò Aneurin Bevan, padre del National Health Service inglese fondato negli anni del dopo guerra, "è nei momenti di difficoltà e preoccupazione, economica e sociale, che si misura la civiltà di una nazione".

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale rappresenta, ancora e per molto ancora, un bene comune da difendere, potenziare, innovare ed è un dovere di tutti concorrere al raggiungimento di questo obiettivo. ●

Prefazione

Prof. Franco Fontana

Professore Emerito, LUISS Guido Carli, Coordinatore scientifico Area PA, Sanità e No profit, LUISS Business School

“**Q**uale futuro?” è una domanda interessante, soprattutto considerando l’attuale congiuntura politico-economica e demografica e la rapidità di cambiamento che caratterizza moltissimi scenari economico-sociali a livello mondiale. Cercare di individuare dei punti di riferimento per tracciare al meglio alcune linee di sviluppo dei sistemi sanitari è un percorso ulteriormente complesso considerando che un sistema sanitario, al netto delle proprie peculiarità, è strettamente connesso al contesto di riferimento.

Da qui deriva l’importanza di un corretto disegno di un sistema sanitario per lo sviluppo di un sistema Paese, nonché l’esigenza di orientarsi verso modelli innovativi e sostenibili di sistemi sanitari che costituiscono non solo un valore di per sé, ma anche un driver per la crescita sotto il sempre più stringente vincolo della sostenibilità economica e finanziaria.

Dal punto di vista economico-finanziario, infatti, si assiste generalmente sul panorama internazionale ad una contrazione delle risorse disponibili, seguita spesso da politiche di tagli alla spesa e riduzione del finanziamento per i servizi sanitari.

Sul versante clinico-assistenziale, si assiste invece da un lato ad un’evoluzione epidemiologica con invecchiamento della popolazione, aumento delle cronicità e delle malattie non trasmissibili; dall’altro all’impiego di metodologie di cura con requisiti tecnologici, assistenziali e terapeutici sempre più avanzati. Entrambi i fenomeni comportano una maggiore richiesta di spesa e contrastano evidentemente sul piano dell’assorbi-

mento delle risorse con i sempre più stringenti vincoli di bilancio che i vari Paesi si trovano a dover gestire.

Di fronte a questi stimoli proposti dall’ambiente esterno nessun sistema rimane immobile e le sfide per il cambiamento possono trovare soluzioni varie e diverse, ed ogni sistema è un laboratorio per la verifica dell’efficacia delle stesse.

I Paesi coinvolti in questa ricerca sono tutti impegnati nello sviluppo della propria organizzazione al fine di ottimizzare le risorse impiegate e trasferire la maggior salute possibile ai propri cittadini e lo fanno seguendo dei percorsi autonomi che però - per varie cause di natura demografica, normativa, migratoria - talvolta si incrociano e convergono.

Alcune tematiche in materia di riorganizzazione dei sistemi sanitari, come l’ampiezza della tutela e della copertura offerte, lo sviluppo delle cure primarie, la riorganizzazione dell’offerta ospedaliera, la massimizzazione degli *outcome*, la composizione della spesa, ed alcuni elementi quali l’osservazione degli *amenable diseases* e la vita in salute forniranno validi strumenti per la lettura di questi percorsi.

Per definire alcuni elementi utili a cercare una risposta a “quale futuro?”, in questa ricerca ci si è allora voluti concentrare proprio sui trend evolutivi espressi anche da *opinion leader* dei vari Paesi coinvolti e sui punti di convergenza dei percorsi che i sistemi analizzati hanno intrapreso, nella convinzione che si possa fare affidamento sull’osservazione reciproca di sistemi sanitari maturi, come quelli analizzati, per individuare soluzioni efficaci a rispondere alle sfide esistenti. ●

il sistema sanitario in Canada

Introduzione

Il sistema sanitario canadese, noto anche come *Medicare*, è stato progettato per garantire accesso ai servizi medici e ospedalieri a tutti i residenti.

Non esiste un unico sistema sanitario nazionale, ma sono presenti quattordici sistemi universalistici – gestiti da 10 province, tre territori del nord e dal governo federale – che forniscono servizi sanitari primari e complementari alla popolazione. Nella maggior parte delle province, i servizi sanitari sono organizzati e forniti da autorità sanitarie regionali, i cosiddetti *RHAs*, o *Regional Health Authorities*.

Il sistema sanitario è amministrato in ogni provincia attraverso un unico ente

pubblico, il quale è inoltre il responsabile della legislatura provinciale; tuttavia tutti i piani di assistenza sanitaria provinciali devono essere esportabili all'interno del Canada, ciò significa che c'è un riconoscimento reciproco dei sistemi tra le varie province.

Il sistema sanitario canadese è sovvenzionato principalmente da entrate fiscali: circa il 70% della spesa sanitaria proviene, infatti, da fondi pubblici, mentre il 15% da pagamenti diretti da parte degli utenti e il 12% da assicurazioni private; il restante 3% proviene da contributi sociali, donazioni per la ricerca e altre fonti. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

Il Canada è una monarchia costituzionale basata su un sistema parlamentare in stile britannico ed è il secondo più grande Paese del mondo per estensione.

Il sistema sanitario del Canada, comunemente noto come *Medicare*, è un sistema complesso e decentrato. In realtà, non esiste un unico sistema sanitario nazionale, ma sono presenti quattordici singoli sistemi – ripartiti fra le 10 province pubbliche, i tre territori del nord e il governo federale – che forniscono servizi sanitari di base e supplementari per una gran parte della popolazione, comprese le minoranze "*First Nations*", "*Inuit*" e "*Metis*", la polizia federale, i veterani, il personale militare e i detenuti nelle prigioni federali.

Il sistema sanitario canadese è guidato dalle disposizioni del "*Canada Health Act*" del 1984, la legge che definisce gli standard canadesi in merito alla sanità.

Il sistema di assicurazione sanitaria canadese è stato progettato per garantire che tutti i residenti delle province e dei territori possano beneficiare dei servizi medici e osp-

dalieri su base prepagata, senza alcun ulteriore pagamento per i servizi coperti dall'assicurazione.

Il *Canada Health Act* stabilisce che gli assicurati siano i residenti di una provincia e definisce inoltre un residente come: *“una persona regolarmente in diritto di essere o di rimanere in Canada, che è normalmente presente nella provincia, ma non include turisti e visitatori”*.

Il *Canada Health Act* definisce nove requisiti che le province e territori devono soddisfare per beneficiare dell'intero importo loro dedicato. I requisiti sono:

- cinque criteri programmatici che si applicano solo ai servizi sanitari coperti da assicurazione;
- due condizioni che si applicano ai servizi sanitari coperti da assicurazione e ai servizi sanitari estesi;
- due clausole per i servizi il cui pagamento è a carico dei pazienti.

Il *Canada Health Act* è ispirato a cinque principi nazionali che possono essere così riassunti:

1. Universalità: tutti i residenti assicurati hanno diritto allo stesso livello di assistenza sanitaria;
2. Completezza: tutti i servizi sanitari necessari, compresi gli ospedali, medici e cure dentali, devono essere assicurati;
3. Accessibilità: sono scoraggiate barriere finanziarie o di altro tipo alla fornitura di servizi sanitari finanziati con fondi pubblici, così facendo i servizi sanitari sono a disposizione di tutti i canadesi in base alle loro necessità;
4. Portabilità: tutti i canadesi sono coperti da assicurazione sanitaria pubblica, anche quando viaggiano in Canada, quando sono fuori dal Canada o si spostano da una provincia all'altra;
5. Pubblica Amministrazione: tutta l'amministrazione provinciale deve essere eseguita da un ente pubblico su base non-profit.

Il governo federale è responsabile inoltre per la sicurezza e l'efficacia dei dispositivi medici, dei prodotti farmaceutici e dei prodotti naturali per la salute, gestisce i fondi per la ricerca sanitaria e amministra diverse ulteriori funzioni di sanità pubblica.

La residenza in una provincia o territorio rappresenta quindi il requisito fondamentale per la copertura assicurativa sanitaria provinciale/territoriale. Ogni provincia o territorio è responsabile della determinazione dei requisiti minimi di residenza per quanto riguarda l'idoneità di un individuo a godere dei benefici previsti. Il *Canada Health Act* non fornisce indicazioni sui requisiti di residenza, ma la maggior parte delle province e territori richiede ai residenti di essere fisicamente presenti 183 giorni l'anno, oppure di fornire la prova della loro intenzione di tornare in provincia.

Gli immigrati privi di documenti, tra cui i profughi con richiesta d'asilo negata, coloro che rimangono in Canada oltre la durata di un permesso legale, e coloro che entrano nel Paese "illegalmente", non sono coperti da nessun programma federale o provin-

ciale, tuttavia, sia le province sia i territori forniscono loro i servizi essenziali.

I piani di assicurazione sanitaria provinciali e territoriali sono tenuti a fornire agli assicurati la copertura dei seguenti servizi: servizi ospedalieri, se sono medicalmente necessari ai fini del mantenimento della salute, prevenzione delle malattie, servizi diagnostici o trattamenti per un infortunio, malattia o disabilità.

Province e territori possono anche offrire ulteriori "benefits" all'interno dei loro rispettivi piani di assicurazione sanitaria. Questi benefici sono spesso dedicati a specifici gruppi di popolazione (ad esempio bambini o anziani), possono essere parzialmente o completamente coperti da assicurazione, variano tra le diverse province e territori e possono riguardare la prescrizione di farmaci, le cure dentistiche, l'optometrica, la chiropratica, e i servizi di ambulanza.

Alcuni servizi forniti da ospedali e medici non sono, invece, considerati necessari da un punto di vista medico e pertanto non sono coperti da piani di assicurazione sanitaria provinciali e territoriali e sono interamente a carico dei pazienti che ne usufruiscono. Tali servizi includono: alloggio in ospedale se non prescritto da un medico, servizi di cura privata, rinnovi prescrizione per telefono, fornitura di certificati medici richiesti per lavoro, scuola, fini assicurativi o agonistici, testimonianza in tribunale, servizi cosmetici.

Gli attori principali del sistema

Il Canada ha un sistema sanitario finanziato prevalentemente dal pubblico, con circa il 70% della spesa sanitaria finanziata attraverso le entrate fiscali dei governi federali, provinciali e territoriali. Allo stesso tempo, la fornitura di servizi sanitari è molto decentralizzata per tre motivi:

il finanziamento e la fornitura della maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria sono responsabilità delle province e dei territori;

i medici sono considerati collaboratori indipendenti;

esistono numerose organizzazioni responsabili della salute pubblica, dalle autorità sanitarie regionali (RHAs) agli ospedali gestiti da privati.

Le province e i territori canadesi gestiscono autonomamente i propri piani di "Medicare". I servizi ospedalieri, diagnostici e medici necessari sono gratuiti per tutti i residenti provinciali e territoriali. Oltre a questi, i governi forniscono altri beni e servizi sanitari, come l'assistenza *long term*, l'assistenza domiciliare e la prescrizione di medicinali. Il governo federale è competente per gli aspetti sanitari specifici, tra cui la regolamentazione dei farmaci, la prescrizione e la sicurezza; il finanziamento e la gestione di una serie di servizi per i "First Nations" e gli "Inuit"; la copertura assicurativa sanitaria pubblica per i membri delle forze armate canadesi, per i veterani, per i detenuti nei penitenziari federali e richiedenti asilo. Inoltre, il governo federale ha anche importanti responsabilità nei settori della sanità pubblica, ricerca sanitaria e la raccolta di dati.

Nella maggior parte delle province, i servizi sanitari sono organizzati e forniti da autorità sanitarie regionali (RHAs, o *Regional Health Authorities*) organizzate geograficamente. Le RHAs sono state delegate dai ministri provinciali della salute per ammi-

nistrare gli ospedali, per garantire assistenza istituzionale e comunitaria nell'ambito delle aree geografiche di loro competenza, fornendo direttamente i servizi o attraverso ad altre organizzazioni sanitarie o fornitori.

Le modalità di finanziamento del sistema

La principale fonte di finanziamento del sistema sanitario è la tassazione: circa il 70% della spesa sanitaria proviene, infatti, da fondi pubblici.

Dopo un periodo di contenimento della spesa nella prima metà degli anni '90, la spesa pubblica è cresciuta rapidamente, con un tasso di crescita superato solo dalla spesa sanitaria privata. Poiché la spesa sanitaria è cresciuta più rapidamente delle entrate pubbliche, sono state sollevate diverse preoccupazioni circa la sostenibilità del bilancio della sanità pubblica.

La spesa privata è suddivisa in due settori: pagamenti diretti da parte degli utenti – che coprono circa il 15% della spesa sanitaria nazionale – e le assicurazioni private – che coprono il 12% di tale spesa. Il restante 3% della spesa nazionale per le cure sanitarie proviene da contributi sociali, le donazioni per la ricerca e altre fonti.

Poiché il sistema "Medicare" canadese impedisce l'addebito di costi aggiuntivi ai pazienti, i pagamenti cosiddetti "out of pocket" vengono considerati solamente nella sanità privata. In ogni caso, i pagamenti diretti dei pazienti sono quasi inesistenti in Canada: non sono stati documentati in nessun sistema sanitario provinciale o territoriale.

L'assicurazione sanitaria privata è, invece, impiegata in settori come le cure dentistiche, la prescrizione di farmaci e l'assistenza *long term*. Circa il 75% dei cittadini canadesi ha sottoscritto una qualche forma di assicurazione sanitaria privata integrativa; molti di essi ricevono tale assicurazione attraverso i propri datori di lavoro.

Le modalità di erogazione dei servizi

Il primo contatto, in caso di necessità di assistenza sanitaria, per i cittadini canadesi è rappresentato da un professionista di cure primarie (in genere costituito da un medico di famiglia, un infermiere, un fisioterapista oppure un farmacista). Tali professionisti coordinano i servizi di assistenza sanitaria dei pazienti al fine di garantire, qualora fossero necessari servizi più specializzati, la continuità delle cure e la facilità di movimento in tutto il Paese. I servizi di assistenza sanitaria di base spesso includono: la prevenzione e il trattamento delle malattie più comuni e delle lesioni; i servizi di emergenza di base; il coordinamento con gli altri livelli di cura, come l'ospedale o le cure specialistiche; la cura della salute mentale primaria; le cure palliative; la prevenzione della salute; lo sviluppo del bambino; l'assistenza alla maternità; i servizi di riabilitazione.

I medici che operano in uno studio privato sono generalmente retribuiti attraverso tariffe negoziate tra i governi provinciali o territoriali e le associazioni mediche delle rispettive giurisdizioni. Gli infermieri e altri operatori sanitari sono, invece, retribuiti tramite stipendi negoziati tra i loro sindacati e datori di lavoro.

La maggior parte degli ospedali canadesi è gestita da comitati di comunità, organizzazioni di volontariato o municipalità. Gli ospedali sono finanziati attraverso i bilanci annuali, negoziati con i ministeri provinciali e territoriali di salute o con le autorità sanitarie regionali. In alternativa, i servizi sanitari possono essere forniti in casa o nella comunità del paziente (solitamente la cura a breve termine) e nelle istituzioni (per lo più *long term care* e la cura di malattie croniche). La maggior parte di questi servizi non è coperta dal *Canada Health Act*; tuttavia, tutte le province e territori offrono e finanziano i servizi di assistenza domiciliare.

Le persone parzialmente o totalmente incapaci hanno diritto ad un'assistenza a breve termine, a quella infermieristica specializzata e a quella a domicilio. I servizi sanitari forniti in strutture di *long term care* sono finanziati dai governi provinciali e territoriali, mentre il vitto e l'alloggio è a carico del singolo paziente; in alcuni casi, tuttavia, questi pagamenti sono sovvenzionati dai governi provinciali e territoriali.

Le cure palliative sono fornite sia attraverso gli ospedali e le strutture di *long term care*, tramite gli *hospice* oppure direttamente presso l'abitazione del paziente. Per i malati terminali, tali cure comprendono anche il sostegno medico e psicologico.

Gli ospedali sono un mix di pubblico e privato, prevalentemente organizzazioni non-profit, spesso gestiti a livello locale da parte delle autorità regionali. Nelle province con le autorità sanitarie regionali, molti ospedali sono di proprietà pubblica, mentre in altre province, come ad esempio in Ontario, sono prevalentemente private non-profit. Non vi sono informazioni sul numero di cliniche private a scopo di lucro (per lo più diagnostiche e chirurgiche).

Tuttavia, non sarebbe corretto caratterizzare gli ospedali come completamente di natura privata perché i governi provinciali hanno una notevole autorità sul loro funzionamento. Mentre la natura di tale autorità può differire da una provincia ad un'altra, in genere è il governo provinciale a fornire i budget complessivi degli ospedali, oltre ad avere diritto di veto sulle grandi decisioni finanziarie. I governi provinciali hanno anche il potere di determinare il numero dei servizi offerti da un ospedale.

Nell'esaminare questa idea di controllo del governo provinciale dell'assistenza sanitaria, è utile analizzare la struttura amministrativa degli ospedali in una particolare giurisdizione come l'Ontario.

In Ontario sono presenti 211 ospedali, la maggior parte dei quali è costituita da enti privati senza scopo di lucro (Governo dell'Ontario, 2010). Ogni ospedale, pur attenendosi ai principi del "*Provincial Corporations Act*", è libero di stabilire la propria struttura di governance interna che, nella maggior parte dei casi, comprende un consiglio di amministrazione. Questi consigli hanno la responsabilità legale e gestionale dell'ospedale e a loro è affidata l'amministrazione delle attività quotidiane, come la gestione finanziaria, la pianificazione, le cure ambulatoriali, i servizi di imaging e di laboratorio.

Il governo dell'Ontario, tuttavia, esercita una notevole autorità su questi ospedali e sui loro consigli. I finanziamenti per i servizi ospedalieri sono, infatti, forniti dal governo provinciale attraverso le assegnazioni di budget annuali. Questo finanziamento spesso si basa su una serie di fattori, primo fra tutti le esigenze finanziarie passate; tuttavia, il governo provinciale ha la possibilità di aumentare o diminuire tale finanziamento a proprio piacimento. Gli ospedali devono anche operare secondo le norme provinciali,

che nel caso dell'Ontario sono contenute nell' "*Ontario's Public Hospitals Act*".

A livello statale, il Ministero della Salute canadese sviluppa e applica le policy operative a cui gli ospedali devono attenersi circa i servizi che forniscono e i loro processi decisionali e finanziari. In questo contesto, i consigli degli ospedali devono presentare ulteriori piani operativi annuali al governo e devono ottenere l'approvazione del ministero prima di apportare modifiche ai servizi che offrono.

La maggior parte degli ospedali in Canada opera quindi in questo modo semi-privato, tuttavia, alcuni ospedali sono completamente privati, e operano sia con che senza scopo di lucro. Questi ospedali esistevano ancor prima della nomina dei governi provinciali al ruolo di amministratori di assistenza sanitaria e sono quindi stati autorizzati a continuare a fornire servizi medici. L'Ontario, per esempio, ha otto ospedali privati, regolati dal "*Private Hospitals Act*" e finanziati dal Governo provinciale attraverso le assegnazioni annuali di budget.

Negli ultimi anni, alcune province hanno anche sperimentato una maggiore partecipazione privata negli ospedali attraverso partenariati pubblico-privato (comunemente indicati come "modelli P3"). Il modello P3 prevede che una società privata costruisca e possieda l'edificio fisico dell'ospedale e poi affitti lo spazio. Sotto il modello P3 inoltre, la società privata proprietaria dell'edificio fisico è anche responsabile per la sua manutenzione. Esempi di ospedali P3 in Canada sono: Royal Ottawa Mental Health Centre (Ontario), Brampton Civic Hospital (Ontario), e l'Abbotsford Regional Hospital and Cancer Centre (British Columbia). La partecipazione privata nel sistema sanitario si verifica anche al di fuori del settore ospedaliero. L'assistenza residenziale per gli anziani, per esempio, è spesso fornita da società private a scopo di lucro e le strutture di assistenza per anziani sono spesso amministrate da imprese private.

Molte province hanno inoltre permesso lo sviluppo di strutture mediche specializzate private. Queste strutture non operano come gli ospedali tradizionali, ma offrono servizi specifici e integrativi. Un esempio sono le cliniche MRI (risonanza magnetica), che esistono in British Columbia, Alberta, Manitoba, Ontario, Quebec e Nova Scotia.

Nel corso degli ultimi quaranta anni si è registrata una forte crescita nel settore dell'assistenza domiciliare: solo nel corso degli ultimi quindici anni il numero delle persone servite da tali servizi è raddoppiato e si stima che altri 500.000 individui accedano ai servizi di assistenza domiciliare non finanziati dal governo.

Secondo una recente ricerca, molti canadesi stanno adottando uno stile di vita tale che permetterà loro di festeggiare il centesimo compleanno. Mentre un allungamento della durata media di vita può essere visto come un grande dono per i cittadini, la ricerca condotta dal CLHIA dimostra che il sistema sanitario canadese, al momento non è finanziariamente pronto ad affrontare eventuali esigenze di assistenza *long term*. Molti canadesi ritengono – erroneamente – che la cura a tempo pieno in una struttura di *long term care* sia interamente pagata dai programmi di assistenza sanitaria, ma in realtà i tali programmi del governo coprono solo una parte dei costi per una casa di cura o per altre strutture specializzate di assistenza residenziale. Sui singoli pazienti (o sulle loro famiglie) ricade l'onere di pagare la parte rimanente dei costi associati a una situazione di assistenza *long term*. Tuttavia, la maggior parte dei canadesi non ha ancora contemplato la necessità di inserire nel proprio piano pensionistico l'assistenza per la Long Term Care: secondo il sondaggio *Leger Marketing*, condotto per conto

della CLHIA, tre quarti dei canadesi, ben il 74%, ammette di non avere alcun piano finanziario per pagare le cure *long term*, qualora ve dovesse essere necessità. Per quanto riguarda la salute pubblica in Canada, vi è un crescente numero di evidenze su ciò che rende le persone sane. Il *Rapporto Lalonde* gettò le basi nel 1974 attraverso la definizione di un quadro dei fattori chiave che sembravano determinare lo stato di salute: stile di vita, ambiente, biologia umana e servizi sanitari. Da allora, sono state portate numerose prove a supporto di questo rapporto. In particolare, è evidente che una maggiore spesa per l'assistenza sanitaria non si traduce necessariamente in significativi miglioramenti nella salute della popolazione; d'altra parte, vi sono indicazioni forti sull'importanza di altri fattori fondamentali per una popolazione sana, come le condizioni di vita e di lavoro. È emerso che i fattori chiave che influenzano la salute della popolazione sono: il reddito e lo status sociale, le reti di sostegno sociali, l'educazione, le condizioni di lavoro, gli ambienti sociali e fisici, lo sviluppo sano del bambino, la biologia e il patrimonio genetico, i servizi sanitari e la cultura, e spesso questi fattori sono correlati tra loro. Ad esempio, un basso peso alla nascita può creare problemi non solo durante l'infanzia, ma anche in età adulta. La ricerca mostra inoltre una forte relazione tra livello di reddito della madre e il peso alla nascita del bambino e con effetti visibili non solo per la popolazione a basso reddito. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	35.182.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	80.9%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	82	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	25	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	41.170	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPA e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	1,72	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	2,068	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2010)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa		
Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	1.556.730,6	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ¹ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	10,9%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	18,5%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	69,8%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	30,2%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	41%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	50,1%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	15,1%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

¹Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	4.759	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	3.322	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1.212,5	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	1.338,1	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite (PPP int. \$)	765,82	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	623,29	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	49%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	7,4	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	87,7%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	6,7%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno più vicino)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	n.a.	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006 - 2007)(tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	n.a.	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	11%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	72	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	18.838	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ² . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ³ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	22%	
Uomini	32%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	7%	
2. Malattie non trasmissibili	83%	
3. Lesioni	11%	

² Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

³ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	15.754	Spesa media per dimissione ospedaliera (AIOP, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	8.320	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ⁴ (OECD, 2012)
Degenza media del ricovero per acuti	7,6	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ⁵ (OECD, 2012)

⁴ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

⁵ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Le tendenze future possono essere riassunte come segue:

Invecchiamento della popolazione

La popolazione del Canada sta invecchiando a causa della diminuzione della fertilità e dell'aumento delle aspettative di vita. Di conseguenza, il numero di anziani sta superando il numero di bambini e la proporzione degli anziani (> 80 anni) aumenterà drasticamente.

La crescita della popolazione, e in particolare la crescita della quota di popolazione in età lavorativa, dipende dalla migrazione (globalizzazione). Entro l'anno 2030, quando le morti dovrebbero iniziare a superare il numero di nascite, l'immigrazione sarà l'unica fonte di crescita della popolazione.

Il Canada ha già una popolazione etnicamente diversa, e questa caratteristica è destinata ad aumentare in questo secolo. Attualmente, quasi il 20% della popolazione del Canada è nato all'estero, percentuale tra le più alte al mondo (12,5% negli Stati Uniti).

Miglioramento tecnologico

I progressi della biomedicina sono stati facilitati e ulteriormente migliorati grazie alla tecnologia. Le tecnologie sviluppate nella seconda parte del 20° secolo, come le fibre ottiche e l'imaging digitale, sono state migliorate e integrate con altre tecnologie. Ci sono ormai moltissime informazioni e dati disponibili, di conseguenza il mondo ICT nel settore sanitario sta per diventare la base da applicare a tutti i sistemi e programmi.

Spesa pubblica

Negli ultimi dieci anni la spesa pubblica del Canada per l'assistenza sanitaria è aumentata ad un ritmo molto elevato sollevando preoccupazioni circa la sostenibilità del sistema sanitario del Paese. La spesa totale per l'assistenza sanitaria nel 2013 è stata pari a circa 206 miliardi di dollari, pari all'11,3% del PIL. La spesa dovrebbe aumentare in media del 4,5% l'anno (in termini nominali di valuta locale) nel quadriennio 2014-2018, fino a 464.3 miliardi di dollari. La quota di assistenza sanitaria del PIL dovrebbe aumentare marginalmente entro il 2018, all'11,6 per cento.

Erogazione della cura inter-professionale

È evidente che i risultati e la salute dei pazienti possono migliorare grazie al lavoro di team interprofessionali formate da medici, infermieri, medici specialistici e altri operatori sanitari. Sarà necessario quindi aumentare il numero dei professionisti all'interno di questi team e soprattutto aumentare il numero dei team stessi.

Contenimento dei costi

La sostenibilità economica del sistema sanitario e l'aumento dei costi di assistenza sanitaria costringeranno i governi a puntare sulla qualità e l'efficienza.

Integrazione dei servizi

La maggior parte delle province ha ristrutturato il proprio sistema sanitario e sta promuovendo le cure in ambienti moderni. Si cercherà di ridurre la dipendenza dagli ospedali e di attivare maggiori programmi di finanziamento. Sarà fondamentale far sì che assistenza domiciliare, farmaci e servizi di riabilitazione siano all'ordine del giorno.

Risorse umane impiegate in sanità

Attualmente in Canada la domanda e offerta per gli operatori sanitari è abbastanza stabile, però, a volte, l'equilibrio si sposta. Pertanto, è importante che i governi abbiano strategie e piani chiari per sopperire le esigenze future professionali di risorse umane.

Cura incentrata sul paziente

I canadesi hanno abbracciato il concetto di cura incentrata sul paziente e hanno cercato di migliorare l'esperienza del paziente su tutti i livelli di cura del sistema sanitario. Strategie di coinvolgimento del paziente devono essere previste e incentivate in futuro. Questi piani strategici includono prima di tutto la sicurezza del paziente, quindi l'aumento dell'efficacia e dell'efficienza in termini di riduzione drastica di errori medici e di eventi avversi.

Technology assessment

Il Canada si è dimostrato alquanto conservatore nella diffusione di nuove tecnologie nel sistema. In realtà, la valutazione tecnologica (HTA) continua ad essere una priorità per i governi, ma le nuove tecnologie non vengono introdotte fino a quando non ci siano prove evidenti dei vantaggi per il paziente. ●

il sistema sanitario in Francia

Introduzione

In precedenza classificato dall'OMS come il sistema sanitario con la migliore performance, il sistema francese condivide, con i Paesi vicini, diverse sfide. Non solo l'aumento continuo delle spese sanitarie, ma anche un uso estremamente elevato di farmaci, associato con solo un blando tentativo di incorporare il contenimento dei costi negli obiettivi della politica sanitaria, hanno reso nel corso degli ultimi anni il sistema suscettibile di numerose critiche.

Dal 2004, diverse riforme hanno cercato di affrontare queste sfide e di migliorare sia l'organizzazione sia la gestione del sistema sanitario nel suo complesso. I responsabili politici hanno cercato di influenzare il comportamento degli operatori sanitari e del pubblico utilizzando incentivi economici e non-eco-

nomici, in modo da promuovere un sistema di "gate keeping" per le cure primarie, pagamenti basati sulle singole attività e libertà di gestione ai singoli ospedali, nonché istituire agevolazioni per l'utilizzo di farmaci generici, un supporto per la formazione nella pratica medica e investimenti in campagne di informazione e di prevenzione per la salute pubblica.

Tuttavia, è ancora troppo presto per poter affermare con sicurezza se e come queste riforme possano effettivamente aver portato ad un cambiamento definitivo e sostenibile nel lungo periodo nel sistema sanitario, o se l'esperienza francese potrà essere successivamente esportata come modello in altri Paesi europei. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

Il sistema sanitario francese può essere descritto come un modello misto, strutturalmente basato su un approccio bismarckiano, ma con obiettivi come universalità e unità, che stanno portando verso un sistema sempre più di tipo Beveridge. Sono presenti sia un'assicurazione sanitaria statutaria (o "statutory health insurance", SHI), che un'assicurazione sanitaria volontaria (o "voluntary health insurance", VHI).

Il sistema di assicurazione statutaria rappresenta il risultato di un processo di oltre cinquanta anni di riforme (dalla sua creazione nel 1945, all'estensione della copertura a tutti i residenti nel 2000) e, attraverso vari regimi, copre attualmente il 99,9% della popolazione residente, mentre il sistema di assicurazione volontaria ha un ruolo complementare fornendo principalmente una forma di rimborso per le compartecipazioni dei cittadini alla spesa sanitaria.

Tutti i lavoratori sono tenuti a versare parte del loro reddito in un fondo di assicurazione sanitaria non competitivo, che permette di condividere i rischi legati alle malattie e prevede il rimborso delle spese mediche in quote variabili. I figli e coniugi delle persone assicurate possono beneficiare dei medesimi benefici. Le assicurazioni sono erogate da agenzie non-profit che ogni anno prendono parte ai negoziati con lo Stato sul finanziamento globale dell'assistenza sanitaria.

L'accesso al sistema di assicurazione statutaria è acquisito attraverso l'attività lavorativa, oppure è concesso come un beneficio statale alle persone (e le loro famiglie) che hanno perso il lavoro, ma sono stati precedentemente impiegati, agli studenti e ai pensionati. Lo Stato, inoltre, copre le spese di assicurazione sanitaria di tutti coloro che sono residenti, ma che non hanno diritto all'assicurazione sanitaria (ad esempio, coloro i quali non hanno mai lavorato o che sono disoccupati da oltre due anni) e finanzia i servizi sanitari per i residenti non ancora legalizzati che hanno presentato domanda per la residenza. I visitatori provenienti dall'Unione Europea sono coperti dalla tessera di assicurazione sanitaria europea, mentre i visitatori extra-europei sono coperti solo per le cure d'emergenza.

Il sistema di assicurazione statutaria è composto da diversi schemi. I tre schemi principali e i relativi beneficiari (dati relativi al 2014) sono:

- lo schema generale (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés; CNAMTS), che copre sessanta milioni di dipendenti nel commercio e dell'industria e le loro famiglie (i quali rappresentano il 91% della popolazione);
- il regime agricolo (Mutualité sociale agricole, MSA), che copre gli agricoltori e i dipendenti agricoli e le loro famiglie (3,3 milioni di persone, circa il 5% della popolazione);
- e lo schema per i lavoratori autonomi (Régime social des indépendants, RSI), che copre artigiani e lavoratori autonomi (ad eccezione dei lavoratori autonomi agricoli), tra cui i liberi professionisti (4,2 milioni di persone, circa il 6% della popolazione).

Vi sono inoltre schemi minori, che coprono altre categorie di popolazione; molti di questi sono legati al regime generale (come è il caso dell'assicurazione per dipendenti pubblici locali e nazionali, medici che lavorano in virtù di accordi sanitari statali, studenti e personale militare), mentre altri schemi (come quelli per minatori, dipendenti statali ferroviari e bancari, clero, marinai) hanno una particolare forma di organizzazione e operano in modo autonomo. A causa dei cambiamenti sociali e demografici, la popolazione coperta dal regime agricolo e da alcuni dei sistemi più piccoli si sta restringendo e invecchiando.

Ciascuno dei tre principali schemi di assicurazione è costituito da un fondo nazionale di assicurazione malattia e da una serie di strutture locali che corrispondono a diversi livelli di distribuzione geografica. Nel caso del regime generale, possiamo trovare:

- 105 fondi locali (nella Francia metropolitana), che hanno come base geografica i distretti e si occupano dell'aggregazione degli abitanti

appartenenti ad una determinata area geografica e del rimborso dei costi dei trattamenti;

- 16 fondi regionali (che coprono aree con un'estensione maggiore della regione amministrativa), le cui competenze sono limitate a infortuni sul lavoro e malattie professionali, e (relativamente alle malattie professionali) al controllo degli ospedali e dell'attuazione di misure preventive. I fondi regionali, di conseguenza, hanno un mandato diverso da quello dei fondi locali.

I lavoratori non hanno la facoltà di scegliere di non aderire al sistema di assicurazione statutaria, tranne in alcuni casi specifici (espatriati e dipendenti di società internazionali o istituzioni). Allo stesso modo, non vi è concorrenza tra i vari schemi assicurativi perché un individuo non può scegliere a quale schema appartenere.

Un elemento importante del sistema assicurativo francese è la solidarietà: maggiormente una persona è malata, minore è il pagamento che questa deve corrispondere al sistema sanitario. Questo principio si traduce nel rimborso completo delle spese sanitarie (o nell'esenzione alla compartecipazione alle spese) per le persone affette da patologie gravi o croniche, ad esempio tutte le malattie che comportano rischi vitali, come il cancro, l'AIDS, o le malattie mentali di grave entità, per le quali il paziente è molto dipendente dell'assistenza medica.

Per le prestazioni non coperte dal sistema assicurativo statutario, è disponibile una vasta gamma di piani complementari (e volontari) di assicurazione privata. Questo tipo di assicurazione è spesso sovvenzionato dal datore di lavoro (in particolare, dall'inizio del 2016, l'assicurazione sanitaria volontaria è obbligatoria nel settore privato, e il datore di lavoro è tenuto a sottoscrivere per i propri dipendenti dei contratti di assicurazione di gruppo e sovvenzionarli per il 50%), e quindi i premi sono solitamente di modesta entità.

Storicamente il ruolo di tale sistema è stato complementare. In Francia, infatti, a differenza di altri Paesi, l'assicurazione privata non è utilizzata per ridurre i tempi nelle liste d'attesa delle strutture pubbliche o per ottenere l'accesso in strutture sanitarie d'élite. Tale assicurazione offre, invece, un indennizzo per la differenza tra le spese sostenute dai cittadini e quelle rimborsate dall'assicurazione sanitaria statutaria e il rimborso ad una più vasta offerta di beni e servizi sanitari in parte o affatto coperti dall'assicurazione statutaria (come ad esempio, le cure dentali e ottiche, la chirurgia *short-site*, o la degenza in una camera singola anziché in condivisione).

Gli attori principali del sistema

La definizione della politica sanitaria e la regolamentazione del sistema sanitario sono di competenza dello Stato (Parlamento, Governo e vari ministeri), del sistema di assicurazione sanitaria statutaria e, in misura minore, delle comunità locali, in particolare a livello regionale.

Dal 1996, il Parlamento approva ogni anno una legge finanziaria e sulla previdenza. Tale legge, proposta dal Governo, stabilisce in primo luogo l'obiettivo previsto, e quin-

di il massimale nazionale, per le spese di assicurazione sanitaria. Attraverso questo atto, il Parlamento ratifica anche una relazione sulle tendenze in materia di politica per la salute e per la sicurezza sociale e tutte le nuove disposizioni concernenti le prestazioni e la regolamentazione del mercato.

La riforma sull'assicurazione sanitaria del 2004 ha creato il Comitato di Allerta, il cui ruolo è di informare il Parlamento, il sistema di assicurazione sanitaria statutaria e il Governo se la spesa sanitaria dovesse superare il tetto massimo approvato dal Parlamento.

La definizione della strategia sanitaria nazionale in maniera più operativa è invece competenza del Ministero degli Affari Sociali e della Sanità. La pianificazione di tale strategia prevede numerose trattative tra i rappresentanti degli erogatori di servizi sanitari, lo Stato e il sistema di assicurazione statutaria. Il ruolo dello Stato è stato ampliato nel corso degli ultimi due decenni, in quanto è sempre più necessario uno sforzo coordinato per controllare la spesa e il crescente deficit del sistema di assicurazione statutaria.

Il Ministero della Salute regola la maggior parte della spesa sanitaria sulla base del quadro generale stabilito dal Parlamento. È responsabile per:

- la divisione della spesa preventivata tra i diversi settori (ospedali, assistenza ambulatoriale, assistenza psichiatrica, assistenza socio-sanitaria per persone con disabilità);
- la definizione del numero di studenti di medicina che possono essere ammessi alla scuola medica di ogni anno, il numero di posti letto negli ospedali e la quantità di attrezzature, comprese le tecnologie mediche più costose;
- l'approvazione degli accordi stipulati tra il sistema assicurativo statutario e i sindacati che rappresentano gli operatori sanitari autonomi;
- la definizione dei prezzi di specifiche procedure mediche e dei farmaci (sulla base delle proposte dell'Autorità sanitaria nazionale);
- la determinazione delle norme di sicurezza negli ospedali;
- la definizione di aree di priorità per i programmi nazionali. Tali programmi attualmente includono cancro, malattie rare, interazione fra salute e ambiente, comportamenti non salutari e dipendenze e qualità della vita delle persone affette da malattie croniche.

A livello regionale, l'Amministrazione della Salute e degli Affari Sociali, cui appartiene il Ministero della Salute, è rappresentata dalle Agenzie Sanitarie Regionali, responsabili per la salute e l'assistenza sanitaria della popolazione di loro competenza. Le istituzioni e servizi sanitari e previdenziali per anziani e disabili rientrano nella competenza delle Agenzie Sanitarie Regionali e del Consiglio generale, che rappresenta l'organo di governo a livello locale.

Le modalità di finanziamento del sistema

La responsabilità finanziaria per l'assistenza sanitaria in Francia è a carico principalmente del sistema assicurativo sanitario statutario, che rappresenta un ramo del più ampio sistema di previdenza sociale. Il sistema assicurativo statutario copre attualmente il 99,9% della popolazione francese, anche se nel 2014 ha finanziato solo il 76,6% della spesa sanitaria personale e il 77,5% della spesa sanitaria totale.

Emerge quindi come la Francia abbia un sistema di assicurazione sanitaria pubblica pressoché universale, nonostante la copertura delle spese offerta da tale sistema non sia completa.

Dal 2008 tutti gli ospedali e le cliniche sono rimborsati tramite il metodo dei " *Diagnosis-Related Group*" o DRG, un sistema di pagamento prospettico, applicato a tutti i ricoveri ospedalieri e ambulatoriali e fissato dal Ministero della Salute. Gli ospedali pubblici sono finanziati sia attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria (per l'80%), sia attraverso le assicurazioni sanitarie volontarie e i pagamenti diretti da parte dei pazienti (per il 20%). Negli ospedali pubblici e in quelli privati senza scopo di lucro, i pagamenti DRG coprono anche gli stipendi dei medici; gli ospedali appartenenti a questa tipologia beneficiano inoltre di ulteriori sovvenzioni non basate sui servizi effettivamente erogati, che compensano la ricerca e l'insegnamento (fino ad un ulteriore 13% del bilancio) e la fornitura di servizi di emergenza, nonché il prelievo e il trapianto di organi (in media, un ulteriore 10% -11% del bilancio di un ospedale).

Le cliniche private con scopo di lucro di proprietà di individui o, sempre più spesso, di grandi aziende, hanno il medesimo meccanismo di finanziamento degli ospedali pubblici, ma la quota dei contributi è differente; ad esempio, gli onorari dei medici sono fatturati in aggiunta ai DRG e non compresi in essi. Pertanto, i pagamenti DRG nelle cliniche private sono inferiori a quelli effettuati negli ospedali pubblici o privati senza scopo di lucro. Questo gap è giustificato da differenze nello status giuridico dei medici (che nelle cliniche private non sono dipendenti ma liberi professionisti), nella dimensione degli impianti, nel mix di DRG erogati, e nella tipologia di pazienti serviti (età, comorbidità e stato socio-economico). Gli ospedali di riabilitazione hanno inoltre un sistema di pagamento misto, costituito da un sistema di pagamento prospettico simile ai DRG, ma basato anche sulla durata della degenza e sull'intensità delle cure.

Le modalità di erogazione dei servizi

L'assicurazione statutaria copre l'assistenza ospedaliera e il trattamento in istituti di riabilitazione o di fisioterapia pubblici o privati, ma anche le cure ambulatoriali fornite da medici generici, specialisti e ostetriche, servizi diagnostici prescritti dai medici ed eseguiti da laboratori e professionisti paramedici, la prescrizione di farmaci, tutti gli apparecchi e le protesi mediche prescritte e approvati per il rimborso; tale assicurazione copre in parte anche l'assistenza a lungo termine e i trattamenti per la salute mentale e fornisce una copertura parziale per le cure ambulatoriali ottiche e odontoiatriche. Mentre i servizi di prevenzione ricevono una copertura limitata, vi è il rimborso integrale di alcuni servizi per definiti target di popolazione come, ad esempio in caso di

campagne di vaccinazione, la mammografia e gli screening per la prevenzione del cancro al colon-retto.

Vi sono circa 222.150 medici in Francia; di questi 102.485 sono medici di assistenza primaria e 119.665 medici specialisti. La maggior parte dei medici sono lavoratori autonomi: il 61% dei medici di medicina generale e il 38% dei medici specialisti lavora, infatti, in maniera autonoma. Il 53,7% dei medici, per lo più giovani, sono riuniti in studi medici multi-professionali. Uno studio si compone mediamente di due o tre medici, e tre quarti degli studi sono costituiti da un solo medico. La composizione degli studi tuttavia è molto variabile e può includere una serie di professionisti del settore sanitario, in genere retribuiti in base ai servizi erogati (*"fee-for-services"*).

I poliambulatori medici multidisciplinari sono finanziati con i fondi stanziati dalle Aziende Sanitarie Regionali. Questi studi offrono una varietà di servizi non coperti dal sistema di assicurazione statutaria, come le consulenze di psicologi e dietisti e il coordinamento dell'assistenza sanitaria per le malattie croniche.

La legge sulla riforma finanziaria sanitaria del 2004 ha introdotto un sistema di *"gate-keeping"* volontario per gli adulti (di età superiore ai sedici anni), con incentivi finanziari per la registrazione (ad esempio, una minore compartecipazione alla spesa sanitaria per visite e prescrizioni). Circa l'85% della popolazione si è registrato con un medico *gate-keeper*; il 90% di questi ha scelto un MMG, anche se era possibile scegliere anche un medico specialista.

Nell'aprile 2009, il sistema di assicurazione statutaria ha varato lo strumento dei contratti individuali con i medici ambulatoriali che hanno incluso un meccanismo di *"pay-per-performance"*. A seguito di un progetto pilota, che ha evidenziato la possibilità per i medici di guadagnare fino a 5.000€ l'anno per il raggiungimento di obiettivi prefissati, nel 2012 è stato firmato un accordo tra gli assicuratori e i sindacati dei medici stessi, e gli obiettivi propri di una logica *pay-per-performance* sono stati applicati collettivamente a tutti i MMG. Oltre ai pagamenti per obiettivi, il MMG può ricevere il pagamento annuale di 40 € per il coordinamento delle cure di ciascun paziente affetto da patologie croniche.

Circa il 62% della capacità ospedaliera francese è soddisfatta dagli ospedali a proprietà e gestione pubblica. La restante capacità è divisa equamente tra gli ospedali senza scopo di lucro (che sono collegati al settore pubblico e che tendono a essere di proprietà di fondazioni, organizzazioni religiose o associazioni di mutua assicurazione) e le istituzioni con scopo di lucro.

Gli ospedali pubblici sono sotto il controllo del Ministero della Salute e delle Agenzie Sanitarie Regionali per le decisioni riguardanti gli investimenti in infrastrutture e in risorse umane. Tuttavia, a seguito delle riforme del settore ospedaliero, a partire dalla legge di riforma degli ospedali del 1970, è stata incentivata una maggiore autonomia gestionale degli ospedali pubblici. La legge di riforma di ospedali, pazienti, salute e territori (*"Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires"*, comunemente nota come HPST) emanata nel 2009, non fa eccezione a questa tendenza: tra i vari aspetti, essa ha, infatti, aumentato l'autonomia degli ospedali pubblici e la loro flessibilità organizzativa.

