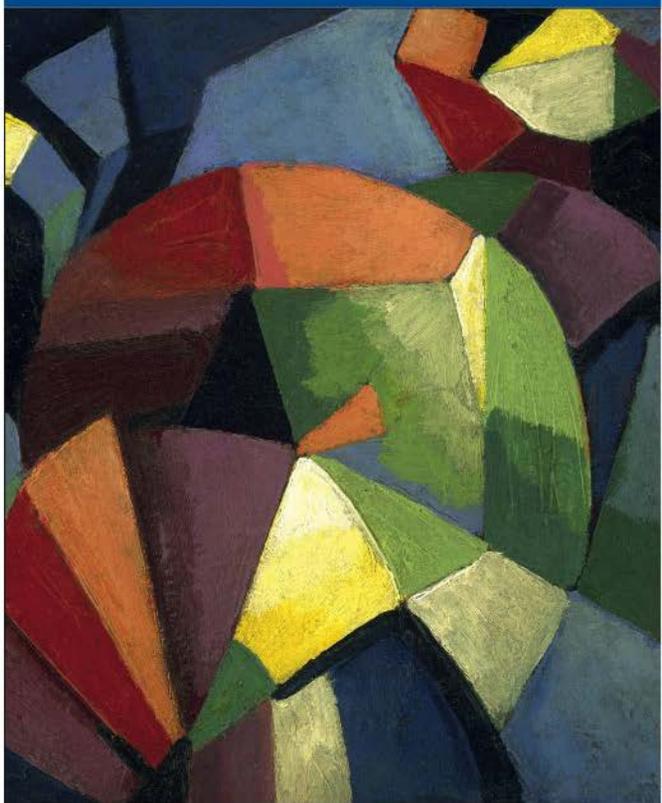


**Marcello Crivellini
Manuela Galli**

SANITÀ E SALUTE: DUE STORIE DIVERSE

**Sistemi sanitari e salute
nei paesi industrializzati**



FRANCOANGELI/Sanità

Progetto grafico della copertina: Elena Pellegrini

2^a edizione. Copyright © 2011, 2016 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

Ristampa	Anno
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sui diritti d'autore. Sono vietate e sanzionate (se non espressamente autorizzate) la riproduzione in ogni modo e forma (comprese le fotocopie, la scansione, la memorizzazione elettronica) e la comunicazione (ivi inclusi a titolo esemplificativo ma non esaustivo: la distribuzione, l'adattamento, la traduzione e la rielaborazione, anche a mezzo di canali digitali interattivi e con qualsiasi modalità attualmente nota o in futuro sviluppata).

Le fotocopie per uso personale del lettore possono essere effettuate nei limiti del 15% di ciascun volume dietro pagamento alla SIAE del compenso previsto dall'art. 68, commi 4 e 5, della legge 22 aprile 1941 n. 633. Le fotocopie effettuate per finalità di carattere professionale, economico o commerciale o comunque per uso diverso da quello personale, possono essere effettuate a seguito di specifica autorizzazione rilasciata da CLEARedi, Centro Licenze e Autorizzazioni per le Riproduzioni Editoriali (www.clearedi.org; e-mail autorizzazioni@clearedi.org).

Stampa: Digital Print Service srl - sede legale: via dell'Annunciata 27, 20121 Milano;
sedi operative: via Torricelli 9, 20090 Segrate (MI) e via Merano 18, 20127 Milano

Indice

Introduzione	pag.	11
---------------------	------	----

Parte I - Sanità e salute

1. Salute e sistemi sanitari	»	21
1.1. Cenni storici	»	21
1.2. Misure e indicatori di sistema	»	32
1.2.1. Demografia	»	33
1.2.2. Salute	»	36
1.2.3. Stile di vita	»	59
1.2.4. Sanità: personale sanitario	»	62
1.2.5. Sanità: strutture e attrezzature	»	64
1.2.6. Sanità: funzionamento delle strutture	»	68
1.2.7. Spesa sanitaria	»	77
Bibliografia	»	89
2. Il rapporto sanità-salute	»	91
2.1. Modello ecologico	»	94
2.2. Modello socio-ecologico	»	95
2.3. <i>Wellness model</i>	»	96
2.4. Modello olistico	»	98
2.5. <i>Mandala of Health</i>	»	100
2.6. <i>Community ecosystem model</i>	»	101
2.7. Modello dei determinanti della salute	»	102
2.8. <i>Butterfly Model</i>	»	103
2.9. Modello di Acheson	»	106
2.10. Modello quantitativo di Dever	»	107
2.11. Un nuovo modo per verificare le conclusioni di Dever	»	112

