

| internazionale | pubblico o privato |

La sanità globale passata ai raggi X

Dagli Usa all'Europa la dicotomia pubblico-privato sembra superata: quasi tutti i sistemi sono ibridi. E puntano a contenere la spesa pubblica. Secondo **Edwin Morley Fletcher** in futuro sarà inevitabile aumentare l'apporto del settore privato.

SONO PASSATI QUATTRO ANNI da quando la prestigiosa rivista medica americana *New England Journal of Medicine* pubblicava un articolo intitolato "I nuovi rifugiati d'America". Si raccontavano le storie di quei cittadini che, non coperti da un'assicurazione sanitaria, non erano in grado di far fronte alle spese richieste dagli ospedali e per questo decidevano di tentare di curarsi all'estero. L'ospedale Bumrungrad di Bangkok, ad esempio, registrava 55 mila ricoveri di cittadini statunitensi nel 2006, in crescita del 30% rispetto agli anni precedenti. Un esodo che, dopo la storica riforma di Barack

di **Andrea Barolini**

Obama, probabilmente non si ripeterà mai più. Ma come funziona il sistema attualmente in vigore in America?

Cosa salvare dell'America pre-riforma

«Quello degli Usa è un modello individualistico, quelli europei sono invece solidaristici», spiega Marcello Crivellini, docente di Automazione e Organizzazione sanitaria al Politecnico di Milano, nel libro *Sanità e salute: un conflitto di interesse* (edito da **Franco Angeli**). «Nel primo viene privilegiata la scelta libera del cittadino di andarsi a curare dove crede, in relazione alle proprie possibilità economiche. Nei secondi è lo Stato che se ne occupa. Ma questa dicotomia storica non sembra più in grado di descrivere l'attualità, che è fatta di molti soggetti operanti». Ad affliggere il sistema americano non sono solo i milioni (circa 40, fino ad oggi) di cittadini privi di copertura assicurativa. Janet Corrigan, presidente della Ong National quality forum, ha denunciato recentemente al *Washington Post* che anche i casi di malasanità sono in aumento nel Paese: se dieci anni fa un rapporto intitolato "Errare è umano" dell'Institute of Medicine stimava fino a 98 mila i casi di pazienti morti ogni anno per errori medici, «oggi riteniamo che la cifra sia superiore alle 100 mila unità», ha spiegato Janet Corrigan.

Ma la sanità americana pre-riforma, notoriamente affidata in larga parte ai privati, è davvero da buttare? «Nei confronti del sistema degli Stati Uniti ci sono molti pregiudizi», spiega Edwin Morley Fletcher, docente di Politiche pubbliche del *welfare* all'Università La Sapienza di Ro-

