



Foto: iStockphoto.com/webphotographer

I sistemi sanitari nelle democrazie occidentali

Evoluzioni e prospettive di modelli di *welfare* in continua tensione tra garantismo ed esigenze di bilancio.

di Francesca Moretti

L'evoluzione storica della sanità, il progressivo impegno delle nazioni a realizzare, con lo stato sociale, servizi sanitari in grado di rispondere alla domanda di salute della popolazione, l'acquisizione di una coscienza circa le dimensioni sociali coinvolte nei fenomeni salute-malattia, hanno avuto espressioni a volte molto diverse nelle varie democrazie occidentali. I dibattiti internazionali degli ultimi cinquant'anni si sono spesso soffermati sulla salute intesa come un diritto fondamentale e sulla necessità di predisporre servizi di assistenza sanitaria idonei a garantirne la tutela.

La definizione di salute prodotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), nel Congresso internazionale sulla promozione della salute di Ottawa (17-21 novembre 1986), riassume e sintetizza quest'impegno. La Carta di Ottawa afferma che per conseguire uno stato di completo benessere fisico, mentale e so-

ciale, l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvi. La salute deve essere quindi vista come una risorsa sociale e personale, oltre che fisica; la conseguenza è che la sua promozione non è responsabilità esclusiva del settore sanitario, ma rientra in un disegno di più ampio respiro che mira ad assicurare le condizioni personali e di ambiente che permettano all'individuo di dispiegare al massimo la propria personalità e le proprie attitudini. Ciò non toglie che l'esistenza di un diritto alla tutela della salute vada comunque valutato in termini di diritto alla prestazione sanitaria.

I sistemi sanitari dei vari stati si differenziano fortemente, in termini di rapporto tra intervento pubblico e intervento privato, nella distribuzione delle funzioni

tra i diversi soggetti che operano nel settore, nonché – e soprattutto – nei meccanismi di finanziamento. Così si individuano modelli centralizzati e modelli che gradualmente hanno intrapreso la strada della *devolution*, mettendo in discussione la distribuzione delle responsabilità tra i diversi livelli di governo; sistemi prevalentemente pubblici e sistemi basati su meccanismi di assicurazione privata, o ancora su forme di assicurazione sociale obbligatoria. Le soluzioni che possono generarsi sono le più disparate, ma non sempre riescono ad assicurare la realizzazione del diritto alla tutela della salute.

L'esperienza europea ha visto soprattutto lo svilupparsi di sistemi sanitari nazionali; pioniere dell'affermazione predominante di questo modello è stato il Regno Unito, che lo ha introdotto con il *National Health Service Act* del 1946, entrato in vigore nel 1948, che garantisce

“ L'esistenza di un diritto alla salute va comunque valutato in termini di diritto alla prestazione sanitaria ”

un'ampia assistenza gratuita su numerosi servizi sanitari, i quali vengono largamente finanziati con la tassazione generale.

Negli stessi anni, in Italia la Costituzione repubblicana ha introdotto e valorizzato il diritto alla salute, attraverso la

	FRANCIA	REGNO UNITO	ITALIA	GERMANIA	STATI UNITI
Popolazione	61.330.000	60.512.000	58.779.000	82.641.000	302.841.000
Pil pro capite	33.740	35.580	30.550	31.830	44.260
Spesa totale per la sanità (pro capite)	3.314	2.597	2.474	3.250	6.350
Totale spese nella sanità in % del Pil	11,2%	8,2%	8,9%	10,7%	15,2%

Fonte: Oms (2007)

previsione, all'art. 32, della sua necessaria tutela come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, anche mediante la prestazione di cure gratuite agli indigenti; previsione che ha trovato una sua concreta attuazione solo nel 1978, con l'emanazione della legge 833 e l'implementazione del Sistema sanitario nazionale. In precedenza l'assistenza sanitaria era garantita da enti mutualistici – tra i quali l'Istituto nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (Inam) – ciascuno dei quali era competente per una determinata categoria di lavoratori, obbligatoriamente iscritti, i quali potevano fruire delle cure mediche e ospedaliere finanziate con i contributi versati dagli stessi e dai datori di lavoro.