2.12. Sanità indotta, informazione e modello dei determinanti modificato	pag.	120
2.13. Disuguaglianze di salute e di accesso ai servizi sanitari	»	127
Bibliografia	»	139
3. Rappresentazione e valutazione di sistemi sanitari	»	142
3.1. Rappresentazione dei sistemi sanitari	»	142
3.2. Indici e modelli di valutazione	»	147
3.3. I modelli WHO	»	152
3.4. I modelli OECD	»	156
3.5. <i>Euro Health Consumer Index</i>	»	164
3.6. Indice Sanitario (Is) e Indice di Sanità e Salute (Iss)	»	169
3.7. Valutazione qualità-spesa dei sistemi sanitari regionali italiani	»	179
3.8. Il sistema bersaglio	»	182
3.9. Indice Bloomberg di efficienza	»	187
3.10. Valutazione del Commonwealth Fund	»	188
3.11. Meridiano Sanità Index	»	190
3.12. Il Programma nazionale Esiti (PNE)	»	192
3.12. Valutazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)	»	194
3.13. Misura di performance dei sistemi sanitari regionali	»	198
Bibliografia	»	200
4. Valutazioni e informazioni per gli utenti. Valutazioni degli utenti	»	203
Bibliografia	»	217

Parte II - I sistemi sanitari nei principali paesi industrializzati

Introduzione alla Parte II	»	221
5. Il sistema sanitario negli Stati Uniti	»	226
5.1. Introduzione	»	226
5.2. Sanità e istituzioni	»	228
5.3. Il modello organizzativo	»	230
5.4. Spesa sanitaria	»	237
5.5. Assicurazioni sanitarie private	»	240
5.6. Medicare	»	242
5.7. Medicaid	»	245
5.8. CHIP ed altri programmi pubblici	»	248

5.9. Piani sanitari e organizzazioni di gestione della salute	pag.	251
5.10. Strutture sanitarie e dati di sistema	»	254
5.11. Valutazioni generali	»	257
Bibliografia	»	261
6. Il sistema sanitario nel Regno Unito	»	263
6.1. Introduzione	»	263
6.2. L'organizzazione del <i>National Health Service</i> . Le riforme Thatcher, Blair e Cameron	»	266
6.3. Spesa sanitaria	»	274
6.4. Strutture ospedaliere e assistenza di base	»	276
6.5. Settore farmaceutico	»	283
6.6. Il settore privato	»	284
6.7. <i>Parliamentary and Health Service Ombudsman</i>	»	285
6.8. Conclusioni	»	289
Bibliografia	»	291
7. Il sistema sanitario in Francia	»	293
7.1. Introduzione	»	293
7.2. Organizzazione del sistema	»	294
7.3. Spesa sanitaria	»	304
7.4. Strutture e servizi sanitari	»	306
7.5. Dati di sistema e valutazioni generali	»	310
Bibliografia	»	312
8. Il sistema sanitario in Germania	»	314
8.1. Introduzione	»	314
8.2. Modello organizzativo	»	318
8.3. Spesa sanitaria, riforme ed effetti attesi	»	323
8.4. Il sistema assicurativo	»	327
8.5. Strutture e servizi sanitari	»	331
8.6. Conclusioni e dati di sistema	»	336
Bibliografia	»	338
9. Il sistema sanitario in Spagna	»	340
9.1. Introduzione	»	340
9.2. Organizzazione generale	»	343
9.3. Spesa e servizi sanitari	»	346
9.4. Conclusioni e dati di sistema	»	350
Bibliografia	»	352