SISTEMI SANITARI A CONFRONTO

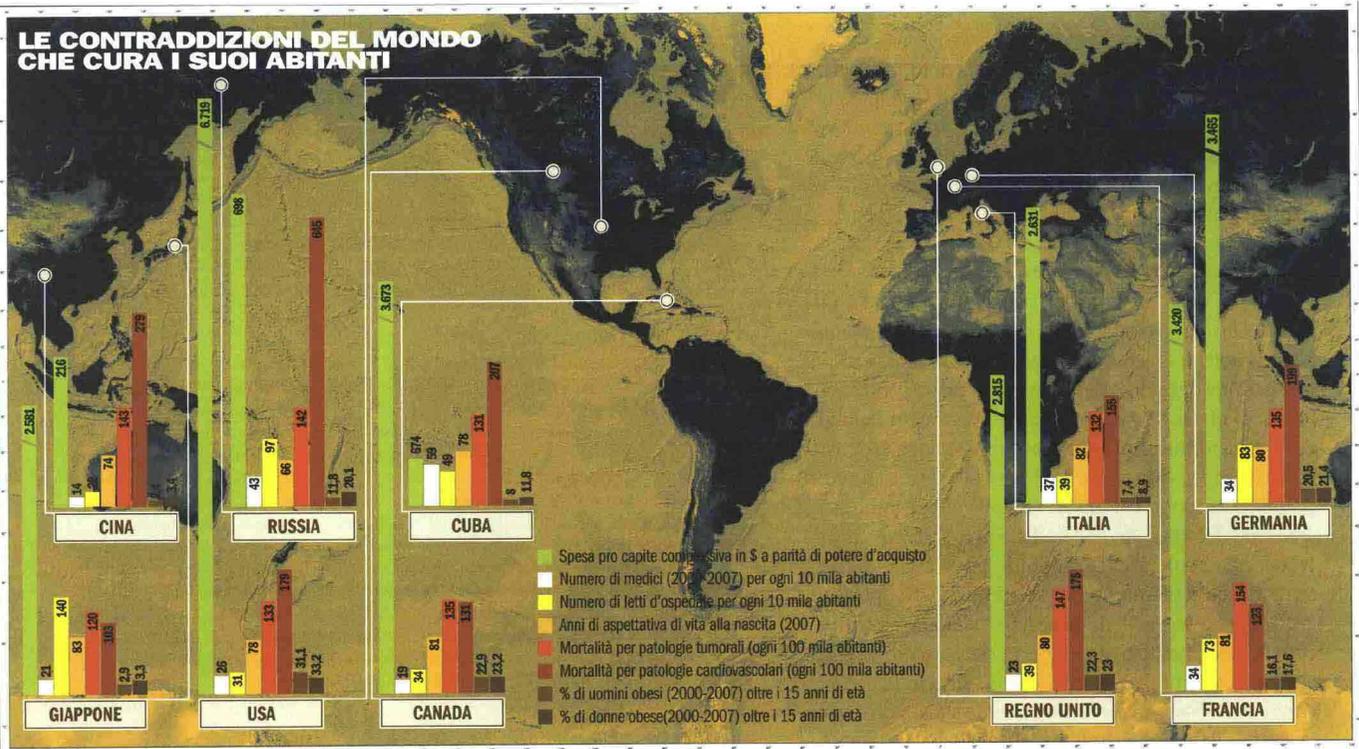
USA

LA SPESA PIU' CARA, CON LA RIFORMA LA COPERTURA SARÀ UNIVERSALE

Ad oggi (non considerando la riforma sanitaria di Barack Obama) negli Usa su 285 milioni di abitanti circa 190 milioni possiedono un'assicurazione sanitaria. Circa il 15% non ha invece copertura: la maggior parte di loro vive nel sud-ovest del Paese e ha meno di 65 anni (età in cui scatta la copertura Medicare, che copre 40 milioni di anziani e che rappresenta circa il 18% della spesa negli Usa); il 36% ha inoltre un reddito inferiore ai 25 mila dollari. Oltre agli anziani, anche chi ha un reddito particolarmente basso può contare su un aiuto statale: il programma Medicaid assiste 41 milioni di persone, per una spesa di 244 miliardi di dollari nel 2002: il 57% a carico dello Stato federale, il 43% a carico dei singoli Stati. Infine esiste il servizio Ship, che copre oltre 5 milioni di giovani. Insomma: prima della riforma la coperta sanitaria *made in Usa* non sembra troppo corta quanto piuttosto "bucata" al centro: si può dire, semplificando un po', che a farne le spese è, infatti, la *middle class* non anziana, né troppo giovane. In generale negli Usa negli anni scorsi la spesa sanitaria è stata altissima: secondo l'Ocse pubblico e privato finanziano il sistema per il 16% del Pil, pari, riferiscono le statistiche dell'Oms, a 6.719 dollari (a parità di potere d'acquisto). Per il 2009 si parla di un costo complessivo pari a circa 2.500 miliardi di dollari: il 17,3% del Pil. Eppure la cifra fino ad oggi non ha garantito cure a tutta la popolazione. E nella classifica della mortalità infantile, gli Usa sono al 29° posto tra le 37 nazioni più industrializzate. →

LE CONTRADDIZIONI DEL MONDO CHE CURA I SUOI ABITANTI

Fonte: WORLD HEALTH STATISTICS 2009 - ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ



