

**MODELLI DI GESTIONE DEI SERVIZI SANITARI DI BASE IN UNA  
PROSPETTIVA DI CONFRONTO TRA SISTEMI SANITARI EUROPEI:  
LE PECULIARITÀ DEL CASO SPAGNOLO**

**MARIA DEL PILAR FERNÁNDEZ DEL RIO**

**REMO ARDUINI**

Working Paper n. 2009-02

GENNAIO 2009

**u n i m i** UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO



***DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE AZIENDALI E STATISTICHE***

Via Conservatorio 7  
20122 Milano

tel. ++39 02 503 21501 (21522) - fax ++39 02 503 21450 (21505)

<http://www.economia.unimi.it>

E Mail: [dipeco@unimi.it](mailto:dipeco@unimi.it)

Lavoro presentato alla prima conferenza annuale *Espanet Italia 2008*:  
*Le politiche sociali in Italia nello scenario europeo*, Ancona, 6-8 Novembre 2008

Publicazione depositata ai sensi della L. 106/15.4.2004 e del DPR 252/3.5.2006

# Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari europei: le peculiarità del caso spagnolo

Maria del Pilar Fernández del Rio (\*)      Remo Arduini (\*\*)

(\*)Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università degli Studi di Milano;  
Corresponding author: email mariapilar.fern@gmail.com

(\*\*)Dipartimento di Scienze Economiche, Aziendali e Statistiche. Università degli Studi di Milano;  
email remo.arduini@unimi.it

## Abstract

*L'obiettivo del nostro lavoro è sviluppare le basi di un confronto tra sistemi sanitari europei avendo come oggetto specifico le modalità di organizzazione ed articolazione della figura e del ruolo dei General Practitioner o medici di base. La ragione del nostro interesse deriva dalla presenza di modelli diversificati e dalla rilevanza dell'impatto di diverse articolazioni (si pensi ad esempio alla presenza o meno di un ruolo di "gatekeeping" rispetto ai servizi specialistici) sull'entità della spesa sanitaria e sui modelli di organizzazione e funzionamento delle strutture ospedaliere (un esempio, riguarda l'area del pronto soccorso, spesso intasata per supplire a carenze della rete dei medici di medicina generale). Nel paper, sono analizzati in chiave comparata i servizi sanitari di sei paesi europei: il Regno Unito, la Francia, la Germania, la Spagna, la Danimarca e l'Italia. La scelta di questi sei paesi è motivata dalla molteplicità di modelli da essi adottati. Il Regno Unito, paese promotore del sistema Beveridge nel 1948, in seguito la Danimarca (1973), l'Italia (1978), e la Spagna (1986), hanno progressivamente modificato il loro sistema passando da un sistema di assicurazione sociale (Bismark) a un sistema universale finanziato attraverso la fiscalità; al contrario, la Francia e la Germania hanno conservato il modello bismarckiano però inserendo modifiche significative, come ad esempio la copertura universale per malattia in Francia (2000). Nella varietà rientrano alcuni **elementi di sfondo dei sistemi** prescelti. Il Regno Unito, ad esempio, è spesso citato come modello d'ispirazione per il sistema sanitario italiano, la Francia è stata dichiarata dall'OMS il paese con il miglior sistema sanitario, la Germania conserva uno dei livelli di spesa più elevati, la Spagna ha attivato una particolare forma di erogazione dell'assistenza di base attuando dei team multidisciplinari, infine, la Danimarca come modello di paese che ha un sistema di Welfare orientato alla cosiddetta flexsecurity, altro modello d'ispirazione di alcune proposte di riforma italiane. Ci concentriamo, infine, sul caso spagnolo che rappresenta un interessante esempio d'innovazione nelle logiche di presidio dell'area della medicina di primo livello.*