10. Il sistema sanitario in Svizzera	pag.	354
10.1. Introduzione	»	354
10.2. Il modello organizzativo	»	356
10.3. Spesa, strutture e dati di sistema	»	362
10.4. Valutazioni generali	»	368
Bibliografia	»	371
11. Il sistema sanitario in Giappone	»	373
11.1. Introduzione	»	373
11.2. Organizzazione del sistema sanitario	»	374
11.3. Assicurazione e cure di lungo termine	»	378
11.4. Spesa e strutture	»	380
11.5. Valutazioni conclusive	»	384
Bibliografia	»	386
12. Il sistema sanitario in Cina	»	387
12.1. Introduzione	»	387
12.2. L'organizzazione sanitaria	»	392
12.3. Spesa e strutture sanitarie	»	399
12.4. Conclusioni	»	404
Bibliografia	»	407

Parte III - Il sistema sanitario italiano

13. Il sistema sanitario italiano	»	411
13.1. Introduzione	»	411
13.2. Dall'unità di Italia alla riforma del 1888	»	413
13.3. Gli inizi del '900	»	420
13.4. Il ventennio fascista	»	424
13.5. Dalla Costituzione repubblicana alla riforma del 1978	»	428
13.6. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale e limiti del modello del 1978	»	434
13.7. La riforma del 1992-93	»	440
13.8. L'accreditamento	»	450
13.9. Finanziamento	»	454
13.10. Spesa, deficit e mobilità sanitaria	»	459
13.11. Strutture e servizi	»	468
13.12. I piani di rientro dai deficit regionali e la finzione del Commissariamento	»	473
13.13. Modelli organizzativi e diversità regionali	»	480

13.14. Livelli essenziali di assistenza	pag. 487
13.15. Strumenti a disposizione degli utenti	» 488
13.16. La valutazione dell'Italia nei principali indici di valutazione	» 491
13.17. Conclusioni e proposte per una politica di salute e per il governo della sanità	» 493
Bibliografia	» 504
14. Sanità e salute: come governare il conflitto di interesse	» 507
Siti istituzionali	» 518

Introduzione

I mezzi di informazione spesso portano i cittadini a confondere la sanità con la salute fornendone immagini sovrapponibili. Questa confusione è un fatto recente a partire soprattutto dagli anni in cui la sanità è esplosa per mezzi, diffusione territoriale, numero di addetti e spesa. Sino a circa metà del secolo scorso sanità e salute sono rimasti due concetti chiaramente separati anche nella percezione comune. Addirittura sino a fine '800-inizio-'900 l'apparato sanitario era visto da molti con sospetto, più un pericolo che un aiuto alla salute. I ricchi si guardavano bene dal farsi ricoverare in ospedale e spesso gli interventi della sanità acceleravano la fine più che allontanarla: prima della diffusione del concetto di asepsi interventi chirurgici o anche semplicemente il partorire in ospedale favorivano infezioni e mortalità.

Successivamente grazie soprattutto alla diffusione della conoscenza dei meccanismi di propagazione di molte malattie e con pochi aiuti sanitari (pochi farmaci, letti e personale) la mortalità delle malattie infettive è crollata e l'aspettativa di vita è cresciuta come mai nella storia dell'uomo.

Ma è nella seconda metà del '900 che la sanità è esplosa assorbendo risorse economiche che sono passate da appena l'1-2% del PIL a oltre il 10% in molti dei maggiori paesi industrializzati.

Ora *l'esercito sanitario* è enorme, occupa ogni angolo dei maggiori paesi, continua la sua espansione in termini di mezzi e spesa e, soprattutto, sembra aver ottenuto una grande vittoria a livello di informazione corrente: la confusione tra il concetto di sanità e quello di salute.

Sanità e salute sono invece due concetti diversi, con storie ed evoluzioni diverse.

Sanità è l'insieme delle procedure, delle risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla cura delle patologie e (in misura minore) alla prevenzione. La salute è una condizione relativa ai cittadini singoli e come popolazione.

Sanità e salute sono diverse e si misurano con grandezze diverse: certo interagiscono ma assieme ad una molteplicità di altri fattori, nel senso che la salute dipende **anche** dalla sanità. La sanità è (o dovrebbe essere) solo uno strumento, fra altri, per tutelare la salute. Non esiste una dipendenza meccanica ed automatica dell'una dall'altra. La salute dipende da molti fattori (determinanti) fra i quali certamente è compresa la sanità, ma tutti gli studiosi del complesso rapporto sanità-salute concordano nel ritenere che il contributo della sanità alla salute è certamente minore di quello degli altri determinanti (stile di vita, ambiente socio-economico, patrimonio genetico, livello di cultura e istruzione...).