LA SPESA SANITARIA [PUBBLICA E PRIVATA] NEI PAESI DELL'OCSE

■ Spesa pubblica
■ Spesa privata

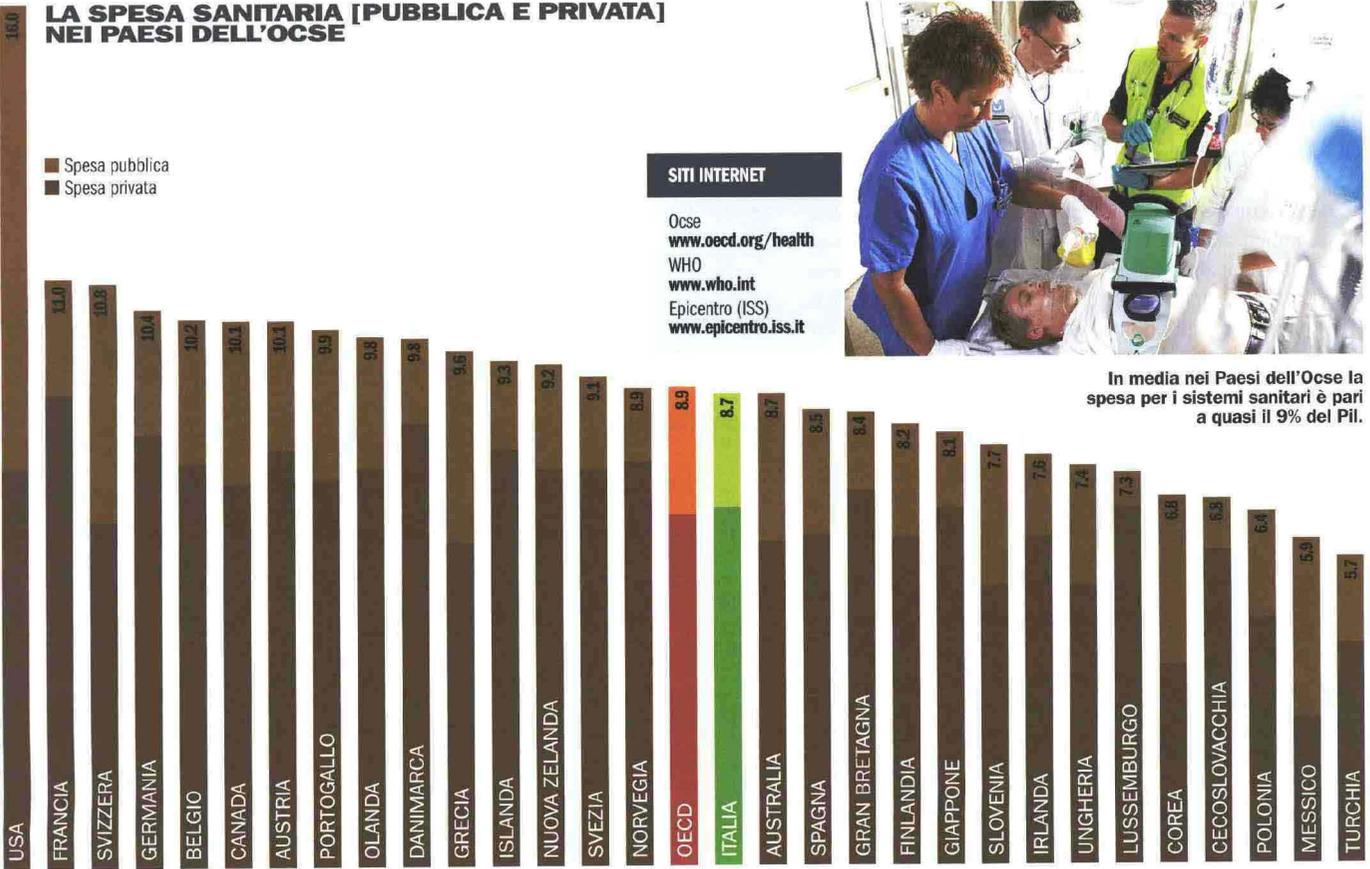
SITI INTERNET

Ocse
www.oecd.org/health
 WHO
www.who.int
 Epicentro (ISS)
www.epicentro.iss.it



In media nei Paesi dell'Ocse la spesa per i sistemi sanitari è pari a quasi il 9% del Pil.

Fonte: OECD HEALTH DATA 2009, OECD (HTTP://WWW.OECD.ORG/HEALTH/HEALTHDATA)



ma. «Certamente esistono delle criticità di fondo, ma un sistema che integra l'apporto privato con le regole pubbliche può funzionare molto bene. Lo dimostrano Svizzera e Olanda, che, ad esempio, obbligano le compagnie a consentire di stipulare polizze a tutti i cittadini a prescindere dal rischio assicurativo che ciò comporta».