Gli ospedali pubblici rappresentano circa i due terzi della capienza per quanto riguarda l'offerta di cure mediche per acuti (il 67% dei posti letto di degenza e il 50% dell'offerta

ambulatoriale) e sono responsabili per il 65% dei pazienti ricoverati e il 42% degli episodi ambulatoriali.

Gli ospedali privati a scopo di lucro rappresentano il 25% dei posti letto di degenza e il 40% dell'offerta ambulatoriale, e sono responsabili per il 27% degli episodi di degenza e per il 50% degli episodi ambulatoriali; in genere sono specializzati in un piccolo numero di procedure tecniche per le quali vi sono opportunità di profitto, come ad esempio le procedure di diagnostica interventistica (ad esempio, l'endoscopia e la coronarografia).

Il resto dell'attività medica per acuti è svolta dagli ospedali privati no-profit, i quali rappresentano i principali erogatori di cure oncologiche.

Al contrario di quanto avviene per le specialità mediche, le cure chirurgiche sono erogate, come numerosità, principalmente dagli ospedali privati a scopo di lucro, che svolgono più della metà di tutte le procedure chirurgiche, tra cui il 75% degli episodi chirurgici eseguiti in day-hospital. Le cure chirurgiche rappresentano di conseguenza più della metà delle attività per acuti del settore privato a scopo di lucro. Questi ospedali tendono a specializzarsi in procedure che possono essere eseguite di routine con una breve degenza (gli ospedali privati a scopo di lucro svolgono, per esempio, i tre quarti della chirurgia per la cataratta e le vene varicose, e due terzi di un intervento chirurgico per la sindrome del tunnel carpale).

Gli ospedali pubblici svolgono un terzo delle procedure chirurgiche, con un mix molto più ampio degli ospedali ai fini di lucro, incluse le procedure più complesse. Le procedure chirurgiche eseguite nel settore privato no profit sono per lo più legate al trattamento del cancro.

Infine, due terzi delle procedure ostetriche sono eseguiti all'interno di ospedali pubblici, mentre il settore privato si occupa del rimanente terzo, soprattutto all'interno degli ospedali a scopo di lucro (un quarto di tutti i ricoveri ostetrici). Due decreti emanati nel 1998 definiscono i ruoli degli ospedali nel fornire cure perinatali in base alla loro capacità tecnica e di promuovere la cooperazione tra di loro. Vi sono quattro diversi livelli di ospedali che forniscono cure ostetriche. Gli ospedali al primo livello eseguono solo visite prenatali, mentre quelli al quarto livello sono in grado di fornire terapia intensiva neonatale. I reparti che sono in grado di affrontare le emergenze ostetriche (materne o neonatali) appartengono quasi esclusivamente al settore pubblico, mentre gli ospedali privati a scopo di lucro rappresentano il 40% dei reparti che si occupano di gravidanze a basso rischio.

Riguardo alle cure per acuti sono motivo di attenzione le disparità regionali che sussistono sia a livello di risorse umane, sia, in misura minore, a livello di capacità di offerta di posti letto non senza conseguenze sulla qualità dei servizi erogati. Si registrano, infatti, tassi di variazione fra le varie Regioni della Francia di due volte per quanto riguarda la densità di medici per abitante e di 1,4 volte per quanto riguarda la densità di posti letto per abitante.

In Francia, uno specifico settore del sistema di previdenza sociale è rappresentato dall'assistenza a lungo termine (*Long Term Care o LTC*) per anziani e disabili; esso combina elementi di assistenza medica e sociale, ed è spesso indicato come il "terzo settore".

Nel gennaio 2010, in Francia vi erano 14,6 milioni di persone di età superiore ai 60

anni (22,6% della popolazione). Nel 2007, l'8,1% delle persone di età superiore ai 60 anni ha ricevuto un sostegno finanziario per la perdita di autonomia funzionale; oltre il 60% ha inoltre ricevuto cure mediche nelle proprie abitazioni, mentre meno del 40% ha ricevuto assistenza medica residenziale.

L'assistenza domiciliare agli anziani è fornita principalmente da medici e infermieri indipendenti e, in misura minore, da "infermieri di comunità": questi servizi sono basati sulle necessità dei pazienti, piuttosto che sul loro reddito.

L'assistenza a lungo termine negli istituti è fornita dalle case di riposo e dalle unità LTC, per un totale di circa 10.000 strutture e 720.000 posti letto. Di questi, il 54% si trovano in strutture pubbliche, il 28% in strutture private senza fini di lucro, e il 18% in strutture private a scopo di lucro. Il numero di strutture per l'assistenza a lungo termine con scopo di lucro è in aumento.

In Francia risultano disabili circa 3,2 milioni di persone, di cui 1,8 milioni sono affette da una grave disabilità che limita la loro autonomia funzionale. La disabilità è misurata in termini di un tasso di invalidità, che tiene conto del grado di difficoltà a svolgere mansioni di vita quotidiana.

Il compito di valutare il livello di invalidità di bambini e adulti è svolto a livello di Distretto da specifici comitati che ne determinano il diritto di accesso a benefits ed hanno anche la facoltà di indirizzare la persona disabile verso istituti specializzati.

Il sistema assicurativo statutario copre il costo delle cure mediche, mentre i costi alberghieri per la degenza in strutture di *long-term care* (in media € 1.500 al mese) sono sostenute dalle famiglie. Il sistema assicurativo statutario copre invece interamente i trattamenti di fine vita negli ospedali, la cura temporanea per pazienti non autosufficienti e servizi "di sollievo" per i famigliari che li assistono.

Sono previsti dei sussidi finanziari basati sul reddito per gli anziani con fragilità. L'indennità è basata sul livello di indipendenza dell'individuo, sulle condizioni di vita e sulle esigenze, in base alla valutazione di un team congiunto di professionisti sanitari e di assistenza sociale, e può essere utilizzato per qualunque struttura o servizio sanitario. È stimato che circa l'1,1% della popolazione francese possa richiedere tale sussidio.

Il finanziamento per l'assistenza a lungo termine per gli anziani e disabili è in parte garantito da un fondo apposito, il Fondo di solidarietà nazionale per l'Autonomia, creato nel 2004. Le sue risorse provengono dall'assicurazione sanitaria statutaria e dalle entrate provenienti da una giornata l'anno di lavoro non pagato, o "giorno della solidarietà". Le autorità locali, i consigli generali e le famiglie partecipano al finanziamento di queste categorie di cura.

Nei primi anni 2000, sono stati creati i servizi d'intermediazione. Questi servizi accolgono, per un breve periodo, gli anziani con fragilità che non vivono presso strutture residenziali, e hanno l'obiettivo di offrire assistenza di sollievo alle famiglie, occupandosi durante il giorno dei pazienti malati di Alzheimer e altre forme di demenza. A seguito di un forte sostegno politico da parte del governo, nel gennaio 2009 questi servizi di intermediazione hanno raggiunto i 7500 posti per la cura quotidiana e 3600 posti per l'assistenza temporanea (di cui 1250 riservati ai malati di Alzheimer). ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	64.291.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	78,3%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	18,4%	Banca dati European Health for All, 2012
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	17,5%	Banca dati European Health for All, 2012
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	82	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	25	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	8,5%	Banca dati European Health for All, 2011
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	13,8	Banca dati European Health for All, 2013
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	36.690	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	3,39	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	3,19	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2013)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	2.584.912,5	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ⁶ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	11,7%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	15,8%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	77,5%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	22,5%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	58,7%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	32,9%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	7,4%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

⁶ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	4.334	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	3.360	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1498,5	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	1600,4	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	631,25	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni Paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	276,81	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	46%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	7,5	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	84%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	7,2%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno più vicino)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	55	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	485	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	11%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	72	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	19.104	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ⁷ . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ⁸ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	16%	
Uomini	33%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	6%	
2. Malattie non trasmissibili	84%	
3. Lesioni	10%	

⁷ Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

⁸ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	8.785	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	16.844	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ⁹ (OECD, 2012)
Degenza media del ricovero per acuti	5,7	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ¹⁰ (OECD, 2012)

⁹ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

¹⁰ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Il sistema sanitario francese presenta delle importanti caratteristiche: registra un soddisfacente livello di accesso alle cure e di utilizzo dei servizi sanitari, una vasta scelta di cure senza significative liste d'attesa e un alto livello di aspettativa di vita. In effetti, nel *World Health Report 2000* la Francia è stata classificata come il Paese con il miglior sistema sanitario del mondo. Tuttavia, anche il sistema sanitario francese deve affrontare numerose sfide, molte delle quali comuni ai Paesi limitrofi.

Tra le molte tendenze, emergono le seguenti:

Spesa pubblica

Le spese sanitarie continuano ad aumentare, portando a consistenti deficit di bilancio per i fondi di sicurezza sociale. Nel prossimo futuro è verosimile che vi sarà una diminuzione significativa del numero di medici pro capite. Insieme ad una distribuzione non omogenea dei professionisti sanitari nel Paese, vi potrebbero essere delle ripercussioni nella fornitura di cure. Molti temono, infatti, una carenza di medici, sia per il loro numero ridotto che per una non omogenea distribuzione geografica (una scarsa disponibilità di medici in alcune zone rurali o suburbane sta già emergendo come problema).

Fattori di rischio per la salute

Una delle maggiori sfide per il sistema sanitario francese è la riduzione dei principali fattori di rischio per la salute, tra i quali emergono le dipendenze, o disturbi alimentari, e l'obesità, nonché fumo e il consumo eccessivo di alcol.

La percentuale della popolazione che fuma quotidianamente in Francia rimane ben al di sopra della media dei Paesi OCSE (il 24% nel 2013 rispetto a una media del 20% per l'OCSE) ed è quasi il doppio rispetto alla Svezia e all'Australia. I politici francesi stanno prendendo comportamenti ispirati a questi Paesi per ridurre ulteriormente il consumo di tabacco. Anche se il consumo di alcol è diminuito in Francia negli ultimi trenta anni, resta tra i valori più elevati dei Paesi OCSE, con una media di 11,1 litri di alcol puro pro capite contro gli 8,8 litri in media nei paesi OCSE (per un 25% più alto). Il consumo di alcol rappresenta un problema in quanto, se in quantità eccessive, è spesso associato a numerosi effetti negativi sulla salute e problemi sociali; il consumo eccessivo di alcol contribuisce inoltre ad aumentare i decessi e le invalidità causati da incidenti stradali, aggressioni, violenze, omicidi e suicidi.

Rispetto ad altri Paesi OCSE, la Francia presenta una minore tassazione sugli alcolici, in particolare il vino, ma, a partire dai primi anni '90, sono state emanate diverse misure per limitare la pubblicità di bevande alcoliche (ad esempio, la legge Evin).

Il numero di adulti in sovrappeso o obesi in Francia è più basso rispetto a molti Paesi OCSE, ma è in aumento. Mentre nel 2012 un adulto su sette era obeso, nel 2000 questa proporzione era solo uno su nove. La probabilità di essere obesi varia a seconda dello stato socio-economico: le donne e gli uomini con bassi livelli di istruzione hanno circa il doppio di probabilità di essere obesi rispetto a uomini e donne con una maggiore istruzione. È, in questo contesto, in programma una vasta gamma di misure per la lotta contro l'obesità, per la promozione sia di una dieta più sana che dell'attività fi-

sica, fin dalla più tenera età. L'obesità comporta, infatti, una maggiore esposizione a malattie croniche, quali ipertensione, colesterolo alto, diabete, malattie cardiovascolari, e rappresenta un noto fattore di rischio per alcune forme di cancro.

Qualità delle cure

Una delle principali sfide per le autorità sanitarie rimane la necessità di mantenere e migliorare la qualità delle cure, garantendo l'accesso ai farmaci innovativi e riducendo le differenze a livello geografico nell'erogazione di assistenza sanitaria.

In Francia vi è, infatti, una forte eterogeneità territoriale nella densità dei medici. Le Regioni rurali e le aree urbane svantaggiate dal punto di vista socio-economico presentano personale sanitario in misura ridotta rispetto alle altre aree. La scelta della localizzazione dei presidi è complessa e dipende dall'attrattività complessiva della regione e dalla retribuzione e dalle condizioni di lavoro offerte al medico. Si può osservare una forte eterogeneità tra le Regioni francesi soprattutto per le procedure cardiache e gli interventi al ginocchio, mentre non vi sono variazioni, o sono misurate comunque in misura molta ridotta, per i ricoveri ospedalieri, i parti cesarei e le isterectomie.

Per affrontare queste sfide, sono state introdotte alcune importanti riforme a partire dal 2004, come ad esempio la legge sulla politica sanitaria pubblica e la legge di riforma dell'assicurazione sanitaria, nonché la revisione della legge sulla sicurezza sociale e un nuovo piano strategico per promuovere lo sviluppo del personale sanitario.

Queste riforme sono state emanate ponendo un focus particolare, da un lato, sul rinnovamento dell'organizzazione e della gestione del sistema sanitario e, dall'altro, sulla promozione di misure finanziarie e non finanziarie per cercare di modificare il comportamento degli attori coinvolti (medici, pazienti e personale sanitario). Le riforme sono state inoltre progettate per avere il maggiore impatto possibile sui sistemi informativi sanitari: la "nuova governance ospedaliera" derivante da queste riforme ha, infatti, permesso una maggiore flessibilità e una relativa libertà di organizzazione interna agli ospedali pubblici, nonostante i severi controlli cui la gestione ospedaliera è naturalmente sottoposta. ●

il sistema sanitario in Germania

Introduzione

Il sistema sanitario tedesco, realizzato alla fine del 19° secolo, è storicamente considerato il primo sistema sanitario universale. Dopo la seconda Guerra Mondiale, in linea con la “Dichiarazione Universale dei Diritti Umani” del 1948, sono iniziati a emergere in tutta Europa altri sistemi sanitari universali, alcuni dei quali hanno seguito l’esempio tedesco, mentre altri hanno sviluppato nuovi modi di amministrare e finanziare la sanità pubblica, ma il sistema sanitario tedesco rimane indubbiamente un punto di riferimento nel panorama internazionale. Così come il sistema politico tedesco è caratterizzato dal federalismo (per il quale il potere politico appartiene sia ai *Länder* sia al governo federale) e corporativismo, anche le responsabilità per la salute pubblica sono condivise tra il governo federale, i *Länder* e gli enti corporativi (organi rappresentativi di professionisti, industrie e assicurazioni). Il sistema sanitario così conformato è prevalentemente finanziato attraverso contributi obbligatori per l’assicurazione sanitaria. L’assistenza ambulatoriale e l’assistenza ospedaliera sono state tra-

dizionalmente domini distinti e quasi nessuna cura ambulatoriale viene ad oggi erogata all’interno degli ospedali. L’assistenza ambulatoriale è, infatti, erogata da medici (generici e specialisti) nei propri ambulatori privati, e tali medici sono retribuiti in base al servizio erogato. I ricoveri ospedalieri sono, invece, coperti dagli operatori sanitari sia pubblici sia privati (tuttavia solo una bassa percentuale dei posti letto totali appartiene ad ospedali privati a scopo di lucro).

Il sistema sanitario tedesco ha subito negli ultimi anni una serie di controverse trasformazioni nel tentativo di migliorare la concorrenza all’interno del settore sanitario e di ridurre il costo delle cure a carico del governo e dei cittadini. Non è, tuttavia, ancora possibile affermare con certezza se le riforme siano state o saranno in grado di raggiungere tali obiettivi, oppure se l’aspetto finanziario continuerà a rappresentare un problema per l’assistenza sanitaria tedesca, come già avviene per molti dei Paesi che, al pari della Germania, sono caratterizzati da invecchiamento della popolazione e contrazione delle finanze pubbliche. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

I cittadini tedeschi possono scegliere fra tre indennità sanitarie, finanziate sia dal datore di lavoro che dal lavoratore: l’assicurazione sanitaria, l’assicurazione per gli infortuni e l’assicurazione per l’assistenza a lungo termine (*o long term care*). Alcuni gruppi,

per esempio i dipendenti pubblici e i lavoratori autonomi, sono esentati dalla sottoscrizione obbligatoria dell'assicurazione sanitaria e possono scegliere di sottoscrivere un'assicurazione privata.

L'assicurazione contro gli infortuni in caso di incidenti sul lavoro è finanziata dai datori di lavoro e copre pressoché tutti i rischi che si possono correre sul posto di lavoro e nel tragitto per recarvisi.

La *long term care* è finanziata per metà dal datore di lavoro e per metà dal dipendente stesso (i pensionati pagano, invece, il contributo pieno) e copre tutti i casi in cui una persona abbia gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana (approvvigionamento di cibo, pulizia dell'abitazione, igiene personale, ecc.).

Per quanto riguarda l'assicurazione sanitaria, sono due le tipologie principali: l'assicurazione sanitaria statutaria, nota come "fondi di malattia" e l'assicurazione sanitaria privata.

Circa l'86% della popolazione riceve la propria copertura sanitaria primaria attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria e l'11% attraverso l'assicurazione sanitaria privata. La parte restante (ad esempio, militari e forze dell'ordine) è coperta da programmi speciali.

Tutti i cittadini occupati (e altri gruppi come i pensionati) che guadagnano meno di 4,462.50 euro al mese (per 53.550 euro in un anno) a partire dal 2014 sono obbligatoriamente coperti dall'assicurazione sanitaria statutaria (e i membri della loro famiglia che non lavorano sono coperti gratuitamente). In particolare, essi sono automaticamente iscritti in uno dei circa 130 fondi di malattia del settore pubblico no-profit con tariffe uniformate e l'assicurazione è pagata con un contributo congiunto del dipendente e del datore di lavoro. Questi fondi sono regolamentati dalla specifica legislazione all'interno della *German Social Law*, che definisce i criteri generali di copertura. La *German Social Law* definisce tali servizi come quelli "economicamente possibili, sufficienti, necessari e significativi", per cui l'assicurazione sanitaria statutaria copre i servizi preventivi, l'assistenza ambulatoriale e ospedaliera, la consulenza medica, le cure mentali, dentistiche, ottiche, fisioterapiche, le prescrizioni di medicinali, la riabilitazione, gli hospice e le cure palliative e i permessi lavorativi per malattia. Il servizio preventivo dell'assicurazione statutaria include regolari check-up dentali, le vaccinazioni di base e tutti i check-up per le malattie croniche e gli screening per il cancro a partire da una determinata età.

I servizi di *long term care* sono, invece, coperti separatamente dall'assicurazione per assistenza long term.

I pagamenti agli erogatori di servizi sanitari sono negoziati in occasione di complesse contrattazioni tra specifici organi di governo e i soggetti coinvolti (ad esempio, le associazioni di medici) a livello di Stato federale (*Länder*).

Nel sistema di assicurazione statutaria, il premio di base è stabilito dal Ministero Federale della Salute sulla base di un insieme fisso di servizi da coprire, così come descritti dalla *German Social Law*. Il premio non dipende dalle condizioni di salute dei singoli individui, ma è costituito da una percentuale dello stipendio percepito (nel 2015 tale percentuale era pari al 14,6%, di cui il 7,3% coperto dal dipendente). A partire dal 2015, i fondi malattia possono addebitare un'addizionale (che dipende dal salario ed è pagata dal dipendente) se le spese sanitarie superano le disponibilità dei fondi stessi.

In media, nel 2016 il premio addizionale è stato pari all'1,1%. Si noti che l'assicurazione sanitaria statutaria è un sistema "pay as you go": non è previsto alcun accumulo di riserve nel corso della vita lavorativa per fronteggiare i costi più elevati che il sistema deve affrontare quando gli individui invecchiano o cambiano le loro condizioni di vita.

Per gli individui il cui salario lordo eccede la soglia dei 53.550 euro annui, per i dipendenti pubblici e per i lavoratori autonomi, vi è la possibilità di scegliere di rimanere nello schema dell'assicurazione statutaria o di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria privata sostitutiva. L'assicurazione privata attrae molto soprattutto i giovani con un buon reddito, poiché tale tipo di assicurazione può offrire contratti con un più ampio range di servizi, ma a premi inferiori. L'assicurazione sanitaria privata può essere sia complementare sia supplementare a quella statutaria.

Nel sistema di assicurazione sanitaria privata, il premio è basato su accordi individuali tra le compagnie di assicurazione e le persone che si assicurano, nel momento in cui definiscono l'insieme di servizi che vogliono coprire e la percentuale di copertura, per cui dipende dalla quantità dei servizi scelti e dal rischio e dall'età in cui il singolo individuo entra nel sistema privato. Al contrario del sistema di assicurazione statutaria, il premio nell'assicurazione privata è utilizzato per accumulare le riserve necessarie per fronteggiare i maggiori costi sanitari derivanti dall'avanzamento dell'età degli assicurati (così come richiesto dalla legge).

Si noti che per chi sceglie di rinunciare al sistema di assicurazione statutaria per sottoscrivere un'assicurazione privata, può risultare difficile tornare in seguito al sistema statutario, poiché il rientro è possibile solamente se si verificano determinate circostanze, come, ad esempio, il non aver ancora superato i 55 anni di età e avere un reddito sotto il livello richiesto per accedere al sistema privato. Poiché, rispetto all'assicurazione pubblica, l'assicurazione sanitaria privata può diventare più costosa man mano che aumenta l'età dell'assicurato, è possibile che l'assicurato debba dover pagare premi più alti nonostante una diminuzione del proprio reddito.

L'assicurazione sanitaria statutaria è obbligatoria per tutti i cittadini e per tutti i residenti permanenti in Germania, mentre essa non copre i visitatori. Gli immigrati senza documenti sono coperti da una "social security" in caso di malattie gravi, gravidanza e parto; in questo caso i servizi sono forniti dalle autorità responsabili degli immigrati stessi oppure dai medici e dagli ospedali.

Gli attori principali del sistema

I poteri decisionali sono divisi tra *Bund* (che opera a livello federale) e *Länders* (che operano a livello statale). La maggior parte del potere è delegata a corporazioni di diritto pubblico e altri organi autonomi.

Il *Bund* non è direttamente coinvolto nel sistema sanitario né come finanziatore né come manager o proprietario delle strutture sanitarie (con alcune eccezioni, quali gli ospedali militari). Governa, tuttavia, l'intero sistema, gestendo molti degli aspetti di pianificazione e programmazione come l'organizzazione delle società di assicurazione pubblica, la protezione sui luoghi di lavoro, la prevenzione e il trattamento di ma-

lattie pericolose e contagiose, l'ammissione alle professioni mediche, il mercato farmaceutico e la stabilità economica degli ospedali.

A livello politico, il *Bund* ha il potere di istituire commissioni specializzate, mentre i *Länder* hanno poteri legislativi su base residua, sebbene sia loro affidato il vero e proprio management del sistema sanitario: determinano i piani degli ospedali, allocano i fondi tra le diverse società e istituzioni sanitarie locali.

Il ruolo delle municipalità invece è quello di gestire e pianificare la sanità pubblica locale, attraverso uffici specifici.

Il pilastro centrale del sistema di assicurazione statutaria è il suo livello corporativo: esso consiste in associazioni regionali e federali di medici e dentisti del sistema statutario (gli erogatori di servizi sanitari) e nei fondi di malattia e le relative associazioni federali (i finanziatori dei medesimi servizi). Queste istituzioni sono società di diritto pubblico e l'appartenenza è obbligatoria.

Il potere esecutivo all'interno del sistema corporativo è detenuto dal *Federal Joint Committee*, un'organizzazione di sanità pubblica autorizzata sia ad emanare regolamentazioni vincolanti a partire dagli atti di riforma sanitaria ratificata dai legislatori, che a prendere decisioni di routine riguardanti la sanità in Germania. Tale Comitato è costituito dai rappresentanti delle organizzazioni sopra menzionate e della Federazione degli Ospedali Tedeschi, e da membri neutrali.

Sebbene il Comitato non sia un'agenzia subordinata e sia indipendente dal Ministero della Salute, il Governo esercita un ruolo di supervisione legale sulle decisioni e sulle linee guida emanate dal Comitato stesso. Come organo decisionale, il Comitato esercita una forte influenza diretta sull'offerta dei servizi sanitari per milioni di persone. Nel quadro giuridico istituito dal Ministero della Salute, il Comitato ha un ampio potere normativo, determinando i servizi coperti dai fondi di malattia e impostando gli standard di qualità per gli erogatori dei servizi sanitari.

Per quanto possibile, le decisioni sull'estensione della copertura di servizi sanitari da parte dei fondi di malattia si basano sui risultati di valutazioni delle tecnologie sanitarie e di esami d'efficacia comparativa.

Il Comitato è supportato sia dall'Istituto per la Qualità e l'Efficienza nella Sanità, una fondazione legalmente incaricata di valutare il rapporto costo-efficacia dei medicinali con scopi terapeutici, che dall'Istituto per l'Assicurazione della Qualità e la Trasparenza nell'Assistenza Sanitaria. A partire dal 2008, il Comitato ha tredici membri votanti: cinque provenienti dall'Associazione Federale dei Fondi di Malattia, due provenienti dall'Associazione Federale dei Medici dell'assicurazione statutaria e due dalla Federazione degli Ospedali Tedeschi, uno dall'Associazione Federale dei dentisti dell'assicurazione statutaria e tre non affiliati; inoltre cinque rappresentanti dei pazienti hanno un ruolo consultivo, ma nessun diritto di voto.

L'Associazione Federale dei Fondi di Malattia lavora a stretto contatto con l'Associazione Federale dei Medici del sistema di assicurazione statutario e con la Federazione degli Ospedali Tedeschi per sviluppare il programma per i pagamenti per le cure ambulatoriali del sistema statutario e il catalogo dei DRG, che poi verranno adottati dai comitati misti bilaterali.

Nel tentativo di aumentare la concorrenza all'interno del mercato dei servizi sanitari, sono stati dati alcuni poteri d'acquisto ai fondi di malattia — per esempio, per con-

trattazioni selettive con alcuni provider sanitari o per negoziare sconti con le aziende farmaceutiche.

Il Ministero della Salute è coadiuvato da agenzie subordinate con diverse funzioni. Il Centro Federale per l'Educazione alla Salute sviluppa e diffonde materiale di educazione sanitaria, l'Istituto Tedesco per la Documentazione e l'Informazione Medica fornisce al pubblico informazioni sanitarie su tutti i settori della medicina e delle scienze della vita. I pazienti sono, invece, organizzati in circa 40.000 gruppi di autoaiuto, di cui 360 organizzati a livello federale. Dal 2004 è stato assegnato al Ministero della Salute un Commissario federale per i problemi dei pazienti, che funge da avvocato del paziente.

Le modalità di finanziamento del sistema

Sul lato finanziario, nel 2013, la spesa sanitaria totale rappresentava l'11,3% del PIL (OECD, 2013). La spesa del sistema di assicurazione statutaria (SHI) rappresentava il 57,4% del totale delle spese per salute, mentre il totale della spesa sanitaria pubblica (tra cui l'assicurazione statutaria di cure *long-term*, l'assicurazione statutaria di pensionamento, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni) ne costituiva il 72,9%. I fondi malattia sono finanziati tramite contributi obbligatori pari a una percentuale del salario lordo fino a un massimale annuale di €48.600 (a partire dal 2014), mentre i redditi al di sopra di tale soglia sono esenti.

Nel 2009 e nel 2010 il Governo e nel 2011 la legge federale hanno fissato un tasso uniforme di partecipazione alle spese sanitarie. A partire dal 2011, i dipendenti e i pensionati contribuiscono per il 7,3% dei loro salari lordi, a cui si aggiunge un premio supplementare dello 0,9%, mentre il datore di lavoro, o il fondo pensione, aggiunge un altro 7,3%. A partire dal 2015, i fondi malattia possono fissare il premio supplementare in base alla loro situazione finanziaria; nel 2016 tale premio supplementare è ammontato in media all'1,1%. Questo contributo copre anche i familiari degli assicurati (quali i coniugi non percettori di reddito e figli) ed è in parte esentato fiscalmente.

Dal 2009 i contributi sono centralmente riuniti e in seguito distribuiti a ciascun fondo di malattia in base ad una formula di imposta pro capite calibrata al rischio degli assicurati di ciascun fondo, prendendo in considerazione età, sesso e morbosità relativamente a 80 malattie croniche e/o gravi.

Nel 2016 solo un fondo malattia regionale non ha addebitato il premio supplementare ai propri assicurati, mentre gli altri fondi hanno caricato un premio supplementare che è andato dallo 0,3% (per un tasso contributivo totale del 14,9%) all'1,7% (16,3%). Il sistema di assicurazione statutaria fornisce anche la copertura a servizi non strettamente di sua competenza, quali ad esempio la copertura assicurativa per i bambini, finanziata da un fondo federale che nel 2014 è ammontato a 14 miliardi di euro.

Per quanto riguarda le cure sanitarie finanziate privatamente, nel 2012 le società di assicurazione sanitaria privata sostitutiva erano 43, di cui 24 a scopo di lucro e 19 mutue assicuratrici.

L'assicurazione sanitaria privata sostitutiva copre i due gruppi che sono esenti da assicurazione sanitaria statutaria (i dipendenti pubblici, i cui i costi sanitari sono parzial-

mente rimborsati dal datore di lavoro, e i lavoratori autonomi) e coloro che hanno scelto di rinunciare a assicurazione statutaria. Tutti gli assicurati attraverso l'assicurazione privata pagano un premio rischi, con un premio separato per familiari a carico; il rischio è valutato solo nel momento di sottoscrizione del contratto e i contratti sono basati su una sottoscrizione a vita.

Il datore di lavoro paga l'equivalente del contributo massimo al sistema di assicurazione sanitaria statutaria (€309,34 al mese nel 2016), ma non oltre il 50% del premio del dipendente. L'assicurazione sanitaria privata è fortemente regolata dal governo per assicurare che l'assicurato non affronti aumenti di premio all'aumentare dell'età e non sia troppo gravato da premi se il suo reddito dovesse diminuire. Gli assicuratori privati che offrono una copertura sanitaria sostitutiva privata sono tenuti a prendere parte a uno schema di adeguamento ai rischi (diverso da quello dell'assicurazione statutaria) per garantire un'assicurazione di base alle persone con problemi di salute che non hanno i requisiti per tornare nel sistema di assicurazione statutaria (ad esempio, nel caso di lavoratori autonomi o pensionati) o a coloro che non sono in grado di pagare i premi assicurativi. La legislazione, inoltre, ha voluto intensificare la concorrenza tra gli assicuratori. Al fine di rallentare l'incremento dei premi con l'avanzamento dell'età degli assicurati, gli assicuratori privati sono costretti dalla legge a mettere da parte i risparmi (le cosiddette riserve per l'invecchiamento) da quando gli assicurati sono giovani, per poi utilizzarli quando gli stessi assicurati saranno invecchiati. Ora le riserve per l'invecchiamento sono trasferibili, mentre in precedenza rimanevano con l'assicuratore se una persona cancellava una polizza privata o passava ad altro assicuratore.

L'assicurazione sanitaria privata inoltre svolge un ruolo misto complementare e integrativo, coprendo i servizi minori non coperti dall'assicurazione statutaria, garantendo l'accesso a migliori comfort e la copertura di alcuni ticket (ad esempio, per le cure dentistiche). Il governo federale determina le tariffe obbligatorie per le assicurazioni sanitarie private sostitutive, complementari e supplementari, attraverso un tariffario specifico. Non esistono sussidi governativi per le assicurazioni private complementari e integrative. Nel 2013, nel complesso tutte le forme di assicurazione sanitaria privata rappresentavano il 9,3% della spesa sanitaria totale.

Le modalità di erogazione dei servizi

Tutti i medici di medicina generale e i medici specialisti che effettuano cure ambulatoriali, se ottengono il rimborso dal sistema di assicurazione statutaria, sono obbligatoriamente membri delle associazioni regionali che negoziano contratti con i fondi di malattia.

Le associazioni regionali dei medici accreditati dall'assicurazione sanitaria statutaria sono responsabili per il coordinamento delle esigenze di cura all'interno della loro regione e fungono da intermediari finanziari tra i fondi malattia e i medici.

I medici che eseguono cure ambulatoriali lavorano tipicamente nei propri studi privati, circa il 60% in maniera autonoma e il 25% in studi con altri professionisti. La maggior parte di essi impiega assistenti, medici o infermieri, mentre gli altri professionisti sa-

nitari (ad esempio, fisioterapisti) hanno delle sedi proprie. Nel 2013, dei 133.100 medici che hanno eseguito cure ambulatoriali e accreditate dal sistema di assicurazione statutaria, quasi 41.000 (il 31%) erano medici di medicina generale e medici senza specializzazione, mentre circa 92.000 (il 69%) avevano almeno una specializzazione; circa 60.600 (il 46%) hanno esercitato in qualità di medici di famiglia (ossia, medici di medicina generale) e 72.500 (il 54%) come specialisti.

Circa 11.000 medici nelle cliniche multi-specialistiche sono impiegati stipendiati. Nel 2004 inoltre è stata introdotta la possibilità per gli specialisti ospedalieri di effettuare cure ambulatoriali; tali cure comprendono il trattamento di gravi patologie degenerative e di malattie rare, nonché procedure altamente specializzate.

I cittadini tedeschi hanno libera scelta, senza alcuna distinzione, tra i medici generici e gli specialisti e, qualora richiedessero assistenza ospedaliera, anche tra gli ospedali. Non è richiesta la registrazione con un medico di assistenza primaria e medici di medicina generale non hanno alcuna funzione di *gatekeeping* formale.

Questo modello - che non include il ruolo del medico di *gatekeeper*, ossia un medico che eserciti funzione di filtro tra il paziente e l'accesso alle cure specialistiche - è tipico del modello Bismarck, ma sta rapidamente cambiando a causa di una riforma approvata nel 2004. Questa riforma ha introdotto diverse innovazioni al fine di rafforzare i servizi locali e di ridurre la pressione sugli ospedali. Vi era, infatti, la necessità di incoraggiare l'iscrizione dei pazienti a un medico di medicina generale, che, oltre a svolgere il ruolo di *gatekeeper*, avesse anche la responsabilità del coordinamento delle cure. Un'altra innovazione introdotta con la medesima riforma è stata il superamento del modello di assistenza sanitaria, basato su un medico unico, con lo sviluppo delle cliniche multi-specialistiche: dall'introduzione nel 2004, la loro diffusione non ha fatto che aumentare, crescendo dalle 70 cliniche e 251 medici nel 2004 a 2.006 cliniche e quasi 13.000 medici (10% dei medici di cura ambulatoriale) nel 2013.

Tutte queste azioni sono state intraprese nel tentativo di facilitare l'introduzione dei percorsi di cura per alcune malattie croniche, che sono finanziati attraverso un fondo nazionale e delle reti integrate di ospedali e comunità. I percorsi introdotti riguardano la cura del diabete, del cancro al seno, di malattie cardiache ischemiche, dell'asma bronchiale e di malattie polmonari ostruttive croniche e si sono rapidamente diffusi: mentre nel 2006 avevano coinvolto 2,7 milioni di pazienti, nel 2012 i pazienti sono aumentati a più di 7 milioni, dei quali più della metà è rappresentato dai pazienti diabetici.

Tutte queste innovazioni avrebbero richiesto un forte aumento del numero dei medici di famiglia, ma tale aumento non vi è stato: solo il 46% dei medici accreditati dal sistema di assicurazione statutaria è, infatti, medico di famiglia (di diversa provenienza: generalisti senza specializzazione, generalisti con una specializzazione in medicina di famiglia, specialisti di medicina interna, pediatri), mentre il 54% è medico specialista, con un aumento della tendenza alla specializzazione rispetto ai medici di famiglia. Questo spiega il carico di lavoro che questi ultimi si trovano a dover affrontare, che non ha eguali in altri Paesi europei: essi lavorano, infatti, una media di cinquantuno alla settimana, con una media di 250 pazienti ogni settimana. Anche per questo motivo, si è valutata la possibilità che in alcuni casi i percorsi di cura possano essere coordinati da un infermiere, e non solo da un medico.

I medici accreditati dal sistema statutario per le cure ambulatoriali (medici di medicina generale e specialisti) erogano i servizi sanitari sia ai pazienti assicurati attraverso il sistema statutario che a quelli assicurati attraverso il sistema privato. I medici sono generalmente rimborsati sulla base del servizio erogato ("*fee-for-service*") con un tariffario uniforme negoziato tra i fondi di malattia e medici stessi, mentre non è stato ancora introdotto un sistema di pagamento per performance ("*pay-for-performance*"). I medici di medicina generale ricevono un bonus finanziario per i pazienti inseriti in un programma di gestione della malattia, in base al quale i fondi di malattia pagano il medico di una somma forfettaria annuale; in cambio il medico fornisce formazione al paziente e documenta l'evoluzione della sua malattia. I "*bundled payments*" non sono molto comuni, ad eccezione di alcune iniziative regionali.

I medici ambulatoriali nel sistema statutario non sono pagati direttamente dai fondi di malattia. I fondi di malattia forniscono, invece, pagamenti per le associazioni regionali dei medici accreditati dal sistema statutario. In una seconda fase, i medici emettono le fatture per i servizi erogati all'associazione regionale cui appartengono secondo un tariffario uniforme. I ticket o i servizi non inclusi nel catalogo sono pagati direttamente al provider. In caso di assicurazione sanitaria privata, il paziente paga e poi invia le richieste di rimborso alla compagnia di assicurazione.

La Germania ha la rete di ospedali più cara e sovrabbondante di tutta l'Europa occidentale, con un alto numero di letti ospedalieri (8,3 ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media dell'OCSE di 4,8 e la media di 2,6 in Svezia e 3,4 in Italia), un altissimo tasso di ospedalizzazione (25 ricoveri ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media dell'OCSE di 15,5 e la media di 16,2 in Svezia e 12,8 in Italia) e con una lunghezza media del soggiorno pari a 9,2 giorni, rispetto alla media dell'OCSE di 7,4, e la media di 6,0 in Svezia e di 7,7 in Italia.

Gli ospedali per acuti (nel 2012) erano 2017 con 501.475 posti letto: di questi, 601 strutture erano pubbliche, 719 di organizzazioni private senza scopo di lucro e 697 di organizzazioni private con scopo di lucro, con una percentuale di posti letto rispettivamente del 48%, 34% e 18%. Il numero di ospedali privati senza scopo di lucro è cresciuto negli ultimi anni.

Oltre a ospedali per acuti, vi sono 1.212 strutture specializzate nella riabilitazione con 168.968 posti letto. Tra questi, solo il 19% è pubblico, mentre il 26% è di organizzazioni non-profit e il 55% è di proprietà di privati con scopo di lucro. In generale, il 18% dei posti letto d'ospedale è nelle strutture pubbliche, mentre il 16% in strutture private senza scopo di lucro e il 66% in strutture private con scopo di lucro.

Indipendentemente dalla proprietà, gli ospedali sono gestiti principalmente da medici stipendiati. In genere i medici degli ospedali non hanno l'autorizzazione a curare i pazienti fuori dell'ospedale (come negli Stati Uniti), ma esistono alcune eccezioni se le cure necessarie non possono essere fornite da specialisti in ambulatorio. Alcune categorie di medici con maggiore anzianità possono trattare i pazienti assicurati privatamente con pagamenti "*fee-for-service*", e gli ospedali possono anche fornire determinati servizi altamente specializzati su base ambulatoriale.

I sedici governi statali determinano la capacità ospedaliera, mentre la capacità di cura ambulatoriale è soggetta a regole stabilite dal Comitato federale. L'assistenza ospedaliera è pagata per ricovero attraverso un sistema di DRG, attualmente basato su

circa 1.200 categorie. Il sistema è rivisto annualmente per tenere conto di nuove tecnologie, dei cambiamenti nei modelli di trattamento e delle relative spese. I DRG coprono anche tutte le spese mediche. Altri sistemi di pagamento come "pay-per-performance" o "bundle payments" devono ancora essere implementati negli ospedali.

La durata media della degenza in ospedale in Germania è diminuita negli ultimi anni da quattordici a nove giorni, ma risulta ancora piuttosto alta: in parte questa differenza è data dal fatto che la una determinante importante nel rimborso agli ospedali nel caso tedesco è il numero di giorni di degenza, mentre in altri Paesi questa determinante è rappresentata dalla procedura messa in atto o dalla diagnosi. Anche i costi dei farmaci sono aumentati sensibilmente.

L'assicurazione di *long term care* (LTC), introdotta nel 1995, è obbligatoria ed è in genere fornita dai medesimi assicuratori che si occupano dell'assicurazione sanitaria, quindi da un mix di assicurazioni pubbliche e private. I contributi per questa assicurazione sono pari al 2,35% dello stipendio lordo, e sono divisi fra i datori di lavoro e i lavoratori; le persone senza figli pagano un ulteriore 0,25%. Le persone affette da disabilità (che abbiano versato contributi per almeno due anni) o da una malattia mentale o fisica possono richiedere le prestazioni offerte da tale assicurazione. Sono accettati in tale assicurazione solo coloro che presentano delle forti limitazioni in almeno due attività di vita quotidiana e un'attività strumentale alla vita quotidiana (per almeno 90 minuti al giorno). A differenza delle prestazioni del sistema di assicurazione statutaria, tuttavia, i servizi LTC sono dipendenti da una valutazione delle effettive necessità individuali (la valutazione avviene tramite il *Medical Review Board* dell'assicurazione statutaria sia per assicurati statuari che per gli assicurati privati, e tale valutazione conduce ad un rigetto dell'istanza o all'assegnazione ad uno dei tre livelli di cura) ed inoltre limitati a determinati importi massimi, a seconda del livello di cura. I beneficiari possono scegliere tra prestazioni in natura e pagamenti in contanti (circa un quarto delle spese per LTC è erogata attraverso pagamenti in contanti). Sia l'assistenza domiciliare che l'assistenza presso le strutture sono fornite quasi esclusivamente da fornitori privati no-profit o con scopo di lucro. Dato che i pagamenti dell'assicurazione coprono solitamente solo circa il 50% dei costi di assistenza nelle strutture, alle persone si consiglia di sottoscrivere l'assicurazione LTC privata supplementare. Le cure palliative in fase terminale e le cure di hospice sono coperte dall'assicurazione sanitaria statutaria. Nel 2014 circa 2,57 milioni persone hanno ricevuto servizi di LTC pubblica di cui circa 750.000 ospiti in residenze sanitarie. Una recente riforma del 2015 ha migliorato la copertura assicurativa delle persone affette demenza o altre malattie mentali e ha introdotto un nuovo sistema di valutazione che entrerà in vigore a partire dal 2017. Le disabilità fisiche, mentali e psicologiche saranno valutate allo stesso modo durante il processo di registrazione e valutazione. L'idea è di misurare il grado di indipendenza di una persona in cinque aree differenti per determinare "il grado di cura" (Pflegegrad; da 1 a 5). Le persone assegnate al grado di cura "1" non sarebbero ammesse a usufruire dei benefici del regime attuale, ma si prevede che nei prossimi anni ulteriori 500.000 persone diventeranno eleggibili. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	82.727.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	74,3%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	13,2%	Banca dati European Health for All, 2013
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	20,8%	Banca dati European Health for All, 2013
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	81	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	24	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	11	Banca dati European Health for All, 2013
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	8	Banca dati European Health for All, 2013
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	42.860	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2010)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	5,38	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	3,89	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2012)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	3.629.021	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ¹¹ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	11,3%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	19,4%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	76,8%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	23,2%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	40,3%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	55,6%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	12,9%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

¹¹ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	4.812	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	3.696	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1262,9	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	1422,9	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	665,2	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	649,2	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	59%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	9,2	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	85,8%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	8,7%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno contiguo)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	76	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	564	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno contiguo)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	12%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	71	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	19.224	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ¹² . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ¹³ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	15%	
Uomini	29%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	5%	
2. Malattie non trasmissibili	89%	
3. Lesioni	6%	

¹² Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

¹³ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	5.586	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	25.093	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ¹⁴ (OECD, 2012)
Degenza media del ricovero per acuti	7,8	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ¹⁵ (OECD, 2012)

¹⁴ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

¹⁵ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Nei prossimi anni, la Germania dovrà affrontare le seguenti sfide:

Spesa pubblica

Il sistema sanitario tedesco è finanziato dal governo e dai contributi privati. Anche se probabilmente il sistema pubblico della Germania continuerà a svolgere un ruolo dominante per la sanità tedesca nel 2016 e oltre, i finanziamenti pubblici sono limitati e di conseguenza si prevede non solo un graduale aumento del contributo dei privati alle spese sanitarie (in quanto la priorità del Governo rimane il costante consolidamento delle finanze pubbliche), ma anche un aumento dell'introduzione di elementi di mercato nelle dinamiche sanitarie. Tali elementi spaziano da una maggiore disponibilità degli operatori sanitari (quali ospedali per acuti di cura o cliniche di riabilitazione) al miglioramento della propria filiera attraverso accordi con partner esterni e/o privati, dall'adattamento ai metodi di gestione tipici del settore privato (senza dimenticare il marketing e le strategie di branding), fino alla realizzazione di un mercato secondario per i servizi sanitari.