Questo volume parte dall'osservazione sperimentale che sanità e salute sono due entità diverse e vuole arrivare a descrivere i sistemi sanitari dei principali paesi industrializzati. La prima parte si occupa delle grandezze che servono a misurare salute e sanità e indaga sul loro rapporto, esaminando anche modelli e metodi di valutazione. Nella seconda parte si prendono in esame i sistemi sanitari dei principali paesi industrializzati e i loro modelli organizzativi. La terza parte è dedicata all'analisi del sistema sanitario italiano, mentre nell'ultima si sintetizzano confronti e si ipotizzano soluzioni per limitare lo strapotere dell'apparato sanitario sulla salute.

In generale possiamo affermare che fra i fattori che concorrono alla definizione del complesso rapporto sanità-salute sono sicuramente:

- *la medicina e le scienze biologiche*: il livello delle conoscenze mediche e biologiche e la loro diffusione sono determinanti nel fissare qualità e livello della salute e dei sistemi sanitari. La messa a punto di nuove opportunità di cura influenza fortemente la domanda, che è uno dei principali fattori di dimensionamento del sistema;
- *la politica*: è lo Stato che definisce regole generali e principali azioni di settore, spesso quantificando anche le risorse da destinare alla sanità, fissando così il modello del sistema e il suo modo di funzionamento. In particolare le norme che regolano l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari ne variano la domanda, così come quelle relative agli operatori influenzano la distribuzione ed il funzionamento delle strutture erogatrici di servizi;
- *l'economia*: la sanità assorbe quote consistenti del Prodotto Interno Lordo di un paese; dunque il grado di sviluppo economico è una variabile di rilievo e negli ultimi decenni, più che in passato, costituisce uno dei vincoli maggiori;
- *l'organizzazione*: le strutture sanitarie sono sempre più costose e complesse; sempre maggiore rilevanza ha lo sviluppo dell'organizzazione delle strutture che erogano servizi sanitari. Nel caso di strutture ospedaliere, esse sono in genere molto più complesse di qualsiasi altra realtà produttiva, commerciale, economica: nessuna azienda fornisce prodotti tanto differenziati e basati su tecnologie e professionalità tanto diver-

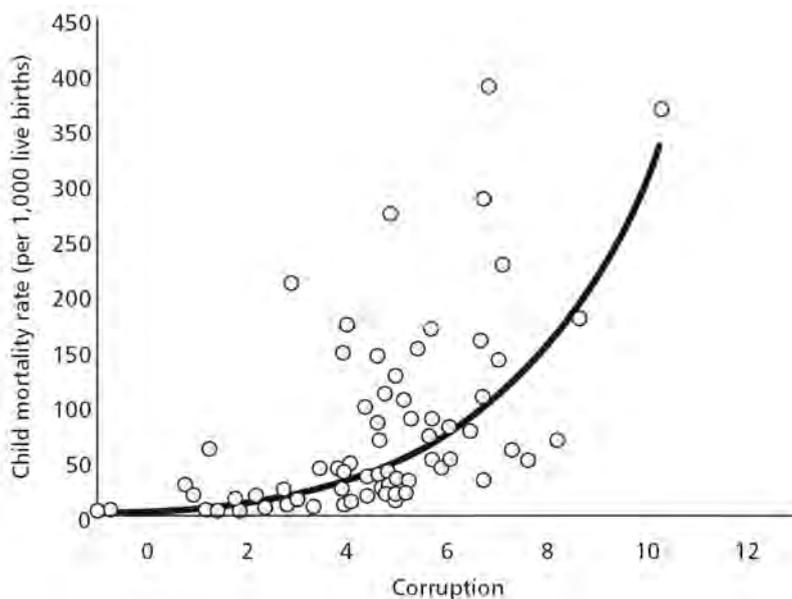
se, funziona ininterrottamente 24 ore su 24 tutto l'anno senza soluzione di continuità dall'inaugurazione. Nessuna azienda tradizionale è percorsa giorno e notte da esterni (famigliari, amici...) e da utenti che vivono e dormono per periodi più o meno lunghi all'interno;