L'esigenza di estendere tale garanzia a tutti i cittadini, a prescindere dal loro

status di lavoratore e indipendentemente dalle esigenze di finanza pubblica, ha portato all'istituzione di un sistema sanitario generalizzato e gratuito nelle sue prestazioni basilari. Il legislatore costituzionale ha posto con grande chiarezza in capo allo stato la responsabilità di assicurare a tutti i cittadini il diritto alla salute mediante un forte sistema di garanzie, attraverso livelli essenziali di assistenza, e nello stesso tempo ha affidato alle regioni la responsabilità diretta della realizzazione, del governo e della spesa necessaria al raggiungimento degli obiettivi di salute del paese. Alla base di questa scelta vi è il "principio di sussidiarietà", che vede la necessità di porre le decisioni più vicino al luogo in cui nasce il bisogno e quindi al cittadino e alla comunità locale.

All'esperienza di Regno Unito, Italia e Spagna si è affiancata quella di Germania e Francia che hanno, invece, optato per un sistema sanitario "misto", che vede la compartecipazione al finanziamento dello stato e dei piani di assicurazione sociale obbligatoria. Il modello francese, in particolare, considerato dall'Oms il migliore al mondo, consente la copertura totale dei costi di numerose prestazioni mediche ordinarie, con la previsione di rimborsi, via via decrescenti, per prestazioni non essenziali. I lavoratori versano parte del proprio salario nella *Securité Sociale*, un fondo gestito centralmente e separatamente dalle altre voci di spesa dello stato, a integrazione del quale si affianca, per la maggior parte dei cittadini francesi che decidono discrezionalmente di sottoscrivere, anche un'assicurazione aggiuntiva versata ad associazioni professionali, dette *mutuelles*. L'attuale governo francese ha da poco approvato una riforma che apporta modifiche sostanziali al sistema sanitario nazionale. L'insieme di tali modifiche avvicina sensibilmente il sistema d'Oltralpe a quello italiano, rispondendo innanzitutto, come fu per il nostro d.lgs.

502 del 1992, all'urgenza di adeguare ogni settore di competenza dello stato ad esigenze di bilancio sempre più pressanti. In effetti la sanità pubblica francese è stata fin qui estremamente dispendiosa per lo stato, soprattutto a causa di abusi prevedibili ma non facilmente controllabili.

Il ruolo dello stato centrale resta sostanzialmente invariato: esso è il garante dei principi fondamentali del sistema sanitario, fissandone gli obiettivi capitali e irrinunciabili. Ora si interviene in modo massiccio non solo sugli organi di gestione della sanità, ma anche e soprattutto sul suo reale e quotidiano funzionamento: in particolar modo con l'introduzione del medico di base, al quale ci si dovrà preventivamente e necessariamente rivolgere prima di poter ricorrere a uno specialista, eliminando l'onere di questa più costosa prestazione che, in precedenza, veniva comunque totalmente o parzialmente rimborsata.

Infine, si presenta il preoccupante scenario offerto dalla sanità degli Stati Uniti, ancorati a piani di assicurazione privata, spesso troppo dispendiosi. Le differenze sociali ed economiche sono una parte integrante della società americana e sono replicate nell'impossibilità di godere del diritto di accedere al sistema di assistenza sanitaria di larghe fasce della popolazione. Le trasformazioni della struttura produttiva del paese, con la diffusione di micro-imprese e del lavoro precario, hanno portato a una costante diminuzione del numero dei dipendenti assicurati, indebolendo ulteriormente uno dei principali pilastri della sanità statunitense, legato all'assicurazione privata basata sull'impiego. E l'adozione di un sistema sanitario nazionale negli Stati Uniti rimane ancora un miraggio.

Le statistiche diffuse dall'Oms rendono chiaro il quadro della sanità nei paesi occidentali, e vedono gli Stati Uniti posizionati al 37° posto, con Francia e Ita-

I migliori servizi sanitari nazionali

1	Francia
2	Italia
3	San Marino
4	Andorra
5	Malta
6	Singapore
7	Spagna
8	Oman
9	Austria
10	Giappone
...	
18	Regno Unito
...	
25	Germania
...	
37	Stati Uniti

Fonte: Oms (2007)



Il sistema sanitario pubblico migliore del mondo è, secondo l'Oms, quello francese. Il secondo in graduatoria è quello del nostro paese; eppure gli italiani sono molto meno soddisfatti degli inglesi della loro sanità.

stanza soddisfatti). I livelli di soddisfazione maggiore si registrano, quindi, nei due paesi in cui il sistema della protezione sanitaria è fondato sulle assicurazioni sociali obbligatorie, mentre i due paesi in cui si registrano i livelli di insoddisfazione maggiore e le richieste di ristrutturazione più marcate – Italia e Regno Unito – sono quelli dotati di un sistema sanitario nazionale.