**Keywords:** European health system, primary care, general practitioner, Spanish health system.

**JEL Codes:** I18

## INDICE

	<b>Pag.</b>
<b>1. Introduzione</b>	<b>3</b>
<b>2. L'evoluzione del sistema sanitario italiano e le principali criticità</b>	<b>3</b>
<b>3. I modelli di sanità di sei paesi europei</b>	<b>4</b>
3.1. <i>I modelli Bismarck e Beveridge</i>	4
3.2. <i>Le principali caratteristiche dei diversi sistemi di assistenza sanitaria</i>	5
3.3. <i>La Francia</i>	6
3.4. <i>La Germania</i>	7
3.5. <i>La Danimarca</i>	7
3.6. <i>L'Italia</i>	8
3.7. <i>La Spagna</i>	9
3.8. <i>Il Regno Unito</i>	10
3.9. <i>Alcune riflessioni sui modelli sanitari a confronto</i>	11
3.10. <i>Confronto tra i sistemi sanitari</i>	13
<b>4. La medicina generale o di famiglia in chiave comparativa</b>	<b>15</b>
4.1. <i>La Francia</i>	15
4.2. <i>La Germania</i>	16
4.3. <i>La Danimarca</i>	16
4.4. <i>L'Italia</i>	17
4.5. <i>La Spagna</i>	17
4.6. <i>Il Regno Unito</i>	18
<b>5. La medicina di famiglia in Spagna</b>	<b>19</b>
5.1. <i>Nascita della medicina di famiglia come specializzazione</i>	19
5.2. <i>I livelli di assistenza sanitaria</i>	21
5.3. <i>Il contratto/programma</i>	21
5.4. <i>Personale</i>	21
5.5. <i>Il funzionamento organizzativo</i>	22
<b>6. Conclusioni</b>	<b>24</b>
<b>Bibliografia</b>	<b>25</b>

## 1. Introduzione

Le pressioni sui sistemi sanitari in Europa hanno condotto a una crescente attenzione al bilanciamento tra costi e risultati che si è inizialmente concentrato in particolare sul miglioramento nella gestione delle grandi strutture ospedaliere e nell'acquisizione di un controllo diverso sulle politiche di farmaco-economia. Anche in Italia, la regionalizzazione della Sanità ha dato origine a un interessante processo d'innovazione istituzionale che ha progressivamente fatto emergere modelli regionali diversi e accentuato peraltro le pre-esistenti differenziazioni. Anche le sperimentazioni regionali, tuttavia, hanno ad oggi lasciato sostanzialmente inalterato il modello di risposta sanitaria di base, articolato in generale sul modello del singolo medico di base.

Questo modello, tuttavia, appare poco coerente con lo sviluppo auspicato da parte di alcune amministrazioni regionali di un vero e proprio sistema di quasi mercato nella sanità, perché spostano in modo eccessivo il baricentro sull'efficienza e redditività delle prestazioni in capo alle strutture ospedaliere e specialistiche, non favorendo un'acquisizione di una maggiore capacità da parte del cittadino di trovare una risposta intermedia tra quella del medico generico (per sua stessa natura un non specialista) e quella della struttura ospedaliera. E' nostra convinzione che il modello del quasi mercato nei servizi sanitari richieda una diversa concezione del rapporto tra sanità primaria e specialistica, liberando le strutture ospedaliere (in particolare quelle pubbliche) dal peso che deriva dall'esigenza di strutturarsi per una risposta generalista a fronte di un primo livello di sanità affidato a figure singole e prive di strutture dirette di riferimento.

In questo lavoro, analizzeremo in chiave comparativa la struttura del sistema sanitario di sei paesi europei e ci concentreremo sul modello di organizzazione della sanità primaria. Abbiamo inoltre scelto di fornire una particolare panoramica del sistema spagnolo, poiché in esso sono presenti elementi utili al ripensamento del modello di organizzazione della medicina di base.

## 2. L'evoluzione del sistema sanitario italiano e le principali criticità

Un problema ancora aperto nei paesi europei e nordamericani è il controllo della dinamica della spesa sanitaria rispetto alla crescita del PIL.

Nel 1992, la spesa sanitaria complessiva era, negli USA, il 14% del PIL, mentre in Gran Bretagna era pari al 7,1% e, in Italia, aveva raggiunto l'8,5% del PIL.

Le principali cause di tale aumento sono da ricercare:

1. nel notevole invecchiamento della popolazione;
2. nel costo crescente delle tecnologie;
3. nell'elevato contenuto dei servizi delle prestazioni che consente un limitato aumento della produttività;
4. alla crescita della domanda di salute, che aumenta più che proporzionalmente rispetto al reddito.