Invecchiamento della popolazione

Per quanto riguarda il contenimento dei costi all'assistenza sanitaria, una delle sfide più grandi della Germania è rappresentata l'invecchiamento della sua popolazione. Nel 2012, l'aspettativa di vita alla nascita per tutta la popolazione in Germania era di 81 anni, quasi un anno di più della media OCSE di 80,2 anni. Il Giappone godeva della più alta aspettativa di vita tra i paesi OCSE (con 83,2 anni), seguita dall'Islanda e dalla Svizzera con rispettivamente 83,0 e 82,8 anni. Non sorprende, quindi, che un cittadino

tedesco su cinque abbia un'età pari o superiore ai 65 anni, e tale percentuale sia prevista raggiungere il 22% entro il 2018 – portando inevitabilmente ad un aumento della domanda di cure per i disagi relativi all'età e di assistenza agli anziani e producendo una considerevole tensione sul complessivo bilancio sanitario. Ci si aspetta che l'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento di prevalenza delle malattie croniche correlate allo stile di vita rilancino la domanda di cure mediche in Germania negli prossimi anni, anche se il governo federale e i governi statali continuano a tentare di tenere sotto controllo la crescita della spesa nei bilanci della sanità e di ridurre la capacità di offerta degli operatori sanitari.

Risorse umane impiegate in sanità

Anche in Germania se il rapporto medici-assistiti è superiore rispetto alla media OCSE (3,8 medici ogni 1.000 persone), nell'ultimo decennio il numero di laureati sanitari è sceso drasticamente, con conseguenti problemi di reclutamento. Poiché la Germania, come altri Paesi dell'Unione europea, deve affrontare l'innalzamento del livello della domanda dei consumatori, ci si attende un intensificarsi della concorrenza per gli operatori sanitari a tutti i livelli.

Contenimento dei costi sanitari

Come in numerose nazioni sviluppate, la Germania sta lavorando sul contenimento dei costi sanitari e sui programmi di ottimizzazione di processo, tra cui i modelli di pricing basati sul valore e i meccanismi di "pay-per-performance". È inoltre in atto il consolidamento dei fornitori, testimoniato da una crescente tendenza verso fusioni ospedaliere e dalla creazione di partnership strategiche per aumentare contemporaneamente le funzionalità.

Fattori di rischio per la salute

Come nella maggior parte degli altri Paesi dell'OCSE, i tassi di tabagismo fra gli adulti in Germania sono diminuiti negli ultimi decenni, dal 29% nel 1978 al 22% nel 2009, un tasso vicino alla media OCSE del 20,7%. Tuttavia, contemporaneamente, il tasso di obesità è aumentato negli ultimi decenni in tutti i paesi OECD, anche se esistono differenze notevoli. In Germania, il tasso di obesità tra gli adulti è passato dall'11,5% del 1999 al 14,7% del 2009, vicino alla media dei paesi dell'OCSE (15,4%). La crescente incidenza dell'obesità prefigura un aumento nell'insorgenza di problemi di salute come il diabete e malattie cardiovascolari e dei costi sanitari.

Al fine di rispondere a queste sfide, sono state implementate alcune riforme.

Nel giugno 2015, il Parlamento ha approvato la legge per rafforzare l'erogazione di assistenza sanitaria da parte del sistema di assicurazione statutaria. Sulla base "Care Structure Act" del 2012, questa legge promuove numerose misure per rafforzare ulteriormente le strutture di erogazione per i pazienti coperti da assicurazione statutaria, specialmente nelle zone rurali e svantaggiate. Queste misure comprendono il diritto per i comuni di istituire centri di trattamento medico, il divieto di trasferimento di pratiche accreditate dall'assicurazione statutaria ai successori in aree già molto servite, l'istituzione di centri di prenotazione (che garantirebbero un appuntamento con il me-

dico specialista entro quattro settimane) e la promozione di forme innovative di cura, soprattutto attraverso l'istituzione di un *Innovation Fund* presso il *Federal Joint Committee* con una dotazione di € 300 milioni all'anno dal 2016 al 2019.

L' "*Act to Strengthen Health Promotion and Prevention*" (atto per rafforzare la promozione della salute e la prevenzione) è stato emanato nel luglio 2015. In una prossima conferenza nazionale sulla prevenzione i regimi di previdenza sociale, insieme ai governi federali, statali e locali, nonché all'agenzia federale del lavoro, si accorderanno su obiettivi e approcci comuni. Inoltre, l'atto mira a migliorare la prevenzione e promozione della salute regolando la politica di vaccinazione ed espandendo i controlli preventivi. I fondi di malattia e i fondi di *long term care* investono € 500 milioni all'anno, di cui circa € 300 milioni sono destinati alla promozione della salute di bambini in asili e scuole, nell'ambiente di lavoro e nelle strutture di assistenza long term.

L' "*Hospital Care Structure Reform Act*", entrato in vigore nel gennaio 2016, prevede l'introduzione di aspetti qualitativi nella programmazione ospedaliera (per esempio, la definizione legislativa di volumi minimi) e nel pagamento (come integrazioni e riduzioni nei finanziamenti legate alla qualità), oltre a un approccio più *patient-friendly* per gli ospedali. Al fine di migliorare la cura dei pazienti e creare nuovi posti di lavoro infermieristico, un programma di sovvenzione fornirà fino a € 660 milioni nel periodo dal 2016 al 2018, e, a partire dal 2019, € 330 milioni all'anno. Il finanziamento ospedaliero sarà ulteriormente sviluppato e il pool di riallocazione destinerà € 500 milioni per sostenere misure volte a migliorare le strutture di cura ospedaliere. ●

il sistema sanitario in Italia

Introduzione

Nel sistema sanitario Nazionale italiano sono concretizzati i valori fondamentali e i punti di forza riconosciuti nel corso degli anni da vari organismi internazionali, quali l'Organizzazione mondiale della sanità e l'OCSE. Tuttavia, garantire la sostenibilità del sistema sanitario, preservando i principi di copertura universale, finanziamento attraverso tasse e contributi e accesso non discriminatorio ai servizi di assistenza sanitaria, rappresenta una grande sfida per il governo, gli operatori sanitari e i pazienti.

Nel contesto delle politiche di austerità e di lenta crescita economica che caratterizzano tutto il Paese, è sempre più dif-

ficile conciliare la crescente pressione all'adozione di nuove tecnologie e la complessità dei servizi di assistenza sanitaria di multi-morbosità in una popolazione sempre più esposta all'invecchiamento. Da questo punto di vista, il futuro del sistema sanitario dipende principalmente dal futuro dell'economia del Paese. Se l'Italia sarà in grado di superare la crisi strutturale e di riprendere il suo processo di crescita, sarebbe possibile allentare le attuali misure di contenimento dei costi, in modo tale che il sistema sanitario possa ricevere risorse sufficienti per soddisfare le aspettative di alta qualità e di copertura universale. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

L'Italia ha un Servizio Sanitario Nazionale (SSN) finanziato mediante le entrate tributarie, istituito nel 1978 e basato sul modello Beveridge, che garantisce l'accesso della totalità delle prestazioni sanitarie all'intera popolazione. Gli scopi principali del SSN sono assicurare ai cittadini un accesso equo a livelli omogenei di servizi sanitari, indipendentemente dal loro reddito o dal luogo di appartenenza, sviluppare piani di prevenzione delle malattie, controllare la spesa sanitaria e garantire un controllo democratico pubblico. Inoltre, come principi guida del SSN sono stati stabiliti la dignità umana, le esigenze sanitarie e la solidarietà. L'*empowerment* del paziente e i suoi diritti non vengono indicati in una singola legge, ma sono principi presenti in diverse parti della legislazione, a partire dalla Costituzione italiana e dalla legge istitutiva del sistema sanitario nazionale.

A partire dal 1978, tre grandi riforme hanno ristrutturato il sistema sanitario finanziato con l'apporto pubblico, introducendo elementi di mercato interno, conferendo au-

onomia manageriale alle aziende sanitarie locali e agli ospedali pubblici e, con la riforma della Legge Costituzionale, concedendo maggiore autonomia e poteri alle Regioni italiane.

Il sistema si articola su tre livelli: nazionale, regionale e locale.

A livello nazionale, il Ministero della Salute (sostenuto da numerosi enti specializzati) delinea i principi e gli obiettivi fondamentali del sistema nazionale, stabilisce il pacchetto dei servizi sanitari essenziali (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA) garantiti sul territorio nazionale e distribuisce i fondi nazionali alle Regioni. L'erogazione dei LEA si articola su tre livelli: assistenza sanitaria collettiva, assistenza di base e medicina per la salute della comunità, e assistenza ospedaliera. A una specifica Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA è richiesto di adottare i seguenti criteri: efficacia, adeguatezza e coerenza con le funzioni e degli obiettivi del SSN.

Le Regioni sono responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, nonché della tutela della salute e in altre discipline di carattere sanitario come la sicurezza sul lavoro, l'ordinamento delle professioni, la sicurezza alimentare e la ricerca scientifica.

Dal 2001, lo strumento principale per pianificare e organizzare l'assistenza sanitaria pubblica in Italia sono diventati gli accordi tra lo Stato e le RR. In realtà, le diverse Regioni hanno compiuto scelte differenti su come impiegare la loro crescente autonomia. Dal 2006 i Piani di Rientro hanno ulteriormente influito sul livello di decentralizzazione delle procedure.

A livello locale, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) presenti sul territorio erogano prestazioni sanitarie pubbliche, servizi sanitari di comunità, servizi di assistenza primaria direttamente e indirettamente e di assistenza specialistica direttamente o tramite gli ospedali pubblici (Aziende Ospedaliere, AO) o i fornitori privati accreditati. Le ASL e le AO sono a gestione diretta e sono finanziate dalle Regioni che hanno piena autonomia per definirne i confini geografici, stanziando risorse ad esse destinate e nominandone i nuovi dirigenti.

Gli attori principali del sistema

Il Servizio Sanitario Nazionale italiano è decentrato e organizzato su tre livelli: nazionale, regionale e locale. Pertanto, anche gli attori principali del sistema sono organizzati su tre livelli.

Il governo nazionale, attraverso il Ministero della Salute, è in prima fila nella pianificazione sanitaria, inclusa la definizione del pacchetto di servizi sanitari garantiti e della predisposizione degli obiettivi a lungo termine; nel finanziamento, con la distribuzione dei fondi disponibili ai sistemi sanitari regionali; nel monitoraggio del SSN e nella governance generale degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS). Il Ministero è attualmente organizzato in tre dipartimenti indipendenti e specializzati, e ciascuno comprende numerose Direzioni:

1) Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione: Direzione generale della prevenzione; Direzione generale della ricerca sanitaria e biomedica; Direzione generale dei rapporti europei e internazionali; Direzione generale della comunicazione e del-

le relazioni istituzionali.

- 2) Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN: Direzione generale della programmazione sanitaria; Direzione generale del sistema informativo e statistico sanitario; Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN; Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure.
- 3) Dipartimento della sanità pubblica veterinaria, della sicurezza alimentare e degli organi collegiali per la tutela della salute: Direzione generale della sanità animale e dei farmaci veterinari; Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione; Direzione generale degli organi collegiali per la tutela della salute.

Il Ministero è supportato nelle sue funzioni da diversi enti governativi permanenti:

- L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) si occupa della ricerca scientifica, della sorveglianza e promozione della salute pubblica e della diffusione della conoscenza. Svolge un ruolo consultivo per il Ministero con un grado significativo di indipendenza, con proprie strutture di ricerca.
- AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) funge da interfaccia tra il Ministero della Salute e le Regioni, con funzioni di supporto alla qualità organizzativa, all'efficienza e all'efficacia dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Svolge attività di monitoraggio in questi settori e di supporto sia al Ministero che ai singoli sistemi sanitari regionali nella programmazione e nell'implementazione delle riforme organizzative.
- CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) è stato istituito per svolgere funzioni di coordinamento tra il Ministero della Salute e le Regioni per le attività di sorveglianza, prevenzione e risposta tempestiva alle emergenze. Nel corso degli anni il suo ruolo si è ampliato fino a comprendere la predisposizione di strategie nazionali basate sulle evidenze per la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e l'accesso equo alle cure. Fornisce assistenza ai gruppi tecnici regionali nei programmi di salute pubblica, e mantiene i rapporti con le grandi reti internazionali di epidemiologia e salute pubblica.
- AIFA, agenzia italiana di farmacovigilanza.
- IRCCS (Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), assistenza terziaria e centri di ricerca; e gli IZS (Istituti Zooprofilattici Sperimentali), che regolano e controllano lo stato sanitario degli animali e la salubrità dei prodotti di origine animale.
- L'organo consultivo tecnico più importante del Ministero della Salute è il Consiglio Superiore di Sanità (CSS). È costituito da trenta componenti e un presidente, e riunisce rappresentanti degli enti governativi nazionali sopra elencati oltre a scienziati, medici e altri esperti riconosciuti.

Nel 1983, per favorire una cooperazione permanente tra lo Stato e le Regioni nei settori di politica generale dove il loro mandato si sovrappone, è stata istituita la Conferenza Stato-Regioni.

Le diciannove Regioni e le due Province autonome condividono la programmazione e il finanziamento delle responsabilità con il governo centrale nella Conferenza Stato-Regioni, e sono esclusivamente responsabili dell'erogazione dei servizi di salute pubblica e di assistenza sanitaria attraverso i loro sistemi regionali di assistenza.

Ciascuna regione, attraverso il proprio Consiglio regionale eletto, svolge attività legislativa, i cui ambiti sono stati ampliati dalla riforma del SSN del 1999 e attualmente prevede:

- principi generali e organizzazione del sistema di assistenza sanitaria regionale, incluse le regole generali sui ruoli dell'autorità regionale, delle ASL e delle AO (fornitori pubblici di servizi) e dei fornitori privati;
- criteri di finanziamento dei fornitori pubblici e privati dell'assistenza sanitaria;
- linee guida tecniche e gestionali per l'erogazione e la programmazione di servizi, compresa la valutazione della necessità di nuovi ospedali.

Le funzioni esecutive del governo regionale nell'assistenza sanitaria, svolte principalmente attraverso il Dipartimento della Salute, includono la redazione di un Piano sanitario regionale triennale; la definizione dei criteri per l'autorizzazione e l'accreditamento dei fornitori dei servizi di assistenza sanitaria pubblica e privata e il monitoraggio della qualità delle loro prestazioni; il coordinamento dell'assistenza sociale e sanitaria attraverso una Conferenza Permanente per la Programmazione Sanitaria e Socio-Sanitaria Regionale; e la gestione delle ASL e delle AO tramite la definizione dei loro limiti geografici, lo stanziamento delle risorse ad esse destinate e la nomina dei dirigenti.

Undici Regioni, principalmente quelle del Nord, dispongono attualmente di un'agenzia regionale per la salute con il compito sia di supportare il dipartimento regionale per la salute nelle sue funzioni esecutive, che di fornire supporto tecnico e scientifico alle ASL e agli ospedali.

All'interno di ciascuna Regione, la responsabilità dell'organizzazione e dell'erogazione dei servizi spetta alle istituzioni definite in base al territorio e alla popolazione, le ASL. Queste Aziende Sanitarie Locali dipendono direttamente dal governo della loro Regione di appartenenza, che le finanzia in base ai programmi di finanziamento che variano da una Regione all'altra. Esse forniscono i servizi di medicina preventiva e di salute pubblica, l'assistenza sanitaria di base – compresa la medicina familiare e i servizi per la comunità – e l'assistenza secondaria. Il territorio di ciascuna ASL è ulteriormente suddiviso in Distretti, il livello istituzionale che controlla direttamente l'erogazione dei servizi di assistenza di base e di salute pubblica. Ciascun distretto ha, per legge, una popolazione raggiunta di circa 60.000 abitanti.

I rapporti tra i fornitori di servizi di assistenza sociale e sanitari e le ASL differiscono, e

variano dalla dipendenza diretta (fornitura interna dei servizi) all'attività di delegare. I servizi di medicina preventiva e di salute pubblica sono erogati dal Dipartimento di Prevenzione, presente in ogni ASL. Le ASL di dimensioni differenti possono disporre di numerosi altri dipartimenti che possono occuparsi di altri servizi per la salute pubblica.

Una rete di medici di base eroga servizi di medicina per le famiglie e agisce da primo filtro per accedere a livelli più specialistici di cura. Essi lavorano per il sistema sanitario regionale e si coordinano con le attività dei Distretti. Non sono, tuttavia, dipendenti stipendiati delle ASL, in quanto i termini del loro lavoro sono stabiliti in un accordo nazionale tra la Conferenza Stato-Regioni e (dal 2001) l'associazione dei professionisti del settore sanitario con un contratto con il SSN, la SISAC (Società Interregionale Sanitari Convenzionati).

I servizi per la comunità comprendono l'assistenza medica primaria e infermieristica, l'assistenza domiciliare e residenziale per gli anziani e i disabili e l'assistenza presso le strutture hospice.

L'assistenza secondaria può essere offerta direttamente dalle ASL attraverso i loro ospedali o le aziende ospedaliere pubbliche, le AO. Nel secondo caso, le ASL lavorano come acquirenti di servizi in un sistema di quasi-mercato. Dipende dalle singole Regioni scegliere se optare o meno per la separazione tra acquirente-fornitore.

Ospedali privati e specialisti accreditati.

Servizi di assistenza sociale e di welfare sociale sono forniti da enti comunali, con vari gradi di integrazione e coordinamento con le ASL.

Le modalità di finanziamento del sistema

Il Servizio Sanitario Nazionale è ampiamente sovvenzionato attraverso le imposte regionali e nazionali, integrato con i ticket per i farmaci e le cure ambulatoriali.

Nel 2013, la spesa sanitaria totale ha rappresentato il 9,1% del PIL, molto vicina alla media del 9,3% dei Paesi OCSE. Mentre ciò riflette un processo di convergenza verso l'alto avvicinandosi alla media dell'Unione Europea negli ultimi due decenni, una parte di questo apparente aumento è anche dovuta a una crescita di PIL relativamente debole per l'Italia in tale periodo.

Le fonti pubbliche rappresentano il 78% della spesa sanitaria totale, con la spesa privata, principalmente sotto forma di pagamenti che i cittadini pagano "di tasca propria" (Out-Of-Pocket payment, OOP) (18%), che rappresenta la parte rimanente – questo tipo di pagamenti sono destinati per lo più alle procedure diagnostiche (esami di laboratorio e imaging), prodotti farmaceutici, visite specialistiche e interventi non giustificati (non urgenti) forniti nei reparti di pronto soccorso degli ospedali. Solamente l'1% della spesa sanitaria totale è finanziato dall'assicurazione sanitaria privata. La produzione, la distribuzione e la tariffazione dei prodotti farmaceutici sono severamente regolate da un'agenzia nazionale, e le forniture sono rese progressivamente più complesse da tentativi ripetuti di contenere i costi della spesa farmaceutica.

Dai primi anni 2000 il sistema sanitario è andato incontro a un processo di decentramento fiscale dal governo centrale alle Regioni. Nel territorio italiano sono presenti

sostanziali differenze nel finanziamento tra le Regioni, con una spesa pro capite che va dal 10,2% sotto la media nazionale al 17,7% al di sopra. Sebbene la maggior parte dei finanziamenti sia raccolta a livello nazionale e ridistribuita alle R, vi è margine per una variazione regionale significativa nelle aliquote fiscali (in particolare, attraverso l'imposizione fiscale delle società e una sopratassa regionale sull'imposta sul reddito). Il sistema di finanziamento che ne deriva presenta una base imponibile distribuita in modo disomogeneo, uno spazio minore di manovra per le Regioni più povere e un'esigenza di queste ultime di aumentare maggiormente le basi imponibili rispetto alle Regioni a reddito elevato, con conseguenti disincentivi per l'inserimento di attività commerciali, per esempio. La parte più cospicua del Fondo Sanitario Nazionale è divisa in tre ampie aree di servizio, che necessitano di essere coperte come parte del pacchetto di servizi sanitari garantiti. Le Regioni devono distribuire le loro risorse più o meno nel seguente modo: assistenza di base (44%), assistenza secondaria-terziaria (51%) e prevenzione (5%). Queste percentuali sono rimaste costanti nel corso degli anni. La formula per l'allocazione regionale delle risorse è per lo più basata sulla popolazione e solo parzialmente ponderata. Il sistema della quota capitaria ponderata prende in considerazione l'attuale domanda di servizi sanitari, l'età, la distribuzione geografica, la deprivazione sociale e le condizioni di salute della popolazione basata sul tasso mortalità. I fondi per la prevenzione sono concessi alle Regioni sulla base della popolazione residente (non ponderata).

Negli ultimi anni si è tentato di attuare controlli più rigidi sulla spesa sanitaria delle Regioni dopo che alcune sono incorse in deficit considerevoli (principalmente nelle zone centrali e meridionali del Paese). Inoltre, alla luce della crisi finanziaria ed economica mondiale, sono stati proposti – e sono in fase di lenta attuazione – provvedimenti più severi per il contenimento dei costi della spesa sanitaria pubblica (ad es. tetti a specifici settori di spesa). Allo stesso tempo, sono stati introdotti ticket più elevati per le cure ambulatoriali, gli esami diagnostici e i farmaci, aumentando la spesa privata per la salute.

Le unità sanitarie locali ricevono i finanziamenti principalmente attraverso budget a quota capitaria. Attualmente, non esistono linee guida chiare sull'ammontare del denaro che dovrebbe essere trasferito dal budget regionale a ciascun sotto-livello locale.

L'assistenza sanitaria viene principalmente offerta attraverso fornitori pubblici, con alcuni organismi privati o privati-pubblici. Sebbene le riforme del 1992 fossero volte a introdurre un sistema di quasi-mercato, con pazienti liberi di scegliere a chi rivolgersi, in pratica queste disposizioni variano da una Regione all'altra e, in alcune di esse, sono a mala pena presenti. Solo nelle Regioni del Lazio, della Campania, del Molise e della Lombardia esiste un livello relativamente elevato di assistenza privata, con circa il 30% dei ricoveri in ospedale fornito da strutture private.

In generale, i medici impiegati dal sistema sanitario Nazionale sono stipendiati e hanno lo status di funzionario statale, sebbene i medici di base e i pediatri siano professionisti indipendenti, pagati mediante una combinazione tra pagamento a quota capitaria e pagamento a prestazione per alcuni interventi. A tutti i medici stipendiati è consentito esercitare la professione privatamente e possono guadagnare reddito aggiuntivo sulla base del pagamento a prestazione; sono incoraggiati a farlo all'interno delle strutture

del Servizio Sanitario Nazionale e versano una quota del loro introito alla struttura che li ospita.

Le percentuali di pagamento per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale sono stabilite da ciascuna Regione, con percentuali nazionali (determinate dal Ministero della Salute) come riferimento. Il pagamento per l'assistenza ospedaliera (trattamenti in regime ordinario e in day hospital) si basa sulle tariffe dei DRG, sebbene esso sia generalmente integrato con altri metodi di pagamento (rata unica o budget globale), mentre l'assistenza ambulatoriale viene rimborsata mediante tariffa per unità di cura. Vi sono considerevoli variazioni inter-regionali nel sistema dei pagamenti potenziali adottato da ciascuna Regione, come la modalità con cui sono stabilite le tariffe, quali servizi sono inclusi e i mezzi impiegati per influenzare gli schemi di cura.

Il pagamento dell'assistenza a lungo termine e dei servizi residenziali o semiresidenziali, dove sono fornite l'assistenza sanitaria e la riabilitazione, si basa sulla condivisione dei costi tra il paziente e il suo Comune di appartenenza con variazioni importanti tra le varie Regioni e persino tra i vari Comuni. Il livello della condivisione dei costi generalmente viene stabilito in base al reddito del paziente.

In relazione all'assistenza farmaceutica, il pagamento viene differenziato secondo fasce (Fascia A, H e C):

- I farmaci di Fascia A includono i prodotti essenziali e quelli destinati alle malattie croniche e sono interamente rimborsati dal SSN.
- I farmaci di Fascia H includono i prodotti che vengono rimborsati interamente solo in strutture ospedaliere.
- I farmaci di Fascia C includono altri prodotti che non presentano le caratteristiche delle altre due fasce e non sono rimborsati.

Le modalità di erogazione dei servizi

La principale istituzione responsabile della salute pubblica a livello nazionale è il Ministero della Salute, che assume un ruolo di gestione e stabilisce le linee di condotta generali rivolte al miglioramento e alla prevenzione della salute. Le linee di condotta in materia di sanità pubblica sono attuate dalle Regioni tramite i Dipartimenti della Salute e le ASL, le competenze delle quali includono la tutela e la promozione della salute della popolazione, la prevenzione delle malattie e della disabilità, e il miglioramento della qualità della vita. Le principali aree di attività sono: igiene pubblica, salute occupazionale, assistenza sanitaria veterinaria e igiene degli alimenti e della nutrizione. I programmi di immunizzazione e screening sono considerati prioritari. In aggiunta ai programmi di immunizzazione di routine volontaria e obbligatoria, vengono offerti gratuitamente il pap test, la mammografia e lo screening coloretale a popolazioni interessate residenti sul territorio nazionale.

L'assistenza primaria rappresenta il punto di partenza dell'offerta sanitaria ed è pertanto il primo contatto con il SSN, e ha il compito di fornire una continuità assistenziale attraverso un coordinamento adeguato. I servizi di assistenza di base sono erogati dai distretti sanitari, il braccio operativo delle autorità sanitarie locali. Le équipe multidisciplinari di professionisti (medici di base e pediatri, specialisti, infermieri, assistenti

sociali, personale per l'assistenza sociale e altro personale tecnico e amministrativo) lavorano all'interno dei Distretti sanitari per fornire diverse tipologie di servizi volti a soddisfare le necessità della comunità (ad es. i medici di base e l'assistenza negli ambulatori specialistici, l'assistenza a sostegno della madre e del neonato, l'assistenza agli anziani fragili, l'assistenza per la salute mentale, ecc.). I medici di base e i pediatri (che di solito si occupano dei bambini fino all'età di sei anni o, se i genitori lo desiderano, fino all'età di 14–16) hanno un ruolo di filtro e hanno il compito di prescrivere i farmaci e, dopo aver diagnosticato un problema di salute, di inviare i pazienti dagli specialisti o a successivi livelli di cura, se necessario. I medici di base sono medici in proprio e indipendenti, retribuiti sulla base di una tariffa di pagamento a quota capitaria sul numero di pazienti registrati (fino a 1500) aumentata da una componente di pagamento a prestazione per attività specifiche (ad es. visite domiciliari) e pagamenti aggiuntivi in base a specifici indicatori di prestazione (tipicamente gestiti a livello regionale e locale). Negli ultimi quindici anni, si è cercato di riorganizzare l'offerta dell'assistenza di base, con l'obiettivo di passare dal modello tradizionale, in cui il medico di base e altri professionisti sanitari esercitano individualmente presso il proprio studio, a un modello di assistenza integrata che metta in collegamento vari professionisti del settore sanitario e colmi il divario tra il personale in prima linea e i pazienti, ma il cambiamento è lento.

Le attività specialistiche ambulatoriali consistono in servizi specialistici complessi, quali visite, diagnosi, servizi di laboratorio, terapia curativa e riabilitazione per i pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero. In particolare, includono servizi di assistenza specialistica nell'ambito del SSN che sono accessibili solo con la prescrizione di un medico di base; fanno eccezione le prestazioni per cure dentali, ostetriche e ginecologiche e pediatriche, che sono servizi a cui si può accedere direttamente. L'accesso diretto è anche garantito per servizi specialistici privati (intra-moenia). I servizi di medicina specialistica in ambulatorio, compreso l'imaging diagnostico e gli esami di laboratorio, vengono coordinati dalle ASL, che possono o fornirli direttamente attraverso le cliniche e gli ambulatori ospedalieri dei distretti sanitari e i laboratori di diagnosi, o acquistarli attraverso fornitori privati e pubblici accreditati.

L'assistenza in regime ordinario viene fornita attraverso una rete di ospedali privati e pubblici accreditati. Queste strutture possono fornire sia l'assistenza ambulatoriale sia l'assistenza in regime ordinario e sono ufficialmente suddivise in categorie (dalla normativa) in:

- Aziende Ospedaliere (AO), ovvero enti pubblici quasi-indipendenti che dipendono dalle Regioni e forniscono assistenza terziaria con un elevato livello di specializzazione;
- Aziende Ospedaliere Universitarie e Policlinici Universitari;
- Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS);
- Presidi Ospedalieri, direttamente gestiti dalle ASL;
- Ospedali monospecialistici, come i servizi maternità o di ortopedia;
- Ospedali ecclesiastici classificati;
- Residenza Sanitaria Assistenziale (struttura residenziale con posti letto per assistenza a lungo termine).

Dopo che il paziente è stato sottoposto a trattamento in una struttura per acuti, il per-

corso assistenziale prevede che venga messa in atto l'assistenza domiciliare integrata (ADI) se il paziente necessita di assistenza post-acuta. Il modello di assistenza in ADI si basa sull'elaborazione di un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI), secondo le necessità assistenziali individuali. Per quanto riguarda l'assistenza a lungo termine, in genere l'ospedale che dimette invia il paziente a uno specifico centro che fornisce cure di riabilitazione o, se è il caso, a istituti di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) o a case protette. Le RSA generalmente si occupano di pazienti che necessitano di un uso più intensivo delle risorse sanitarie, mentre pazienti in condizioni meno critiche vengono indirizzati alle case protette.

Se vi è necessità di una visita in emergenza al di fuori dell'orario regolare, o quando non è possibile farsi visitare dal medico di base, l'assistenza viene fornita dai Medici di Continuità Assistenziale (MCA), in passato chiamati Guardia Medica.

La continuità assistenziale, istituita secondo modelli effettivi integrati, è stata sottoposta a riforme a livello nazionale e regionale negli ultimi 20 anni, al fine di garantire una copertura di 24 ore, 7 giorni a settimana. Quando la situazione richiede un intervento immediato, viene fornito un servizio di ambulanza per il trasporto al più vicino ospedale chiamando il numero per le emergenze 118, oppure i pazienti possono recarsi direttamente al reparto di pronto soccorso del più vicino ospedale per ricevere le cure necessarie. Negli ultimi anni vi è stato un progressivo aumento delle accettazioni nel reparto di Pronto Soccorso, alcune delle quali sono dovute all'uso inappropriato da parte dei pazienti (ad es. per malattie minori o interventi di prevenzione che avrebbero potuto essere trattati da medici di base); in questo caso ai pazienti possono essere addebitati dei costi.

Il SSN deve fornire assistenza per i farmaci e si fa carico della maggioranza delle spese farmaceutica totale. I farmaci sono distribuiti attraverso due canali: farmacie comunali e ospedaliere. Le farmacie comunali possono essere private o pubbliche e distribuiscono farmaci soggetti a prescrizione medica o da banco ai cittadini che vivono sul territorio. Le farmacie ospedaliere hanno il compito di acquistare, immagazzinare e distribuire i farmaci ai pazienti ricoverati. I medicinali sono raggruppati in tre grandi categorie: i farmaci di Fascia A sono medicinali essenziali che sono rimborsabili (ma è necessario il pagamento di un ticket, che varia a seconda della regione) e includono quelli indicati per il trattamento di malattie gravi, croniche o acute. I farmaci di Fascia C includono prodotti farmaceutici non rimborsabili (sebbene alcune Regioni abbiano scelto di offrire un rimborso parziale). I farmaci di Fascia H includono prodotti farmaceutici distribuiti sono all'interno degli ospedali. Per contenere la spesa farmaceutica, la Spending Review del 2012 ha ridotto lo stanziamento previsto per i farmaci utilizzati in contesti non ospedalieri dal 13,3% della spesa sanitaria totale all'11,35% nel 2013. Tuttavia, nell'ultimo decennio, il costo dei farmaci distribuiti dagli ospedali è significativamente aumentato, a causa di nuovi prodotti costosi e della distribuzione ad opera delle farmacie ospedaliere di prodotti che sono poi usati al di fuori del contesto ospedaliero.

Per quanto riguarda le cure palliative, in Italia il modello più comune è l'Unità di cure palliative, che opera all'interno della struttura ospedaliera per fornire assistenza a tutte le tipologie di pazienti (compresi quelli pediatrici) che soffrono di malattie croniche e degenerative. La rete per le cure palliative comprende l'assistenza ambulatoriale, i

servizi di assistenza domiciliare, il day hospital, i ricoveri ospedalieri in post letto dedicati e, soprattutto, le strutture residenziali per pazienti terminali, per lo più malati oncologici, chiamati hospice. Tuttavia, sussiste ancora una disparità significativa tra le Regioni per quanto riguarda la distribuzione degli hospice e i fondi stanziati per le cure palliative in generale.

Per quanto riguarda l'assistenza per la salute mentale, la Legge Basaglia del 1978 ha segnato il passaggio dall'assistenza istituzionale alla presa in carico dei servizi di igiene mentale pubblici. In seguito, sono stati istituiti specifici dipartimenti di salute mentale (DSM) all'interno delle ASL per garantire la promozione e il coordinamento della prevenzione della salute mentale, del trattamento e della riabilitazione e per fornire assistenza in regime ordinario e ambulatoriale. Il DSM è dotato di quattro tipi di servizi:

1. Centri di salute mentale (CSM). Queste unità coprono tutte le attività correlate all'assistenza ambulatoriale di adulti che presentano patologie psichiatriche, coordinando gli interventi attraverso varie strutture e contesti.
2. Strutture semiresidenziali per servizi diurni di salute mentale (day hospital e centro diurno).
3. Strutture Residenziali che si occupano del programma terapeutico-riabilitativo e socio-riabilitativo di pazienti con disagio psichiatrico.
4. Unità psichiatriche all'interno degli ospedali, che contengono fino a quindici posti letto, per ricoveri in acuto. Forniscono assistenza a breve e medio termine per interventi urgenti e sono strettamente collegati ai CSM per garantire la continuità di cura. Resta la priorità di colmare il divario tra le Regioni del Nord e quelle del Sud, rispetto alla fornitura e alla qualità dei servizi, che resta una delle sfide più importanti.

L'offerta pubblica di assistenza nelle cure dentarie è molto scarsa, con risorse limitate del SSN stanziate per servizi rimborsabili. Un gruppo minimo di servizi è incluso nel pacchetto di servizi sanitari garantiti. Vi sono servizi preventivi e diagnostici, trattamenti per carie e complicanze associate, malattie parodontali, occlusione dentale e complicanze ed emergenze dentali correlate all'osso dentale. Per accedere a questi servizi è necessario il pagamento del ticket, sono previste eccezioni per i bambini di 0–14 anni e per determinate categorie di soggetti in condizione di vulnerabilità (pazienti a basso reddito o quelli che soffrono di malattie croniche). La maggior parte dei trattamenti dentali è acquistata privatamente, di tasca propria, dai pazienti.

I trattamenti di medicina complementare ed alternativa (MCA) non sono coperti dal SSN, e pertanto sono generalmente acquistati dal paziente con pagamento diretto.

L'erogazione dell'assistenza sanitaria a gruppi vulnerabili o esclusi ha di recente subito un cambiamento di strategia. Dopo diversi anni senza regolamenti specifici, ora è stata definita la legislazione per garantire che gli immigrati (sia con permesso di soggiorno che temporaneamente senza documenti) abbiano diritto a ricevere gli stessi servizi sanitari pubblici che sono a disposizione dei cittadini italiani.

La questione centrale inerente la fornitura di servizi sanitari è l'eterogeneità delle disposizioni regionali. In generale, le Regioni del Nord e del Centro sembrano tenere il passo con gli sviluppi istituzionali, organizzativi e professionali allineati con le best

pratiche internazionali e in linea con gli orientamenti del governo centrale, mentre le Regioni del Sud Italia sembrano rimanere indietro. I divari tra le Regioni del Nord e del Sud riflettono principalmente fattori socioeconomici e culturali che vanno al di là del sistema sanitario. Tuttavia, è anche probabile che le politiche di decentramento introdotte negli ultimi venti anni non abbiano favorito l'omogeneità dei sistemi regionali, in quanto hanno fornito un'opportunità di miglioramento alle R meglio dotate dal punto di vista istituzionale, lasciando al contempo le Regioni del Sud con minor appoggio centrale per affrontare i contesti sociali più difficili. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	60.990.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	68,3%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	14%	Banca dati European Health for All, 2013
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	21%	Banca dati European Health for All, 2012
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	83	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	25	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	10,3	Banca dati European Health for All, 202
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	10,5	Banca dati European Health for All, 2013
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	34.070	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	2,75	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	3,76	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2012)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	2.150.823,4	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ¹⁶ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	9,1%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	14%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	78%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	22%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	4,5%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	82%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	18%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

¹⁶ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	3.126	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	2.439	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1146,85	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	n.a.	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	568,66	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	666,36	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	38%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	2,7	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	85,8%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	5,5%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno contiguo)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	60	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	483	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	10%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	73	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	16.957	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ¹⁷ . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ¹⁸ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	13%	
Uomini	23%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	5%	
2. Malattie non trasmissibili	89%	
3. Lesioni	6%	

¹⁷ Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

¹⁸ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	9.855	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	12.878	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ¹⁹ (OECD, 2012)
Degenza media del ricovero per acuti	6,8	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ²⁰ (OECD, 2012)

¹⁹ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

²⁰ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Negli ultimi anni sono in corso a livello sia nazionale che internazionale, modificazioni sostanziali delle caratteristiche della popolazione dovute a numerosi fattori tra cui la transizione demografica, il progresso delle tecnologie e una concomitante transizione epidemiologica che vede il passaggio da patologie caratterizzate da esordio acuto e rapida risoluzione a patologie di tipo cronico-degenerativo con decorsi prolungati nel tempo. Ciò concorre ad aumentare l'aspettativa di vita della popolazione, incrementandone la componente anziana con bisogni di salute complessi. Tali trasformazioni, associate all'attuale periodo di crisi economico-finanziaria, rendono necessaria una ridefinizione, a diversi livelli, delle priorità del sistema sanitario italiano attraverso l'individuazione di specifiche modalità di intervento. Per il futuro, per garantire ai cittadini un buono stato di salute e un'assistenza sanitaria di qualità, occorrerà affrontare diverse sfide.

Sostenibilità e disavanzo

Il sistema sanitario deve adeguarsi ai mutamenti demografici e alla crescente domanda di assistenza e utilizzare al meglio le tecnologie sanitarie innovative. La riforma del sistema sanitario deve garantire l'accesso universale a cure di elevata qualità e migliorarne l'efficienza e la sostenibilità finanziaria.

Il SSN è riuscito a bloccare la tradizionale dinamica espansiva della spesa e ad allinearsi alle limitate disponibilità finanziarie dello Stato, malgrado l'invecchiamento della popolazione, i costi indotti dal progresso tecnologico e le forme di deprivazione socio-

economica prodotte dalla crisi. Va, però, evidenziato come l'equilibrio sia ancora relativamente fragile, poiché tale risultato è stato largamente conseguito tramite iniziative (blocco o riduzione dei volumi e dei prezzi dei fattori produttivi e contenimento dei consumi sanitari) che difficilmente potranno essere mantenute nel medio periodo o, comunque, produrre ulteriori risparmi.

Asl in perdita ed erogazione dei servizi a rischio

L'accumulo di deficit causa l'erosione del patrimonio netto aziendale e, quindi, la contrazione delle attività dovuta alla diminuzione delle disponibilità di cassa e all'incapacità di rinnovare adeguatamente le attrezzature. Nello scorso decennio molte Aziende Sanitarie pubbliche hanno sistematicamente operato in perdita e la copertura delle perdite accumulate è stata soltanto parziale.

Stewardship

Rafforzamento della governance con l'obiettivo di rafforzare le tutele e la capacità di governo e controllo del sistema.

Trasparenza, accountability e consequence management

Migliorare l'efficienza del sistema, eliminando la corruzione e gli sprechi che affliggono il sistema pubblico grazie ad una vera e sistematizzata valutazione delle performance ed all'applicazione di una logica di trasparenza ed accountability in ogni settore del SSN. Definizione di un chiaro sistema d'incentivi e consequence management con l'obiettivo di orientare chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance sanitaria fornendogli adeguati poteri di gestione.

Empowerment dei pazienti

Attraverso un'accresciuta trasparenza ed elevata disponibilità pubblica di dati sanitari con l'obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti ed esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi eroga i servizi.

Meritocrazia

Revisione del modello di finanziamento in base ai risultati e non ai costi sostenuti al fine di incentivare e premiare i comportamenti virtuosi.

Formazione

Verifica del mantenimento di elevati livelli di conoscenze biomediche attraverso un adeguato sistema di formazione continua in medicina.

Spesa per il personale sanitario

Questa rappresenta la voce di spesa del SSN che ha subito i tagli maggiori tra il 2010-2013. La diminuzione della spesa è sostanzialmente il risultato delle politiche di blocco del turnover attuate dalle Regioni sotto Piano di Rientro e delle misure di contenimento della spesa per il personale, portate avanti autonomamente dalle altre Regioni, nonché dell'utilizzo di forme alternative (personale interinale) di acquisizione delle risorse umane. I tagli di personale operati nel corso degli ultimi anni potrebbero produrre

degli effetti sull'erogazione e sulla qualità dell'assistenza, e per di più in maniera differenziata nelle diverse aree del Paese.

Transizione epidemiologica

I cittadini vivono più a lungo, spesso ben oltre l'età pensionabile, ma la media degli anni trascorsi in buona salute rimane invariata. Ciò crea una pressione sulla società, l'economia e i sistemi sanitari. Si rende necessario aumentare di almeno due anni il numero di anni di vita vissuti in buona salute per aiutare i cittadini a rimanere attivi e produttivi il più a lungo possibile.

Prevenzione e riduzione dell'incidenza delle malattie prevenibili

Le malattie croniche sono responsabili dell'87% di tutti i decessi nell'UE e hanno un enorme costo per la società e l'economia. Si stima che nei prossimi venti anni costeranno all'economia mondiale circa 22.500 miliardi di euro. Nell'UE, solo il costo delle malattie legato al fumo supera i 100 miliardi di euro. Molte patologie croniche sono collegate a quattro fattori di rischio comuni e sono dunque prevenibili.

La spesa per la prevenzione ammonta in Italia a circa 4,9 miliardi di euro e rappresenta il 4,2% (dati dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) della spesa sanitaria pubblica. La percentuale di spesa per la prevenzione prevista dal Piano Sanitario Nazionale (livello fissato nel Patto per la Salute 2010-2012) è del 5%. Sono poche le Regioni che raggiungono tale livello e a livello nazionale mancano "all'appello" 930 milioni di euro da dedicare alla prevenzione.

Disuguaglianze in materia di salute

Esistono enormi differenze, a livello di salute e di assistenza sanitaria, tra i paesi UE e tra le Regioni italiane. La speranza di vita alla nascita può variare anche di dieci anni tra i diversi Stati. Il tasso di morbilità e la speranza di vita sono fortemente influenzati da fattori quali l'occupazione, il reddito, l'istruzione; l'appartenenza etnica e l'accesso all'assistenza sanitaria.

Problemi nuovi ed emergenti nel settore della salute

Ampie, complesse e spesso multidisciplinari sono le nuove tematiche che i professionisti di Sanità Pubblica si troveranno ad affrontare nei prossimi decenni. Ad esempio, il forte aumento delle malattie mentali, i campi elettromagnetici, la resistenza antimicrobica, l'ingegneria tissutale, la biologia sintetica, i prodotti ematici, l'interazione con i fattori di rischio e gli effetti sinergici.

Sicurezza sanitaria

La recente epidemia di Ebola ha riconfermato la necessità di rafforzare la preparazione collettiva alle minacce di salute pubblica, a carattere transfrontaliero, con potenziale pandemico.

Nuove tecnologie e HTA

Il trade-off tra i benefici di natura clinica e l'aumento dei costi delle nuove tecnologie mette in chiara evidenza la necessità e la responsabilità di concertare e attuare politi-

che sanitarie basate sull'evidenza, che supportino i vari decisori sanitari, a livello di sistema e/o di singolo erogatore di servizi sanitari, nel processo di selezione e adozione di una tecnologia sanitaria.

In un periodo in cui la razionalizzazione e il contenimento della spesa sanitaria sono una priorità, soprattutto in alcune aree del Paese, le tecnologie digitali rappresentano un'opportunità fondamentale per guidare il cambiamento, elevando la qualità dell'assistenza e favorendo la riconversione e qualificazione della spesa attraverso la dematerializzazione o digitalizzazione di alcune forme dell'assistenza.

La Sanità italiana nei prossimi anni si troverà, dunque, a fronteggiare uno scenario assai complesso e non sarà più possibile basarsi su soluzioni di breve periodo o su azioni di emergenza piuttosto che di programmazione. ●

il sistema sanitario nel Regno Unito

Introduzione

Il Regno Unito è caratterizzato da un sistema sanitario universalistico nel quale la politica e il settore pubblico hanno un ruolo preponderante nella determinazione di strategie e priorità, delle risorse da assegnare alla sanità, ma anche nella gestione, nell'organizzazione e nell'erogazione dei servizi sanitari e dei meccanismi di finanziamento basati sulla fiscalità.