Spesa pubblica insostenibile

L'impianto della riforma ideata dal governo guidato da Barack Obama sembra ispirarsi proprio ai due Paesi europei. I problemi americani, però, non sono solo legati all'erogazione delle prestazioni. A preoccupare sono anche i costi: la quota di spesa pubblica americana in rapporto al Pil negli ultimi anni è stata più ampia di quella di molti Stati europei. «Ma anche per i Paesi più legati al servizio pubblico l'apporto dei privati sarà inevitabile in futuro», sottolinea Fletcher. «In Italia, ad esempio, se la crescita del Pil è mediamente di circa un punto percentuale, la spesa sanitaria aumenta molto più velocemente. Nei prossimi anni si potrà scegliere di proseguire con prelievi ingiusti come quelli effettuati attraverso i *ticket*, oppure scegliere altri meccanismi perequativi, come i sistemi delle franchigie o dei *bonus-malus*». Altra grande sfida, poi, è quella legata alle nuove tecnologie informatiche. «Obama ha stanziato a febbraio del 2009 ingenti somme di denaro per la digitalizzazione delle strutture sanitarie: è il più grande investimento al mondo di informatica applicata alla sanità», prosegue Fletcher.

I medici raccontano

La realtà dei Paesi più ricchi del mondo l'hanno raccontata gli stessi medici. Un'indagine condotta in quattro Paesi europei (Gran Bretagna, Italia, Norvegia e Svizzera) e pubblicata da BMC Health Services Research ha mirato a chiedere ai dottori di raccontare le situazioni dei loro Paesi. Il risultato è un quadro complesso: nonostante le quattro nazioni offrano tutte un sistema sanitario a copertura universale, esso non garantisce tutte le terapie. Molti interventi sono pagati, in tutto o in parte, dai cittadini, che sborsano in media 200 dollari in Gran Bretagna e addirittura 1.085 dollari in Svizzera. Il 50,5% degli

intervistati, inoltre, ritiene che l'accesso ai servizi sanitari non sia paritario. Il 78% individua almeno una categoria di pazienti che, per ragioni economiche, rischia di dover rinunciare a un'adeguata assistenza medica. Si tratta soprattutto di malati mentali, immigrati, anziani e malati cronici. I più bisognosi insomma. ■

Al momento della stampa di questo numero di *Valori* è giunta dagli Usa la notizia che il provvedimento di riforma sanitaria dovrà essere sottoposto ad una nuova votazione per irregolarità procedurali.

LIBRI



Marcello Crivellini
Sanità e salute:
un conflitto d'interesse
I sistemi sanitari
dei maggiori
paesi europei
e degli Stati Uniti
Franco Angeli, 2004

A CONFRONTO

→ Con la riforma, la spesa pubblica supererà il 50% del totale: si prevede un costo di 940 miliardi di dollari nei prossimi 10 anni, che consentirà a circa 32 milioni di cittadini americani che oggi non hanno accesso alle cure mediche di sottoscrivere una polizza assicurativa con una compagnia privata, grazie a finanziamenti pubblici e incentivi. Il testo impone inoltre nuove regole (vincolanti) per le compagnie assicurative che non potranno negare la copertura a nessuno, neppure a chi sia affetto da malattie croniche (come accade oggi).

GRAN BRETAGNA

COPERTURA TOTALE NEL "QUASI MERCATO"

Nel Regno Unito nacque il primo servizio sanitario del mondo, il National Health Service (NHS), nel 1946. Sebbene si tratti di un sistema a copertura "totale", è presente una forma di cosiddetto "quasi mercato", che consente al NHS di "appoggiarsi" alla rete privata. E al Paese di rimanere in Europa quello che spende meno, per la sanità in percentuale sul Pil: l'8,4% del Pil britannico, oltre un punto in meno della media europea, e mezzo in meno rispetto alla media dei Paesi Ocse. La spesa pro-capite è invece pari a 2.815 dollari a parità di potere d'acquisto, contro gli oltre 3.400 di Francia e Germania (l'Italia è a quota 2.631). Circa l'80% della spesa è costituita da capitali pubblici, e di questa oltre un quarto è finanziata attraverso la tassazione generale. Si tratta dunque di un sistema prevalentemente pubblico, ma le cui strutture, dopo le riforme di Margaret Thatcher degli anni '90, non sono più a gestione e proprietà statale, ma vendute a fondazioni autonome (i *trust*, che devono raggiungere un ritorno del 6% del capitale investito, ovvero il *Capital Cost Absorption*). I medici, inoltre, non sono dipendenti pubblici, ma professionisti privati, in una logica appunto di "quasi mercato". Va detto, però, che il numero di letti è più basso della media europea: meno della metà che in Germania, ad esempio. Nel 2000 il 70% circa degli studi medici era collegato al NHS, anche se il numero di dottori operanti è tradizionalmente basso rispetto al resto d'Europa: 1,7 medici per mille abitanti, contro una media di 3,5 (in Italia sono quasi 6). Il settore privato "puro" ha un peso minore in Gran Bretagna: in termini di posti letto vale il 5% del totale, ed è in mano a pochi grandi gruppi.