- *la tecnologia e l'ingegneria*: i protocolli clinici e le strutture sanitarie sono caratterizzati in misura crescente dall'uso e da un'altissima concentrazione di tecnologie e da sistemi di grande complessità, in continuo sviluppo; in particolare l'informatica si sta rilevando supporto di grande importanza nella gestione di enormi quantità di dati che devono essere facilmente accessibili ed elaborabili;
- *lo stile di vita*: le abitudini e lo stile di vita caratteristici di un paese influenzano fortemente sanità e salute. Basta pensare alle abitudini alimentari e ai loro riflessi (positivi e negativi) sul livello di salute, alla drammatica influenza della motorizzazione sulla mortalità e sulle patologie da trauma o quella altrettanto pesante legata al consumo di tabacco, di alcool, ecc. L'insieme dei fattori che definiscono lo stile di vita concorrono a creare esigenze, domande o opportunità alle quali deve far fronte la politica di salute di un paese;
- *la cultura e i sentimenti*: la percezione della salute e la sanità, più di ogni altro settore, presentano fattori non facilmente quantificabili ma che hanno un'influenza determinante sui risultati di salute, sulle strutture e sui modelli organizzativi; i rapporti salute/malattia, corpo/sentimenti, vita/morte, malato/operatore e la percezione che l'individuo e la collettività ne hanno determinano, spesso più di altri fattori strutturali, il successo o l'insuccesso di un sistema. La cultura, il modo di *sentire* e di reagire di fronte a particolari situazioni sono dunque fattori di importanza primaria;
- *l'informazione e la coscienza dei propri diritti e responsabilità*: i comportamenti degli utenti e il loro rapporto con la salute e con le strutture e i servizi sanitari sono molto influenzati dalla quantità e qualità di informazione in loro possesso. Negli ultimi anni, in modo diverso da paese a paese, nei cittadini è accresciuta la coscienza dei propri diritti anche nell'ambito salute-sanità e ciò va modificando sensibilmente il rapporto nei confronti degli operatori e dell'offerta sanitaria. Una corretta informazione inoltre è in grado di promuovere comportamenti di maggiore responsabilità individuale e collettiva;
- *la libertà di scelta*: scegliere in materia di propria salute, di curarsi o meno, il percorso più consono nell'ultimo periodo della vita o in situazioni di particolari disabilità sta finalmente assumendo importanza crescente; il livello di libertà dei cittadini e degli utenti dei servizi sanitari influenzerà sempre più l'intero sistema costringendo la sanità ad abbandonare i suoi modelli autoreferenziali e a rapportarsi con la volontà, le scelte e l'opinione dei cittadini.

Questi tre ultimi fattori, in particolare, così come tradizioni, abitudini, cultura e modo di essere dei cittadini di un paese (dunque la storia e il loro approccio alla vita) hanno un rilievo fondamentale, anche se non direttamente misurabile e quantificabile con esattezza; ma certamente nel caso dei maggiori paesi industrializzati a benessere diffuso, essi hanno un forte peso, con effetti sul livello di salute collettivo ed individuale almeno pari all'organizzazione sanitaria in senso stretto, intesa cioè come uso di protocolli clinici, dimensionamento e distribuzione delle strutture di diagnosi e cura, diffusione di tecnologie biomediche, ecc.

Anche aspetti a prima vista impensabili possono avere effetti rilevanti sulla salute. Ad esempio in paesi con elevati livelli di corruzione all'interno della pubblica amministrazione sono misurabili effetti negativi diretti su sanità e salute. La fig. 1 mostra l'andamento della mortalità infantile in funzione di un indice della corruzione percepita, secondo uno studio condotto su 62 paesi nel 1997.