Nel tempo si è tracciata però, per finalità di efficacia ed efficienza, un'evoluzione verso la separazione tra livello di finanziamento e di programmazione (prerogativa del settore pubblico) e quello di gestione e di erogazione dei servizi (affidata a strutture autonome, pubbliche o private) introducendo dinamiche contrattuali tra il finanziatore e il produttore/erogatore.

Inoltre, la riforma del 2001 "*Health and Social Care Act*" ha dato più potere alle strutture di cure primarie alle quali vengono assegnate le risorse per la gestione dei servizi sanitari e ha attribuito la funzione di committenza nei confronti degli

ospedali. Progressivamente la politica sanitaria si è spostata da concetti quali centralizzazione, pianificazione, collaborazione a quelli di devoluzione, competizione, mercato.

Le risorse necessarie per il funzionamento del sistema sanitario inglese continuano ad essere fornite attraverso la fiscalità generale, ma si prevede che nei prossimi anni la gamma di servizi del settore privato si amplierà fino a divenire predominante. Le principali tendenze che lasciano presagire questo cambio di rotta sono: la diversificazione e l'aumento dell'offerta di servizi con l'ingresso di soggetti privati sia nell'erogazione di prestazioni che nel governo degli ospedali; l'espansione della libertà di scelta degli utenti, mettendo in competizione i produttori anche attraverso nuovi sistemi di finanziamento delle strutture; l'aumento dell'importanza dei servizi di cure primarie, a cui saranno assegnate dirette funzioni di committenza nei confronti dei servizi specialistici e ospedalieri. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

Il Regno Unito ha un sistema sanitario universalistico fondato sul modello Beveridge, caratterizzato dall'influenza della politica, sia a livello programmatico, ovvero nella scelta delle strategie e nella definizione delle priorità, nonché nella determinazione delle risorse da assegnare alla sanità e dei meccanismi di finanziamento attraverso la fiscalità generale, che a livello più basso, ovvero per la gestione, l'organizzazione e l'erogazione dei servizi.

Tuttavia uno degli elementi critici nel modello Beveridge è la scarsa *responsiveness*,

ovvero la capacità del sistema di venire prontamente incontro ai bisogni dei pazienti. L'approccio troppo burocratico, le lunghe liste d'attesa, la scarsa qualità di alcuni servizi, la mancanza di comfort nelle strutture sanitarie sono stati per anni il punto critico delle strutture pubbliche all'interno dei sistemi Beveridge. In un sistema fortemente permeato dalla politica vi è poca attenzione ai bisogni immediati, quotidiani dei pazienti, probabilmente perché gli interessi politici portano a soddisfare i bisogni di chi è dentro il sistema sanitario (sindacati, associazioni professionali, società scientifiche, imprese), più che di chi ne dovrebbe usufruire.

Molti sistemi ispirati al modello Beveridge sono, infatti, diventati strutture monolitiche, burocratiche e inefficienti, dominate da logiche politiche. Ciò ha condotto a un massiccio processo di riforma di questi sistemi, teso soprattutto a creare una netta separazione tra il livello di finanziamento e di programmazione (prerogativa del settore pubblico) da quello della gestione e dell'erogazione dei servizi (affidata a strutture autonome, pubbliche o private), introducendo dinamiche contrattuali tra il finanziatore e il produttore/ erogatore.

Gli attori principali del sistema

Il *National Health Service* (NHS) britannico dalla sua nascita nel 1948 fino agli anni '90 ha, in linea con il modello a cui si ispira, assunto una struttura monolitica con un forte controllo centrale da parte del Ministero della Sanità sull'organizzazione periferica dell'attività sanitaria locale affidata alle *Health Authority*. Tali autorità avevano il compito di amministrare ogni aspetto delle attività sanitarie locali, dalla programmazione sanitaria locale, alla gestione diretta dei servizi territoriali (*Community care*) e dei medici di famiglia (*General practitioner*, medici convenzionati), degli ospedali e delle residenze assistenziali per anziani (*nursing home*).

Alla fine degli anni '80, il premier Margaret Thatcher decise tuttavia di riformare dalle fondamenta il NHS. L'idea di fondo era introdurre nel sistema sanitario britannico elementi di mercato e realizzare una riforma, attuata effettivamente nel 1991 con il *National Health Service and Community care Act*, che, pur mantenendo inalterati i principi fondanti del modello Beveridge, separasse nettamente le funzioni di committenza di servizi da quelle di erogazione degli stessi. Le funzioni di committenza furono affidate alle *Health Authority* che diventarono acquirenti, mentre le funzioni di erogazione ai *Trusts* di nuova creazione (ospedali ma anche aziende che erogano servizi territoriali, 57 dei quali creati nel 1991) che diventarono erogatori di servizi ospedalieri con una completa autonomia gestionale. L'obiettivo della riforma era creare, attraverso la concorrenza tra organizzazioni, un mercato interno al NHS.

Tale riforma venne in seguito fortemente criticata dai laburisti, che saliti al governo con Blair, modificarono nel 1999 la riforma Thatcher. Pur abolendo il fundholding, si conservarono alcuni aspetti salienti della precedente riforma: il migliorato assetto organizzativo dei gruppi di medici di famiglia e la separazione acquirenti/erogatori. L'associazionismo medico, come per l'erogazione di servizi sanitari, venne rafforzato con l'istituzione di 481 *Primary care group* (gruppi per l'assistenza primaria). I gruppi, che coprivano una popolazione di circa 100 mila abitanti, riunirono insieme per la prima

volta cure di comunità e cure primarie in una stessa organizzazione. Ogni gruppo era dotato di un organo di gestione che rispondeva all'*Health Authority*.

Nel 2001 venne nuovamente modificato l'assetto del NHS con il *NHS Plan e Health and Social Care Act* con le seguenti caratteristiche:

- le *Health authority* vengono drasticamente ridotte di numero (da 95 a 28). Diventano *Strategic Health authority*, per sottolineare il nuovo ruolo strategico all'interno del NHS e le relative funzioni: programmazione strategica dell'area di competenza e valutazione della performance dell'organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera.
- I *Primary care group* si trasformano in *Primary care trust* (PCT). La loro funzione è quella di gestire, con un proprio budget, tutti i servizi territoriali (medici di famiglia, servizi infermieristici e di riabilitazione, attività odontoiatriche, etc.) e di svolgere attività di committenza e acquisto nei confronti degli ospedali. La dimensione di popolazione dei PCT è di 100.000-350.000 abitanti.
- Gli ospedali (*NHS trust*) mantengono la loro autonomia, come erogatori di servizi di assistenza secondaria e specialistica.

La ratio di questa riforma il cui titolo è "*Shifting the balance of power*" è quella di dare più potere alle strutture di cure primarie cui sono assegnate le risorse per la gestione dei servizi sanitari e attribuita la funzione di committenza nei confronti degli ospedali. Attualmente la responsabilità per la legislazione sanitaria e politica generale spetta al Parlamento, al Segretariato di Stato per la Salute, e al Ministero della Salute. In base ai termini della legge sulla sanità (2006) il segretariato di Stato ha il dovere legale di promuovere un servizio sanitario completo, fornendo servizi a titolo gratuito. I diritti per chi usufruisce del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) sono riassunti nella Costituzione del NHS, e comprendono l'accesso alle cure, senza discriminazioni ed entro determinati tempi per alcune categorie, quali l'emergenza e le cure ospedaliere pianificate. La responsabilità giornaliera per la gestione del Servizio sanitario nazionale è stata affidata ad una nuova organizzazione governativa, il *NHS Commissioning Board*, successivamente nominato *NHS England*.

NHS England è responsabile della gestione del bilancio sanitario nazionale, supervisionando i 211 *Clinical Commissioning Groups* (CCG), e assicurando che gli obiettivi fissati in un mandato da parte del Segretariato di Stato per la Sanità siano soddisfatti, sia di efficienza che di salute. I budget per la salute pubblica sono ora detenuti dalle autorità governative locali.

Le modalità di finanziamento del sistema

La copertura del NHS è universale. L'NHS sulla base dei fondi raccolti attraverso la fiscalità generale fornisce le risorse necessarie per il funzionamento del sistema. Tutti coloro "ordinariamente residenti" in Inghilterra hanno diritto automaticamente alle cure sanitarie, in gran parte gratuitamente presso i punti di accesso del NHS. I non re-

sidenti con un'assicurazione sanitaria europea hanno inoltre diritto a cure gratuite. Solo un trattamento in un reparto di emergenza e per alcune malattie infettive è gratuito per altre persone, come i visitatori non europei o immigrati clandestini. La maggior parte delle cure ospedaliere private è finanziata attraverso assicurazioni sanitarie integrative private e volontarie, che nel 2012 copriva il 10,9 per cento della popolazione del Regno Unito. La maggior parte di queste assicurazioni è stata fornita attraverso società (3,97 milioni di Euro) più che polizze individuali (0,97 milioni di euro).

Le modalità di erogazione dei servizi

Nei primi quattro anni di governo laburista la politica sanitaria si era basata su parole d'ordine come: centralizzazione, pianificazione, collaborazione, con una riaffermazione del primato del governo centrale e del settore pubblico. Dal 2000 la direzione del governo è cambiata radicalmente, anche in seguito ad un'emergenza sanitaria emersa nel Paese. Il governo Blair è intervenuto ammettendo che il NHS è sottofinanziato e prendendo l'impegno di portare la spesa sanitaria nazionale ai livelli della media europea in pochi anni. La modernizzazione del NHS, il miglioramento della qualità dei servizi e la riduzione delle liste di attesa sono diventati gli obiettivi prioritari del governo britannico. Negli anni successivi il budget per la sanità ha infatti registrato incrementi consistenti (+43% dal 2002 al 2006).

Il governo Blair riteneva che solo in un contesto competitivo e di mercato sul versante dell'offerta, si potessero raggiungere gli obiettivi d'innovazione e di miglioramento e soprattutto il taglio delle liste d'attesa. Dal 2002 dunque, le precedenti parole d'ordine lasciano il passo ad altre di segno opposto quali: devoluzione, competizione, mercato. Con queste scelte il governo britannico sembra intraprendere la strada verso un NHS che rimane garante sulla base dei fondi raccolti attraverso la fiscalità generale della fornitura delle risorse necessarie per il funzionamento del sistema, ma in presenza di una gamma pluralistica di offerta in cui il settore privato potrebbe diventare predominante.

Le nuove parole d'ordine si traducono in alcune fondamentali riforme finalizzate a:

- diversificare e aumentare l'offerta di servizi, con l'ingresso di soggetti privati sia nell'erogazione di prestazioni che nel governo degli ospedali;
- espandere la libertà di scelta degli utenti, mettendo in competizione i fornitori anche attraverso nuovi sistemi di finanziamento delle strutture;
- dare più forza ai servizi di cure primarie assegnandogli dirette funzioni di committenza nei confronti dei servizi specialistici e ospedalieri.

Tali riforme si sono sostanziate nei seguenti punti:

1. Istituzione delle Fondazioni Ospedaliere (*Foundation Trust*) nel 2004. Gli ospedali, già resi autonomi dal *National Health Service and Community Care Act* del 1990, possono

diventare fondazioni, entità legali indipendenti con assetti di governance unici, che incorporano al proprio interno nuovi soggetti, quali rappresentanti del governo locale, dell'università e dei dipendenti, e anche soggetti privati. Le fondazioni infatti possono acquisire fondi pubblici, ma anche capitali privati, possono fare utili e investirli. Alle fondazioni viene assegnata una totale autonomia amministrativa e gestionale (la performance non è più gestita dalle *Health Authority*) e riconosciuta una sostanziale indipendenza dal governo centrale. Le fondazioni devono comunque creare e consultare un consiglio di amministrazione (che includa rappresentanti della popolazione, dei pazienti e del personale) sulla pianificazione strategica dell'organizzazione, e sono sorvegliati da Monitor (istituito come parte della legislazione che ha introdotto le fondazioni).

2. Istituzione di strutture ad hoc per chirurgia di elezione e indagini diagnostiche (*Treatment Centres*). Sono strutture pubbliche e private nate per ridurre drasticamente le liste d'attesa in alcuni settori della chirurgia di elezione (prevalentemente ortopedica e oculistica) e della diagnostica per immagini (soprattutto risonanza magnetica). Il settore privato, incentivato dal governo con tariffe vantaggiose, ha allestito molti *Independent sector treatment centres*.
3. Libertà di scelta dei pazienti e riduzione delle liste di attesa. Ai pazienti è garantita la libertà di scelta tra ospedali locali e tutti i *Foundation Hospital e Treatment Centre*. Inizialmente era prevista una scelta tra quattro ospedali locali, ma da questo si è presto passati a una "scelta estesa" e infine a una "scelta libera", la scelta di qualsiasi provider che risponda ai bisogni del paziente. Si prevede un tempo di attesa massimo di diciotto settimane tra la richiesta del medico curante e l'inizio di un trattamento specialistico. Nel 2007, *NHS Choices* è stata fondata per fornire informazioni sui servizi di tutto il Regno Unito, al fine di aiutare i pazienti a compiere scelte informate su dove ricevere la loro cura; mentre *Choose and Book* per consentire ai pazienti di prenotare un appuntamento in un tempo e luogo convenienti per loro.
4. Nuovo sistema di finanziamento: pagamento per risultato (*Payment by results - PBR*). È stato superato il tradizionale sistema di finanziamento degli ospedali basato su budget globale con l'adozione dei DRG, come in altri paesi, per stimolare la competizione tra ospedali in termini di qualità ed efficienza, aumentando allo stesso tempo la trasparenza.
5. Attività di committenza affidata ai gruppi di medici di base, infermieri e altri professionisti di cure primarie (*Practice based commissioning - PBC*). L'85% del finanziamento a quota capitaria viene affidato ai primary care trust (PCT), le organizzazioni territoriali che gestiscono direttamente cure primarie e servizi di base e pagano le prestazioni specialistiche erogate dagli ospedali. I medici di base sono incentivati a gestire la domanda offrendo ai propri pazienti soluzioni alternative all'ospedale.
6. Introduzione della Costituzione del NHS nel 2009 che ha legalmente sancito il diritto del paziente a scegliere dove ricevere le proprie cure. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	63.136.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	81,3%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	17,5%	Banca dati European Health for All, 2013
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	17%	Banca dati European Health for All, 2013
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	81	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	24	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	8,8	Banca dati European Health for All, 2011
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	11,2	Banca dati European Health for All, 2013
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	34.640	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	2,31	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	2,81	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2013)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	2.508.135,1	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ²¹ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	9,1%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	16,2%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	83,5%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	16,5%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	17,1%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	56,4%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	9,3%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

²¹ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	3.311	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	2.766	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	n.a.	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	n.a.	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	n.a.	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	321,05	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	46%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	3,1	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	81,1%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	7,6%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno più vicino)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	83	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	537	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	12%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	71	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	20.376	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ²² . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ²³ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	19%	
Uomini	29%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	7%	
2. Malattie non trasmissibili	86%	
3. Lesioni	6%	

²² Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

²³ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera	n.a.	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	12.998	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ²⁴ (OECD, 2012)
Degenza media del ricovero per acuti	5,9	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ²⁵ (OECD, 2012)

²⁴ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

²⁵ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Le tendenze future, sia a livello di contesto macro-economico e di sistema che di conseguenti politiche, possono essere riassunte come segue:

Fattori macro-economici

Per soddisfare la sua Costituzione (2009), il NHS deve continuare a fornire un servizio eccellente, completo, a disposizione di tutti. Tuttavia le tendenze dei finanziamenti e della domanda creeranno un gap di finanziamenti consistente.

Recenti proiezioni da *Nuffield Trust* e NHS England mostrano che questo divario potrebbe crescere fino a £ 30 miliardi all'anno entro il 2021. L'entità di questo divario è funzione della capacità delle organizzazioni del NHS di realizzare risparmi di efficienza. Il divario potrebbe essere minore se l'economia si espandesse più rapidamente del previsto.

La fattibilità di colmare questo gap è stata valutata da Monitor. Il suo rapporto "Colmare il Gap di finanziamento del NHS: come ottenere assistenza sanitaria di miglior valore per i pazienti", ottobre 2013, afferma che, migliorando l'efficienza della fornitura dei servizi sanitari esistenti nelle cure per acuti, primarie, di comunità e per la salute mentale, l'NHS potrebbe risparmiare da £ 6,5 a £ 12,1 miliardi. L'attuale spending review operante nel sistema dovrebbe fornire fino a £ 5 miliardi in ulteriori risparmi entro il 2020/21. Anche volendo considerare l'impegno dichiarato da parte del governo attuale di aumentare i finanziamenti per l'NHS di 8 miliardi di £ entro il 2020, questo lascia ancora un gap finanziario significativo che implica che il NHS ha bisogno di guardare a fornire assistenza in un modo radicalmente diverso.

Ognuno dei cambiamenti evidenziati avrà un impatto più ampio sul sistema sanitario. Ad essi si aggiungono inoltre le tendenze globali che interessano tutti i settori.

Inoltre se gli outcome devono essere migliori a minor costo, l'NHS ha bisogno di lavo-

rare più al fianco dell'industria, come partner strategico e non solo fornitore di attrezzature.

Di seguito le principali tendenze rilevate dal *King's fund* ("Think differently - Future Trends"):

- crescita della popolazione da 8 milioni a 61 milioni
- aspettativa di vita per gli uomini da 79 a 83 anni
- aspettativa di vita per le donne da 83 a 87 anni
- tasso di natalità tendente a stabilizzarsi a 700.000
- numero di persone anziane con bisogni di cura +61 %
- tasso di mortalità in crescita del 13%
- 15% della popolazione inglese di origine etnica
- aumento del 40% nel numero di persone di età 65-84
- accesso di tutti al web
- ruolo rilevante dei social media
- entro il 2019 altri 2,9 milioni di persone con cronicità
- 3,5 milioni di migrazione netta su 61 milioni totali
- 40% dei proprietari saranno singoli occupanti
- numero delle persone di 85 anni di età più che raddoppiato

Fattori di sistema

I temi principali sono riassunti qui di seguito:

- domanda sempre crescente di risorse sanitarie derivanti da una serie di fattori demografici e un aumento della prevalenza di cronicità
- crescenti aspettative della popolazione circa la qualità delle cure
- cambiamenti nella pratica clinica (es. costo dei farmaci)
- aumento delle disuguaglianze in sanità
- gap di finanziamento in sanità di £ 30 miliardi
- aumento potenzialmente significativo del numero di clienti diretti e indiretti e volumi di attività, come cambiamenti demografici - ad esempio più pensionati, aumento dei volumi prescrittivi, aumento della complessità di prescrizione, bisogno di supporto e accessibilità con l'aumentare della diversità etnica in tutta la popolazione
- focalizzazione sul miglioramento del sistema sanitario da parte degli alti livelli di governo
- base di clienti più complessa che implica lo sviluppo di relazioni che siano centrate sui pazienti e sulla cura
- necessità di una solida pianificazione finanziaria e di controllo in un contesto impegnativo
- carenze di personale potenzialmente significative (ad esempio, nel 2015 la ricerca di Unison ha rivelato che l'85% dei NHS Trust trovavano "difficile" il reclutamento in generale e l'89% dei NHS Trust affermavano di utilizzare staff temporaneo di consulenti per colmare le lacune)
- partnership con partner del settore privato con un certo numero di potenziali opzioni di finanziamento.

Trend relativi al miglioramento del sistema

Una serie di priorità sono riportate a seguire (*DH Business Planning Guidance 2014-15* e *NHS England "our work"*):

- migliorare gli standard di cura
- implementare la riforma dell'assistenza sociale
- utilizzare migliore informazione per realizzare un'assistenza migliore
- contribuire alla crescita economica
- evitare che le persone muoiano prematuramente
- progredire per ottenere parità di stima tra salute fisica e mentale
- coinvolgere i pazienti nei processi decisionali di sistema
- migliorare la produttività e la sostenibilità
- costruire partnership efficaci per realizzare outcome migliori
- migliorare il trattamento e la cura di persone con demenza
- migliorare la qualità clinica
- portare la rivoluzione tecnologica nel NHS per aiutare le persone a gestire la propria salute e cura
- migliorare la cura per le persone anziane vulnerabili, focalizzandosi sul ruolo delle cure primarie nel fornire cure integrate al di fuori dell'ospedale, e migliorare la cura delle emergenze-urgenze.

Trend relativi alla riconfigurazione del sistema

L' "*Healthcare and Social Care Act*" 2012 è diventato operativo il 1° aprile 2013. È stata descritta come la più ampia riorganizzazione della struttura del NHS in Inghilterra a oggi. Tra le altre modifiche, sono stati creati il *National Commissioning Board* (ora *NHSEngland*), *Clinical Commissioning Groups* (CCG) e *Commissioning Support Units*. È stato stabilito *Monitor*, come regolatore finanziario per l'NHS, con un mandato specifico per proteggere contro le pratiche anticoncorrenziali. Le Autorità strategiche di sanità e i *Trust* di Cure primarie sono stati aboliti. Gli *area team* di NHS England sono diventati responsabili per l'efficace operato del sistema sanitario NHS in Inghilterra. Questa riconfigurazione ha comportato:

- lo sviluppo di servizi nuovi, come ad esempio servizi Risorse Umane e Acquisti che sono stati progettati e realizzati per supportare i cambiamenti nel più ampio sistema sanitario
- il controllo di circa l'80% del budget del NHS da parte di CCG, con NHS England che controlla il resto (questo si sta espandendo con l'introduzione di co-commissioni, per cui i CCG sono sempre più in grado di commissionare cure primarie)
- nuove strutture di governance, cambiando la leadership e facendo evolvere relazioni in un contesto sempre più complesso di stakeholder
- aree di priorità per supportare iniziative di sistema e finanziamento.

Linee evolutive delineate dal "*Five Year Forward View*"

Il documento "*Five Year Forward View*" definisce la direzione nella quale è necessario che il NHS si muova per garantire i cambiamenti necessari.

Alcuni di tali cambiamenti possono essere intrapresi dallo stesso NHS, mentre altre azioni necessitano invece che il NHS instauri nuove partnership con le comunità locali, le autorità locali e i datori di lavoro.

Il primo punto affrontato nel “*Five Year Forward View*” è che il primo passo per evitare problemi di salute nella popolazione è migliorare lo stile di vita delle singole persone, il che si traduce in investimenti in prevenzione e benessere. Il NHS dovrà effettuare quindi un’ incisiva campagna nazionale contro obesità, fumo, alcool e altri importanti fattori di rischio per la salute. Il NHS coadiuverà i datori di lavoro a sviluppare e sostenere nuove idee per aiutare la salute dei lavoratori ed eliminare disoccupazione dovuta a malattia e infortuni sul luogo di lavoro.

I governi locali e sindaci avranno poteri più forti legati alla sanità pubblica con nuovi approcci audaci come il progetto Devo-Manchester, e vari siti all’avanguardia aprendo la strada a questo.

Tutti coloro che necessitano di cure sanitarie avranno un maggiore controllo del proprio percorso di cura attraverso, ad esempio, l’introduzione di budget personalizzati e la possibilità di finanziamento condiviso per usufruire di servizi sanitari e sociali.

Il progetto prevede di offrire maggiore sostegno a 1,4 milioni di badanti a tempo pieno; e di far divenire il NHS un partner privilegiato delle organizzazioni di volontariato e delle comunità locali.

In secondo luogo, il NHS prenderà provvedimenti per abbattere le barriere esistenti nell’erogazione delle cure, ad esempio diminuendo la distanza tra medici di base e ospedali, tra salute fisica e mentale, tra sanità e assistenza sociale. L’integrazione dei servizi è infatti la prossima grande sfida per l’NHS.

Nel futuro le cure saranno erogate soprattutto a livello locale, ma alcuni servizi alcuni servizi rimarranno prerogativa di centri specializzati, organizzati per supportare le persone con comorbidità e non solo con malattie singole.

L’Inghilterra ha una popolazione estremamente eterogenea e quindi un solo modo di erogare servizi sanitari non si adatta ovunque. Per questo motivo diverse comunità sanitarie locali saranno sostenute dal NHS a livello nazionale.

Vi sarà inoltre la possibilità per i gruppi di medici di base di unirsi agli infermieri, ad altri servizi sanitari di comunità, a specialisti ospedalieri e alla cura della salute mentale e all’assistenza sociale per creare modalità di cura integrata territoriale.

Provider di comunità multispecialità

Una nuova opzione sarà il provider integrato di cure primarie e ospedaliere riunendo insieme per la prima volta i servizi di medicina di base e i servizi ospedalieri.

I servizi di emergenza e urgenza saranno ridisegnati per unirsi con i dipartimenti A&E (*Accident & Emergency*), servizi dei medici di base *out-of-hours*, centri di cure urgenti, pronto intervento, servizi di ambulanza. Gli ospedali più piccoli avranno la possibilità di rimanere attivi, anche attraverso partnership con altri ospedali, e partnership con ospedali specializzati per fornire più servizi locali.

Le ostetriche avranno la possibilità di ampliare i servizi di maternità che già offrono.

Il NHS fornirà più supporto alle persone fragili anziane che vivono in case di cura.

La base dei servizi offerti dal NHS rimarrà le cure primarie. A causa di tutto il nuovo lavoro che dovranno fare, i medici di base avranno bisogno di nuovi tipi di supporto. Nei

prossimi cinque anni, il NHS investirà maggiormente in cure primarie, e manterrà lo stesso ammontare per finanziare la medicina di base a livello nazionale nei prossimi due anni. I *Clinical commissioning groups* guidati da medici di base avranno l'opzione di maggiore controllo sul bilancio sanitario nazionale più ampio.

A sostegno di questi cambiamenti, la direzione nazionale del NHS avrà bisogno di agire in modo chiaro, e fare in modo che le regole e le modalità di lavoro possano adattarsi alle esigenze locali.

Saranno finanziate nuove scelte per la forza lavoro e sarà migliorata la tecnologia in sanità, in modo da migliorare anche l'esperienza dei pazienti che usufruiscono del NHS.

Sarà migliorata la capacità del Servizio sanitario nazionale di fare ricerca e usare innovazione, introducendo nuove e migliori forme di lavoro, tra cui realizzare luoghi dove saranno progettati da zero servizi NHS completamente nuovi.

Il terzo punto riguarda l'utilizzo appropriato dei finanziamenti disponibili; vi è infatti bisogno di lavorare in modo migliore al fine di poter soddisfare le esigenze dei prossimi dieci anni, utilizzare il suo denaro nel modo migliore ed essere valido come sistemi sanitari di altri Paesi. Fa fatica, non essendo un sistema progettato per le pressioni del 21° secolo ed essendosi gradualmente evoluto da un modello creato per soddisfare le esigenze della popolazione del 1948.

Monitor, il NHS Inghilterra e analisti indipendenti hanno calcolato che vi sarà un gap finanziario tra le risorse disponibili e le esigenze dei pazienti di quasi £ 30 miliardi all'anno nel 2020/21.

Per mantenere i servizi sanitari di alta qualità la popolazione inglese vuole chiaramente dal NHS: offerta (ciò che è necessario); efficienza (lavorare nel modo migliore); e finanziamento (quanto denaro è disponibile).

Sarà possibile soddisfare le esigenze di salute dei pazienti agendo sulla prevenzione, investendo in nuovi modelli di cura, migliorando i servizi di assistenza sociale, e compiendo sforzi maggiori in termini di efficienza. Nei Paesi ad alto reddito la spesa per l'assistenza sanitaria è generalmente in aumento e il Regno Unito non fa eccezione. Per rispondere al crescente numero di persone che necessitano di utilizzare i servizi sanitari, il Regno Unito dovrà spendere di più per l'assistenza sanitaria. Nel 2015/16 il Regno Unito ha speso considerevolmente meno rispetto a molti Paesi europei (Francia, Germania, Svizzera, ecc), ma nonostante questo il NHS non avrà abbastanza fondi per continuare ad agire come ha sempre fatto nel corso dei prossimi cinque anni, dato un disavanzo previsto di circa £ 30 miliardi. ●

il sistema sanitario in Svezia

Introduzione

Quando nel dicembre 2013 l'OCSE ha pubblicato la classifica dei sistemi sanitari in diciannove Paesi industrializzati, per il governo è stato facile festeggiare il fatto che il sistema sanitario della Svezia è stato considerato il migliore ed i risultati conseguiti sono stati anche classificati tra i migliori al mondo.

Non è possibile negare che l'aspettativa di vita in Svezia sia alta e che il Paese si comporti bene, se paragonato in base agli indicatori di outcome del servizio sanitario e della qualità dell'assistenza. Il sistema sanitario svedese si impegna a garantire la salute di tutti i cittadini e tre sono i principi di base che vengono applicati all'assistenza sanitaria: il principio della dignità umana, il principio della necessità e della solidarietà ed il principio di costo-efficacia.

Tuttavia, anche il sistema sanitario della Svezia, con le sue molte qualità, ha problemi di governance gravi che devono essere affrontati. L'OCSE ha rilevato che la sfida più grande per garantire l'eccellenza nella salute e nel sistema di assistenza sociale della Svezia è rappresentata dalla questione del coordina-

mento della cura tra ospedali, cure primarie e autorità locali – una nota che risulterà familiare ai responsabili politici di altri Paesi europei.

In passato, infatti, il tallone di Achille della sanità svedese includeva lunghi tempi di attesa per la diagnosi e il trattamento e, più recentemente, la differenza, per quanto riguarda la qualità di cura, tra le varie Regioni e gruppi socioeconomici. Affrontare il problema dei lunghi tempi di attesa rimane un obiettivo politico chiave insieme a migliorare l'accesso ai provider, mentre le principali riforme apportate nell'ultimo decennio hanno riguardato soprattutto il concentrazione dei servizi ospedalieri, la concorrenza e la privatizzazione nelle cure primarie e l'aumento dell'attenzione per gli indicatori di qualità ed efficienza, il valore degli investimenti sanitari e la reattività alle esigenze dei pazienti.

In questo report vogliamo descrivere le caratteristiche principali del sistema sanitario svedese, indagando i suoi sviluppi recenti e sottolineando i temi critici. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

Secondo l'*Health and Medical Services Act* (Atto sui Servizi di Salute e Medici) del 1982, il sistema svedese fornisce copertura per tutti coloro che sono residenti legalmente in Svezia, indipendentemente dalla nazionalità. Inoltre, la copertura di emergenza è fornita a tutti i pazienti provenienti dai Paesi dell'Unione Europea, dall'Area

Economica Europea e da altri Paesi con cui la Svezia ha accordi bilaterali. Bambini privi di documenti e richiedenti asilo hanno diritto ai servizi sanitari, così come i bambini che sono residenti permanenti, mentre i richiedenti asilo adulti hanno il diritto di ricevere le cure che non possono essere differite (ad esempio, maternità). Gli adulti privi di documenti hanno il diritto di ricevere cure immediate non sovvenzionate. I servizi disponibili sono quasi interamente sovvenzionati e alcuni servizi sono forniti a titolo gratuito. Circa il 5% della popolazione ha un'assicurazione complementare privata. Quasi tutte le assicurazioni sanitarie private sono pagate dai datori di lavoro e sono collegate ai servizi sanitari professionali.

Tre principi di base sono applicati all'assistenza sanitaria in Svezia. Il principio della dignità umana, secondo il quale tutti gli esseri umani hanno uguale diritto alla dignità e dovrebbe avere gli stessi diritti, indipendentemente dal loro status nella comunità. Il principio di necessità e di solidarietà significa che coloro che hanno maggior bisogno hanno la precedenza nell'assistenza medica. Il principio di costi/efficacia significa che quando una scelta deve essere fatta tra diverse opzioni di assistenza sanitaria, ci dovrebbe essere un rapporto ragionevole tra i costi e gli effetti, misurato in termini di miglioramento della salute e della qualità della vita. In caso di malattia o infortunio, il paziente ha la certezza di ricevere cure mediche da istituzioni che hanno la competenza e le risorse per gestire i bisogni dell'individuo.

Gli attori principali del sistema

La sanità e altri servizi di assistenza sociale sono considerati una responsabilità pubblica in Svezia. Il sistema sanitario svedese è organizzato in tre livelli: nazionale, regionale e locale.

A livello nazionale, il Ministero della Sanità e degli Affari Sociali opera per soddisfare gli obiettivi fissati dal *Riksdag* (il Parlamento svedese) nell'ambito dell'assistenza sanitaria e delle tutele sociali. Questo include la sicurezza finanziaria dei cittadini, i servizi sociali, la salute, la sanità pubblica e i diritti dei bambini e delle persone con disabilità. Ci sono otto agenzie governative direttamente coinvolte nell'area della salute, delle cure mediche e della sanità pubblica: il *National Board of Health and Welfare* (panel nazionale per la salute e lo stato sociale), lo *Swedish Council on Technology Assessment in Healthcare* (SBU) (Consiglio svedese sulla valutazione delle tecnologie in sanità) la HSN, il MPA, il TLV, la *Swedish Agency for Health and Care Services Analysis* (Agenzia svedese per la salute e la cura servizi di analisi), il *National Institute for Public Health* (Istituto nazionale per la sanità pubblica) e la *Swedish Social Insurance Agency* (l'Agenzia di previdenza sociale svedese).

Le autorità regionali e locali sono rappresentate a livello nazionale dall'associazione svedese delle autorità locali e Regioni o SALAR (*Sveriges Kommuner och Landsting*). Il SALAR è stato costituito nel 2007 dalla fusione della Federazione svedese dei consigli di contea (*Landstingsförbundet*) e l'Associazione svedese delle autorità locali (*Svenska Kommunförbundet*). Il SALAR è un'organizzazione collaborativa orientata a livello nazionale, che rappresenta tutti i consigli di contea/Regioni e le municipalità in Svezia. L'organizzazione mira a promuovere e rafforzare l'autogoverno locale e a dare alle au-

torità locali l'assistenza di esperti.

A livello regionale, la struttura sanitaria può essere divisa in Cure primarie, Consiglio di cura del distretto di contea (*Länssjukvård*) e Assistenza regionale (*Regionsjukvård*). Ci sono circa 1 100 centri di assistenza primaria, circa 70 ospedali di consiglio di contea e 7 ospedali regionali/universitari. I consigli di contea hanno la responsabilità generale per tutti i servizi sanitari forniti (tra cui la cura dentale) e sono raggruppati in sei Regioni di cure mediche: ogni Regione serve una popolazione con una media di più di 1 milione di persone. Il Comitato esecutivo del Consiglio di contea, o un Consiglio di ospedale eletto, determina l'organizzazione della gestione. Gli ospedali sono principalmente di proprietà pubblica, ma ci sono sei ospedali privati nel Paese, tre delle quali sono no-profit.

A livello locale, 290 comuni sono responsabili per le questioni riguardanti l'ambiente di vita dei loro cittadini, quali la fornitura di acqua e di servizi sociali. Recentemente, anche l'assistenza post dimissione per disabili e anziani e l'assistenza a lungo termine per pazienti psichiatrici sono state decentralizzate ai comuni locali.

Nelle cure primarie, dal 2010 c'è stata concorrenza tra i fornitori (pubblici e privati) per la registrazione dei pazienti, anche se non possono competere attraverso i prezzi, poiché i costi sono stabiliti dai consigli di contea. I consigli di contea controllano l'istituzione di nuove *practice* private (ovvero ambulatori medico-sanitari multidisciplinari) regolando i requisiti per l'accreditamento. I fornitori privati devono avere accordi con il consiglio di contea locale al fine di essere rimborsati con fondi pubblici.

Le modalità di finanziamento del sistema

I costi per la salute e le cure mediche, nel 2012, ammontavano al 9,6% del prodotto interno lordo della Svezia (PIL), una cifra che è rimasta abbastanza stabile da primi anni 1980. Il sistema sanitario svedese è finanziato principalmente attraverso le tasse: infatti, circa l'81% di tali spese è finanziato pubblicamente, con le spese dei consigli di contea pari a circa il 72%, dei comuni a quasi l'8% e del governo centrale al 2% circa.

I consigli di contea e comuni prelevano una parte delle imposte sul reddito della popolazione per supportare i servizi di assistenza sanitaria di copertura. Nel 2011, il 69% dei ricavi totali dei consigli di contea derivavano da tasse locali e il 20% da sussidi e sovvenzioni statali. Tuttavia, poiché i consigli di contea sono anche responsabili di altre attività, come il trasporto regionale e le attività culturali, è difficile fare precise connessioni tra le fonti di finanziamento e le diverse attività all'interno di consigli di contea. Sovvenzioni e contributi dello stato, invece, sono finanziati attraverso le imposte sul reddito nazionale e le imposte indirette. Sovvenzioni statali possono essere generali o mirate. Borse di studio generali sono pagate ad abitante e sono progettate per contribuire all'equalizzazione attraverso i governi locali con basi imponibili diverse e differenti esigenze di spesa.

Le sovvenzioni dello stato generale sono basate su una formula che in parte riassegna le risorse attraverso comuni e consigli di contea, con l'obiettivo di dare ai diversi organi delle amministrazioni locali l'opportunità di mantenere standard simili, indipenden-

temente dalle differenze nel reddito medio e/o dal bisogno. Sovvenzioni statali mirate devono essere utilizzate per finanziare iniziative specifiche — per esempio, la riduzione dei tempi di attesa — a volte in un periodo specifico. Nel 2011, circa il 93% del totale della spesa dei consigli di contea è stato indirizzato verso l'assistenza sanitaria. La ripartizione dei costi per visita di assistenza sanitaria e per giorno-letto è determinata dai singoli consigli di contea. Nel 2014, la consultazione con un medico in cure primarie costava tra SEK120 (circa €12,93) e SEK300 (€32,34). Il costo per consultare uno specialista in un ospedale era tra SEK200 (€21,56) e SEK350 (€37,73), e ai pazienti sono stati addebitati SEK80 – SEK100 (€8,62 – €10,78) al giorno per il ricovero.

I fornitori non possono aumentare il costo stabilito. C'è un massimale nazionale per le spese "di tasca propria" (*out of pocket*) di un individuo per la spesa sanitaria fissato a circa SEK1.100 (€118,58) all'anno. In tutti i consigli di contea, le persone sotto diciotto anni di età e nella maggior parte dei consigli di contea le persone fino a venti anni, sono esenti dai pagamenti d'utenza per visite sanitarie.

Le prestazioni dentistiche e farmaceutiche sono determinate a livello nazionale. Gli individui fino a venti anni hanno libero accesso a tutte le cure odontoiatriche. I maggiori di venti anni ricevono una sovvenzione annua fissa tra SEK150 (€16,17) e SEK300 (€32,34), a seconda dell'età, per la cura dentale preventiva. L'obiettivo è di mantenere una buona salute dentale e di incoraggiare gli individui a utilizzare i servizi di base e le cure preventive e quindi diminuire la necessità per il trattamento futuro.

Per altri servizi odontoiatrici, entro un periodo di dodici mesi, i pazienti con più di venti anni pagano l'intero costo dei servizi fino a SEK3.000 (€323,40), 50% del costo per servizi tra SEK3.000 e SEK15.000 (€1.617,00) e l'85% dei costi sopra SEK15.000.

Gli individui pagano l'intero costo dei farmaci prescritti fino a SEK1.100 (€118,58) ogni anno, dopo il quale la sovvenzione gradualmente aumenta al 100%. Il massimale annuo per farmaci prescritti è SEK2.200 (€237,16) per gli adulti. Un altro massimo annuo di SEK2.200 per i prodotti farmaceutici riguarda collettivamente tutti i bambini appartenenti alla stessa famiglia. Alcuni farmaci da banco e alcuni farmaci da prescrizione non sono inclusi nel regime di farmaci nazionale e non sono soggetti a rimborso: i pazienti devono pagare il prezzo pieno. Non c'è un limite alle tariffe per le cure dentistiche.

Nel 2012, circa il 19% di tutte le spese per l'assistenza sanitaria sono state private, e l'88% è consistito nelle cosiddette *out-of-pocket spending*, la maggior parte dei quali era per le cure farmaceutiche. Il motivo principale per avere un'assicurazione individuale privata è ottenere l'accesso rapido ad uno specialista in cure ambulatoriali e per evitare liste di attesa per il trattamento. Le assicurazioni sono a scopo di lucro e l'assicurazione sanitaria volontaria in Svezia è legata soprattutto ai servizi di medicina del lavoro. Circa 580.000 individui avevano un'assicurazione sanitaria privata nel 2014, tra cui circa il 12% di tutti i lavoratori indipendenti.

Le modalità di erogazione dei servizi

Dal 2010, i cittadini svedesi possono scegliere di registrarsi con qualsiasi fornitore pubblico o privato, accreditato dal consiglio di contea locale (una registrazione basata

sulla visita più recente o la più breve distanza geografica viene effettuata nella maggior parte dei consigli di contea per gli individui che non fanno una scelta attiva del fornitore).

Gli individui si registrano con una *practice*, affianco ad un medico, nella maggior parte dei consigli di contea. In tutti i consigli di contea ad eccezione di Stoccolma, è necessario registrarsi con una *practice*. Gli individui possono anche, tuttavia, effettuare visite dove non sono registrati. «Libertà di stabilimento» — il diritto di esercitare la professione medica — si applica a tutti i fornitori che soddisfano le condizioni per l'accredimento determinato dai consigli di contea. Indipendentemente dalla registrazione, tuttavia, chi fornisce le cure primarie non ha alcun ruolo formale di *gatekeeping* nella maggior parte dei consigli di contea e pazienti sono liberi di contattare direttamente gli specialisti.

Ci sono più di 1.100 *practice* di cure primarie in tutto il Paese, di cui circa il 40% sono di proprietà privata, anche se la percentuale delle unità di assistenza primaria privata varia in modo sostanzioso tra i consigli di contea. Gli stessi requisiti per l'accredimento si applicano a fornitori pubblici e privati. Le *practice* sia pubbliche sia private sono pagate con una combinazione di pagamento fisso per gli individui registrati (*capitation*, circa l'80% del totale pagamento), pagamento per prestazione (circa 17%-18%) e pagamento relativo alle prestazioni per il raggiungimento degli obiettivi (ad esempio, soddisfazione del paziente, iscrizione in registri nazionali, coordinamento di cura e rispetto delle raccomandazioni sui formulari farmaceutici da parte dei comitati di consiglio di contea). I pagamenti basati sulle prestazioni costituiscono circa il 2 o 3% del totale. I medici pubblici e privati (compresi gli specialisti), gli infermieri e le altre categorie di personale sanitario a tutti i livelli di cura sono principalmente costituiti da dipendenti. I consigli di contea stabiliscono le tariffe e le quote per i ticket.

Il sistema di cure primarie coinvolge servizi che non richiedono attrezzature mediche avanzate ed è responsabile per l'indirizzamento del paziente al livello giusto all'interno del sistema sanitario. Medici di base, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi forniscono trattamento, consulenza e prevenzione a questo livello di cura. Strutture di squadre di pronto intervento con quattro-sei medici di base, integrato con altre categorie di personale, costituiscono la forma più comune di *practice* di cure primarie in Svezia. Le *practice* private con un solo medico di base esistono, ma sono rare. I servizi di cure primarie includono programmi di vaccinazione per i bambini, esami sulla salute e consultazioni e altri tipi di trattamenti. Il medico di base fornisce solitamente il primo contatto del servizio di salute per gli adulti o gli anziani che hanno problemi di salute principalmente fisica o problemi di salute mentale minori. In molti casi, il medico di base fornisce anche il primo contatto del servizio di salute per i bambini, anche se questa funzione è condivisa con i pediatri (contatto ambulatoriale di ospedale) e gli infermieri del distretto.

Questi ultimi svolgono un ruolo speciale, poiché molti primi contatti con il sistema sanitario sono sotto la loro responsabilità. Lavorano sia all'interno delle cure primarie che all'interno del settore municipale. Infermieri di distretto, impiegati dai municipi, sono coinvolti nell'assistenza domiciliare e regolarmente fanno visite a domicilio, soprattutto agli anziani. Hanno diritti limitati nella prescrizione dei farmaci. In ogni modo, non hanno responsabilità medica, ma agiscono sotto la supervisione di medici.

Un'iniziativa politica importante comportante cambiamenti strutturali dal 1990 è stata il passaggio dall'assistenza ospedaliera all'ambulatoriale o "cura basata sulla comunità". I cambiamenti strutturali nelle cure specialistiche, nel corso degli ultimi due decenni, si sono focalizzati su un allontanamento dal ricovero in ospedale verso cure ospedaliere ambulatoriali e di day care, e sul concentrare centri di cura altamente specializzati per malattie specifiche, come il cancro, in ospedali universitari e/o regionali.