I sistemi sanitari occidentali negli ultimi anni sono stati oggetto di processi di riforma

di copertura pubblica basati su globalità, universalismo e gratuità di accesso.

Dall'altro si aggiunge l'emergere di richieste sempre nuove e "informate" da parte degli utenti, con l'affermarsi di modelli di consumo sempre più ricchi, che favoriscono la replica anche in sanità di modelli di consumo tipici di altri mercati. Da un punto di vista operativo, questo ha portato alla tendenziale implementazione, anche nel settore pubblico della sanità, di modelli manageriali tipicamente privatistici, mediante lo sviluppo di logiche di programmazione e di controllo, l'utilizzo di contabilità analitica e *budget* per la ricerca di migliori condizioni di efficienza ed efficacia.

Attualmente i sistemi sanitari devono far fronte a una domanda crescente di forme assistenziali innovative e ad elevato contenuto tecnologico, generando un'esigenza di equilibrio tra l'incremento della tecnologia e i bisogni assistenziali dei pazienti. Così, mentre in passato le politiche sanitarie erano, in prima istanza, concentrate sulla valutazione degli *standard* organizzativi e solo in seconda istanza sull'appropriatezza delle procedure diagnostiche e terapeutiche e sui risultati finali degli interventi, oggi diviene sempre più importante orientare le scelte politiche verso esigenze assistenziali più complesse e focalizzate all'efficacia degli interventi, oltre alla diffusione di prime esperienze attuate attraverso metodi e procedure dell'*health technology assessment*.

La salvaguardia della salute, come risorsa essenziale di ogni individuo, va quindi incontro a sfide sempre più com-

lia ad aprire il *ranking*, e Regno Unito e Germania comunque fuori dalla *top ten* (vedi tabella a pag. 35). I criteri uti-

importanti. Essi si sono caratterizzati per un progressivo decentramento di funzioni che in passato erano gestite direttamente dai livelli politici o dal governo centrale. I fattori di spinta che hanno portato a questo necessario mutamento sono molteplici e comuni alle varie esperienze europee.

Da un lato la crisi fiscale dei sistemi di *welfare*, che ha dato luogo a diverse proposte volte a porre rimedio a una dinamica che vede una divaricazione crescente tra i bisogni che si vorrebbero soddisfare e le possibilità economiche – e politiche – di provvedere a un adeguato finanziamento dei servizi. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della cronicità, le disponibilità tecniche sempre più sofisticate e una definizione di salute che tende a caratterizzarsi per confini sempre più ampi, sono tutti motivi di crescente difficoltà per il finanziamento dei sistemi

“ Gli italiani, il cui sistema sanitario è collocato al secondo gradino della classifica mondiale, sono altamente insoddisfatti ”

plesse, non agevolata dai processi di invecchiamento della popolazione, dalla tecnologia in rapida evoluzione, nonché dalla difficoltà di contemperare, in merito ai paesi europei, questo tipo di interventi alquanto dispendiosi con il rispetto dei vincoli fissati dal Trattato di Maastricht sul contenimento del disavanzo e del debito pubblico. Sfide che dovranno necessariamente essere superate, perché il diritto alla tutela della salute sia svincolato dalla capacità di spesa di ciascuno e sia legato semplicemente all'esistenza umana. ■

lizzati dall'Organizzazione mondiale della sanità coinvolgono diversi fattori, quali il generale livello di salute della popolazione, la presenza di disuguaglianze nel grado di sanità nei diversi strati sociali, la distribuzione del carico finanziario; tuttavia, l'*assessment* non è sempre rispondente alla percezione che il cittadino-utente ha della qualità del servizio sanitario fruito: i più soddisfatti sono i francesi (10% molto soddisfatti e 55,1% abbastanza soddisfatti) e i tedeschi (12,8%; 53,2%), mentre gli italiani, il cui sistema sanitario è collocato al secondo gradino della classifica mondiale, sono altamente insoddisfatti (0,8%; 15,5%), mentre si risale nel Regno Unito (7,6% molto soddisfatti e 40,5% abba-