Fig. 1 - Mortalità infantile in funzione di un indice della corruzione percepita nel paese



Nota: per determinare il valore di corruzione, si è chiesto a un campione rappresentativo della popolazione di esprimere, su una scala da 0 a 12, il livello di corruzione nel Paese (un basso valore dell'indice sta a significare che il Paese è ritenuto poco corrotto); al crescere della corruzione in un Paese, si ha un aumento della mortalità infantile, secondo una legge quadratica. Lo studio, riferito all'anno 1997, è stato condotto su 62 diversi paesi

Fonte: Stevens, *The real determinants of health*, International Policy Network, 2005

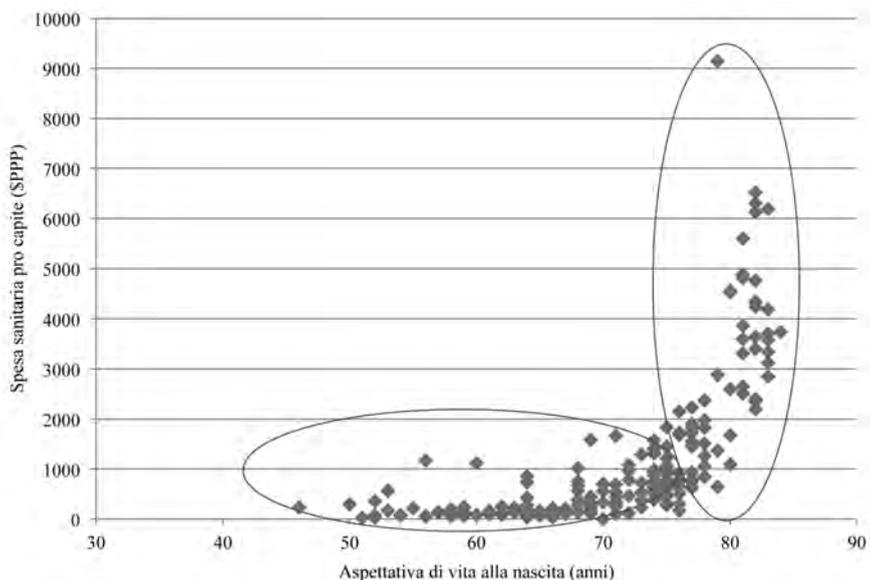
Esiste, evidentemente, uno stretto legame tra corruzione delle istituzioni e riduzione della qualità ed efficacia dei servizi; la mortalità infantile nei Paesi a corruzione diffusa è più alta di circa un terzo rispetto ai Paesi che hanno istituzioni poco corrotte, mentre la percentuale di bambini nati sottopeso è circa doppia.

Queste considerazioni, che valgono soprattutto nei nostri anni, hanno delle conseguenze enormi sul governo dei sistemi sanitari e della loro dinamica, perché se ci si concentra solo sugli aspetti *sanitari* in senso stretto (strutture, personale, tecnologie...) e si trascurano gli altri si rischia di produrre uno sforzo enorme con risultati sì positivi ma tutto sommato modesti.

Inoltre la rincorsa al solo sviluppo sanitario porta a livelli di spesa che ormai raggiungono soglie difficilmente superabili e sostenibili o rischia di tutelare gli interessi della sanità e di chi ne trae guadagno ma non quelli della salute.

Per rendere concrete queste parole basta osservare, a titolo di esempio, la fig. 2. In essa per tutti i paesi del mondo l'aspettativa di vita alla nascita, cioè il parametro che in prima approssimazione si può assumere come risultato di salute complessiva in un paese in un certo anno, è posta in relazione con la spesa sanitaria complessiva pro capite (in PPP\$, dollari a parità di potere di acquisto), cioè quanto mediamente si spende in ogni paese per i servizi sanitari per cittadino.

Fig. 2 - Relazione tra Spesa sanitaria e Salute nei paesi dell'ONU, anno 2013



Fonte: elaborazione su dati *Global Health Observatory Data Repository*, WHO

Come si può vedere molti paesi, generalmente i più poveri, spendono meno di mille dollari pro capite mentre un numero minore di paesi, i più ricchi, spendono cifre molto superiori. Ma fra i primi a parità di spesa (o con piccole differenze) i risultati in termini di salute sono diversissimi (tra 45 e 78 anni circa) mentre i secondi presentano poche differenze in termini di salute (77-83 anni circa) e grandissime differenze in termini di spesa (da poco più di 1000 a 9000 dollari).