Il numero di visite mediche per persona nell'assistenza primaria è aumentato di oltre il 10% tra il 2005 e il 2009. Nel corso del 2009 il numero medio di visite mediche ambulatoriali nelle cure primarie e presso gli ospedali era 2,8 a persona. Questo numero è inferiore rispetto ai paesi nordici, nonostante l'aumento negli ultimi anni. Poco più della metà delle visite si è verificato nelle cure primarie e il resto in ambito ospedaliero ambulatoriale. L'assistenza sanitaria di base ha rappresentato circa il 17%, o 33 miliardi di SEK (€3,7 miliardi), della spesa sanitaria totale dei consigli di contea nel 2009. Nel 2009, ci sono stati circa 40 milioni di visite di cure primarie in Svezia (14 milioni di questi erano con medico di base), corrispondente a 4,3 visite di cure primarie a persona. Le visite possono essere suddivise in 1,5 visite con un medico di base in un centro di cure primarie, 2,67 visite con altri membri del personale (principalmente un infermiere) presso un centro di cure primarie e 0,14 visite a casa effettuate da un medico di famiglia o da altro personale. Per i bambini fino a sei anni le visite sanitarie sono state in media 3,5 nel corso del 2009.

Ci sono sette ospedali universitari e circa 70 ospedali a livello di consiglio di contea. Le contee sono raggruppate in sei Regioni sanitarie per facilitare la cooperazione e per mantenere un alto livello di cure mediche avanzate. L'assistenza altamente specializzata, che richiede le più avanzate attrezzature tecniche, è concentrata presso ospedali universitari per raggiungere una qualità superiore e una maggiore efficienza e per creare opportunità di sviluppo e ricerca. Gli ospedali per acuti (sette ospedali universitari e due-terzi dei 70 ospedali dei consigli di contea) forniscono servizi di emergenza. La maggior parte degli ospedali è pubblica, ma i consigli di contea stipulano anche contratti con gli ospedali privati. Ci sono sei ospedali privati del Paese, di cui tre sono no-profit. I budget storici o un mix di budget storico, DRG e metodi basati sulle performance sono comunemente usati per determinare il pagamento agli ospedali. I pagamenti basati sulle performance costituiscono meno del 5% del pagamento totale. I pagamenti sono tradizionalmente basati sui (totali) costi passati. Tutto il personale è composto principalmente da lavoratori dipendenti. I consigli di contea stabiliscono il costo per il paziente e le quote di pagamento al fornitore.

Nel 2009 c'erano circa 25.500 letti negli ospedali svedesi, con poco più di 4.400 in cura psichiatrica specializzata e circa 20.000 nelle cure specialistiche negli ospedali di consiglio delle contee e circa 1.100 in ospedali privati. Il numero di letti per ospedali acuti di cura era 2,2 per 1000 abitanti nel 2005, numero al di sotto della media UE (3,97) durante lo stesso anno. Come in molti altri Paesi, il numero pro capite di posti letto negli ospedali in Svezia è diminuito dal 1970 a seguito di cambiamenti strutturali nel settore sanitario.

La responsabilità per il finanziamento e l'organizzazione dell'assistenza a lungo termine per gli anziani e per il sostegno delle persone con disabilità sono dei comuni (fi-

nanzati attraverso la tassazione generale), sebbene i consigli di contea siano responsabili delle cure sanitarie di routine di questi pazienti.

Persone di età superiore e/o disabili comportano un ticket massimo separato per i servizi commissionati dai comuni (SEK 1, 780 [€191,88] al mese nel 2014).

La riforma ÅDEL del 1992 ha spostato la responsabilità di cura per le persone anziane dai consigli di contea ai comuni. I comuni sono tenuti a organizzare l'assistenza per le persone a carico dopo il trattamento acuto e/o l'assistenza geriatrica ospedaliera. La legge sui servizi sociali (*Social Service Act*) del 1980, riveduta nel 2001, specifica che le persone più anziane hanno il diritto di ricevere i servizi pubblici e il sostegno in tutte le ultime fasi della vita. Questi servizi includono, per esempio, la cura a domicilio, l'assistenza domiciliare e la consegna di pasti. Includono anche l'assistenza "end of life", in casa dell'individuo o in una casa di cura o ospizio. Inoltre, le persone anziane e disabili hanno diritto al trasporto agevolato alle strutture sanitarie.

Problemi di coordinamento della cura per le persone anziane sono stati all'ordine del giorno per molti anni e sono stati compiuti numerosi sforzi per una soluzione. L'*Health and Medical Services Act* (Atto per la salute e i servizi sanitari) e il *Social Services Act* (Atto per i servizi sociali) regolano la gestione delle cure palliative nei consigli di contea e nei comuni. L'organizzazione e la qualità delle cure palliative variano ampiamente sia tra i diversi consigli di contea che al loro interno. Unità di cure palliative si trovano negli ospedali e negli ospizi. Un'alternativa alle cure palliative in un ospedale o ospizio è costituita dall'avanzato programma di cura palliativa domiciliare.

Ci sono sia residenze sanitarie pubbliche che private, oltre che fornitori di assistenza domiciliare. Il numero di residenze sanitarie private è aumentato gradualmente, ma varia notevolmente tra i comuni. Nel 2012, circa il 14% di tutte le case di cura e assistenza domiciliare è stato fornito privatamente. Il pagamento dei fornitori privati è solitamente basato su contratto, dopo una gara d'appalto pubblica. L'ammissibilità per entrambe le residenze sanitarie pubbliche e private è basata sul bisogno e determinato da ciascun comune. Il bisogno è deciso all'interno di riunioni cui prendono parte il personale del comune, la persona anziana e, spesso, un parente. Dal 1980, è stata introdotta una politica nazionale per promuovere la cura a domicilio e l'assistenza domiciliare rispetto alla cura istituzionalizzata. Anche per la politica nazionale, gli anziani hanno il diritto di vivere nelle loro case il più a lungo possibile. I comuni possono anche rimborsare le cure informali (parenti o altri che si prendono cura di una persona anziana o disabile) o direttamente ("prestazioni di assistenza di parenti") o impiegando l'assistente informale ("impiego del parente che cura").

Le spese dei comuni per l'assistenza a lungo termine per le persone anziane ammontavano a poco più di SEK 89 miliardi (€ 10 miliardi) nel 2006, di cui 60% era per alloggio speciale (ad esempio residenze sanitarie), quasi il 39% per i servizi di assistenza domiciliare in alloggio ordinario e meno del 2% per altri servizi. Le persone con disabilità hanno diritto a essere assistite in base al *Social Service Act* (legge di servizi sociali) e in base ad una legge speciale, vale a dire l'*Act Concerning Support and Service for People with Certain Functional Impairments* (atto riguardante il supporto e servizio per persone con disabilità funzionale) (1993).

Nel 2006, la percentuale di anziani (oltre i 65 anni) che ha ricevuto servizi di assistenza domiciliare era 8,9% e quella di anziani in alloggio speciale era 6,2%. La percentuale

totale degli anziani che ricevono aiuto nella loro casa o in alloggio speciale è rimasto relativamente stabile durante il periodo 2002 – 2006, ma c'è stato uno spostamento dall'alloggio speciale ai servizi di assistenza domiciliare. La definizione di assistenza domiciliare è cambiata nel 2006, e questo rende difficile il confronto tra il periodo prima e dopo il 2006. Tuttavia, si può dire che negli ultimi due decenni è diventato gradualmente meno probabile che una persona riceva i servizi di assistenza domiciliare a causa del fatto che le risorse comunali vengono allocate con diverse priorità e ciò ha portato ad un più diffuso sviluppo di "caregiver" informali.

La proporzione delle modalità di assistenza, secondo la nuova definizione, era stabile nel periodo 2007 – 2009 e pari al 18,4% nel 2009, laddove i servizi di assistenza a casa rappresentavano il 5,7%. Questo riflette il concetto di cui sopra, riguardante le linee guida per la cura per le persone anziane in Svezia, vale a dire che gli anziani dovrebbero essere messi in condizione a continuare a vivere nelle loro case finché possibile. Oltre il 90% delle persone di 65 anni e oltre risiedono nelle loro case. L'assistenza domiciliare è possibile, poiché la stragrande maggioranza delle persone anziane in Svezia gode di buona salute in età avanzata e anche a causa della flessibilità dei servizi e della qualità degli standard abitativi moderni. Anche se la proporzione dell'assistenza domiciliare è rimasta stabile nel corso degli ultimi anni, è aumentato il numero di persone di età 65 anni e oltre che riceve aiuto. Nel 2009, 301.200 persone anziane hanno ricevuto aiuto, 205.800 dei quali hanno ricevuto assistenza a casa. Il numero totale di ore assegnate per assistenza domiciliare e servizi in alloggio speciale ammontava a 4,5 milioni nel 2009 rispetto ai 3,8 milioni nel 2002.

Per quanto riguarda le sfide per la fornitura di servizi sociali per anziani e persone con disabilità, la carenza di personale specializzato nel settore comunale è il più importante problema. I comuni hanno difficoltà nel reclutamento di infermieri e altro personale e allo stesso tempo, come accade per i servizi sociali, stanno affrontando una percentuale crescente di persone anziane e di persone anziane con bisogni più complessi (ad esempio, pazienti con comorbidità). Tutto questo richiede necessariamente un'assistenza integrata tra i consigli di contea e i comuni. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	9.571.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	85,1%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	17%	Banca dati European Health for All, 2014
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	19,3%	Banca dati European Health for All, 2013
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	82	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	24	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	9,4	Banca dati European Health for All, 2013
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	12	Banca dati European Health for All, 2014
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	43.090	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	1,95	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	3,93	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2011)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	432.664,5	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ²⁶ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	9,7%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	15%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	81,5%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	18,5%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	1,7%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	88,1%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	16,3%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

²⁶ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	4.244	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	3.458	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1.871	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	1.906,8	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	487	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	726,03	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	81%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	4,1	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	89,4%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	4,5%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno più vicino)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	61	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	497	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	10%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	72	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	18.308	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ²⁷ . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ²⁸ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	15%	
Uomini	23%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	5%	
2. Malattie non trasmissibili	87%	
3. Lesioni	8%	

²⁷ Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

²⁸ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	9.975	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	16.250	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ²⁹ (OECD, 2010)
Degenza media del ricovero per acuti	5,6	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ³⁰ (OECD, 2012)

²⁹ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

³⁰ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Si può prevedere che gli sviluppi futuri nel settore sanitario svedese si concentrino nelle seguenti direzioni:

Migliorare la continuità e il coordinamento delle cure

Nel 2014 il governo ha lanciato un'iniziativa nazionale di quattro anni per le persone con malattie croniche. Le tre aree su cui focalizzarsi sono la cura centrata sul paziente, la cura basata sull'evidenza, e la prevenzione e diagnosi precoce della malattia. Nel 2015 è entrata in vigore una nuova legge che affronta i diritti dei pazienti, con lo scopo di rafforzarne i diritti e migliorare l'integrità del paziente, la sua influenza e un processo decisionale condiviso. La legge chiarisce e amplia la responsabilità dei fornitori nel trasmettere informazioni ai loro pazienti, il diritto dei pazienti ad un secondo parere e la scelta da parte dei pazienti del fornitore in caso di assistenza specialistica ambulatoriale in tutto il Paese. Il governo ha incaricato la *Swedish Agency for Health and Care Services Analysis* (Agenzia svedese per l'analisi della salute e dei servizi di cura) di monitorare e riportare sull'attuazione della nuova legge fino al 2017.

Privatizzazione dei fornitori di servizi ambulatoriali

Dal 2006, la privatizzazione dei fornitori di servizi ambulatoriali è stata all'ordine del giorno sia a livello nazionale che tra i governi locali di centro-destra. L'introduzione della scelta e della privatizzazione delle cure primarie è ancora nuova come riforma in diversi consigli di contea e il risultato per i pazienti e per i servizi sanitari non è ancora

stato pienamente valutato. Le condizioni per l'amministrazione e la necessità di una regolamentazione sono infatti cambiati per entrambi i governi nazionali e locali. Già quando furono attuate le riforme, erano stati evidenziati commenti riguardo il fatto che l'annullamento delle responsabilità geografica avrebbe avuto un effetto negativo sulla collaborazione tra cure primarie e cura per le persone anziane dei comuni. Gli sviluppi durante l'autunno del 2011 hanno favorito crescenti critiche, in particolare per il comportamento delle grandi aziende sanitarie di proprietà di venture capitalist. Inoltre, il fatto che il governo nazionale rieletto nel 2010 sia di centro-destra, fa sì che si continui a sostenere sempre di più lo sviluppo di fornitori privati.

Ridurre tempi di attesa

La mancanza troppo frequente di servizi coordinati e le differenze regionali, per esempio, nei tempi di attesa sono percepiti come i problemi maggiori. L'iniziativa nazionale di formare RCCs è motivata esattamente da questo tipo di problemi.

Specializzazione e concentrazione di servizi specialistici

In parallelo ai tentativi di integrare e coordinare la cura, continua la specializzazione e la concentrazione di servizi specialistici. L'iniziativa di formare RCCs probabilmente contribuirà all'aumento della concentrazione di cura del cancro a livello nazionale e regionale. Argomenti importanti per tali sviluppi sono le considerazioni sull'aumento del costo/efficacia in servizi e qualità in termini di sopravvivenza, nonché una migliore opportunità per la ricerca clinica. Un ostacolo importante per un tale sviluppo, tuttavia, è la preferenza di produzioni locali nei diversi consigli di contea, negli ospedali locali e, non ultimo, tra specialisti presso gli ospedali locali.

Finanziamento a lungo termine dei servizi sanitari

Una questione emergente è il finanziamento di lungo periodo dei servizi sanitari. La prognosi mostra l'aumento della domanda a causa di rapidi cambiamenti nella demografia, con più persone e sempre più anziani nei prossimi 10-15 anni. La stessa prognosi significa anche un problema di finanziamento, poiché la forza lavoro non è destinata ad aumentare. Tuttavia, il divario previsto tra l'aumento della domanda e il peggioramento delle condizioni per il finanziamento attraverso una tassa proporzionale del reddito e crescita economica non ha stimolato nuove ricerche di opzioni alternative per il governo nazionale. Non c'è nessun sostegno politico per modifiche sostanziali al finanziamento dell'assistenza sanitaria. ●

il sistema sanitario negli Stati Uniti

Introduzione

Il sistema sanitario degli Stati Uniti è unico fra i Paesi industrializzati avanzati per svariate caratteristiche: non è uniforme, non prevede una copertura sanitaria universale e le riforme recenti in questa direzione non sono state ancora pienamente attuate. Può essere descritto come un sistema ibrido: non opera come un sistema sanitario nazionale, né con un sistema di assicurazione *single-player*, né con un fondo assicurativo universale *multi-player*. I poteri sono suddivisi tra governi federali e statali e il settore è caratterizzato da un mix di pubblico e privato sia nel finanziamento che nell'erogazione.

Nel 2010, il 50% della spesa sanitaria proveniva da fondi privati, il 38% da fondi federali e statali e il 12% da fondi locali. La maggior parte dell'assistenza sanitaria, anche se finanziata a livello pubblico, viene erogata in privato. Nel sistema sanitario statunitense gli attori del settore privato giocano un ruolo più forte che in qualsiasi altro Paese ad alto reddito; il settore privato ha portato allo sviluppo del sistema di assicurazione sanitaria nei primi anni '30, mentre i principali programmi di assicurazione sanitaria del governo federale (Medicare e Medicaid) sono intervenuti solo a metà degli anni '60. Due programmi sa-

nitari pubblici sono dominanti negli Stati Uniti - *Medicare* e *Medicaid*. *Medicare* è il programma di salute del governo federale che serve principalmente gli americani di età superiore ai 65 anni, mentre *Medicaid* è un programma federale-statale per finanziare l'assistenza sanitaria per i poveri. Entrambi forniscono assistenza per i disabili. A questi si aggiungono altri programmi. Il sistema ha sperimentato negli anni passati: crescente numero di persone non assicurate, crescita nel livello d'indebitamento personale a causa di costi sanitari, un costo dell'assistenza sanitaria sempre crescente, un incremento costante dei profitti delle aziende sanitarie, un crescente deficit nazionale, elementi che configurano una crisi del sistema sanitario. Gli USA hanno una spesa in percentuale del PIL superiore a qualsiasi altro Paese OECD, ma non sperimentano migliori *outcome* in termini di salute come risultato.

La recente riforma, *ObamaCare* o ACA (*Affordable Care Act*), va nella direzione di risolvere alcuni problemi di tale crisi: assicurare che i pazienti ottengano un trattamento più equo dalle strutture sanitarie, rendere l'assicurazione sanitaria più accessibile ai cittadini con reddito medio e basso e per i datori di lavoro

ro di piccole dimensioni, offrire nuove protezioni importanti ai pazienti, rafforzare le leggi che aiutano ad eliminare spesa sanitaria superflua e sprechi. Prima della riforma l'85% degli americani erano coperti da assicurazione: attualmente il dato è salito al 94%. I principali trend nelle politiche sanitarie del Paese vanno nelle seguenti direzioni: ri-

duurre le disparità, promuovere integrazione nei sistemi di erogazione e coordinamento delle cure, introdurre nuovi incentivi per cure di alta qualità ed efficienti, contenere i costi, introdurre innovazioni e riforme, cercare di contenere il processo di aumento dei costi dei premi assicurativi, introdurre *Defined Contribution Plans*. ●

Caratteristiche del sistema sanitario Nazionale

Il sistema sanitario degli Stati Uniti può essere visto come un insieme di più sistemi che operano in modo indipendente e, a volte, in collaborazione l'uno con l'altro. Rispetto agli altri Paesi industrializzati, il sistema sanitario americano è unico nel suo genere: esso, infatti, non dispone di un sistema uniforme e non prevede alcuna copertura sanitaria universale. Per questo motivo il sistema sanitario degli Stati Uniti può essere meglio definito come un sistema ibrido.

I governi federale e statali si dividono sia l'influenza governativa, sia il finanziamento del settore della sanità, che in generale è caratterizzato da un mix di fondi pubblici e privati.

Gli stakeholder afferenti al settore privato giocano un ruolo molto importante nel sistema statunitense di assistenza sanitaria: il settore privato, infatti, ha portato allo sviluppo del sistema di assicurazione sanitaria sin dagli anni '30. Lo stesso sistema si è ampliato rapidamente dopo la seconda guerra mondiale grazie a leggi fiscali che hanno favorito i sistemi di assicurazione sanitaria, mentre i programmi sanitari *Medicare* e *Medicaid* sono arrivati a metà degli anni '60. Sia i contribuenti pubblici che quelli privati hanno la possibilità di acquistare servizi di assistenza sanitaria dai fornitori, i quali sono soggetti alle norme imposte dai governi federale, statali e locali, nonché dalle organizzazioni di regolamentazione private.

Nonostante il sistema non sia privo di problemi e contraddizioni, i servizi medici sono generalmente considerati di alta qualità sia nel settore pubblico che in quello privato. Sono due i programmi sanitari pubblici a dominare la scena negli Stati Uniti: *Medicare* e *Medicaid*. Entrambi sono stati creati nel 1965 e sono gestiti dall'*US federal Department of Health and Human Services* (HHS). *Medicare* è il programma di salute del governo federale che serve principalmente gli americani di età superiore ai sessantacinque anni, mentre *Medicaid* è un programma federale-statale costruito per finanziare l'assistenza sanitaria per specifiche categorie di statunitensi come donne, bambini e cittadini a basso reddito. Nel 2004 *Medicare* e *Medicaid* coprivano insieme circa 87 milioni di americani, mentre nel 2015 sono state 55,4 milioni le persone coperta da *Medicare* mentre 43,6 milioni quelle coperte da *Medicaid* per un totale di 99 milioni. Oltre a *Medicare* e *Medicaid*, i due principali programmi di assistenza sanitaria super-

visionati dal governo federale degli Stati Uniti, sono presenti altri programmi: ad esempio, il "Centers for Medicare and Medicaid Services" (CMS) gestisce il programma *Medicare* e lavora in collaborazione con i governi statali per amministrare *Medicaid* e il "Children's Health Insurance Program" (un insieme di programmi federali e statali per alcune popolazioni a basso reddito).

Nel 2010, circa 9,6 milioni di americani sono stati dichiarati ammissibili per entrambi i programmi *Medicare* e *Medicaid* (i cosiddetti "dual eligibles"). Il "federal-state Children's Health Insurance Program (CHIP)", che offre copertura per i bambini delle famiglie a basso reddito (in alcuni stati come estensione del *Medicaid* e in altri proprio come un programma separato), ha coperto più di 5,7 milioni di bambini nel 2013. Gli immigrati privi di documenti sono generalmente ineleggibili per la copertura pubblica, e quasi due terzi di loro non sono assicurati. Alcuni governi statali e locali forniscono una copertura aggiuntiva, come la copertura per i bambini senza documenti o per le donne in gravidanza.

Medicare prevede la copertura per il ricovero in ospedale, i servizi medici, e, grazie ad un programma supplementare a partecipazione volontaria, la copertura della prescrizione dei farmaci. *Medicare* copre anche le cure post-acuzie, ma non quelle *long term*, mentre *Medicaid* offre una più ampia copertura per l'assistenza *long term*. *Medicaid* inoltre, garantisce una vasta gamma di servizi di base, compresi il medico e i servizi di ospedalizzazione e alcuni benefici opzionali che variano tra i vari Stati.

TRICARE è invece un programma civile gestito dall'*US Department of Defense* che opera in modo simile a *Medicare* ed è destinato ai militari e alle loro famiglie. Il *Veterans Health Administration (VHA)*, è invece un sistema del governo federale simile al *National Healthcare System* del Regno Unito, nel quale tutti gli ospedali e il personale sono di proprietà pubblica, ed è rivolto ai pensionati militari e alle loro famiglie.

I "Community Health Programmes" sono basati sui "Federally Qualified Health Centers (FQHCs)": gli *Health Centers* sono strutture senza scopo di lucro, finanziate in parte da fondi federali, che, soddisfacendo i requisiti federali, forniscono cure primarie di alta qualità ai cittadini non coperti da altra assicurazione o in aree poco servite da altri sistemi assistenziali. Nel 2013 circa 21,7 milioni di persone sono state curate da questi centri. Si stima che, riducendo i costi di emergenza degli ospedali e riducendo le disparità tra e all'interno delle comunità, questi centri potrebbero far risparmiare all'economia degli Stati Uniti circa \$ 24 miliardi l'anno.

Per quanto riguarda i programmi di assistenza sanitaria privata, nel 2013, circa il 64% dei residenti degli Stati Uniti ha ricevuto almeno parte della propria copertura assicurativa da un'assicurazione sanitaria volontaria privata (*Voluntary Health Insurance, VHI*): il 54% di tali assicurazioni è stata sottoscritta dal datore di lavoro, mentre il restante 11% è stata acquistata direttamente. Nel 2013, erano 42 milioni le persone senza assicurazione negli Stati Uniti (*U.S. Census Bureau, 2014*).

Dal 2010 il sistema sanitario degli Stati Uniti è stato caratterizzato da:

- una riduzione del numero di persone senza assicurazione a causa dell'espansione prevista dall'*Affordable Care Act*
- una crescita del debito personale e del fallimento a causa delle spese mediche

- un sempre crescente aumento delle spese per la salute
- profitto sempre in crescita per le società di assistenza sanitarie
- un crescente debito pubblico.

La crescita delle spese mediche degli Stati Uniti è stata descritta come “una spirale fuori controllo” per molti anni. Alcune persone si riferiscono alle tendenze insostenibili nel settore sanitario come ad “una crisi sanitaria”.

Gli Stati Uniti, infatti, spendono di più per la sanità come percentuale del PIL rispetto a qualsiasi altro Paese OCSE, ma non sembrano ottenere generalmente migliori risultati.

Un mix molto variegato di organizzazioni e programmi fornisce assistenza alla popolazione senza assicurazione e a basso reddito, tra cui il FQHCs, gli ospedali pubblici, i servizi sanitari locali, le cliniche gratuite, *Medicaid*, e il “*Children’s Health Insurance Program*”.

Sono presenti inoltre una serie di casi particolari previsti dal *Medicare*. Per esempio, gli ospedali che forniscono cure a un’alta percentuale di popolazione a basso reddito e senza assicurazione ricevono i *Disproportionate Share Hospital* (DSH), ovvero pagamenti da *Medicare* e *Medicaid* per compensare parzialmente la loro prestazione offerta; tuttavia, questi pagamenti si sono sostanzialmente ridotti a causa della recente riforma che di fatto ha ridotto il numero dei non assicurati.

Poiché la maggior parte delle compagnie di assicurazione sono private e a scopo di lucro, molti cittadini statunitensi sono rimasti privi di assicurazione perché non rientrava nelle loro possibilità economiche oppure perché non desideravano una copertura, oppure perché sono stati respinti.

Il Congresso degli Stati Uniti e l’amministrazione Obama hanno cercato di risolvere alcuni di questi problemi con il “*Patient Protection and Affordable Care Act*, o *ACA*”, comunemente indicato come “*ObamaCare*”, votato in legge nel 2010, che in qualche modo ha provato ad introdurre la copertura medica universale negli Stati Uniti.

L’*ObamaCare* ha fatto grandi passi per affrontare e superare la “crisi sanitaria”. L’*ACA* infatti:

- offre nuove importanti protezioni per i consumatori
- emana nuove regole per aiutare ad eliminare le spese inutili
- include autorizzazioni per vari programmi con il fine di migliorare le infrastrutture di assistenza sanitaria e di sostenere la formazione per infermieri, medici e dentisti.

Grazie all’*ObamaCare*, gli assicuratori non possono rifiutare la copertura in base alle condizioni vigenti prima della legge, inoltre sono stati stabiliti ulteriori standard minimi per l’assicurazione sanitaria, l’ammissibilità di *Medicaid* è stata ampliata, *Medicare* ha subito riforme finalizzate a una maggiore efficienza, è stato richiesto agli individui senza assicurazione fornita da parte del datore di lavoro di acquistare un’assicurazione ed infine le imprese con oltre 50 dipendenti devono offrire una copertura assicurativa per non incorrere in una sanzione penale.

I punti chiave inclusi nella legge possono essere riassunti come segue:

Costi. La legge dovrebbe costare 1.1 miliardi di dollari nei prossimi dieci anni. I costi saranno compensati tagliando gli sprechi e introducendo imposte sui salari più alti.

Copertura. La legge ha portato la copertura a 32 milioni di americani attualmente non assicurati espandendo Medicaid e offrendo sussidi alla popolazione a basso reddito per l'acquisto di un'assicurazione. Ciò consentirà di aumentare la copertura totale al 94% della popolazione entro il 2019 (con un incremento di circa l'85% rispetto a prima), portando sostanzialmente gli Stati Uniti più vicini alla copertura universale

Medicar. Prima della legge, *Medicare* copriva i costi di prescrizione fino a \$2.700 e la popolazione poteva essere coperta un'altra volta solo se i costi superavano \$6.154. La legge ha eliminato questo divario e inoltre offre anche buoni e sconti sui farmaci di marca. La legge elimina anche le inefficienze e rallenta i tassi di pagamento facendo risparmiare al governo federale degli Stati Uniti 716 miliardi di dollari.

Medicaid. 16 milioni di persone sono stati dichiarate idonee per *Medicaid*. L'ampliamento del programma ha permesso di includere le famiglie sotto i 65 anni con un reddito lordo fino al 133% del livello federale di povertà. Tuttavia, dopo che la Corte Suprema degli Stati Uniti ha dichiarato che questa espansione potrebbe non essere obbligatoria, non tutti gli Stati hanno scelto di prendere i fondi federali e realizzare l'espansione.

Riforme assicurazione. Gli assicuratori non possono più negare la copertura alle condizioni pre-esistenti. I giovani saranno in grado di rimanere nei piani di salute dei loro genitori fino ai 26 anni. Alle compagnie di assicurazione è stato anche impedito di spendere più del 15-20% in costi amministrativi e di marketing e devono puntare sul miglioramento della qualità.

Sussidi. I sussidi così come offerti alle persone e alle famiglie a basso reddito che vogliono acquistare la propria assicurazione sanitaria, saranno disponibili anche per le piccole imprese al fine di garantire che esse possano permettersi di offrire l'assicurazione sanitaria ai loro dipendenti. Allo stesso tempo, i datori di lavoro che hanno 50 o più lavoratori potrebbero essere soggetti a sanzioni qualora non predispongano un piano di assicurazione sanitaria.

Sanzioni individuali. A partire dal 2014 le persone non coperte da *Medicaid* o *Medicare* devono essere assicurati oppure saranno soggette ad una multa di fino a 695 \$ l'anno oppure al 2,5% del loro reddito.

Tasse. La tassazione sui piani di salute di fascia alta è stata alleggerita dalla legge, ma l'imposta sui salari del *Medicare* sui percettori di reddito alto è stata aumentata. Dal 2013 le famiglie con un reddito di oltre 250 000 \$ dovranno pagare un ulteriore 3,8% sul reddito.

Altro. La legge mira anche a semplificare il sistema sanitario statunitense e a ridurre i costi incoraggiando l'uso di cure preventive. Sono previsti, infatti, nuovi programmi e politiche per aumentare l'accesso alle cure, in particolare alle cure primarie.

Come risultato del "*Patient Protection and Affordable Care Act*", 11 milioni di cittadini degli US sono stati assicurati rispetto al passato. Si prevede che grazie all'attuazione dell'ACA il numero dei non assicurati scenderà a 26 milioni entro il 2017.

Nell'ambito della riforma sanitaria, l'amministrazione Obama si è concentrata sul miglioramento della portata dei "*Community Health Centers*", riconoscendo il lavoro che questi centri fanno per migliorare i risultati degli Stati Uniti in termini di organizzazione sanitaria. Tutto ciò dà seguito al *Recovery and Reinvestment Act* (2009), che poneva la massima attenzione al problema dell'accesso alle cure primarie. L'intento è anche quello di stimolare l'attività economica e la crescita a lungo termine: 2 miliardi di dollari, infatti, sono stati messi da parte per investire sui "*Community Health Centers*" per espandere il loro numero dei servizi a disposizione.

Al di là di tutti i provvedimenti, l'enorme quantità di potere ancora in mano alle imprese a scopo di lucro dimostra che comunque l'ObamaCare è al momento solo un trampolino di lancio verso la riforma completa.

Il *Patient Protection and Affordable Care Act* ha previsto anche una "responsabilità condivisa" tra il governo, i datori di lavoro, e gli individui per garantire che tutti gli americani abbiano accesso all'assicurazione sanitaria a prezzi accessibili. Tuttavia, la copertura assicurativa sanitaria rimane frammentata, con numerose fonti pubbliche e private, e ampi divari nei tassi di copertura in tutta la popolazione degli Stati Uniti. I fattori chiave che spiegano il motivo per cui gli Stati Uniti avevano bisogno di una riforma del sistema sanitario sono riassunti qui di seguito:

- Gli Stati Uniti spendono in sanità di più della somma delle spese di Giappone, Germania, Cina, Gran Bretagna, Italia, Canada, Italia, Brasile e Canada.
- Se il sistema sanitario statunitense fosse un Paese, sarebbe la sesta economia più grande del pianeta.
- Nel 1960, la spesa media per persona negli Stati Uniti per l'assistenza sanitaria era di 147 \$. Nel 2014 si è arrivati a \$ 9523.
- Il costo dell'assistenza sanitaria non è regolato dal governo. Ad esempio, il pagamento ai medici nel *Medicare* è calcolato attraverso una formula che ha un significativo input dall'"*American Medical Association*" (AMA), tramite il *Relative Value Scale Update Committee* (RUC). Tuttavia, i tassi sono approvati dai *Centers for Medicare e Medicaid Services* (CMS) che hanno la possibilità di aggiustare o rifiutare i pagamenti per alcuni servizi.
- Uno studio del 2007 dell'"*American Journal of Medicine*" ha evidenziato che circa il 62% di tutti i fallimenti personali negli Stati Uniti sono correlati a spese mediche. Nonostante il 78% delle persone coinvolte avesse l'assicurazione sanitaria, i fallimenti erano dovuti alle lacune nella copertura. Altre persone avevano assicurazioni pri-

vate, ma a causa dei loro gravi problemi di salute hanno perso il loro posto di lavoro e di conseguenza anche la loro assicurazione. Questo studio non prendeva però in considerazione altri debiti al momento del fallimento.

- Le spese di amministrazione dell'assicurazione sanitaria rappresentano l'8% di tutti i costi di assistenza sanitaria negli Stati Uniti.
- Prima dell'entrata in vigore dell'ACA, i premi per le assicurazioni stavano aumentando a un tasso vertiginoso, e, senza tener conto delle sovvenzioni, questa tendenza è proseguita sotto l'*Affordable Care Act*.
- Nel 2014 più di US\$ 297 miliardi sono stati spesi per la prescrizione di farmaci.
- Solo nel 2008 più di venticinque aziende hanno registrato oltre un miliardo di dollari di profitto grazie alla prescrizione di farmaci.
- Facendo un confronto con altri Paesi si nota che: le persone che vivono negli Stati Uniti hanno una probabilità tre volte più grande di avere il diabete rispetto alle persone che vivono nel Regno Unito; secondo le statistiche dell'OCSE, il numero di statunitensi obesi è il doppio del numero di canadesi obesi; la Grecia ha il doppio di posti letto di ospedale per persona rispetto agli Stati Uniti.

Gli attori principali del sistema

Nel sistema sanitario degli Stati Uniti, i contribuenti pubblici e privati acquistano servizi di assistenza sanitaria dai fornitori, che sono soggetti alle norme imposte dai governi federali, statali e locali, nonché dalle organizzazioni di regolamentazione private.

Esiste un'interazione tra quattro attori principali: il governo, le assicurazioni private, i fornitori e le autorità di regolamentazione. Questi attori interagiscono ogni anno nel Congresso per modificare le regole di pagamento e di copertura sotto il *Medicare* e il *Medicaid*. Tuttavia, i fondi per *Medicare* arrivano tramite un'imposta sui salari, inoltre è previsto il "*Trust Fund*", un "fondo fiduciario" non soggetto a stanziamenti annuali.

Sia il governo federale che i governi statali dei 50 Stati hanno un ramo esecutivo, uno legislativo e uno giudiziario. Nel ramo esecutivo del governo federale, il *Department of Health and Human Services* (HHS) rappresenta il più grande potere amministrativo nel sistema sanitario degli Stati Uniti. L'HHS comprende uffici come il *Centers for Medicare & Medicaid Services* (CMS) che amministra i programmi pubblici *Medicare* e *Medicaid* e il *Children's Health Insurance Program* (CHIP). Altri uffici all'interno dell'HHS includono l' "*Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ)", i "*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)", la "*Food and Drug Administration* (FDA)" e il "*National Institutes of Health* (NIH)".

L' "*Office of Veterans Affairs* (VA)", che sovrintende il *Veterans Health Administration* (VHA) per fornire assistenza ai veterani militari, è un organismo indipendente federale

dell'HHS. Il Dipartimento della Difesa ha il compito di fornire assistenza sanitaria ai militari in servizio e alle loro famiglie attraverso il programma "TRICARE".

I governi degli Stati, tramite i fondi messi a disposizione dal governo federale, acquistano i servizi di assistenza sanitaria attraverso il *Medicaid* e il CHIP. La quota federale per i costi del *Medicaid* è calcolata da una formula basata sulla ricchezza relativa e sui bisogni di ogni singolo Stato.

Il coinvolgimento del governo statale e di quello locale nella sanità è stabilito anche attraverso funzioni come la gestione e il funzionamento degli ospedali pubblici, la fornitura di servizi medici e di prevenzione attraverso dipartimenti statali e le loro cliniche associate, la copertura vaccinale, l'educazione alla prevenzione delle malattie.

Oltre ai governi, anche gli assicuratori privati e i singoli individui acquistano l'assistenza sanitaria negli Stati Uniti. Le assicurazioni private rientrano prevalentemente in due categorie principali: assicurazioni che offrono copertura ai gruppi di dipendenti e assicurazioni che offrono copertura individuale. Le assicurazioni sanitarie acquistano i servizi di assistenza sanitaria attraverso strutture che possono essere definite "chiusa", cioè per le quali gli assicurati possono rivolgersi solo a specifici medici o ospedale, oppure "aperte", che permettono agli assicurati la scelta fra alcuni fornitori selezionati. Gli assicuratori negoziano i prezzi con gli ospedali e i gruppi di medici e inviano i loro clienti presso i fornitori, eliminando i co-pagamenti (*Preferred Provider organizations*, o *PPO*). La maggior parte dei cittadini statunitensi sottoscrive la propria assicurazione privata attraverso il datore di lavoro; solo il 10% di statunitensi ha acquistato personalmente la propria copertura assicurativa.

I servizi sanitari per i non assicurati sono spesso forniti da un sistema di cliniche pubbliche e comunitarie (le *Federally Qualified Health Centers*, o *FQHCs*), oltre che da ospedali e medici che forniscono assistenza gratuitamente. La maggior parte degli ospedali, in cambio del loro status di esenzione fiscale, sono tenuti a fornire assistenza gratuita secondo i requisiti del "community benefit".

Dei 5.627 ospedali negli Stati Uniti, nel 2015 la metà (2.870) erano senza fini di lucro, un quarto a scopo di lucro e un altro quarto di proprietà del governo.

L'Accademia Nazionale di Medicina, (*National Academy of Medicine* o *NAM*), già Istituto di Medicina, è un'organizzazione indipendente senza scopo di lucro, istituita dal governo federale, che funge da consulente al Congresso, alle amministrazioni e ai politici statali in materia di miglioramento della salute a livello nazionali. Associazioni, come ad esempio l'"*American Medical Association*", l'"*Association of American Medical College*" (*AAMC*) e il gruppo che rappresenta le aziende sanitarie, *America's Health Insurance Programs* (*AHIP*) stanno attuando forti pressioni e azioni di lobby.

La "*Joint Commission*" – un'organizzazione indipendente no-profit – accredita più di 20.000 organizzazioni di assistenza sanitaria in tutto il Paese, soprattutto ospedali, strutture di *long term care* e laboratori, utilizzando criteri che includono la qualità del trattamento dei pazienti, la cultura, le prestazioni e la qualità dei servizi. L'accredimento da parte della Commissione è spesso un requisito fondamentale per la partecipazione ai programmi *Medicare* e *Medicaid*. Il *National Committee for Quality Assurance* (*NCQA*) accredita i piani sanitari privati e funge da organo consultivo per l'accredimento dei piani che partecipano ai nuovi mercati assicurativi.

Le modalità di finanziamento del sistema

Nel 2012 la spesa pubblica ha rappresentato il 47,6% della spesa sanitaria totale, anche se questa cifra è destinata ad aumentare con l'espansione della copertura assicurativa dovuta all'*Affordable Care Act*. Il *Medicare* è finanziato attraverso una combinazione di pagamenti obbligatori e singole imposte collegate attraverso i premi supplementari e i co-pagamenti al *Social Security System* (il sistema pensionistico a livello statale), e attraverso i ricavi generali generati a livello federale per alcuni specifici programmi.

Medicaid è programma di assicurazione sanitaria finanziato da tasse e amministrato dagli Stati che opera secondo alcune linee guida dettate dal governo federale. Gli Stati ricevono fondi integrativi da parte del governo federale a tassi che variano in base al loro reddito pro capite. L'espansione del *Medicaid* grazie all'ACA è stata inizialmente finanziata interamente dal governo federale, ma dal 2017 la quota di finanziamento del governo scenderà gradualmente, fino a raggiungere il 90% entro il 2020.

Nel 2012 le spese private rappresentavano circa il 33% del totale della spesa sanitaria. Le società di assicurazione private possono essere con o senza scopo di lucro, sono regolate da commissari assicurativi statali e sono soggetti a regolamenti che variano secondo lo Stato in cui operano. L'assicurazione sanitaria privata può essere acquistata dai singoli cittadini, ma solitamente è finanziato da contributi, esenti dalle tasse, versati sia dai datori di lavoro e che dai dipendenti su una base specifica dettata dal datore di lavoro. L'esenzione fiscale al datore di lavoro è la terza spesa di assistenza sanitaria più grande del governo (dopo *Medicare* e *Medicaid*) che riduce le entrate fiscali di 260 miliardi di dollari l'anno.

Alcuni individui sono coperti da entrambi i tipi di assicurazione, sia private che pubbliche: per esempio molti beneficiari del *Medicare* acquistano assicurazioni private "*Medigap*" per coprire i servizi aggiuntivi e non previsti.

Le modalità di erogazione dei servizi

Negli ultimi decenni sempre più spesso, ospedali, gruppi di medici e assicuratori si sono uniti per formare delle entità più grandi, diventando spesso società quotate in borsa, sia per sfruttare le economie di scala, sia per aumentare la loro influenza nella contrattazione con altri attori nel settore. Tra il 1980 e il 2015 la percentuale di organizzazioni a scopo di lucro è aumentata fortemente, se si pensa che gli ospedali privati sono passati dal 10 al 25% degli ospedali totali.

In questo periodo di tempo negli Stati Uniti si è inoltre sviluppato un buon numero di organizzative innovative, quali ad esempio le HMO (*Health Maintenance Organization*). Tali organizzazioni forniscono servizi di assistenza sanitaria ai loro membri, soprattutto in forma prepagata, attraverso una rete di fornitori; sono esistite negli Stati Uniti per gran parte del ventesimo secolo, ma il termine stesso non è stato utilizzato fino a quando non è stato coniato da Paul Ellwood nel 1970.

Mentre le prime HMO avevano il proprio personale medico dedicato, negli ultimi anni il mercato si è spostato verso un modello a rete aperto, a volte chiamato "*HMO without*

walls". Nell'ambito di questi modelli, le aziende stipulano contratti e accordi con più gruppi di medici e ospedali per fornire servizi agli iscritti. Nella maggior parte di queste organizzazioni, tutte le cure, ad eccezione delle emergenze, devono essere fornite dai provider della rete, mentre in altri (*Point-of-Service*) un iscritto può andare fuori dalla rete, ma ad un costo out-of-pocket notevole. L'iscrizione alla HMO è cresciuta rapidamente a partire dagli anni 1980, grazie all'entrata in vigore del *HMO Act* del 1973, che tra le altre cose ha previsto che i datori di lavoro con più di 25 dipendenti che hanno offerto l'assicurazione sanitaria, comprendano almeno un'opzione HMO se geograficamente disponibile. Dalla fine gli anni '90, tuttavia, la quota di mercato di HMO è scesa notevolmente poiché un grande numero di pazienti si è iniziato a ribellare contro le rigide restrizioni sulla scelta di medici e di ospedali e a cause delle oscure politiche di pricing.

Da allora, i PPO (*Preferred Provider organizations*) sono arrivati a dominare il mercato delle assicurazioni private. I PPO contrattano con una rete di fornitori, ma tendono a pagare i medici a tassi favorevoli e in generale rendono più facile la ricerca di cure al di fuori della rete di quanto fosse possibile in un'HMO, in particolare per i servizi specialistici. Nel 2012, tra i dipendenti coperti da assicurazione, il 56% era nei PPO e solo il 25% nelle HMO. La popolarità e il successo dei PPO deriva in gran parte dalla loro flessibilità: i datori di lavoro possono progettare in base alle loro specifiche un piano di benefici, e i pazienti possono cercare la cura da qualsiasi provider che desiderano pagando di meno la loro quota *out-of-pocket*.