FRANCIA

LA SPESA PIÙ ALTA DOPO GLI STATES

Insieme a Germania e Svizzera è uno dei Paesi più esposti dal punto di vista della spesa sanitaria: in percentuale sul Pil il costo complessivo del sistema è pari all'11%, secondo tra i Paesi Ocse solo agli Stati Uniti, con oltre un quarto della spesa a carico dello Stato. Il che equivale a 3.420 dollari pro capite. La gestione del servizio è affidata, in prima istanza, all'Assemblea nazionale e al governo, che si avvalgono di una rete di uffici di controllo e programmazione decentrate che agiscono sul territorio. Ogni anno il Parlamento approva infatti la spesa nazionale sanitaria nell'*Objectif National des Dependances d'Assurances Maladies (Ondam)*. La maggior parte delle strutture sono pubbliche e dal 1 gennaio 2000 è stata introdotta la *Couverture Medicale Universelle*, che affianca il sistema assicurativo, che è obbligatorio ma orientato prevalentemente a forme integrative, regolato da leggi, controllato dallo Stato e basato sull'appartenenza professionale. Così ad esempio i lavoratori del commercio e dell'industria, l'80% del totale, fanno riferimento alla Cassa nazionale d'assicurazione per i lavoratori salariati (Cnamts), mentre gli agricoltori sono coperti dalla Mutualità sociale agricola (MSA). Non c'è molta libertà di scelta, dunque, se non quella di rivolgersi al medico che si preferisce, che però applicherà un tariffario di riferimento per i rimborsi. Va detto però che i cittadini pagano direttamente molti dei servizi a cui accedono, e vengono rimborsati solo successivamente.

SVIZZERA

ASSICURAZIONI OBBLIGATORIE, MA REGOLATE

La sanità elvetica si basa su un sistema assicurativo obbligatorio: le polizze sono fornite da una delle compagnie (casse malattie) autorizzate, alle quali è possibile aggiungere una polizza integrativa. In ogni caso i rapporti sono fortemente regolati a livello federale o cantonale. Le assicurazioni, infatti, hanno degli obblighi: non possono rifiutarsi di accettare alcun assicurato per via, ad esempio, delle patologie pregresse, né è possibile ottenere profitti dall'assicurazione obbligatoria di base. Il "rischio assicurativo" deve essere infatti calcolato su base cantonale e non individuale; inoltre sono presenti forti vincoli sui prezzi da applicare e sulle prestazioni da garantire. Chi opera anche nel campo delle "integrative", infine, è tenuto a separare i due settori di attività. Una serie di condizioni che, di fatto, hanno scoraggiato la maggior parte delle grandi compagnie, convincendole a non entrare nel settore delle polizze obbligatorie (il cui segmento risulta, di fatto, non-profit): queste ultime presentano dunque come attori quasi solo le vecchie casse malattia. Nel Paese operano sia ospedali pubblici che privati: questi ultimi hanno rapporti contrattuali con il sistema delle assicurazioni; i primi ricevono finanziamenti extra dallo Stato. L'obiettivo è di garantire ai cittadini una copertura totale ma, soprattutto, la libertà di scegliere il tipo di prestazioni e l'assicuratore. Ciò ha portato la spesa complessiva della sanità svizzera a livelli molto alti: il 10,8% del Pil, terzo dato dei Paesi Ocse, ma essendo una parte importante (circa il 40%) a carico del sistema privato, ciò comporta che la spesa pubblica, in realtà, è una delle più basse d'Europa.