Pur non entrando ora nei dettagli di questo fenomeno è però già possibile osservare che, sino ad una certa soglia di spesa in paesi non particolarmente sviluppati e in cui il benessere presenta problemi di diffusione, differenze contenute di spesa in sanità coesistono con effetti migliori in termini di salute; confrontando la situazione dei paesi ricchi invece si vede che la differenza di spesa tra di essi è enorme (il doppio, il triplo) mentre la differenza di risultato in termini di salute non è significativa.

In altre parole un paese che spende molto in *sanità* in senso stretto ha gli stessi livelli di salute di paesi di pari sviluppo ma che spendono meno della metà.

Se dunque il fine è il miglioramento della salute dei cittadini e non l'incremento della quantità di sanità in senso stretto (strutture, personale, tecnologie...) vanno fatte delle scelte di governo che tengano conto di tutti i fattori che influenzano la salute del paese, non solo di quelli strettamente sanitari.

Alla luce di tutto ciò, nell'ultimo capitolo, si cerca di individuare quali opportunità e quali rischi emergono nel governo dei sistemi sanitari e in generale nel rapporto sanità-salute che, per molti aspetti presenta caratteristiche riconducibili ad un caso di conflitto di interesse.

In ogni paese, infatti, la sanità è un sistema esteso sul territorio, **pesante** di strutture, personale e tecnologie, quasi sempre viscoso, lento e portato all'autoconservazione. In altri termini la "roba" sanitaria costituisce uno dei maggiori settori in ogni paese, in grado di agire sul livello politico-istituzionale-economico e premere per la propria estensione e sviluppo; difficilmente può essere modellato e ridimensionato secondo le reali esigenze e con i tempi che la salute dei cittadini oggettivamente richiede.

È un fenomeno che si svolge in modo organizzato e cosciente per alcuni attori (categorie di operatori, corporazioni, settori farmaceutico e produttivi interessati, ...) e inconsapevolmente in modo indotto per altri compresi cittadini e utenti, il cui livello di informazione/disinformazione può provocare consumi e comportamenti contrari al proprio oggettivo interesse.

In sintesi quando il livello di sviluppo e l'estensione delle strutture supera certe quantità si ha, quasi naturalmente, un conflitto tra l'interesse della sanità gestita dagli operatori e dalle realtà economiche produttrici/fornitrici e l'interesse della salute dei cittadini. In questi casi gli attori-decisori a livello

politico-istituzionale sono portati ad essere più sensibili alle richieste degli operatori-gestori (tradizionalmente organizzati in gruppi concentrati di potere) rispetto a quelle disperse e spesso disinformate dei cittadini.

In questi anni di aumento vertiginoso e non sempre ponderato della quantità di sanità sono gli interessi della sanità a prevalere su quelli della salute, richiedendo somme sempre maggiori per risultati relativamente modesti o raggiungibili anche in modo diverso.

Come in tutti i casi di conflitto di interesse solo le regole e l'informazione possono sciogliere il nodo: regole chiare, trasparenti e conosciute, informazione completa, disponibile e indipendente.

La presenza di centri e metodi di valutazione indipendenti su servizi, strutture e operatori sanitari è una necessità e urgenza per tutti i sistemi sanitari, proprio per rendere possibile una informazione oggettiva, quantitativa e facilmente accessibile a operatori e cittadini, creando in tal modo un ulteriore ed essenziale strumento di governo del sistema.

Le riforme dei sistemi sanitari che tutti i paesi industrializzati sono costretti a fare in questi anni, se non altro per la necessità di controllare l'evoluzione della spesa, dovrebbero avere come primo obbiettivo la definizione di regole in grado di controllare la reale efficacia e peso della componente sanitaria, contrastare l'informazione-pubblicità ingannevole e autoreferenziale promossa dai vari operatori presenti in campo sanitario, promuovere forti investimenti in sistemi di valutazione ed informazione indipendente, basati esclusivamente su dati oggettivi; in altre parole la principale esigenza di politiche realmente riformatrici è riequilibrare finalmente il sistema sanità-salute in favore della salute e dei suoi legittimi proprietari, i cittadini.