Recentemente si sono sviluppate anche le ACO (*Accountable Care Organizations*). Tali organizzazioni sono costituite da operatori sanitari, spesso consorzi di organizzazioni indipendenti, che lavorano per migliorare la salute dei pazienti e ridurre i costi. ●

Dati sul Paese

Dati demografici e di salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Popolazione	320.051.000	Popolazione stimata del Paese (OMS, 2013)
Popolazione residente in aree urbane	80,8%	Percentuale di popolazione residente in aree urbane (classificate come tali secondo i criteri utilizzati da ogni Paese a partire dal 1° luglio dell'anno indicato) (OMS, 2010).
% di popolazione di età compresa fra 0-14 anni	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
% di popolazione di età superiore ai 65 anni	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Aspettativa di vita alla nascita (in anni)	79	Numero medio di anni che un neonato può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Aspettativa di vita a 60 anni di età (anni)	23	Numero medio di anni che una persona di 60 anni può aspettarsi di vivere, mantenendo costanti i tassi di mortalità per sesso e per età correnti al momento della sua nascita, per un anno specifico, in un dato Paese, territorio o area geografica (OMS, 2013)
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Nati vivi ogni 1.000 abitanti	n.a.	Banca dati European Health for All, 2013 e anni contigui
Reddito nazionale lordo pro capite (metodo Atlas)	52.620	Reddito nazionale lordo pro capite, espresso in dollari internazionali PPP e calcolato secondo il metodo Atlas (valore in dollari del reddito finale di un Paese diviso la sua popolazione) (OMS, 2012)
Numero di posti letto per acuti ogni 1.000 abitanti	2,73	Spesa ospedaliera, utilizzazione e capacità (OECD, 2012)
Densità di medici ogni 1.000 abitanti	2,45	Numero di medici, inclusi generalisti e specialisti, ogni 1.000 abitanti (OMS, 2011)

Indicatori del sistema sanitario

Composizione della spesa

Indicatore	Valore	Descrizione
PIL	16.663.159,6	Prodotto Interno Lordo (PIL) totale, in milione di dollari USA ³¹ (OECD, 2013)
Spesa totale sanitaria come percentuale del PIL	17,1%	Livello della spesa totale sanitaria espressa come una percentuale del PIL (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa pubblica totale	20,7%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa pubblica totale (OMS, 2013)
Spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	47,1%	Livello della spesa delle amministrazioni pubbliche per la salute espressa come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute	52,9%	Livello della spesa privati per la salute come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)
Spesa in piani assicurativi sanitari privati come percentuale della spesa privata per la salute	63,3%	Livello della spesa in piani assicurativi sanitari privati e volontari come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute	22,3%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa privata per la salute (OMS, 2013)
Spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale sanitaria	11,8%	Livello della spesa out-of-pocket come percentuale della spesa totale per la salute (OMS, 2013)

³¹ Il PIL rappresenta la misura standard del valore dei beni e servizi finali prodotti da un Paese in un dato periodo

Indicatori pro capite

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa pro capite per la salute	9.146	Spesa pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa pubblica pro capite per la salute	4.307	Spesa pubblica pro capite per la salute espressa in dollari internazionali PPP (OMS, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica)	1.577,9	Spesa ospedaliera (pubblica) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa ospedaliera pro capite (pubblica + privata)	2.963,6	Spesa ospedaliera (pubblica+privata) per la salute, pro capite, a prezzi correnti, in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Spesa farmaceutica pro capite	1.013,52	Spesa per le prescrizioni di farmaci e prodotti over-the-counter. In alcuni paesi include altri prodotti medicali non durevoli e la remunerazione dei farmacisti quando è separata dal prezzo dei farmaci. I farmaci consumati in ospedale sono esclusi. (OECD, 2012).
Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite	1.073,68	Spesa sanitaria out-of-pocket pro capite in dollari internazionali PPP (OECD, 2013)
Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013	52%	Tasso medio di crescita della spesa sanitaria pro capite, 2003–2013 (OECD, 2013)

Indicatori di Efficacia

Indicatore	Valore	Descrizione
Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti	n.a.	Tassi di amputazione degli arti inferiori per diabete per 100.000 abitanti (OECD, 2013)
Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno	88,9%	Tassi di sopravvivenza a cinque anni dal cancro al seno (OECD, 2008 - 2013)
Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri	5,5%	Tasso di mortalità a 30 giorni dopo il ricovero per infarto miocardico acuto oltre 45 anni per 100 ricoveri (OECD, 2013 o anno più vicino)
Decessi potenzialmente evitabili, ogni 100.000 abitanti	96	Decessi potenzialmente evitabili di persone sotto i 75 anni (2006-2007) (tratto da Nolte and M. McKee, "Variations in Amenable Mortality—Trends in 16 High-Income Nations", Health Policy, Sept. 12, 2011)
Tasso di mortalità standardizzata, tutte le cause, tutte le età, ogni 100.000 abitanti	n.a.	Tasso di mortalità standardizzata: tassi di mortalità standardizzati per età, utilizzando la media europea per assicurare la comparabilità tra paesi (Banca dati European Health for All, 2013 o anno più vicino)
Probabilità di un 30enne di morire entro il compimento dei 70 anni per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche.	14%	Percentuale di persone con 30 anni di età che potrebbero morire entro il compimento dei loro 70 anni di età per una qualsiasi malattia cardiovascolare, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche, ai correnti tassi di mortalità per ogni età e se non dovesse intervenire nessuna altra causa di morte (ad esempio, lesioni o AIDS) (OMS, 2012)

Indicatori di Vita in Salute

Indicatore	Valore	Descrizione
Aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita	69	Numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in "buona salute" (OMS, 2013)
DALY standardizzato per età, ogni 100.000 abitanti	22.775	DALY (disability-adjusted life years), corretto per differenze nella distribuzione dell'età della popolazione ed espresso per 100.000 abitanti ³² . (OMS, 2012)
Anni di vita in salute persi a causa di disabilità (YLD), ogni 100.000 abitanti	11.507,3	Anni di vita in salute persi a causa di disabilità, espressi per 100.000 abitanti ³³ (OMS, 2012).
Decessi sotto i 70 anni, per malattie non trasmissibili (come percentuale di tutti i decessi)		Numero di decessi per sesso (OMS, 2012)
Donne	25%	
Uomini	37%	
Distribuzione degli anni di vita in salute persi per principali cause di decesso:		Distribuzione degli anni di vita persi, per le tre principali cause di decesso (malattie trasmissibili, materne, infantili e nutrizionali malattie non trasmissibili lesioni) come percentuale degli anni totali di vita persi (OMS, 2012)
1. Malattie trasmissibili e altre del gruppo I	8%	
2. Malattie non trasmissibili	80%	
3. Lesioni	12%	

³² Un DALY rappresenta una perdita equivalente ad un anno in buona salute. Per una malattia o una particolare condizione di salute, il DALY rappresenta la somma degli anni di vita persi a causa di morte prematura e gli anni di vita vissuti con disabilità.

³³ Un YLD rappresenta l'equivalente di un anno di vita in buona salute perso a causa di disabilità o cattiva salute.

Indicatori di Efficienza

Indicatore	Valore	Descrizione
Spesa media per dimissione ospedaliera (PPP int. \$)	20.932	Spesa media per dimissione ospedaliera (OECD, 2012)
Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti	12.549	Numero di pazienti dimessi dall'ospedale a seguito di cure mediche, ogni 100.000 abitanti ³⁴ (OECD, 2010)
Degenza media del ricovero per acuti	5,4	Numero medio di giorni che un paziente trascorre in ospedale ³⁵ (OECD, 2011)

³⁴ La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita dall'ospedale del paziente che vi è rimasto almeno una notte. Il numero di dimissioni ospedaliere include anche il numero di decessi avvenuti in ospedale a seguito di ricovero. Le dimissioni avvenute nel medesimo giorno di ricovero sono in genere escluse.

³⁵ La degenza media di ricovero è spesso utilizzata come un indicatore dell'efficienza del sistema ospedaliero. È generalmente calcolato dividendo il numero totale di giorni di degenza di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ammissioni o dimissioni.

Trend futuri

Le tendenze future per il sistema sanitario degli Stati Uniti possono essere riassunte come segue:

Riduzione delle disparità

Sono presenti ancora ampie disparità nell'accessibilità e nella qualità dell'assistenza sanitaria negli Stati Uniti. Dal 2003 è stato rilasciato un report – il *National Healthcare Disparities Report* - che mostra le varie ineguaglianze e mette in evidenza i settori che richiedono un intervento prioritario. L'ACA e le politiche attuali contengono una serie di disposizioni volte a ridurre le disparità nella popolazione.

Promuovere l'integrazione del sistema di erogazione e il coordinamento dell'assistenza

Le compagnie di assicurazione private e governative stanno finanziando numerose iniziative volte a passare da un sistema sanitario specialistico a un sistema basato sulle cure primarie. Il modello "*patient-centered medical home* (PCMH)" nel quale il paziente riceve assistenza mirata, accessibile, continua e coordinata dal medico di famiglia, ha suscitato particolare interesse tra gli esperti e i politici degli Stati Uniti ed è stato visto come un mezzo per rafforzare le cure primarie e l'assistenza medica. Un altro movimento che sta raccogliendo una notevole quantità di consensi negli Stati Uniti è la creazione di *Accountable Care Organizations* (ACOs). Gli ACOs sono reti di fornitori,

compresi gli ospedali e medici, che accettano di assumersi la responsabilità di assicurare la cura ad una determinata fascia di popolazione soddisfacendo alcuni standard qualitativi. Un'altra forma di integrazione in atto è quella tra servizi sanitari e sociali. Si sta verificando, infatti, un aumento di programmi locali che mirano a integrare meglio i servizi sanitari e sociali, come il *Massachusetts General Hospital's Care Management Program*, nel quale un case manager lavora a stretto contatto con i pazienti del *Medicare*, che hanno gravi patologie croniche, e in accordo con i loro badanti, coordinano la loro assistenza medica e sociale. Gli ACOs inoltre non solo stanno cercando di integrare i servizi clinici e sociali, ma stanno anche esplorando modelli di finanziamento innovativi. Eppure, anche se vi sono alcune iniziative promettenti, e l'integrazione è un obiettivo di molti politici, è ancora diffusa una carenza di coordinamento dell'assistenza sanitaria e dei servizi sociali.

Introduzione di nuovi incentivi per l'alta qualità e l'efficacia delle cure

Medicare, *Medicaid*, e vari acquirenti privati, stanno anche sperimentando nuovi incentivi di pagamento che premiano la qualità e l'aumento dell'efficacia delle cure. Oltre alla "pay-per-performance", le strategie in corso di attuazione comprendono pagamenti "a pacchetto", grazie ai quali si effettua un unico pagamento per i servizi offerti da un certo numero di fornitori relativi ad un singolo episodio di cura. A titolo di esempio, nel mese di aprile del 2016, il CMS ha annunciato un programma aggressivo per "impacchettare" i servizi di assistenza primaria, compresi i servizi sociali e di assistenza.

Contenimento dei costi

La spesa sanitaria annuale pro-capite negli Stati Uniti, nonostante un recente rallentamento, è la più alta del mondo (9.523 \$ nel 2015). I contribuenti stanno tentando di controllare la crescita dei costi attraverso il ricorso a fornitori qualificati, nonché grazie a trattative sui prezzi e controlli.

Introduzione di riforme e innovazioni

Gli obiettivi principali della riforma sono:

- raggiungere una copertura quasi universale
- migliorare l'accessibilità alla copertura
- migliorare la qualità e l'efficienza, riducendo i costi inutili
- rafforzare le cure primarie
- investire nella sanità pubblica.

Per raggiungere questi obiettivi, l'Affordable Care Act comprende disposizioni per:

- espandere Medicaid in modo da includere anche la popolazione con reddito al di sotto del 133% del livello federale di povertà
- creare mercati statali per le assicurazioni dei privati e delle piccole imprese
- fornire sussidi per la popolazione a basso e medio reddito e crediti d'imposta per le piccole imprese

- eliminare i “*copayments*” (ticket) per i vaccini e i servizi di prevenzione raccomandati;
- creare il “*Patient-Centered Outcomes Research Institute*” o PCORI per condurre efficaci ricerche comparative;
- creare il “*Center for Medicaid and Medicare Innovation*” o CMMI per sviluppare e testare modelli di pagamento per migliorare la qualità e ridurre i costi
- istituire l’ “*Independent Payment Advisory Board*”, con il mandato di ridurre la crescita delle spese di Medicare attraverso riforme di pagamento
- creare un programma di risparmio condiviso all’interno del *Medicare* per le organizzazioni che si assumono la responsabilità di fornire in modo efficiente cure ad una popolazione definita
- aumentare temporaneamente i pagamenti *Medicare* e *Medicaid* per le cure primarie
- espandere i finanziamenti federali per i centri sanitari qualificati che forniscono assistenza alla popolazione a basso reddito e a quella ancora non coperta da senza assicurazione.

Tentare di arrestare il processo di aumento dei costi per i premi assicurativi

Anche se *ObamaCare* ha come obiettivo la regolamentazione delle assicurazioni, non è stato in grado di regolare i costi così come tutti avrebbero sperato. *ObamaCare* ha lasciato alle compagnie di assicurazione la possibilità aumentare i premi, in modo che queste potessero includere il costo delle condizioni pre-esistenti alla copertura.

Le compagnie di assicurazione hanno sostanzialmente innalzato i tassi all’inizio del 2014, quando la discriminazione contro le condizioni pre-esistenti è stata vietata dall’*Affordable Care Act*.

Anche se *ObamaCare* aiuta a mantenere l’assicurazione a prezzi accessibili per i cittadini a basso e medio reddito, i premi continueranno ad aumentare. *ObamaCare* ha fatto molto per aiutare a frenare la crescita dei premi ma i costi dei premi sono ancora in crescita a tassi insostenibili per molte famiglie. È probabile che in futuro saranno adottate nuove misure per risolvere il problema e interrompere il processo di aumento dei costi dei premi.

Riforma futura dei “*Defined Contribution Plans*”

La maggior parte delle assicurazioni sanitarie per gli impiegati è un piano di alcuni *benefit* nel quale il datore di lavoro definisce il livello, il modello e il costo di copertura assicurativa sanitaria offerto ai dipendenti. Tuttavia, in un *Defined Contribution Plan* (DCP), i datori di lavoro possono fornire una determinata quantità di denaro per i costi di assicurazione sanitaria del dipendente, e il dipendente stesso può quindi spendere la cifra messa a sua disposizione in base alle proprie esigenze. Rendendo quindi i consumatori responsabili della loro assicurazione sanitaria, i DCP permettono loro di essere più consapevoli del costo di copertura assicurativa sanitaria e dell’assistenza medica. Tuttavia, l’esperienza ha dimostrato che i consumatori tendono ad evitare cure preventive e a ritardare le cure necessarie, facendo in modo che queste diventino mol-

to gravose e care. I politici repubblicani tendono a sostenere che i DCP siano un modo per ridurre la crescita dei costi. Ad esempio, il "Rivlin-Ryan plan" è stato proposto da Paul Ryan (*Speaker dell'US House of Representatives*) e Alice Rivlin (*Former Budget Director*), nel tentativo di ridurre i costi del Medicare. Questo piano suggerisce di offrire ai beneficiari del Medicare un buono per l'acquisto di un'assicurazione sanitaria privata, così facendo si sposterebbe il rischio di escalation dei costi sanitari sui beneficiari piuttosto che sui contribuenti. Resterà da vedere se questa proposta, anche conosciuta come un "premium support model", che non è riuscita a raggiungere il pieno supporto del Congresso, guadagnerà più sostegno nei congressi futuri. ●

Comparazione dei Sistemi Sanitari

Caratteristiche dei sistemi a confronto

L'obiettivo della presente sezione è effettuare una comparazione tra i sette Paesi dal punto di vista dell'organizzazione dei sistemi sanitari, delle evidenze in termini di dati quantitativi e risultati di performance, nonché dei trend evolutivi, nel tentativo sia di mettere in relazione causale tali componenti che di individuare eventuali convergenze tra le realtà nazionali nella definizione dei modelli futuri.

Dal punto di vista dell'organizzazione del sistema, le dimensioni fondamentali di distinzione sono, come evidenziate nelle schede Paese, le **modalità di finanziamento** del sistema e le **modalità di erogazione** dei servizi.

Rispetto alla **prima dimensione** - modalità di finanziamento -, tra i Paesi oggetto d'analisi, ma anche più in generale tra i Paesi OCSE - gli Stati Uniti sono l'unico Paese il cui meccanismo di finanziamento prevalente è l'**assicurazione volontaria**. Le entrate delle strutture sanitarie che erogano servizi, provengono prevalentemente dai cittadini, nonché dalle imprese di assicurazione con cui i cittadini stipulano contratti di assicurazione volontaria.

Tutti gli altri Paesi si ripartiscono tra due principali modelli: 1. Bismarck o mutualistici, in cui il sistema è dominato dalle **assicurazioni sociali obbligatorie** e la sanità è finanziata attraverso contributi sociali, in buona parte versati dai lavoratori (*social health insurance*). È il caso di Germania e Francia; 2. Beveridge, in cui il finanziamento del sistema è garantito dallo Stato attraverso destinazione alla sanità di una quota di gettito della **fiscalità generale** e sono minime le compartecipazioni alla spesa dei cittadini (*tax-financed*). È il caso di Italia, UK, Svezia e Canada.

L'intervento pubblico, più lievemente nei modelli Bismarck e in maniera più marcata nei modelli Beveridge, quindi elimina la correlazione tra contributo del cittadino ed effettivo utilizzo dei servizi e lo lega a criteri propri del sistema fiscale, primo fra tutti la capacità contributiva.

Nel modello Beveridge però vi sono differenze anche significative tra gruppi di popolazione in termini di aliquote contributive, prestazioni garantite, qualità dell'assistenza e un maggior costo del sistema di prelievo.

Più in dettaglio, considerando le specificità dei vari Paesi, dalla ricerca si rileva quanto segue.

Tra i modelli Bismarck:

La **Germania**, primo sistema sanitario universale, ha un'organizzazione federale, in cui la responsabilità della salute dei cittadini è divisa fra governo federale e gruppi corporativi. L'assicurazione sanitaria è obbligatoria, e i cittadini possono scegliere fra assicurazione statutaria (copre l'86% della popolazione) - i cui costi sono divisi equamente fra datore di lavoro e impiegato - e assicurazione privata (copre l'11% della popolazione), più una serie di programmi speciali minori (per polizia, militari, ecc.). Tali assicurazioni sono alternative fra loro, e una volta che si è scelto di uscire dal sistema di assicurazione statutaria, preferendo un'assicurazione privata, è molto difficile ritornare a quella statutaria.

La **Francia**, sebbene abbia un sistema Bismarck, ha da sempre assegnato un ruolo importante allo Stato, tanto da poter essere definito sistema misto, strutturalmente basato sull'approccio Bismarck, ma con obiettivi del modello Beveridge, riflessi dalla presenza di una singola assicurazione pubblica. Vi è un'assicurazione sanitaria statutaria (pubblica e obbligatoria) che copre il 99,9% dei residenti, acquisita attraverso l'attività lavorativa o similari (per coloro che non risultano idonei, l'assicurazione è a carico dello stato), e un'assicurazione sanitaria volontaria (privata e complementare), sottoscritta da circa l'85% dei residenti in Francia. Tale assicurazione non è utilizzata per evitare le liste d'attesa o ottenere cure migliori, ma per ottenere il rimborso per beni o servizi sanitari non coperti dall'assicurazione statutaria (come cure dentali o oculistiche).

Tra i modelli Beveridge:

L'**Italia**, ha un Servizio Sanitario Nazionale (SSN), che è un sistema pubblico di carattere universalistico e solidaristico, ispirato a principi di equità di accesso ai servizi sanitari e gratuità delle cure. Si classifica ai primi posti per livello delle cure mediche cui si può accedere anche senza possedere un'assicurazione privata. Il SSN è prevalentemente finanziato attraverso le tasse nazionali e regionali e, in via residuale, da co-finanziamenti per cure farmaceutiche e ambulatoriali. Fonti pubbliche formano il 78% della spesa totale per la sanità, mentre la spesa privata, principalmente nella forma di pagamenti *out-of-pocket*, pesa per il 18%. Questi pagamenti diretti sono per lo più per diagnostica, farmaci, visite specialistiche e per interventi non urgenti forniti in emergenza-urgenza. Solo circa l'1% della spesa totale in sanità è finanziata da assicurazione sanitaria privata. Dagli anni 2000 si è assistito a un processo di devoluzione fiscale dal governo centrale alle Regioni, con sostanziali differenze di finanziamento a seconda delle Regioni.

L'**UK**, ha un modello universalistico, che da ampio spazio all'influenza politica sia a livello strategico che operativo, con una separazione crescente tra finanziamento e gestione/erogazione. La copertura del NHS è universale. L'NHS sulla base dei fondi rac-

colti attraverso la fiscalità generale fornisce le risorse necessarie per il funzionamento del sistema. Tutti coloro "ordinariamente residenti" in Inghilterra hanno diritto automaticamente alla sanità, in gran parte gratuitamente presso il punto di utilizzo, attraverso il NHS. I non residenti con un'assicurazione sanitaria europea hanno inoltre diritto a cure gratuite. Solo un trattamento in un reparto di emergenza e per alcune malattie infettive è gratuito per altre persone, come i visitatori non europei o immigrati clandestini. La maggior parte delle cure ospedaliere private è finanziata attraverso assicurazione sanitaria integrativa privata volontaria, che ha coperto il 10,9 per cento della popolazione del Regno Unito nel 2012. La maggior parte di questo è stata fornita attraverso società (3,97 milioni di polizze) più che polizze individuali (0,97 milioni di euro).

La **Svezia**, ha un sistema a copertura universale organizzato su tre livelli geografici (statale, regionale, locale) e finanziato quasi completamente attraverso le tasse. Infatti, circa l'81% delle spese sanitarie è finanziato a livello pubblico, con le spese dei consigli di contea pari a circa il 72%, dei comuni a quasi l'8% e del governo centrale al 2% circa.

Le assicurazioni private sono presenti, ma sono finalizzate soprattutto a garantire ai cittadini un accesso più rapido alle cure ambulatoriali ed evitare le liste di attesa. Il 5% della popolazione ha un'assicurazione complementare privata. Quasi tutte le assicurazioni sanitarie private sono pagate dai datori di lavoro e sono collegate ai servizi sanitari professionali.

Il **Canada**, ha un sistema in cui circa il 70% della spesa sanitaria è finanziata attraverso le entrate fiscali dei governi federali, provinciali e territoriali; del restante 30%, il 15% è "out of pocket" (da parte del paziente), 12% attraverso assicurazioni sanitarie private (delle quali più del 75% sono date dal datore di lavoro). Le assicurazioni private coprono tutto ciò che escluso dall'assicurazione nazionale; ad esempio cure dentali e "long-term care". Il sistema di assicurazione sanitaria canadese è stato progettato per garantire che tutti i residenti delle province e dei territori possano beneficiare dei servizi medici e ospedalieri su base prepagata.

Tutti i residenti hanno accesso alle cure e il requisito della residenza per la copertura sanitaria è molto stringente.

Si distinguono dai modelli Bismarck e dai modelli Beveridge gli **USA**, che si caratterizzano per essere un sistema a copertura non universale e non uniforme (con un mix di componenti: pubblica, privata, federale e statale). La spesa per cure sanitarie è coperta al 50% da fondi privati, al 38% da fondi federali, e al 12% da fondi statali. Pertanto il settore privato ha un ruolo molto forte rispetto a tutti gli altri Paesi ad alto reddito. Sono previsti dal governo due programmi di assicurazione sanitaria: *medicare* (per gli anziani), *medicaid* (per le persone a basso reddito), più altri programmi minori ulteriori che coprono in totale il 34% dei residenti, mentre il 64% dei residenti ha una copertura assicurativa privata (fornita dai datori di lavoro o acquistata). Non vi è alcuna regolazione dei costi sanitari e il 62% delle bancarotte delle famiglie è dato dal fatto che non riescono a sostenere le spese mediche.

Rispetto alla **seconda dimensione** - modalità di erogazione dei servizi -, negli Stati Uniti gli erogatori sono principalmente privati, e, in linea di principio, nei Paesi a Modello Bismarck, gli erogatori possono essere sia pubblici che privati, mentre nel Modello Beveridge, l'erogazione è affidata per lo più a strutture pubbliche e il settore privato è ridotto.

I tratti fondamentali di distinzione tra i due tipi di modelli sono i seguenti.

Mentre nei modelli Bismarck c'è separazione tra finanziatori ed erogatori, nei modelli Beveridge invece c'è integrazione delle responsabilità di finanziamento e di erogazione (modello di Servizio Sanitario Nazionale). I modelli Bismarck sono più propensi a contrattare con gli erogatori (pubblici e privati) piuttosto che operare attraverso strutture gestite direttamente, cosa che viene fatta invece nei modelli Beveridge.

I modelli Beveridge prevedono l'affidamento ai Medici di Medicina Generale della funzione di *gatekeeping*, cosa che non accade nei sistemi Bismarck.

Per i modelli Bismarck i benefici possono essere la maggiore concorrenza tra erogatori, remunerazione degli erogatori tramite tariffe per prestazione e gli svantaggi, i maggiori costi di transazione che derivano dalla separazione tra acquirenti ed erogatori. Per i Beveridge i benefici possono essere: *gatekeeping* in termini sia di costi, sia di qualità dell'assistenza e una maggiore attenzione alla sanità pubblica.

Più in dettaglio, considerando le specificità dei vari Paesi, dalla ricerca si rileva quanto segue.

Tra i modelli Bismarck:

La **Germania**, ha un sistema fortemente focalizzato sull'ospedale. I medici di medicina generale non hanno funzione di *gatekeeping* formale: i cittadini possono scegliere liberamente senza alcuna distinzione se rivolgersi ad un medico di base, specialista o ad un ospedale, e non è richiesta la registrazione con un medico di assistenza primaria. Tale assetto sta comunque cambiando grazie a una riforma approvata nel 2004 che ha introdotto diverse innovazioni, al fine di rafforzare i servizi locali e di ridurre la pressione sugli ospedali. Probabilmente anche per questa impostazione, la Germania ha la rete di ospedali più costosa e consistente di tutta l'Europa Occidentale, con un alto numero di letti ospedalieri (8,3 ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media dell'OCSE di 4,8), un altissimo tasso di ospedalizzazione (25 ricoveri ogni 1.000 abitanti, rispetto alla media dell'OCSE di 15,5) e di degenza media (9,2 giorni, rispetto alla media dell'OCSE di 7,4). Gli ospedali per acuti (nel 2012) erano 2017 con 501.475 posti letto: di questi, 601 strutture erano pubbliche, 719 private senza scopo di lucro e 697 private con scopo di lucro. Il numero di ospedali privati senza scopo di lucro è cresciuto negli ultimi anni. Oltre a ospedali per acuti, vi sono 1.212 strutture specializzate nella riabilitazione con 168.968 posti letto. Tra questi, solo il 19% è pubblico, mentre il 26% è di organizzazioni non-profit e il 55% è di proprietà di privati con scopo

di lucro. In generale, il 18% dei posti letto d'ospedale sono nelle strutture pubbliche, mentre il 16% in strutture private senza scopo di lucro e il 66% in strutture private con scopo di lucro. Indipendentemente dalla proprietà, gli ospedali sono gestiti principalmente da medici stipendiati. In genere i medici degli ospedali non hanno l'autorizzazione a curare i pazienti fuori dell'ospedale privatamente (come in altri Paesi), ma esistono alcune eccezioni se le cure necessarie non possono essere fornite da specialisti in ambulatorio.

In **Francia**, gli ospedali pubblici sono stati a lungo considerati la chiave del sistema sanitario francese. Il numero di posti letto ospedalieri per abitante in Francia è al di sopra della media OCSE. Presenta un 62% di ospedali a gestione pubblica e il rimanente 38% a gestione privata. Di questi la metà persegue fini di lucro, mentre l'altra metà ha finalità no-profit. Gli ospedali privati a fine di lucro, che rappresentano il 25% dei posti letto di degenza e il 40% dell'offerta ambulatoriale, si occupano soprattutto di un numero ristretto di procedure specialistiche, diagnostiche e chirurgiche (soprattutto di routine e in *day hospital*), per le quali vi sono opportunità di profitto, mentre gli ospedali privati no-profit si occupano soprattutto di cure oncologiche. Gli ospedali pubblici, che rappresentano circa i due terzi della capienza per quanto riguarda l'offerta di cure mediche per acuti, si occupano invece di un maggior numero di procedure, e delle procedure più complesse. Al contrario di quanto avviene per le specialità mediche, le cure chirurgiche sono erogate, come numerosità, principalmente dagli ospedali privati a scopo di lucro, che svolgono più della metà di tutte le procedure chirurgiche, tra cui il 75% degli episodi chirurgici eseguiti in *day-hospital*. Le cure chirurgiche rappresentano di conseguenza più della metà delle attività per acuti del settore privato a scopo di lucro.

Una riforma del 2004 ha introdotto un sistema di "*gate-keeping*" volontario per gli adulti (di età superiore ai 16 anni), con incentivi finanziari per la registrazione (ad esempio, una minore compartecipazione alla spesa sanitaria per visite e prescrizioni). Circa l'85% della popolazione si è registrata con un medico *gate-keeper*; il 90% di questi ha scelto un MMG, anche se era possibile scegliere anche un medico specialista. Nell'aprile 2009, il sistema di assicurazione statutaria ha varato lo strumento dei contratti individuali con i medici ambulatoriali che hanno incluso un meccanismo di "*pay-per-performance*" applicato collettivamente a tutti i MMG.

Tra i modelli Beveridge:

L'**Italia**, gli erogatori sono prevalentemente pubblici, con alcune entità private o pubblico-private. Sebbene la riforma del 1992 sia stata finalizzata a introdurre un sistema di quasi-mercato con pazienti liberi di scegliere qualsiasi erogatore, nella pratica questo varia molto da Regione a Regione. In Regioni come Lazio, Campania, Molise e Lombardia, c'è un livello relativamente alto di sanità privata, con circa il 30% dell'ospedalizzazione fornita da strutture private. In generale i medici impiegati dal SSN sono stipendiati, sebbene i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta - che hanno un ruolo di *gatekeeping* - siano professionisti indipendenti pagati su base pro-capite e in parte *fee-for-service*. Tutti i medici stipendiati possono praticare la professione

privatamente, sono incoraggiati a farlo sempre nell'ambito delle strutture del SSN, pagando poi una porzione dei loro introiti alla propria struttura. I ricoveri sono forniti attraverso un network di ospedali pubblici, accreditati e privati. Il Sistema è decentrato e organizzato in tre livelli: nazionale, regionale e locale e uno dei principali problemi a livello di erogazione è l'eterogeneità a livello regionale, con le Regioni del nord ad un livello di sviluppo maggiore di quelle del sud.

L'**UK** si caratterizza per il forte potere conferito ai medici di base, che hanno anche funzione di committenza nei confronti dei servizi specialistici e ospedalieri. Con la riforma del 2012, ciò si è acuito con l'istituzione dei Clinical Commissioning Group (CCG), le strutture organizzative che, con la riforma, hanno sostituito le Primary Care Trust (PCT), paragonabili alle ASL italiane. I CCG sono consorzi di medici di famiglia cui il governo ha delegato lo stanziamento di circa l'80% delle risorse finanziarie sanitarie con il compito di affidare ad erogatori i servizi sanitari nell'ambito della propria area geografica. Tra i servizi da affidare rientrano i servizi specialistici consultivi ed ospedalieri, di emergenza, e la vasta gamma dei servizi sanitari territoriali. I CCG ricevono risorse finanziarie dal NHS in base alla dimensione della popolazione locale. I medici di base sono incentivati a gestire la domanda offrendo ai propri pazienti soluzioni alternative all'ospedale. Il sistema ha visto una progressiva evoluzione verso competizione e mercato, con l'ingresso di soggetti privati sia nell'erogazione di prestazioni che nel governo degli ospedali, con l'espansione della libertà di scelta degli utenti, con nuovi sistemi di finanziamento delle strutture. L'istituzione delle fondazioni ospedaliere ha previsto l'incorporazione al proprio interno di nuovi soggetti, quali rappresentanti del governo locale, dell'università, dei dipendenti, e soggetti privati. Ai pazienti è garantita la libertà di scelta tra ospedali locali e tutti i Foundation Hospital e Treatment Centre. Inizialmente era prevista una scelta tra quattro ospedali locali, ma da questo si è presto passati a una "scelta estesa" e infine a una "scelta libera", la scelta di qualsiasi provider che risponda ai bisogni del paziente.

In **Svezia** dal 2010, i cittadini possono scegliere di registrarsi con qualsiasi erogatore pubblico o privato, accreditato dal consiglio di contea locale. Gli individui si registrano presso una "*primary care practice*" e non presso un medico, nella maggior parte delle contee. In tutte le contee ad eccezione di Stoccolma, è necessario registrarsi presso una practice. Gli individui possono anche, tuttavia, effettuare visite dove non sono registrati. Independentemente dalla registrazione, tuttavia, chi fornisce le cure primarie non ha alcun ruolo formale di gatekeeping nella maggior parte delle contee e i pazienti sono liberi di contattare direttamente gli specialisti. Ci sono più di 1.100 primary care practice in tutto il Paese, di cui circa il 40% sono di proprietà privata, anche se questa percentuale varia in modo considerevole tra le varie contee. Gli stessi requisiti per l'accreditamento si applicano a fornitori pubblici e privati. Un processo di deospedalizzazione è stato avviato dalle riforme degli anni '90 passando dall'assistenza ospedaliera alle cure ambulatoriali e di comunità, con un passaggio dai ricoveri ospedalieri verso cure ospedaliere ambulatoriali e di day care, e con una concentrazione delle cure altamente specializzate negli ospedali universitari e/o nei centri regionali per malattie specifiche, come il cancro.

In **Canada** i cittadini che necessitano di assistenza sanitaria, si mettono in contatto con un servizio di assistenza sanitaria di base che può essere un medico di famiglia, un infermiere, un fisioterapista oppure un farmacista, e che insieme costituiscono il fondamento del sistema sanitario canadese. Le cure sanitarie primarie rappresentano il primo contatto con i servizi di assistenza sanitaria e coordinano i servizi di assistenza sanitaria dei pazienti al fine di garantire, qualora fossero necessari servizi più specializzati, la continuità delle cure e la facilità di movimento in tutto il sistema sanitario. Gli ospedali sono un mix di pubblico e privato, prevalentemente organizzazioni non-profit, spesso gestiti a livello locale da parte delle autorità regionali. Non ci sono informazioni sul numero di cliniche private a scopo di lucro (per lo più diagnostiche e chirurgiche). Tuttavia, non sarebbe corretto caratterizzare gli ospedali come completamente di natura privata perché i governi provinciali hanno una notevole autorità sul loro funzionamento. La natura di tale autorità può differire da una provincia ad un'altra, ma in ogni caso in genere è il governo provinciale a fornire i budget complessivi degli ospedali, oltre a rivedere le grandi decisioni finanziarie. I governi provinciali hanno anche il potere di fissare il numero dei servizi offerti da un ospedale. Il sistema si caratterizza per essere fortemente decentralizzato con 14 sistemi sanitari.

Infine gli **USA** si caratterizzano per un ruolo molto forte del settore privato rispetto a tutti gli altri Paesi ad alto reddito. Dei 5.627 ospedali negli Stati Uniti nel 2015, la metà (2.870), erano senza fini di lucro, un quarto a scopo di lucro e un altro quarto di comunità o di proprietà del governo. La "Joint Commission" – un'organizzazione indipendente no-profit - accredita più di 20.000 organizzazioni di assistenza sanitaria in tutto il Paese, soprattutto ospedali, strutture di assistenza a lungo termine laboratori, utilizzando criteri che includono il trattamento dei pazienti, la cultura, le prestazioni e la qualità dei servizi. L'accreditamento da parte della Commissione è spesso un requisito fondamentale per la partecipazione ai programmi Medicare e Medicaid. Negli ultimi decenni sempre più spesso, ospedali, gruppi di medici e assicuratori si sono uniti per formare delle entità più grandi - diventando spesso società quotate in borsa – sia per sfruttare le economie di scala, sia per aumentare la loro influenza nella contrattazione con altre entità nel settore. ●

Dati e indicatori a confronto

Principali indicatori demografici e di salute dei Paesi

In questa sezione vengono raccolti alcuni indicatori di primario interesse per un inquadramento dei vari Paesi nelle loro dimensioni più generali in termini popolazione, ricchezza, aspettativa di vita e dotazioni del sistema sanitario. Gli indicatori proposti non esauriscono la casistica degli indicatori descrittivi delle voci elencate, ma ne costituiscono un primo sottoinsieme idoneo a far percepire sinteticamente alcuni connotati principali.

Definizioni

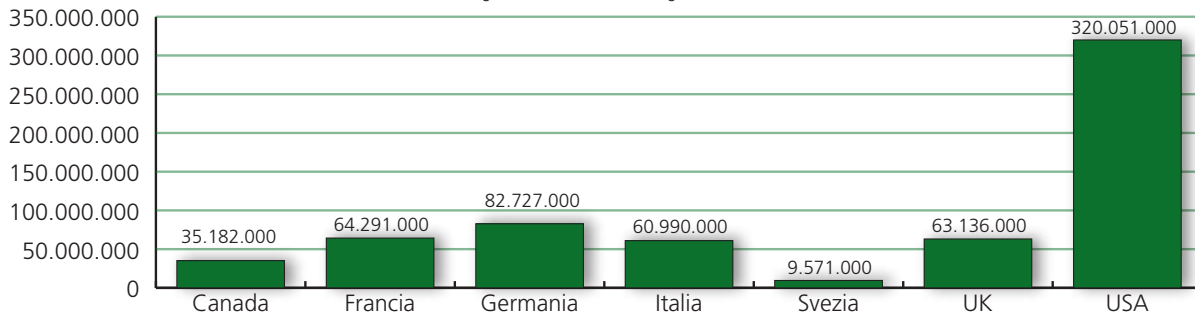
Aspettativa di vita: numero di anni che in media ogni individuo può aspettarsi di vivere a partire dall'età indicata se dovesse condurre la propria vita esponendosi ai tassi di mortalità - specifici per sesso ed età - in vigore al momento della sua età indicata, per un determinato anno, in un determinato Paese, territorio o area geografica.

Reddito Nazionale Lordo: indica il livello di ricchezza prodotta dai soli fattori produttivi nazionali. Il Reddito Nazionale Lordo o RNL è uno strumento che rivela più precisamente del Pil il reddito dei residenti in uno Stato: a differenza del Pil che misura il valore della produzione finale complessiva realizzata in un determinato periodo all'interno del Paese, indipendentemente dalla "nazionalità" dei fattori produttivi, il RNL dà la misura della ricchezza prodotta dalle sole forze nazionali, rilevando la nazionalità di chi ha partecipato ai processi produttivi.

Numero di posti letto per acuti: si intende il numero di posti letto allestiti, attrezzati ed immediatamente disponibili ad essere utilizzati per la cura di pazienti acuti. Questo indicatore fornisce una misura delle risorse disponibili per l'erogazione di servizi di degenza ospedaliera. ●

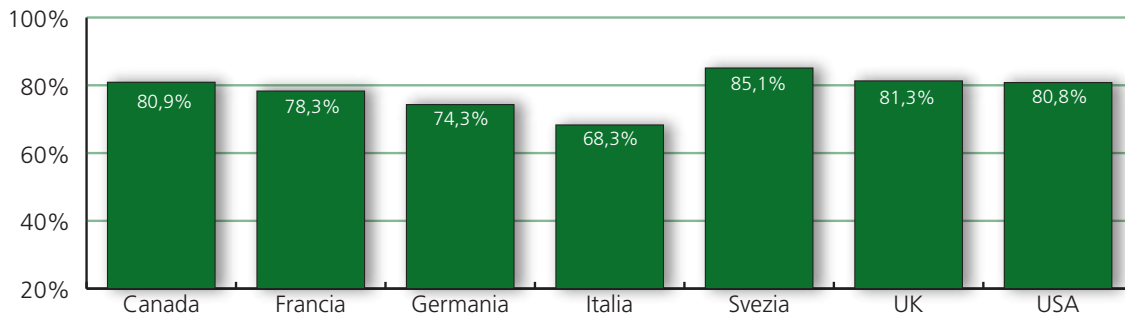
Popolazione totale

Numero totale degli abitanti stimato al 1° luglio dell'anno considerato



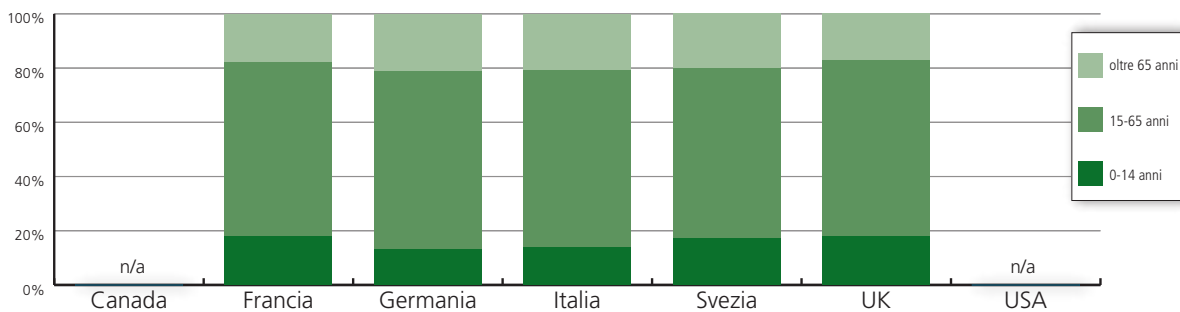
Popolazione residente in aree urbane (%)

Popolazione residente in aree urbane: percentuale della popolazione residente in aree classificate come "urbane" secondo i criteri usati da ciascun paese



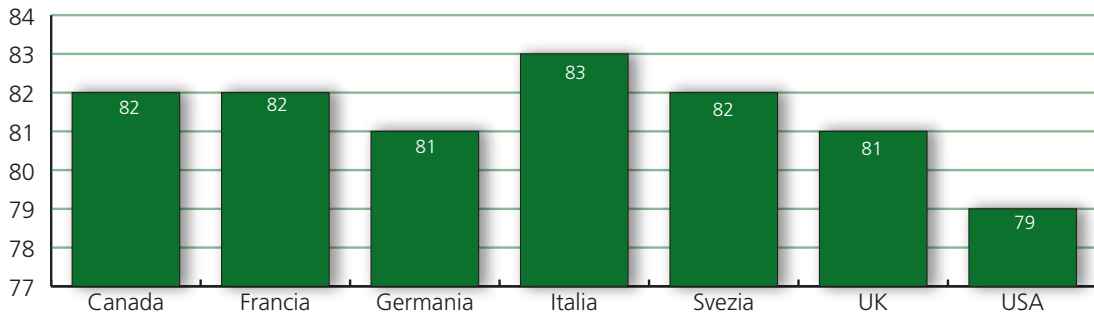
Distribuzione della popolazione per età (%)

Distribuzione percentuale della popolazione secondo le seguenti classi di età: 0-14 anni; 15-65 anni; oltre 65 anni



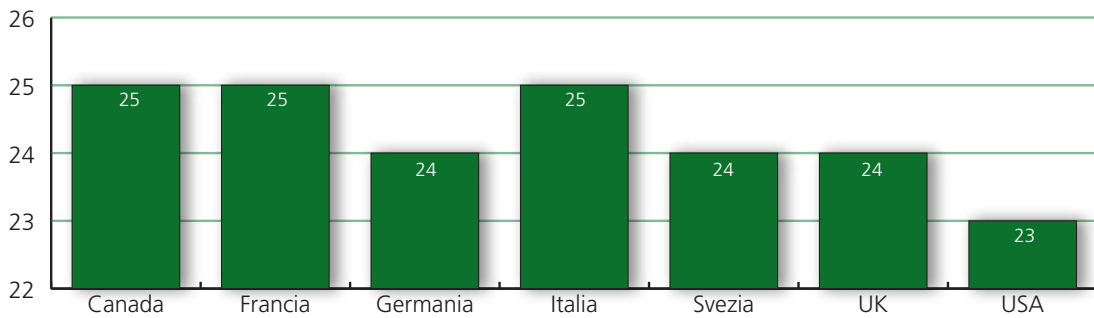
Aspettativa di vita alla nascita

espressa in numero di anni



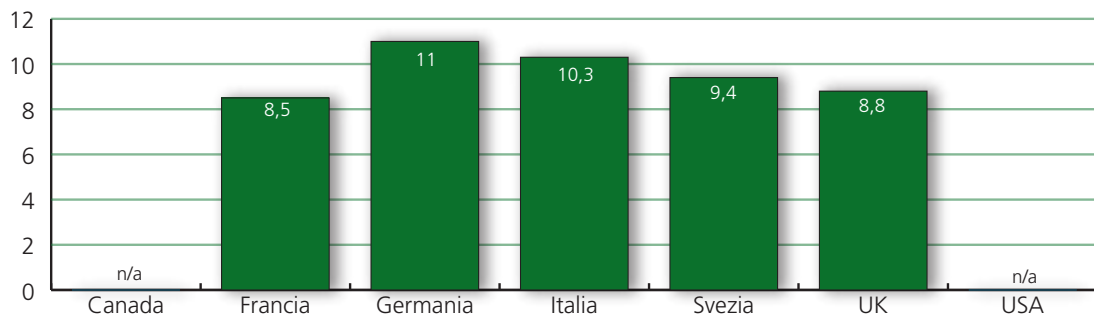
Aspettativa di vita a 60 anni

espressa in numero di anni



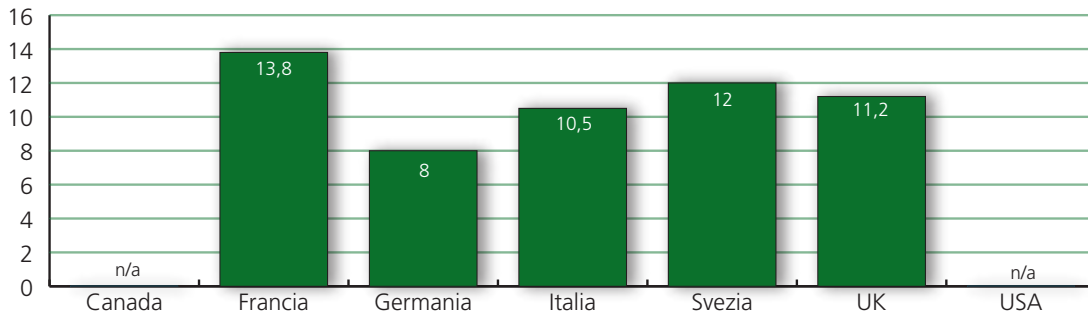
Tasso di mortalità per 1.000 abitanti

rapporto tra il numero dei decessi registrati durante l'anno e la popolazione totale dello stesso anno



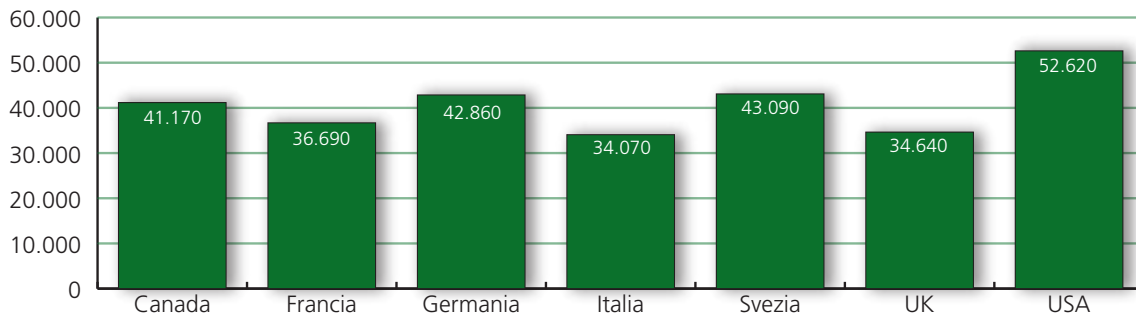
Tasso di natalità per 1.000 abitanti

numero dei nati vivi ogni 1000 abitanti

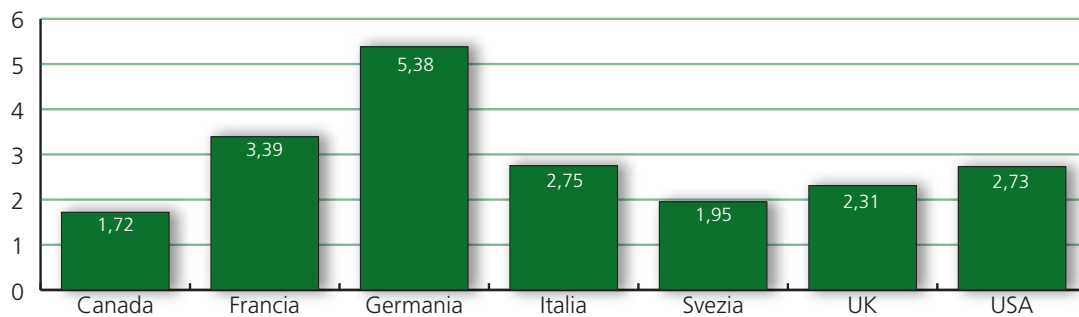


Reddito nazionale lordo pro capite (in US\$ PPA)

Il Reddito Nazionale Lordo (RNL) pro capite: si ottiene dividendo il RNL nazionale di un Paese per il numero dei suoi abitanti

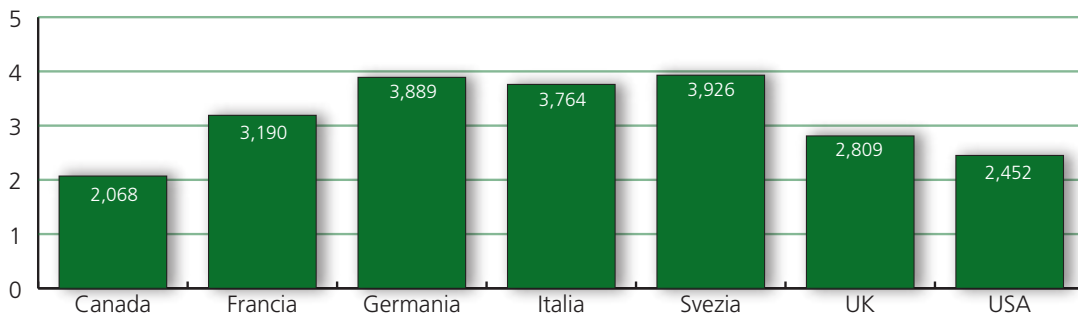


Numero di posti letto per acuti (per 1.000 abitanti)



Numero di medici (per 1.000 abitanti)

Numero di medici per 1000 abitanti: indica la dimensione della densità di personale medico (generalista e specialista) presente ogni 1000 abitanti



Indicatori sulla spesa per la salute

La spesa per la salute è rappresentata dal consumo finale di beni e servizi in ambito sanitario, includendo i capitoli di spesa sia pubblica sia privata relativi alle attività di cura, riabilitazione, assistenza, alla farmaceutica ed ai beni medicali. Sono inclusi anche i programmi di tutela della salute pubblica e di prevenzione.

Definizioni

Dollari Internazionali (PPP\$): Unità di misura relativa alla parità di potere di acquisto (ovvero Purchasing Power Parity) espresso in dollari americani. È una scala utilizzata nelle comparazioni internazionali che riflette il relativo potere di acquisto interno delle varie valute: un dollaro internazionale ha lo stesso potere di acquisto che un dollaro americano ha negli Stati Uniti. I costi nelle varie valute sono convertiti in dollari internazionali attraverso un tasso di cambio a parità di potere di acquisto (PPP). Il tasso di PPP è l'ammontare di denaro nella valuta corrente dei vari paesi necessaria a comprare sul mercato la stessa quantità di beni e servizi che un dollaro americano comprerebbe negli Stati Uniti. Un dollaro internazionale è quindi una valuta ipotetica che si usa per comparare i costi a livello internazionale assumendo come riferimento comune il dollaro USA.

La spesa complessiva per la salute: misura il consumo finale di beni e servizi per la salute, più investimenti in infrastrutture di assistenza sanitaria. Comprende la spesa sia pubblica sia privata (comprese le famiglie) su beni e servizi sanitari, sui programmi di salute e di prevenzione pubblica, e per l'amministrazione. Rapportato al PIL, è un indicatore fondamentale dei sistemi di finanziamento della sanità, poiché fornisce informazioni sul livello delle risorse destinate alla salute rispetto alla ricchezza di un Paese.

La spesa per la salute delle Amministrazioni pubbliche: si riferisce a spese sostenute dalle autorità governative centrali, statali / regionali e locali, a esclusione regimi di sicurezza sociale. Sono incluse anche le istituzioni non di mercato, non-profit che sono controllate e finanziate in prevalenza dalle amministrazioni pubbliche.

La spesa privata per l'assistenza sanitaria: è la parte finanziata privatamente della spesa sanitaria totale. Sono inclusi i pagamenti *out-of-pocket* (sia *over-the-counter* che *cost-sharing*), i programmi assicurativi privati, le spese aziendali per salute, gli enti non profit.

Spesa out of pocket: è ogni esborso diretto da parte delle famiglie per operatori sanitari e fornitori di prodotti farmaceutici, apparecchi terapeutici, e altri beni e servizi il cui intento principale è quello di contribuire al ripristino o il miglioramento dello stato di salute. È un indicatore rilevante del sistema di finanziamento della salute perché contribuisce a comprendere il peso relativo dei pagamenti diretti delle famiglie sul totale delle spese per salute. Costituisce una parte della spesa sanitaria privata.

La spesa farmaceutica: è definita come le spese sulle prescrizioni farmaci e *over-the-counter*. In alcuni paesi i dati comprendono anche altri beni non durevoli medici (l'aggiunta di circa il 5% alle spese). La spesa comprende anche la remunerazione dei farmacisti quando quest'ultima è separata dal prezzo dei farmaci. I prodotti farmaceutici consumati negli ospedali sono esclusi. La spesa farmaceutica finale include i margini all'ingrosso e al dettaglio e l'imposta sul valore aggiunto.

Prodotto interno lordo (PIL): è la misura standard del valore finale dei beni e servizi prodotti da un Paese durante un dato periodo, al netto del valore delle importazioni. Pur essendo il principale singolo indicatore per descrivere l'insieme delle attività economiche, fornisce comunque in misura limitata informazioni circa gli effettivi standard di vita materiale della popolazione.

Sintesi

Gli indicatori di spesa per salute contribuiscono a renderci il quadro di quanto il sistema sanitario assorbe in termini di risorse economiche, nonché di come questa spesa si ripartisce fra le sue componenti.

Dal confronto emerge chiaramente come tutti i Paesi indagati siano a buon titolo classificati dalla World Bank come *high income* e infatti, anche in presenza di variazioni rilevanti si è sempre in presenza di valori pro capite generalmente elevati. Importanti differenze in termini di PIL complessivo nazionale sono ascrivibili largamente anche alle differenze dimensionali in termini di popolazione e territorio fra i vari paesi.

Dal punto di vista della spesa per salute emergono differenze molto marcate soprattutto con riferimento agli Stati Uniti. Si riscontrerebbero livelli di spesa sostanzialmen-

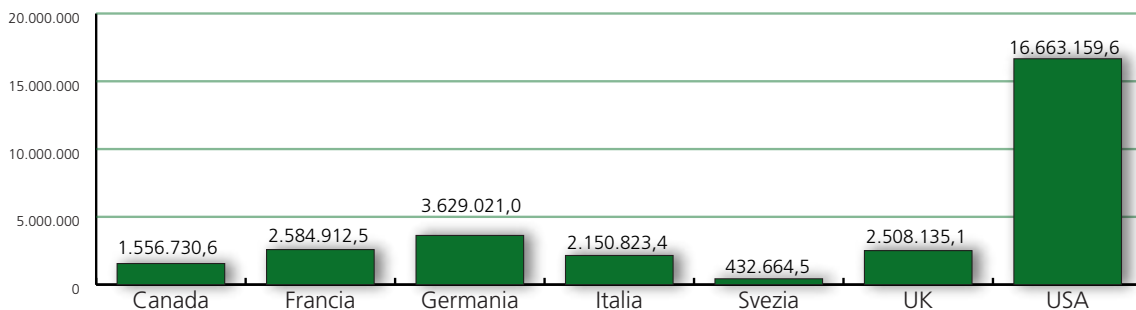
te più omogenei considerando la sola spesa pubblica, ma dal momento che negli USA questa rappresenta solo il 50% della spesa totale, passando ad osservare la spesa complessiva pro capite, gli USA si distinguono per una spesa più che doppia rispetto ai livelli degli altri Paesi. Per inciso si riscontra che la spesa per salute complessiva a livello Paese degli Stati Uniti sopravanza da sola ampiamente il totale delle somme spese da tutti gli altri Paesi oggetto dello studio.

In questo ambito, l'Italia si distingue in rapporto agli altri Paesi per dei livelli di spesa minimi sia come spesa per salute complessiva rispetto al PIL, sia come spesa per salute pro capite. ●

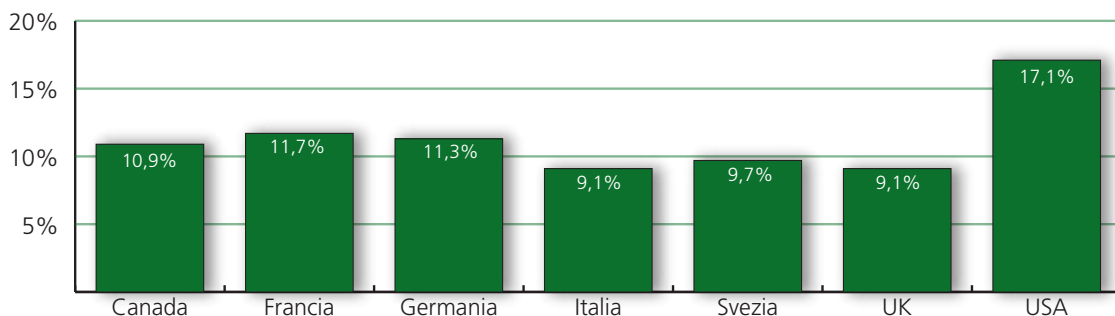
Composizione percentuale della spesa

Prodotto Interno Lordo

Prodotto interno lordo (PIL) espresso in milioni di US\$

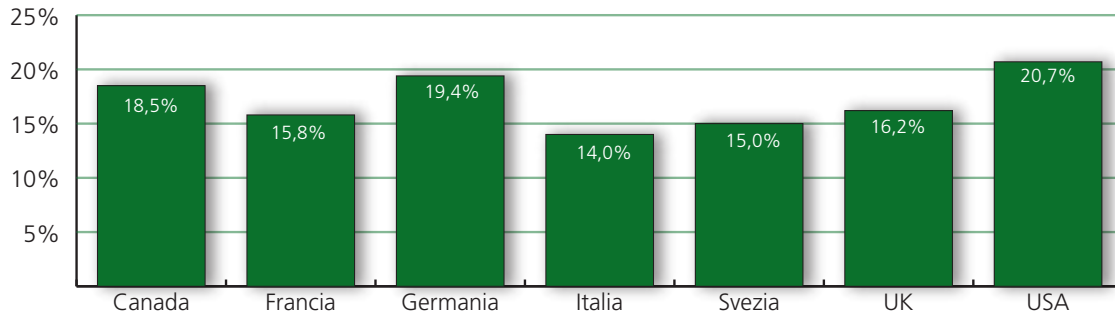


Spesa sanitaria totale come percentuale del PIL



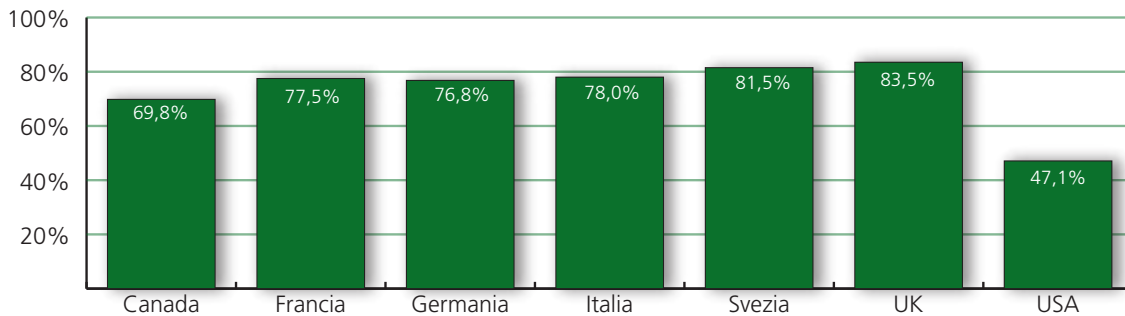
Spesa pubblica per la salute come percentuale della spesa pubblica totale

Livello di spesa delle Amministrazioni pubbliche per la salute espresso come percentuale della spesa pubblica totale



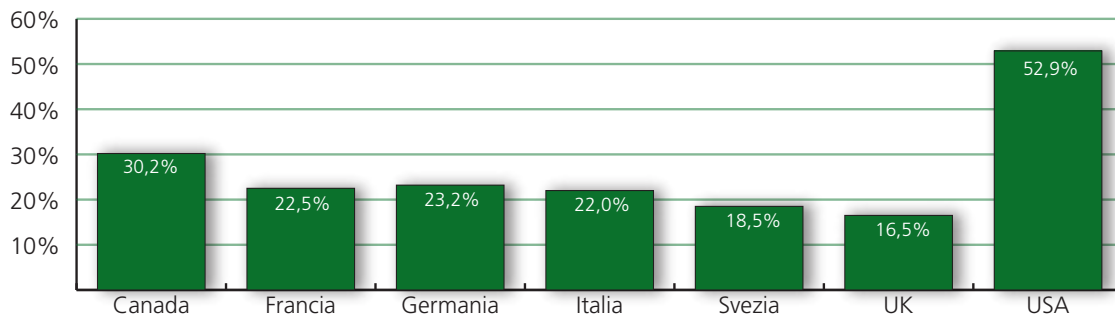
Spesa pubblica per la salute come percentuale della spesa totale per la salute

Livello di spesa delle Amministrazioni pubbliche per la salute espresso come percentuale della spesa totale per la salute



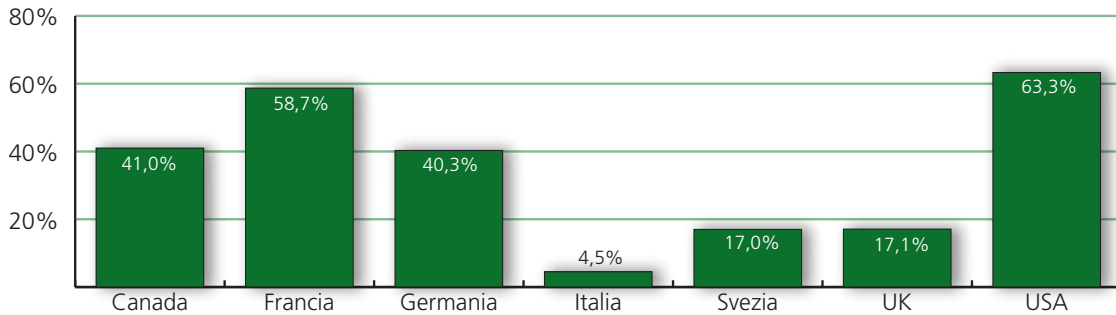
Spesa privata per la salute come percentuale della spesa totale per la salute

Livello di spesa privata per la salute espresso come percentuale della spesa totale per la salute



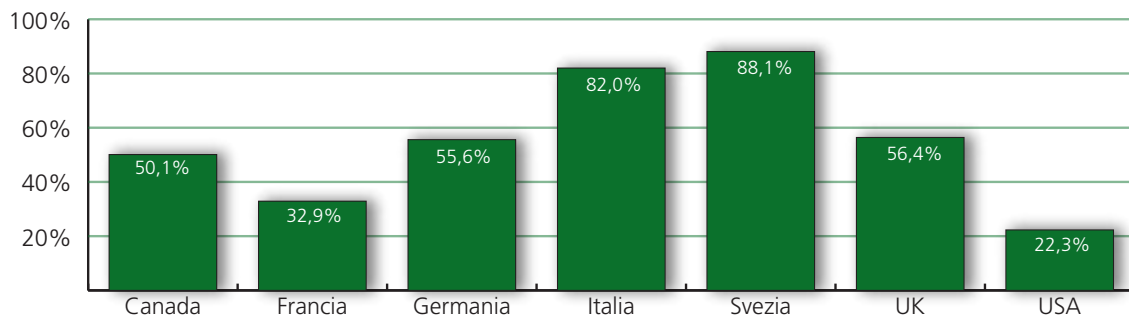
Spesa per piani assicurativi privati volontari come percentuali della spesa privata per la salute

Livello di spesa per piani assicurativi privati volontari espresso come percentuale della spesa privata per la salute



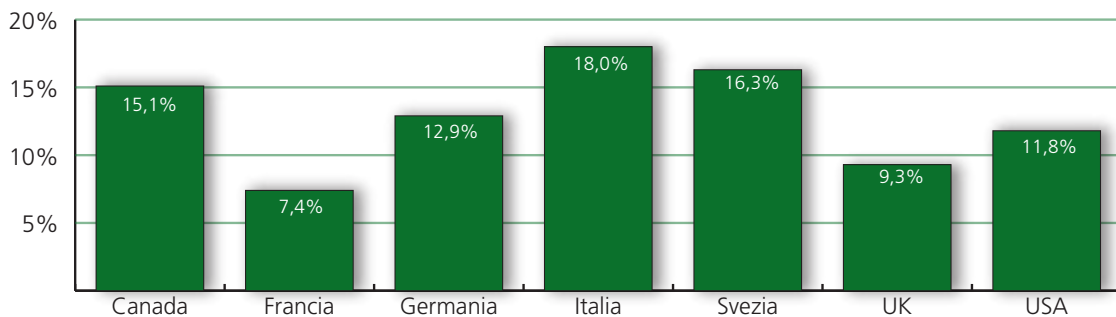
Spesa "out-of-pocket" come percentuale della spesa privata per la salute

Livello di spesa "out-of-pocket" (letteralmente: "di tasca propria") espresso come percentuale della spesa privata per la salute



Spesa "out-of-pocket" come percentuale della spesa totale per la salute

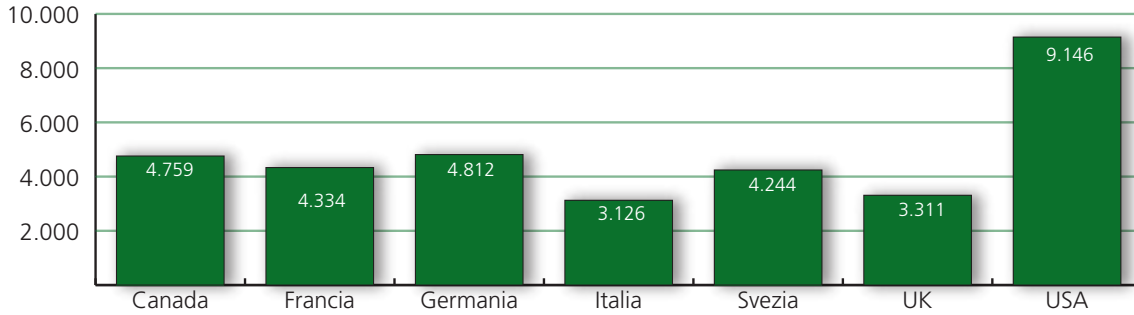
Livello di spesa "out-of-pocket" espresso come percentuale della spesa totale per la salute.



Livelli di spesa pro capite

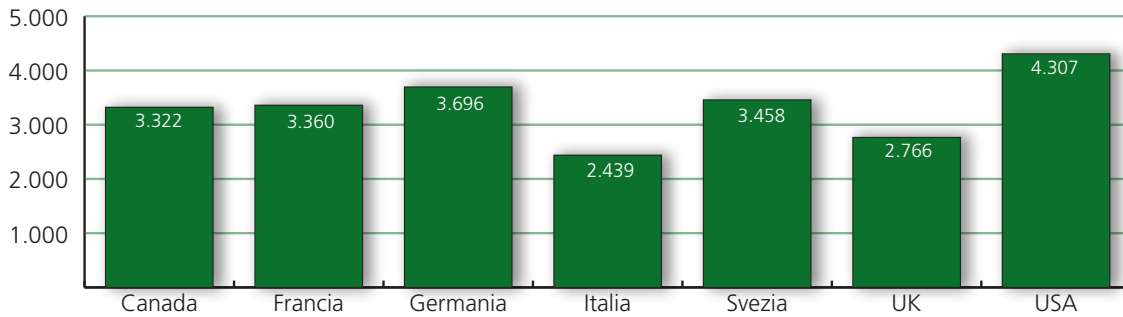
Spesa totale per salute pro capite (PPP int. \$)

Livello di spesa totale per salute pro capite espresso in Dollari internazionali (PPP\$); descrive il livello di spesa per salute totale per abitante



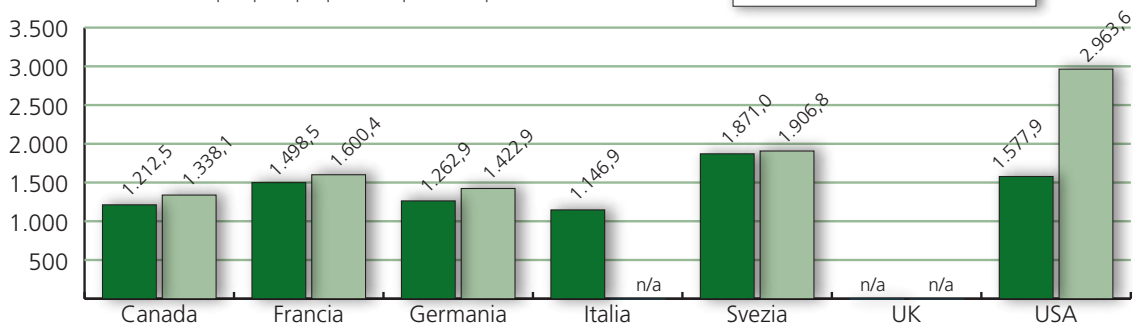
Spesa per salute delle Amministrazioni Pubbliche pro capite (PPP int. \$)

Livello di spesa per salute delle Amministrazioni pubbliche pro capite espresso in Dollari internazionali (PPP\$)



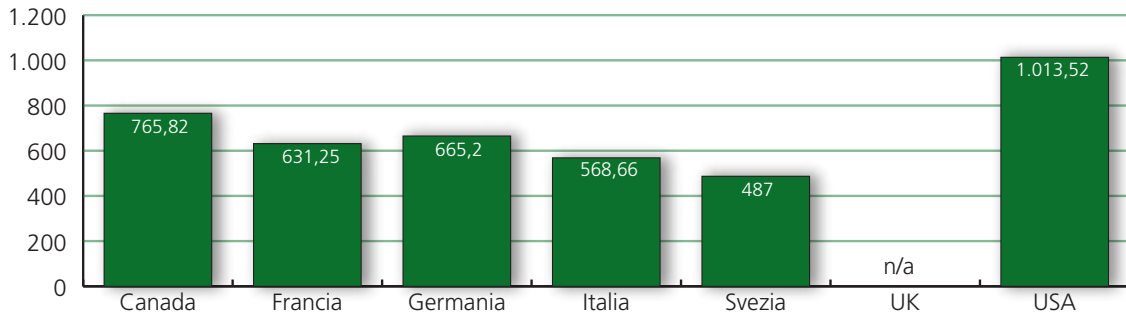
Spesa ospedaliera pro capite (PPP \$)

Livello corrente di spesa pro capite per cure ospedaliere espresso in dollari internazionali



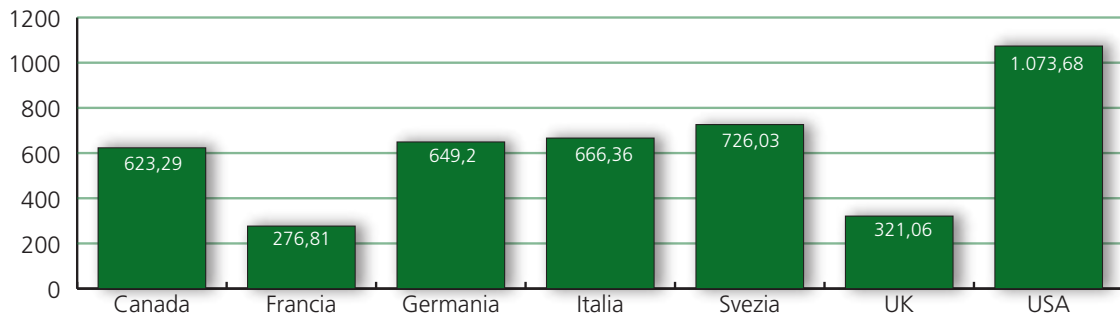
Spesa farmaceutica pro capite (PPP \$)

Livello di spesa pro capite per beni farmaceutici espresso in dollari internazionali



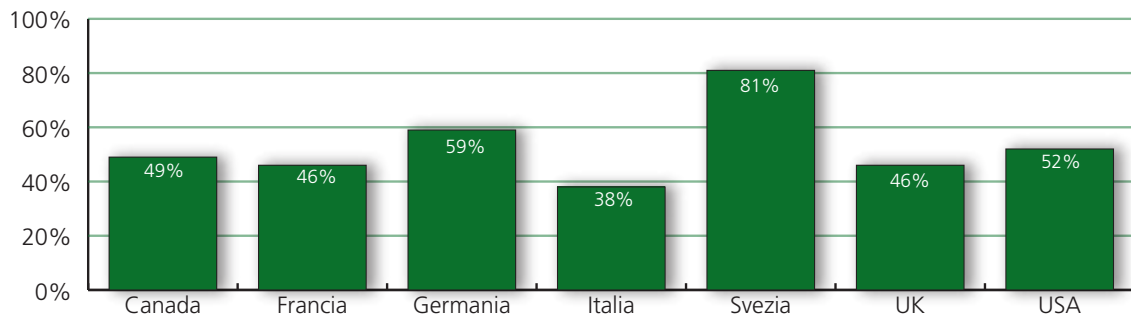
Spesa out-of-pocket per salute pro capite (PPP \$)

Livello di spesa out-of-pocket per salute pro capite espresso in dollari internazionali



Tasso di crescita totale della spesa per salute pro capite, 2003-2013

Incremento percentuale complessivo del livello di spesa per salute pro capite per il periodo 2003-2013



Indicatori di efficacia

Definizioni

Tasso di amputazioni di arto inferiore per diabete: descrive il tasso di interventi per amputazione di arto inferiore derivanti da complicanze da diabete nella popolazione di età superiore ai 15 anni ogni 100000 abitanti. Causato dall'aumento dei tassi di obesità, il diabete è diventato uno dei temi di salute pubblica più importanti del 21° secolo: ne sono affetti circa 150 milioni di adulti nel mondo con attese di un raddoppio dei casi entro i prossimi 25 anni. Il diabete è la principale causa di cecità nei Paesi industrializzati e la più comune causa di disfunzioni renali di ultimo stadio in Europa, negli Stati Uniti e in Giappone. Esistono evidenze sul fatto che stili di vita corretti (perdita di peso e attività regolare) possono avere effetti preventivi su soggetti ad alto rischio. I ricoveri per amputazione di arto inferiore riflettono la qualità delle cure a lungo termine per il diabete e secondo le stime del WHO potrebbero essere prevenute circa nell'80% dei casi.

Tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno: l'osservazione del tasso di sopravvivenza a cinque anni per le pazienti malate di tumore al seno è un indicatore rilevante sia in considerazione dell'incidenza di questa patologia sulla popolazione di riferimento, sia per la quota di risorse di conseguenza assorbita per le relative cure. Il cancro al seno infatti è la forma più comune di cancro nelle donne, con dati che arrivavano a riferire di un'incidenza di circa l'11% e un tasso di mortalità di circa il 3% nella scorsa decade negli Stati Uniti. La combinazione di interventi di sanità pubblica e il miglioramento della tecnologia medica ha comunque contribuito a sostanziali miglioramenti nei tassi di sopravvivenza per il cancro al seno. Una maggiore consapevolezza della malattia e la promozione dell'autopalpazione e di screening mammografici hanno portato ad un aumento della rilevazione precoce della malattia. I miglioramenti tecnologici, come ad esempio lo sviluppo della chirurgia conservativa con la radioterapia e la chemioterapia, hanno aumentato la sopravvivenza e la qualità della vita di chi incorre in questa patologia.

Tasso di mortalità a 30 giorni a seguito di ricovero per Infarto Miocardico Acuto (IMA): è definito come il numero di persone che muoiono entro 30 giorni dalla data di ammissione in ospedale con un AMI all'interno dello stesso ospedale. Le differenze nelle pratiche di scarico e trasferimento dei pazienti possono influenzare i risultati. Anche se le coronaropatie rimangono la principale causa di morte nei Paesi più industrializzati, i tassi di mortalità sono in diminuzione e gran parte della riduzione può essere attribuita alla diminuzione della mortalità da infarto miocardico acuto (IMA), a causa di un trattamento migliore in fase acuta. La cura per IMA è cambiata radicalmente negli ultimi decenni, con lo sviluppo delle unità coronariche e con l'avvento di trattamenti volti al rapido ripristino del flusso sanguigno coronarico. Tuttavia, numerosi studi hanno dimostrato che una percentuale considerevole di pazienti con IMA non riesce a ricevere cure basate su linee guida e protocolli EBM. L'IMA rappre-

senta circa la metà delle morti da coronaropatie, con il costo delle cure per queste ultime che arriva ad essere il 10% delle spese di salute nei Paesi industrializzati.

L'evidenza collega i processi di cura per IMA, come la trombolisi e il trattamento precoce con cardioaspirina e beta-bloccanti, ad un miglioramento della sopravvivenza, suggerendo che il tasso di mortalità per IMA è un indicatore idoneo della qualità delle cure. Data la varietà di servizi e dispositivi che devono essere mobilitati per fornire cure per questa malattia, il tasso di mortalità per IMA è considerato come un buon indicatore di outcome per la qualità delle cure in fase acuta.

Mortalità gestibile/evitabile evitabili (amenable death): Il tasso di decessi gestibili o evitabili ascrivibili al sistema sanitario rappresenta il numero di decessi che sono considerati prevenibili se gestite con tempestiva ed efficace assistenza sanitaria per le persone sotto 75 anni ed è uno degli indicatori utilizzati per misurare le diverse prestazioni del sistema sanitario fra i paesi. Il concetto di "amenable death" si riferisce quindi a morti premature differibili e non ineluttabili poiché derivanti da cause potenzialmente prevenibili con l'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace. Le cause di morte considerate suscettibili di assistenza sanitaria comprendono alcune infezioni infantili, tumori curabili, diabete, malattie cerebrovascolari, l'ipertensione, le complicanze delle procedure chirurgiche più comuni. Per dare un'idea dell'entità del fenomeno, secondo un'analisi del Commonwealth Found nel solo periodo 2006-2007 negli Stati Uniti, se avessero raggiunto livelli di mortalità per decessi gestibili/evitabili che si riscontrano nei tre Paesi con i migliori risultati (Francia, Australia, Italia), sarebbero decedute 84.300 persone in meno sotto i 75 anni

Tasso di mortalità standardizzato (SDR): il tasso di mortalità viene standardizzato per età, utilizzando la popolazione standard europea per garantire la comparabilità fra i Paesi. Il tasso di mortalità standardizzato per età viene calcolato con il metodo diretto: rappresenta ciò che il tasso grezzo sarebbe stato se la popolazione avesse la stessa distribuzione per età della popolazione standard europea.

Probabilità di morire tra il 30° ed il 70° anno di età per malattie non trasmissibili (NCD): percentuale dei trentenni che potrebbero morire prima del loro 70° compleanno per via di una qualsiasi delle malattie cardiovascolari, cancro, diabete, malattie respiratorie croniche, supponendo che venga esposto all'attuale tasso di mortalità per ogni età e non incorra in qualsiasi altra causa di morte (per esempio lesioni o l'HIV / AIDS). Il peso delle malattie non trasmissibili (NCD) tra gli adulti -l'arco di età economicamente più produttivo- è assolutamente il più rilevante nei paesi ad alto reddito anche a causa dell'invecchiamento. Misurare il rischio di morire di malattie non trasmissibili è importante per valutare l'entità dell'estensione del peso della mortalità dovuta malattie non trasmissibili in una popolazione.

Sintesi

Gli indicatori di efficacia descrivono la capacità del sistema sanitario di un Paese di garantire la salute ai propri abitanti. Sono presenti indicatori propriamente definiti come indicatori di outcome clinici ed altri che indagano dimensioni più di portata sistemica.

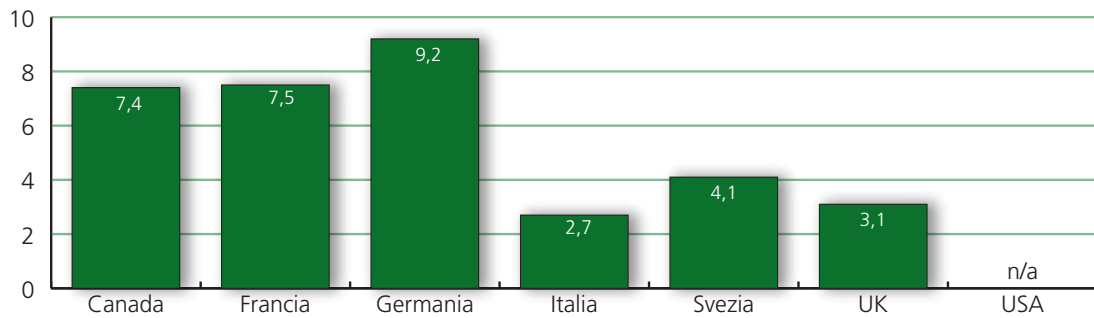
Per quanto riguarda gli indicatori di outcome, ovvero amputazione di arto inferiore per diabete e sopravvivenza a 30 giorni per infarto miocardico acuto, possiamo riscontrare una forte variabilità nei risultati di entrambi. Le motivazioni sottostanti possono essere diverse, in quanto i due indicatori ci forniscono indicazioni su sottoinsiemi diversi del sistema sanitario che entrano in gioco. La corretta implementazione di protocolli e linee guida da un lato e la corretta gestione integrata del percorso di cura dall'altro sono le principali variabili coinvolte in questo senso. Si segnala che l'ultimo valore riportato da OCSE per gli Stati Uniti relativamente al tasso di amputazione di arto inferiore per diabete è relativa al 2006 ed è pari a 36, ovvero circa 15 volte superiore al livello attuale italiano.

La ricognizione sul tasso di mortalità per decessi evitabili o comunque gestibili a seguito di una corretta presa in carico del paziente da parte del sistema sanitario è un importante metro di valutazione sull'efficacia che il sistema ha nel tutelare adeguatamente i propri cittadini con strumenti idonei a scongiurne il decesso prematuro laddove possibile. Anche in questo caso i risultati per i vari paesi non sono allineati su uno stesso livello e concorrono diversi fattori anche in questo caso riconducibili a dimensioni diverse che vanno dalla perizia clinica in senso stretto, alla sorveglianza della salute del cittadino a livello di sistema (dalla rete di emergenza/urgenza al coordinamento delle cure).

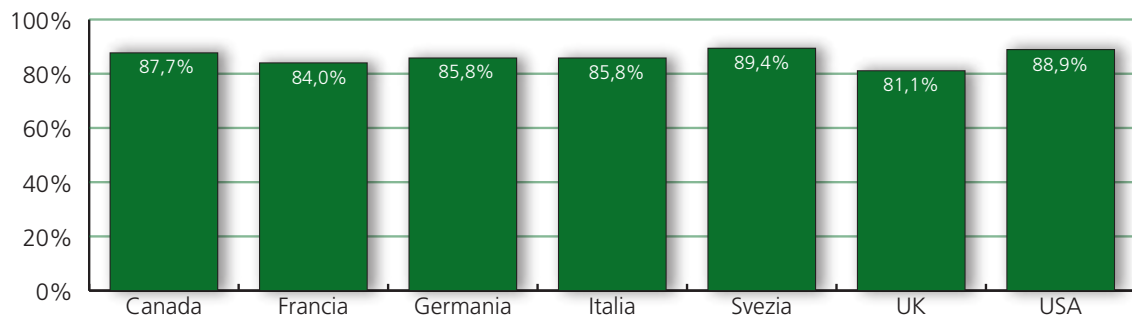
L'incidenza della mortalità prospettica per malattie non trasmissibili riassume in sé aspetti di salute legati sia agli stili di vita ed a fattori ambientali, ma anche componenti importanti legate all'attività di prevenzione che viene svolta dal sistema sanitario.

Seppur in presenza come detto di livelli di performance spesso diversi fra i vari Paesi, si rileva come il sistema sanitario dell'Italia si distingua a livello di efficacia sia dal punto di vista degli indicatori relativi agli outcome clinici, sia dal punto di vista della gestione dei decessi evitabili, sia nella gestione delle malattie non trasmissibili, anche se per queste ultime un ruolo significativo è svolto dagli stili di vita e dalla condotta del singolo. ●

Tassi di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti)

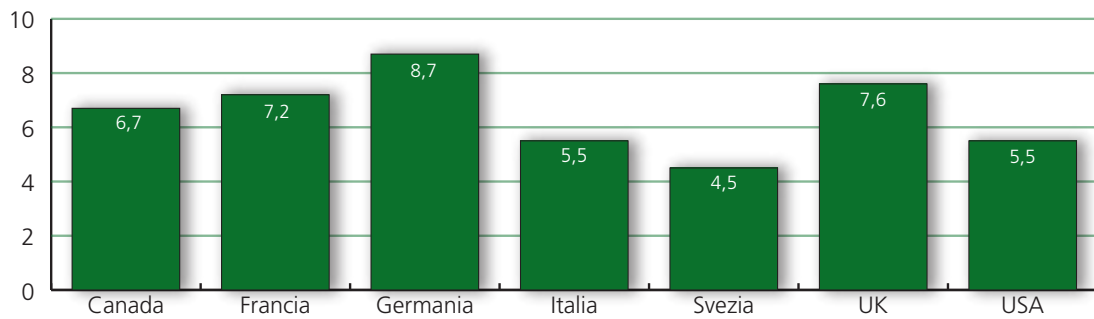


Tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno



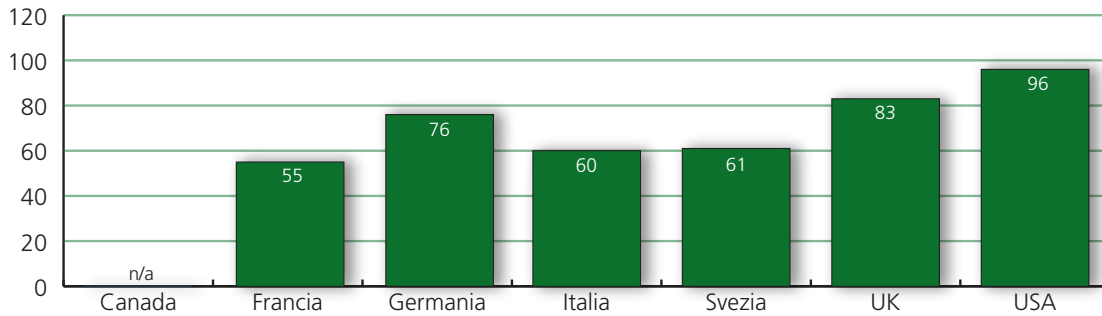
Tassi di mortalità a 30 giorni per IMA ogni 100 ricoveri per pazienti di età >45 anni

Tasso di mortalità a 30 giorni a seguito di ricovero per Infarto Miocardico Acuto ogni 100 ricoveri per pazienti di età oltre i 45 anni



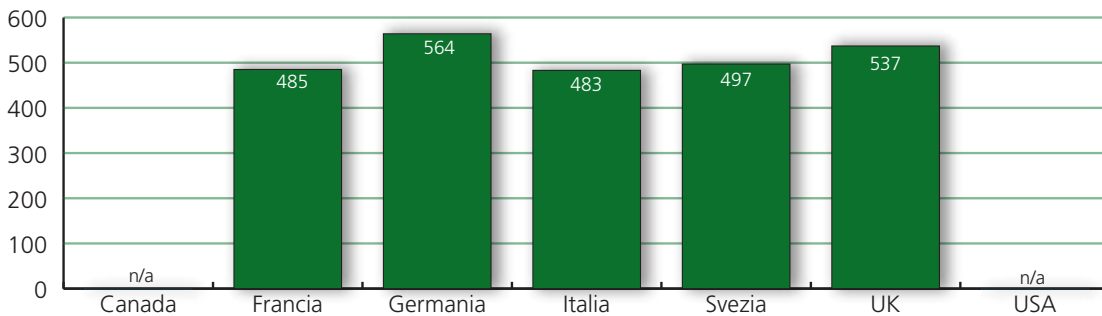
Tasso di mortalità per decessi gestibili/evitabili (per 100.000 abitanti)

Tasso di mortalità per decessi gestibili/evitabili ascrivibili al sistema sanitario



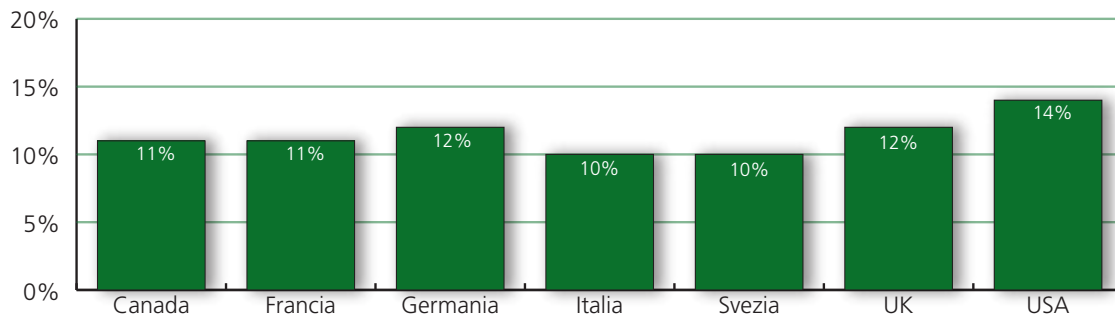
Tasso di mortalità standardizzato (SDR) per tutte le età ogni 100.000 abitanti

Tasso di mortalità per decessi gestibili/evitabili ascrivibili al sistema sanitario



Probabilità di decesso tra il 30° ed il 70° anno di età per malattie non trasmissibili (NCD)

Tasso di mortalità standardizzato (SDR) per tutte le età ogni 100.000 abitanti



Indicatori di vita in salute

Definizioni

Aspettativa di vita in salute (HALE): numero medio di anni che una persona può aspettarsi di vivere in “piena salute”, tenendo conto anni vissuti non in piena salute a causa di malattia e/o infortunio. Ingenti risorse sono dedicate a ridurre l’incidenza, la durata e la gravità delle principali malattie che causano la morbilità, ma non la mortalità e ridurre il loro impatto sulla vita delle persone. È importante includere i risultati relativi ad esiti di salute sia fatali che non fatali in una misura sintetica dei livelli medi di salute della popolazione. L’aspettativa di vita in salute (HALE) alla nascita somma l’aspettativa di vita per i diversi stati di salute, rettificato per la distribuzione di gravità rendendolo sensibile ai cambiamenti nel corso del tempo o alle differenze tra i Paesi con differenti distribuzioni di gravità negli stati di salute. L’equivalente di ammontare di anni in salute persi necessari per il calcolo dell’HALE sono stimati attraverso il calcolo del tasso pro capite degli anni persi a causa di disabilità per tutte le cause (YLD), rettificato per comorbidità indipendenti, per età, sesso e Paese.

Disability-adjusted life year (DALY): è un indicatore temporale che combina anni di vita persi a causa di mortalità prematura (YLL) e anni di vita in buona salute persi a causa di disabilità o di non piena salute (YLD): un DALY rappresenta la perdita dell’equivalente di un anno di piena salute. La mortalità non dà un quadro completo del carico dei disturbi di salute che grava sugli individui di una popolazione. Il carico complessivo di questo gravame è valutato utilizzando il DALY che rappresenta la perdita dell’equivalente di un anno di piena salute. Utilizzando il DALY, il peso degli eventi che causano le morti premature -ma nessuna o scarsa disabilità- può essere paragonata a quella di malattie che non causano la morte, ma causano disabilità.

Anni di vita persi (YLL): è un indicatore che prende in considerazione l’età in cui si verificano i decessi dando maggior peso a quei decessi che si verificano in giovane età e peso inferiore ai decessi che si verificano in età più avanzata. Gli YLL per categoria di patologia come percentuale del totale degli YLL misura il totale di anni di vita persi per una particolare causa di morte in proporzione al totale degli anni di vita persi a causa di mortalità prematura nella popolazione.

Malattie non trasmissibili (NCD): conosciute anche come disturbi cronici, non si trasmettono da una persona all’altra, sono di lunga durata e generalmente caratterizzate da una lenta progressione. Le Quattro tipologie principali di NCD sono: disturbi cardiovascolari, tumori, disturbi respiratori cronici, diabete. Le malattie non trasmissibili sono spesso associate agli anziani, mentre l’evidenza dimostra che circa 16 milioni di persone al mondo muoiono ogni anno per queste patologie sotto la soglia dei 70 anni, di cui circa 3 milioni nei paesi ad alto reddito. Tutte le classi di età sono esposte a fattori di rischio che contribuiscono alla diffusione dei disturbi cronici come una dieta malsana, l’inattività fisica, il tabacco, l’uso smodato di alcool.

Sintesi

Gli aspetti relativi alla vita in salute sono sempre più determinanti, soprattutto in paesi ad alto reddito con economie e sistemi sanitari evoluti la cui attenzione è sempre più rivolta alla qualità della vita dei propri abitanti.

Si assiste infatti nei Paesi osservati ad un generalizzato allungamento della vita media con le relative problematiche legate all'invecchiamento ed alle cronicità. La sfida per questi Paesi è quindi far sì che i propri abitanti vivano al meglio -e quindi in salute- per intervalli sempre più considerevoli.

Le problematiche maggiori per i sistemi sanitari -e solitamente per l'intero sistema Paese- anche sotto il profilo della sostenibilità si originano nel delta che intercorre tra l'intera durata della vita individuale e la porzione di questa passata in salute (ovvero senza patologie invalidanti e/o disabilità): l'intervallo di vita non in piena salute rappresenta infatti solitamente l'area nella quale si concentra maggiormente l'assorbimento di risorse (anche economiche) del sistema sanitario da parte della persona.

Gli aspetti coinvolti che condizionano l'estensione della vita in salute sono i più vari e possono riguardare componenti relative agli stili di vita, alimentazione, fattori climatici e ambientali che risultano difficilmente isolabili.

Al netto di queste componenti non emendabili i fattori che possono essere riferiti alle performance del sistema sanitario sono comunque determinanti e si ritrovano a tutti i livelli che compongono la tutela della salute: dalla prevenzione all'erogazione delle cure primarie, alla long term care.

Gli indicatori utilizzati sono frutto di elaborazioni e stime che portano con sé livelli di sintesi anche molto marcati, ma cionondimeno rendono l'idea di alcuni andamenti rilevanti a livello sistemico.

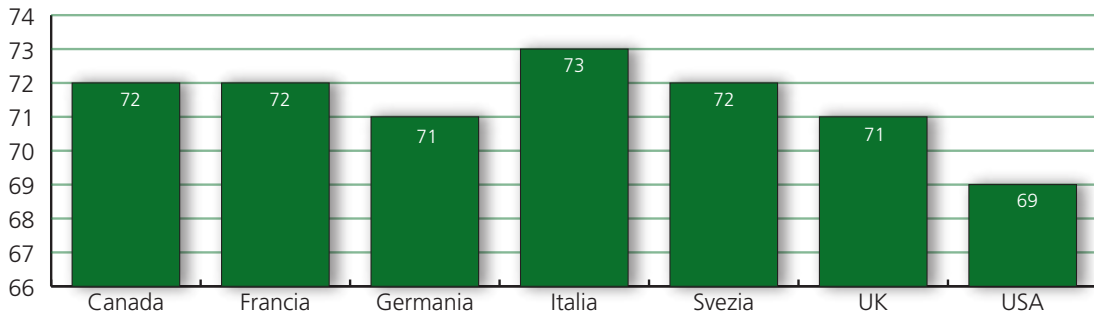
L'andamento dei risultati per gli indicatori relativi all'aspettativa di vita (generale ed in salute) vede, ad eccezione degli Stati Uniti, delle differenze piuttosto contenute anche se presenti: fra tutti emerge l'Italia che, storicamente connotata da una aspettativa di vita fra le maggiori al mondo, si distingue anche per la maggiore aspettativa di vita in salute. Lo stesso tipo di evidenza emerge a proposito degli anni di vita in salute persa (DALY), che agli indicatori precedenti è legato in maniera complementare: anche qui rileviamo come in Italia si riesca a minimizzare la perdita di anni di vita in salute.

Un discorso a parte va fatto per gli Stati Uniti che, come emerge dai dati, si distingue per livelli di aspettativa di vita e di vita in salute largamente inferiori a quelli degli altri Paesi osservati, come pure per un livello di DALY notevolmente più elevato.

Questo aspetto è ancor più rilevante se si considerano i livelli di spesa per salute riscontrati negli Stati Uniti e apre a tematiche di dibattito sull'efficienza del sistema americano e a tematiche relative all'importanza di un coordinamento centrale del sistema sanitario. ●

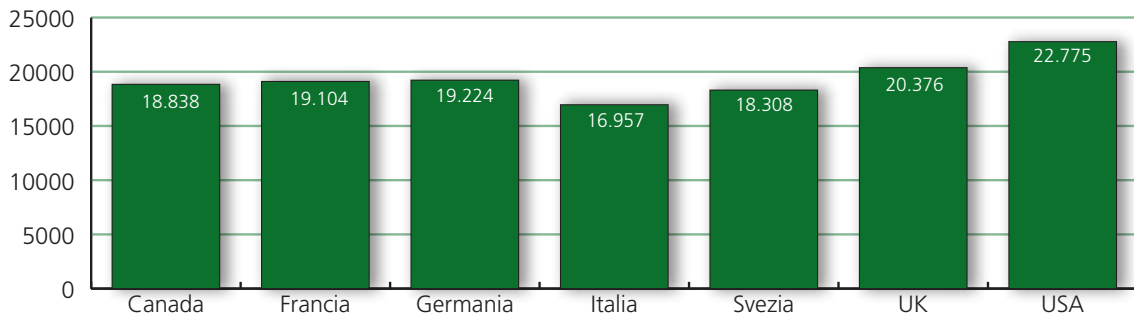
Aspettativa di vita in salute alla nascita

Tasso di mortalità standardizzato (SDR) per tutte le età ogni 100.000 abitanti

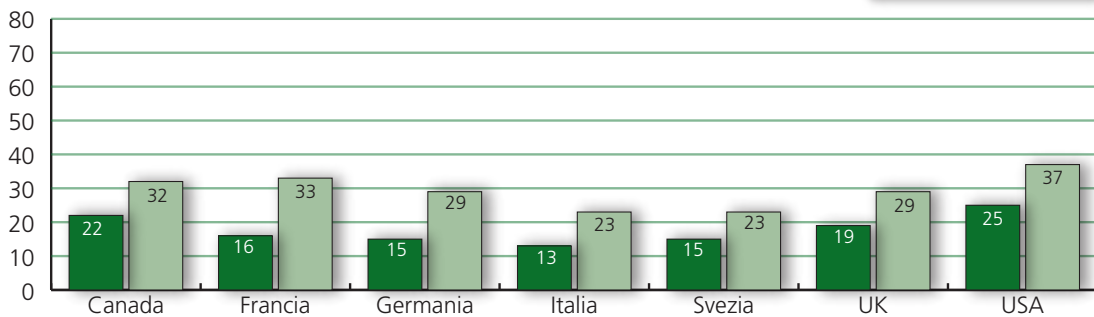


DALY standardizzato per età (per 100.000 abitanti)

DALY, rettificato per le differenze nella distribuzione per età della popolazione, ogni 100.000 abitanti.

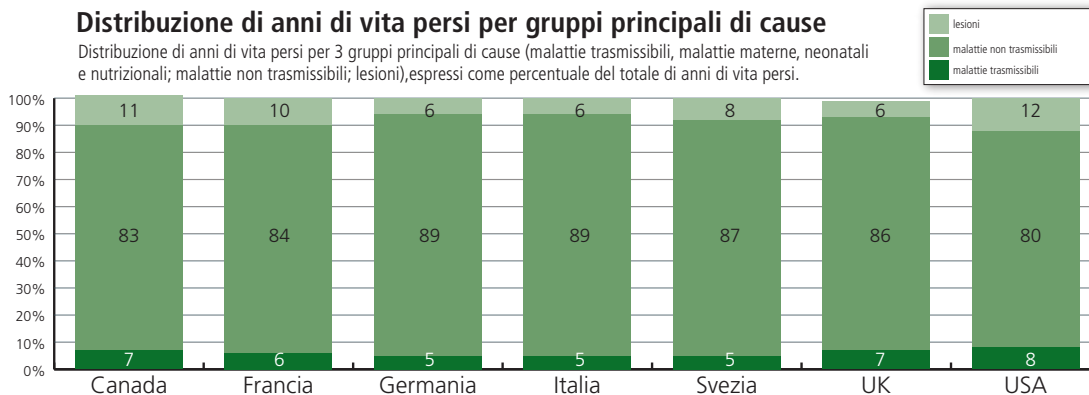


Decessi per NCD prima dei 70 anni di età



Distribuzione di anni di vita persi per gruppi principali di cause

Distribuzione di anni di vita persi per 3 gruppi principali di cause (malattie trasmissibili, malattie materne, neonatali e nutrizionali; malattie non trasmissibili; lesioni), espressi come percentuale del totale di anni di vita persi.

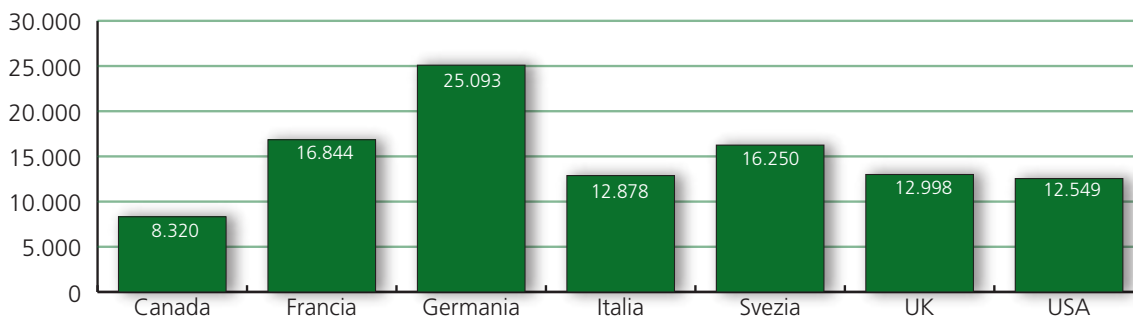


Indicatori di efficienza

Degenza media: la durata media del soggiorno in ospedale è spesso usata come un indicatore di efficienza. A parità di condizioni, un soggiorno breve ridurrà il costo per la dimissione e sposterà il regime di cura dal ricovero a meno costosi setting assistenziali in post-acuzie. La degenza media ospedaliera si riferisce al numero medio di giorni che i pazienti trascorrono in ospedale. È generalmente misurata dividendo il numero totale di giorni del soggiorno da parte di tutti i pazienti ricoverati nel corso di un anno per il numero di ricoveri o dimissioni. Viene escluso dal calcolo il day hospital.

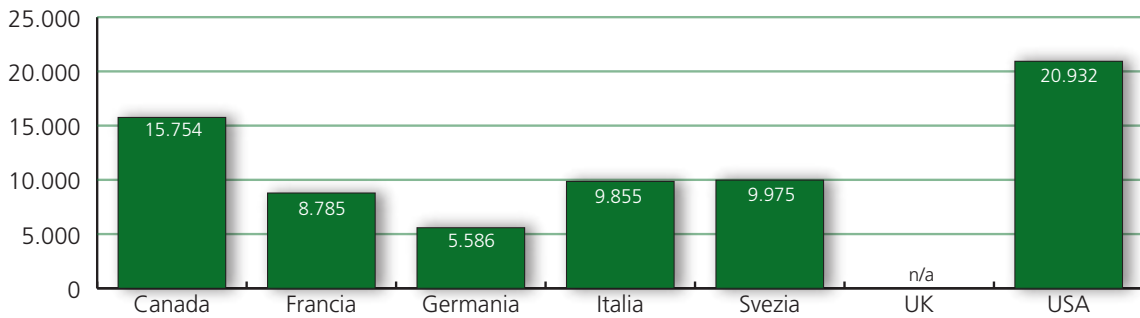
Tasso di dimissione ospedaliera: misura il numero di pazienti che lasciano un ospedale dopo aver ricevuto cure. La dimissione ospedaliera è definita come l'uscita di un paziente che ha passato almeno una notte in ospedale. Sono compresi i decessi in ospedale a seguito di ricovero, mentre le dimissioni che avvengono lo stesso giorno del ricovero sono di solito escluse. ●

Dimissioni ospedaliere per 100.000 abitanti



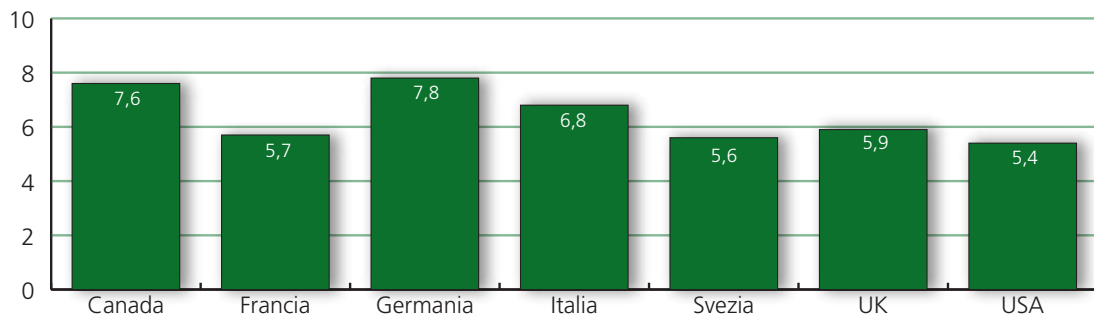
Spesa ospedaliera per dimesso

Spesa media per dimesso



Degenza media per ricovero in acuzie

Giornate di degenza media per ricovero in acuzie



Trend evolutivi a confronto

Lo scenario evolutivo di sistema dei vari Paesi a livello di fattori demografici ed epidemiologici vede una certa convergenza su fenomeni quali: il progressivo invecchiamento della popolazione, con l'aumento degli anni di vita in salute e la riduzione del tasso di natalità; i crescenti processi migratori; una transizione da patologie con esordio acuto a rapida risoluzione a patologie di tipo cronico-degenerativo con decorsi prolungati nel tempo; danni crescenti per la salute derivanti da stili di vita scorretti.

In risposta a queste dinamiche, che implicano bisogni di salute mutevoli e sempre più complessi, nei modelli e nelle soluzioni organizzative avviate dai vari sistemi si possono riscontrare alcuni trend. Se ne sintetizzano i principali emersi dalla ricerca di seguito.

- Si assiste ad una **maggiore competizione e diversificazione nell'offerta dei servizi sanitari, con crescente ruolo di player privati**. Si passa quindi dai principi di centralizzazione e pianificazione, a quelli di devoluzione, competizione e mercato. (UK, Svezia). In UK si favorisce l'entrata nel mercato di soggetti privati sia nell'erogazione delle prestazioni che nel governo degli ospedali, con l'obiettivo di estendere la libertà di scelta degli utenti. Gli ospedali possono diventare fondazioni incorporando nuovi soggetti (governo, università, soggetti privati), possono acquisire fondi pubblici e privati, fare utili e reinvestirli, con autonomia e indipendenza. In Svezia, aumenta la competizione tra gli erogatori di servizi sanitari, ed è stata avviata negli ultimi anni una forte privatizzazione dei centri di cure primarie sia a livello nazionale che locale. Tale scelta è un passo significativo, anche considerando che gli operatori privati hanno dimostrato di avere un miglior rapporto qualità-prezzo rispetto a quelli pubblici.
- C'è una tendenza diffusa per garantire un'**universalità delle cure**, assicurando una maggiore copertura della popolazione per l'assistenza sanitaria e riducendo le disparità. Questo accade anche nei sistemi più lontani da questo principio come gli USA, dove con l'ObamaCare, *Affordable Care Act* del 2010, ha comportato uno sforzo significativo per rendere la sanità più accessibile, offrire maggiori protezioni e diffondere maggiormente la copertura assicurativa statale, con un conseguente aumento di 11 mln di americani assicurati.
- È in atto un progressivo **rafforzamento dei servizi di cure primarie e dei Medici di Medicina Generale** con funzioni di *gatekeeper* e, in alcuni casi (eg. UK), anche di committenza nei confronti degli ospedali. (UK, Svezia, USA, Germania). La tendenza è anche favorire l'associazione, creando gruppi di medici di base. (UK, Italia, Germania, Francia).

- In UK il budget è affidato alle strutture di cure primarie che pagano le prestazioni specialistiche erogate dalle aziende ospedaliere. I medici di famiglia sono incentivati quindi a gestire la domanda offrendo ai pazienti soluzioni alternative agli ospedali. In Svezia si è assistito alla privatizzazione delle cure primarie/ambulatoriali (per far sì che la maggior parte delle cure sia fornita al di fuori degli ospedali). In USA si è assistito al passaggio da cure *specialist focused* a *primary care focused*, con un'importanza crescente delle cure primarie. La portata del fenomeno è tanto più evidente considerando che sta interessando anche la Germania, sistema tradizionalmente Bismarck e, in quanto tale, non orientato ad attribuire ruolo di gatekeeper al medico di base. A seguito della riforma del 2004 la situazione dei medici di base sta in parte cambiando, incentivando la scelta di un medico di medicina generale con funzioni sia di gate-keeper che di coordinamento delle cure. Si vogliono rafforzare i sistemi locali, aumentare il numero di poliambulatori, creare percorsi di cura per malattie croniche. Si è passati inoltre dal medico unico allo sviluppo delle cliniche multi-specialistiche: da 70 cliniche e 251 medici nel 2004 a 2.006 cliniche e quasi 13.000 medici nel 2013. In Francia è stato favorito lo sviluppo di studi medici multi-professionali, soprattutto per le cure primarie.
- Si tende all'**integrazione ospedale-territorio**, attraverso la **concentrazione tra servizi ospedalieri e servizi di cure primarie**, per creare entità più grandi e per una maggiore integrazione socio-sanitaria. (Germania, UK, USA, Italia). In Germania, si assiste al superamento del modello basato su un medico unico, con lo sviluppo di centri di cura interdisciplinari (passati da 70 nel 2004 ad oltre 1000 nel 2012). In UK vengono abbattute le barriere tra medici di base e ospedali attraverso nuove forme organizzative: "*multispecialty community providers*", gruppi di medici di base, infermieri, specialisti ospedalieri; modalità di cura integrata "*out of hospital*" (equivalenti in Italia alle case della salute), e "*primary and acute care system provider*" gruppi di medici di base uniti ai servizi ospedalieri. Negli USA la progressiva corporativizzazione delle cure mediche è attuata con la concentrazione tra ospedali, gruppi di medici, per creare entità più grandi. Si sono diffusi *HMO - Health maintenance organization* e *ACO - Accountable care organizations*: consorzi di organizzazioni indipendenti che lavorano insieme per migliorare la qualità e ridurre i costi (network di provider, inclusi ospedali e medici, che possono dividersi i risparmi che ottengono dalla differenza tra la spesa pianificata e la spesa effettiva della propria popolazione di riferimento, guadagnando sul risparmio. Si tratta quindi di un meccanismo volto al contenimento della spesa sanitaria).

- Sono stati avviati processi di **miglioramento/rinnovo dell'organizzazione e della gestione sanitaria, soprattutto a livello di cure ospedaliere**. (Francia, Germania, UK, Svezia). In Francia le riforme Health Insurance Act, Public Health Act, e Solidarity Act (2004) hanno inteso introdurre una nuova governance ospedaliera, una maggiore flessibilità all'organizzazione interna e controlli più rigidi sulla performance degli ospedali. L'obiettivo è stato anche modificare il comportamento degli attori chiave e porre attenzione al monitoraggio della spesa sanitaria. In Germania, è partita nel 2016 una riforma strutturale delle cure ospedaliere con introduzione di aspetti di qualità nella pianificazione e nel pagamento delle cure ospedaliere, di un design più *patient-friendly* per i report ospedalieri; di miglioramento delle cure ospedaliere attraverso un rafforzamento del corpo infermieristico (con previsione di nuove assunzioni). Inoltre, la riforma del 2015, ha inteso rafforzare il sistema di erogazione dei servizi sanitari per i pazienti coperti dal sistema assicurativo statutario (soprattutto nelle zone rurali meno servite) e promuovere campagne di prevenzione e buona salute attraverso una regolazione della campagna di vaccinazioni e un'espansione dei check-up medici. In UK è avvenuta la riorganizzazione dei servizi di emergenza-urgenza e interventi per far rimanere attivi gli ospedali più piccoli, creando delle partnership con altri ospedali. In Svezia, si persegue invece un obiettivo di concentrazione dei servizi ospedalieri (ora troppo dispersi), un aumento delle qualità, equità e coordinamento delle cure, riducendo i tempi di attesa nella cura del cancro e le disparità regionali, introducendo un'iniziativa nazionale (nel 2014 per 4 anni) per le persone con malattie croniche, per la focalizzazione delle cure sul paziente, l'assistenza sanitaria basata sull'evidenza empirica, e la prevenzione e diagnosi precoce della malattia.
- Lo sforzo verso il **contenimento delle spese sanitarie** per fini di sostenibilità finanziaria è comune a tutti i sistemi. È necessario bilanciare da un lato le esigenze crescenti di assistenza sanitaria date dai trend demografici di invecchiamento della popolazione e dall'altro l'aumento delle spese (per tecnologie, farmaci innovativi ecc.).
- C'è un forte impegno di tutti i Paesi verso il miglioramento della **prevenzione delle malattie**, per migliorare la salute pubblica, intervenendo anche in campi quali riduzione di dipendenze (droghe, alcol, fumo), disordini alimentari e obesità.
- C'è una tendenza comune verso l'**empowerment dei pazienti**: attraverso un'accresciuta trasparenza e disponibilità pubblica di dati sanitari con l'obiettivo di favorire la piena capacità di scelta dei pazienti ed esercitare una tensione positiva all'aumento di produttività di chi

eroga i servizi (in Italia e UK in particolare, ma anche gli altri paesi).

- C'è uno sforzo per migliorare la **sicurezza sanitaria**, rafforzando la preparazione collettiva alle minacce di salute pubblica, a carattere transfrontaliero, con potenziale pandemico. Tale trend è particolarmente rilevante considerando il crescente fenomeno migratorio.
- Un ruolo importante in tutti i Paesi sarà riservato alle **tecnologie innovative** per sostenere il processo di spostamento delle cure al di fuori degli ospedali verso la comunità. Saranno necessari l'integrazione dei dati dei pazienti, servizi di teleassistenza e telemedicina per garantire ai pazienti miglior controllo delle proprie condizioni limitare il tempo che i medici di base dovranno spendere in appuntamenti di routine con i pazienti.

Altri trend residuali sono poi riscontrabili a livello Paese.

- Ad esempio in Germania si assiste alla diminuzione delle persone che usufruiscono dell'assicurazione obbligatoria, con passaggio di gruppi sociali ad alto reddito verso l'assicurazione privata.
- In Francia c'è un trend verso l'eliminazione del pagamento diretto ai medici. Per ridurre le disuguaglianze sociali e geografiche, si promuove la diffusione dei pagamenti diretti da parte del sistema assicurativo statuario ai medici che esercitano la libera professione (parte fortemente ostacolata dai medici stessi).
- In Svezia è stata introdotta nel 2015 una nuova legge per rafforzare i diritti dei pazienti e tutelare la correttezza del rapporto con il paziente.
- In Italia c'è una tensione verso maggiore trasparenza, accountability e consequence management, ovvero verso il miglioramento dell'efficienza del sistema, eliminando la corruzione e gli sprechi del sistema pubblico con una valutazione della performance reale, la definizione di un chiaro sistema di incentivi per orientare adeguatamente chi gestisce i servizi a ottimizzare la performance.
- In USA si stanno introducendo nuovi sistemi di pagamento per ottenere qualità alta a costi bassi (oltre alla *pay for performance*): **bundled payments** per i quali viene effettuato un singolo pagamento per tutti i servizi (anche se effettuati da provider diversi) legati ad un singolo episodio di cura.
- In Francia dal 2015 si è considerata la creazione di un nuovo sistema

di pagamento misto, che introdurrebbe un pagamento unico (bundle) per i pazienti affetti da malattie croniche, mantenendo un pagamento basato sui DRG per tutti gli altri pazienti. ●

Conclusioni

I Paesi osservati nella ricerca (Canada, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Stati Uniti, Svezia) sono tutti Paesi occidentali classificati secondo la definizione della Banca Mondiale come *high income* e di conseguenza, pur con le debite differenze e proprie peculiarità, risultano essere assimilabili e paragonabili a livello generale sotto molteplici aspetti.

Se si pensa alle varie dimensioni di cultura, tecnologia, normativa, urbanistica, tutela ambientale, zooprofilassi presenti nei paesi osservati e si considera come alcuni di questi ambiti siano regolati anche in maniera importante da accordi e convenzioni internazionali, si può desumere come le condizioni di vita e le regolamentazioni riscontrabili non siano troppo difformi tra loro (con alcune eccezioni relative agli Stati Uniti).

Da un punto di vista geografico sussistono certamente delle differenze a livello climatico, morfologico e di estensione del territorio e conseguentemente delle differenze nella distribuzione e densità della popolazione sul territorio, che hanno influenza in qualche misura sull'organizzazione del sistema sanitario a livello di distribuzione territoriale (si pensi ad esempio a Canada e Svezia).

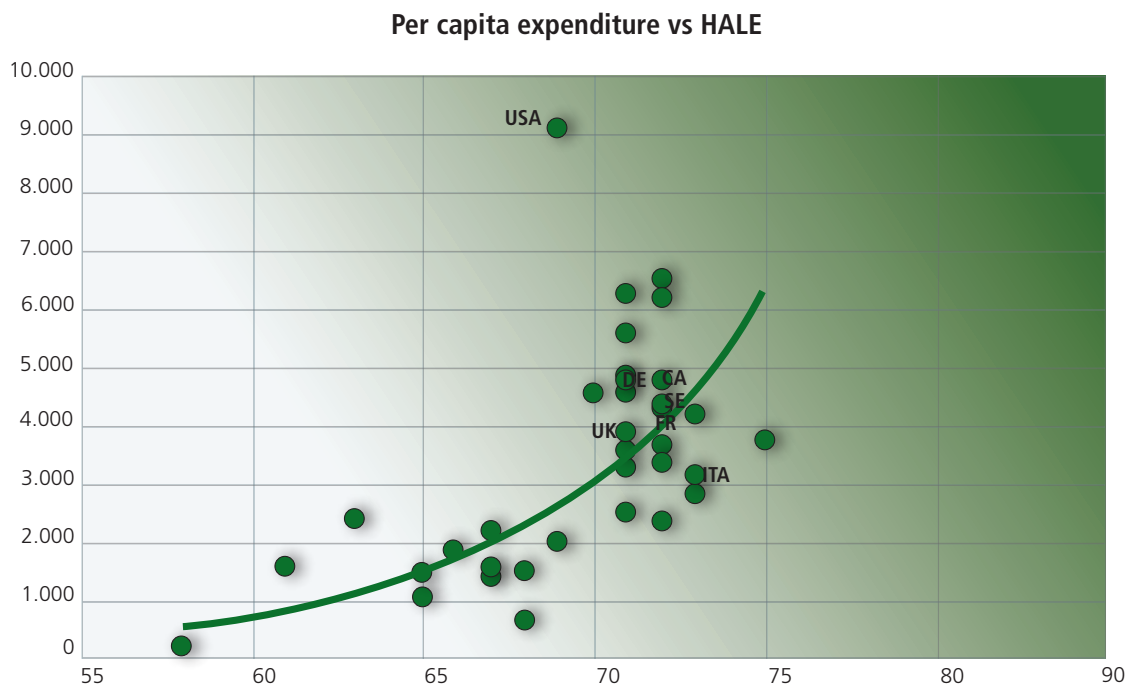
Anche in considerazione di queste premesse, dal punto di vista dei livelli di spesa per salute e dei risultati in termini di aspettativa di vita e di aspettativa di vita in salute possiamo riscontrare risultati non del tutto difformi, ma che portano ad operare alcune riflessioni.

Se è legittimo poter presumere che l'aspettativa di vita di un Paese possa essere condizionata da fattori ambientali e genetici che travalicano la dimensione sanitaria, verosimilmente si può attendere che questa condizione sia meno forte se prendiamo in considerazione il dato relativo all'aspettativa di vita in salute, laddove evidentemente si fa più presente la capacità di intervento di un sistema di tutela della salute.

Incrociando i dati relativi a 36 Paesi³⁶ a livello globale relativamente ai rispettivi livelli

³⁶ Australia, Austria, Belgio, Brasile, Canada, Cina, Corea, Croazia, Cuba, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Giappone, Grecia, Olanda, India, Irlanda, Islanda, Israele, Italia, Lussemburgo, Nuova Zelanda, Norvegia, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Russia, Slovacchia, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera, Turchia.

di spesa per salute pro-capite e aspettativa di vita in salute si è tracciata una linea di tendenza nel rapporto tra questi indicatori.



La distribuzione dei Paesi considerati in questa ricerca si concentra effettivamente attorno a livelli tra loro simili e di assoluto rilievo rispetto al panorama mondiale, pur sussistendo delle differenze degne di essere rimarcate.

Si è già più volte sottolineato in questo lavoro come i vari ranking ciclicamente proposti da numerosi istituti internazionali possano lasciare ampi spazi di dialogo sulle componenti analizzate e a maggior ragione, questa semplice regressione sull'efficacia generale dei sistemi qui proposta ha come sua funzione quella di stimolare spunti di riflessione piuttosto che fornire una risposta.

Gli aspetti più interessanti riguardano i due risultati estremi nel gruppo dei sette Paesi osservati in questa ricerca, ovvero Italia e Stati Uniti.

Il sistema italiano è quello che associa la più bassa spesa pro-capite alla più elevata aspettativa di vita in salute garantendo limitatamente ai due indicatori considerati il più elevato livello di efficienza del gruppo, nonché tra i primissimi a livello mondiale.

All'estremo opposto troviamo gli USA che rappresentano un vero e proprio eccentrico

rispetto alla distribuzione generale, in quanto pur spendendo una quota pro capite di gran lunga più alta degli altri (e in valore assoluto di spesa a livello Paese maggiore di tutti gli altri Paesi presenti in questa ricerca considerati assieme) hanno una aspettativa di vita e di vita in salute sensibilmente più basse.

Quanto evidenziato apre certamente a delle considerazioni: da un lato sullo standing, troppo spesso misconosciuto o non affermato con la giusta forza, del modello italiano a livello globale; dall'altro sull'inefficienza generale di un sistema tra i più ricchi, ma meno regolati del mondo come quello statunitense.

Pur volendo considerare nella performance relativa al livello di vita in salute riscontrato in Italia una qualche incidenza di fattori ambientali e culturali, talvolta ritenuti più favorevoli nel nostro Paese rispetto ad altri, resta il dato di una garanzia generale di un'aspettativa di vita in salute tra le più elevate del mondo a un costo pro-capite tra i più bassi in assoluto tra tutti i Paesi ad alto reddito del mondo.

Con riferimento invece alla posizione degli Stati Uniti può essere utile considerare il fatto che sono l'unico tra i Paesi analizzati ad avere avuto finora un non-sistema sanitario, deficitario dal punto di vista dei meccanismi di governo a livello macro delle dinamiche di tutela della salute e che quindi presenta anche le maggiori disparità di assistenza al proprio interno. Verosimilmente, uno dei fattori condizionanti la performance di efficienza generale mostrata può ritrovarsi nell'essere una realtà organizzata differentemente rispetto agli altri Paesi che, seppur con sistemi diversi, sono invece organizzati con strumenti di coordinamento e governo nazionali della salute orientati in chiave universalistica. Non è un caso quindi se con la recente riforma Obama anche gli USA hanno intrapreso un percorso in direzione dell'ampliamento della copertura sanitaria ai propri cittadini, nel tentativo di ampliare la base della copertura e limitare le sperequazioni.

A valle delle varie analisi risulta quindi un quadro che vede i diversi attori allineati anche relativamente alle possibilità di intervento governativo sulle scelte strategiche del sistema a tutela della salute pubblica.

Come più volte ribadito non è obiettivo di questa ricerca stilare una classifica dei sistemi osservati, sia per quanto detto, sia perchè sono stati già presentati molteplici ranking in diversi studi precedenti, spesso con risultati contrastanti, fondati su indicatori diversi o medesimi indicatori misurati diversamente, o derivanti da valutazioni a monte condizionanti. Per quanto di pertinenza ci si limiterà a riconoscere, sulla scorta di quanto sin qui esposto, che i sistemi universalistici analizzati sono tutti parimenti accettabili come paradigma di riferimento in quanto in grado di offrire, seppur con i rispettivi punti di forza e debolezza, livelli di assistenza di assoluto rilievo.

Questa omogeneità di condizioni tra i sistemi analizzati ci consente di poter osservare e poter considerare come alternative valide e praticabili le scelte che i vari Paesi hanno attuato o stanno attuando in risposta alle sfide poste dal cambiamento globale (in-

vecchiamento) o da problematiche esogene che possono essere simili tra i vari Paesi (immigrazione) o dal mutarsi del conseguente scenario economico (sostenibilità) ed epidemiologico (non communicable disease, Long term care, cronicità, etc). Ciascun Paese potrà infatti, in virtù di questa omogeneità di condizioni di base, considerare applicabile la soluzione adottata in un altro Paese in termini di sistema sanitario.

Interessante diventa allora lo studio dei future trends e delle innovazioni organizzative che emergono dai vari Paesi.

Volendo delineare un massimo comun denominatore, ovvero individuare le linee evolutive più diffuse e comuni, si riscontra un modello in cui viene riservato un ruolo rilevante alla governance centrale del sistema - tesa soprattutto a rafforzare le tutele e garantire l'universalità delle cure, per una maggiore copertura della popolazione in termini di assistenza sanitaria e riduzione delle disparità -, ma in cui si passa dal principio di centralizzazione a quelli di coordinamento degli operatori (con un peso crescente degli operatori privati), devoluzione, competizione, mercato.

Si tende quindi ad una maggiore diversificazione nell'offerta dei servizi sanitari, con crescente ruolo di player privati. Si favorisce l'entrata nel mercato di soggetti privati sia nell'erogazione delle prestazioni che nel governo degli ospedali, con l'obiettivo di estendere la libertà di scelta degli utenti. Questo significa andare verso un modello con crescente separazione tra finanziatori, prevalentemente pubblici, ed erogatori, spesso privati, ai fini di una maggiore efficacia. Vengono inoltre avviati processi di miglioramento/rinnovo dell'organizzazione e della gestione sanitaria, soprattutto a livello di cure ospedaliere.

Oltre all'efficacia, obiettivo primario continua ad essere l'efficienza, con uno sforzo consistente verso il contenimento delle spese sanitarie per fini di sostenibilità finanziaria, e in quest'ottica processi di deospedalizzazione e di orientamento delle scelte del paziente, anche attraverso la gestione dell'accesso dell'utente al sistema, in atto in quasi tutti i Paesi. È in corso un potenziamento dei servizi di cure primarie e dei Medici di Medicina Generale con funzioni di gatekeeper e, in alcuni casi, anche di commitenza nei confronti degli ospedali.

Per ottenere una combinazione di efficacia - garantendo continuità dell'assistenza e capillarità sul territorio - ed efficienza - con economie di scala e di scopo - si riscontra anche una tendenza verso modelli che favoriscano l'associazionismo e lo sviluppo di servizi integrati. Vengono creati gruppi di medici di base, ma viene anche e soprattutto favorita la concentrazione tra servizi ospedalieri e servizi di cure primarie (con strutture più grandi in cui operano figure complementari: medici di base, specialisti, infermieri, personale ospedaliero ecc.).

Verso lo stesso obiettivo tende l'attenzione delle varie realtà nazionali per la prevenzione, per la promozione di corretti stili di vita, ad esempio per evitare disordini alimentari e obesità o dipendenze (droghe, alcol, fumo), per la riduzione dell'impatto

negativo di fattori esogeni sulla salute, ad esempio l'ambiente.

La sanità del futuro sarà anche caratterizzata da un crescente empowerment dei pazienti, con disponibilità pubblica di dati sanitari per agevolare le scelte dei pazienti; dall'impiego diffuso di tecnologie innovative per sostenere il processo di spostamento delle cure al di fuori degli ospedali verso la comunità; da un miglioramento della sicurezza sanitaria, rafforzando la preparazione collettiva alle minacce di salute pubblica a carattere transfrontaliero.

Un'ulteriore leva per il miglioramento delle performance dei sistemi, è l'introduzione di nuovi sistemi di rimborso, attualmente allo studio, che possano fornire incentivi nella direzione dell'ottimizzazione e dell'efficientamento.

In conclusione dall'analisi si evidenzia l'emergere di alcune linee di tendenza e soluzioni organizzative comuni che caratterizzeranno i sistemi sanitari nei prossimi anni. Nonostante ciò, i Paesi interpreteranno in modo differente le modalità di implementazione e ciò potrà comunque condurre a risultati non univoci. Le istituzioni, gli operatori del settore e i cittadini stessi, avranno quindi un ruolo importante nella declinazione di questi cambiamenti. ●

Quale futuro per i sistemi sanitari?

Sfide	Strategie	Applicazioni
Contenimento della spesa	Sviluppo delle attività di prevenzione	Universalità e controllo centrale
Invecchiamento della popolazione	Sensibilizzazione sugli stili di vita	Medici di base come Gatekeeper
Uso improprio del Pronto Soccorso	Empowerment del paziente e Health Literacy	Responsabilizzazione economica dei Gatekeeper
Uso improprio delle strutture ospedaliere	Miglioramento dell'accesso ai servizi sanitari	Multidisciplinarietà dei servizi di base e primary care practice
Allungamento dei tempi di attesa	Avvicinamento dell'ospedale al territorio	Aumento dei punti di accesso al Sistema
Aumento delle cronicità	Sviluppo Long Term Care	Privatizzazione degli erogatori
Aumento del tasso di obesità	Studio di sistemi di rimborso alternativi	Integrazione dei servizi
Aumento delle NCD		Assicurazioni private
Dimensionamento del personale sanitario		

Bibliografia

World Health Organization - Global Health Observatory data repository.
<http://www.who.int/gho/en/>

World Health Organization - European Health for All database (HFA-DB)
<http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db>

OECD database
<https://data.oecd.org/>
<http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>

Ospedali & Salute 2015
Rapporto annuale Aiop/Ermeneia

Health at a Glance 2015
Available at <http://www.oecd.org/health/health-at-a-glance.htm>.

Keehan, S.P., Kuckler, G., Sisko, A.M., et al. (2012). National Health Expenditure Projections: Modest Annual Growth Until Coverage Expands and Economic Growth Accelerates, (7):1600–1612

National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities Report (2012). Agency for Healthcare Research and Quality, <http://www.ahrq.gov/research/findings/nhqrd/index.html>

Curtis LJ, MacMinn WJ (2008). Health care utilization in Canada: twenty-five years of evidence. *Canadian Public Policy*, 34(1):65–87

Chevreur K et al. (2010). France: health system review. *Health Systems in Transition*, 12(6):1–291.

Department of Health (2000). *Shaping the future NHS: long term planning for hospitals and related services*. London.

van Doorslaer E et al. (2006) Unequal access to medical care in the OECD countries. Canadian Medical Association Journal, 17:177–183

Harrison MI, Calltorp J (2000). The reorientation of market-oriented reforms in Swedish health care. Health Policy, 50:219–240

Biles B, Arnold G, Guterman S (2011). Medicare Advantage in the era of health reform: progress in leveling the playing field, Issue brief. The Commonwealth Fund

Wagstaff A. (2009). Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD. Policy Research Working Paper 4821. The World Bank Development Research Group
Human Development and Public Services Team

Rice, T., P. Rosenau, L. Y. Unruh et al. (2013) United States of America: Health System Review, Health Systems in Transition, 15(3):1–431

Anell, A., Glenngård, A.H., Merkur, S (2012). Sweden: Health System Review, Health Systems in Transition, 14(5):1–161

Organization for Economic Co-operation and Development (2014). OECD.Stat (database). DOI: 10.1787/data-00285-en, accessed Oct. 6, 2014

Busse, R., and M. Blümel (2014). Germany: Health System Review. Health Systems in Transition, 16(2):1–296

NHS Choices (2013). Annual Report 2012/13

National Audit Office (2013). Managing the transition to the reformed health system

King's fund, "Think differently - Future Trends"
<https://www.kingsfund.org.uk/time-to-think-differently/trends>

UNISON evidence, The public service union
<https://www.unison.org.uk/>

DH Corporate Plan 2014-2015, June 2014, Governance Unit; Department of Health, UK

NHS England
<https://www.england.nhs.uk/ourwork/>

Five Year Forward View (2014). NHS England

Cercare di individuare dei punti di riferimento per tracciare al meglio alcune linee di sviluppo dei sistemi sanitari è un percorso complesso considerando che un sistema sanitario, al netto delle proprie peculiarità, è strettamente connesso al contesto di riferimento.

Da qui deriva l'importanza di un corretto disegno di un sistema sanitario per lo sviluppo di un sistema Paese, nonché l'esigenza di orientarsi verso modelli innovativi e sostenibili di sistemi sanitari che costituiscono non solo un valore di per sé, ma anche un driver per la crescita sotto il sempre più stringente vincolo della sostenibilità economica e finanziaria.

Dal punto di vista economico-finanziario, infatti, si assiste generalmente sul panorama internazionale ad una contrazione delle risorse disponibili, seguita spesso da politiche di tagli alla spesa e riduzione del finanziamento per i servizi sanitari.

Sul versante clinico-assistenziale, si assiste invece da un lato ad un'evoluzione epidemiologica con invecchiamento della popolazione, aumento delle cronicità e delle malattie non trasmissibili; dall'altro all'impiego di metodologie di cura con requisiti tecnologici, assistenziali e terapeutici sempre più avanzati. Entrambi i fenomeni comportano una maggiore richiesta di spesa e contrastano evidentemente sul piano dell'assorbimento delle risorse con i sempre più stringenti vincoli di bilancio che i vari Paesi si trovano a dover gestire.

Di fronte a questi stimoli proposti dall'ambiente esterno nessun sistema rimane immobile e le sfide per il cambiamento possono trovare soluzioni varie e diverse, ed ogni sistema è un laboratorio per la verifica dell'efficacia delle stesse.

I Paesi coinvolti in questa ricerca sono tutti impegnati nello sviluppo della propria organizzazione al fine di ottimizzare le risorse impiegate e trasferire la maggior salute possibile ai propri cittadini e lo fanno seguendo dei percorsi autonomi che però - per varie cause di natura demografica, normativa, migratoria - talvolta si incrociano e convergono.

Alcune tematiche in materia di riorganizzazione dei sistemi sanitari, come l'ampiezza della tutela e della copertura offerte, lo sviluppo delle cure primarie, la riorganizzazione dell'offerta ospedaliera, la massimizzazione degli outcome, la composizione della spesa, ed alcuni elementi quali l'osservazione degli amenable diseases e la vita in salute forniranno validi strumenti per la lettura di questi percorsi.

In questa ricerca ci si è allora voluti concentrare proprio sui trend evolutivi espressi anche da opinion leader dei vari Paesi coinvolti e sui punti di convergenza dei percorsi che i sistemi analizzati hanno intrapreso, nella convinzione che si possa fare affidamento sull'osservazione reciproca di sistemi sanitari maturi, come quelli analizzati, per individuare soluzioni efficaci a rispondere alle sfide esistenti. ●



I SBN 9788888656090



9 788888 656090