Limitatamente alla situazione italiana, le conseguenze dell'invecchiamento della popolazione e quindi dell'aumento della spesa sanitaria per fronteggiare le patologie croniche e le disabilità sono testimoniate dalle previsioni sulla composizione per età della popolazione: nel 2020, il 23% della popolazione italiana avrà più di 65 anni.

Il secondo fattore che determina l'aumento della spesa sanitaria riguarda il progresso tecnologico dai nuovi farmaci alle nuove attrezzature che propone nuovi trattamenti diagnostico-terapeutici più efficaci, ma anche più costosi.

La dinamica della spesa sanitaria, nell'ambito di un contesto di crescita della spesa pubblica non adeguatamente compensata dalle entrate, ha dilatato, in modo continuativo e via via crescente, i disavanzi del bilancio degli stati europei e nordamericani.

Ciò ha indotto le autorità di governo, tra la fine degli anni 80 e i primi anni 90, ad assumere provvedimenti e riforme tese a controllare la spesa [1].

Innanzitutto, sono state adottate misure di tipo restrittivo sul versante dell'offerta e si è limitato l'aumento nell'erogazione e nella copertura finanziaria delle prestazioni.

Successivamente, è stato approfondito il razionamento dell'offerta attraverso la distinzione e quindi separazione tra prestazioni essenziali con copertura pressoché totale con risorse pubbliche dalle prestazioni ritenute aggiuntive, i cui costi sono a carico degli utenti.

Un'altra politica, che è stata seguita dalla maggioranza dei paesi, in particolare di quelli dotati di un servizio sanitario nazionale, riguarda il progressivo decentramento dei poteri e delle responsabilità a livello locale, in genere regionale: questo trasferimento dall'alto verso il basso ha contribuito in molti casi al rafforzamento del livello di governo regionale.

In molti paesi, anche se non in tutti, la scelta di decentrare è stata accompagnata dall'introduzione di meccanismi di competizione amministrata. Nei paesi in cui questo è avvenuto, il decentramento sanitario e l'aziendalizzazione si sono venuti ad intrecciare e a sostenere reciprocamente [2].

L'esempio più importante di riforma del sistema sanitario è stato quello inglese, anche perché ha introdotto; "metodi alternativi alla creazione di standard di servizio per ottenere un servizio più efficiente. La riforma di creare un mercato interno della salute in cui le funzioni di acquisto e di fornitura dei servizi saranno completamente differenziati" [3].

Nei primi anni 90, nascono nel Regno Unito i quasi-mercati che vengono fortemente osteggiati, in un primo tempo, da una parte politica inglese, cioè i laburisti, ma in un secondo tempo, con l'avvento di Tony Blair, vengono fatti propri dai governi laburisti [4].

La riforma adottata in Italia, in particolare la Lombardia, si ispira, in parte, al modello inglese [2, 3, 5].

Per quanto riguarda la medicina generale, le diverse riforme nazionali sono state finalizzate: "dall'esigenza di migliorare il rapporto costi/efficacia del sistema mantenendo un livello di spesa compatibile con gli obiettivi generali di politica economica" [6].

Gli strumenti più utilizzati sono stati:

- il contenimento della domanda;
- la de-ospedalizzazione degli interventi a favore dell'attività ambulatoriale e domiciliare;
- il contenimento della spesa farmaceutica

L'Italia si muove in questo contesto, anche se con tempi più lenti nell'applicazione dei provvedimenti:

- a) nuovi ruoli previsti per i medici di medicina generale a seguito della regionalizzazione del S.S.N (sistema sanitario nazionale);
- b) nuova convenzione tra il S.S.N e i medici di medicina generale;
- c) costituzione di forme di aggregazione dei medici di medicina generale;
- a) avvio di sperimentazioni che prevedono forme di tetti di spesa o budget di risultati attesi. [6]

Con la firma della nuova convenzione si sono aperte opportunità nel campo della sperimentazione di nuovi modelli di gestione della medicina generale, che, a tutt'oggi, non è ancora definita una vera e propria riforma della medicina generale: stiamo ancora sperimentando dopo 15 anni dell'introduzione dell'aziendalizzazione delle strutture sanitarie!.

### **3. I modelli di sanità di sei paesi europei**

#### *3.1. I modelli Bismarck e Beveridge*

Il primo esempio di legislazione organica in tema di assistenza sanitaria ci viene dalla Germania di Bismarck, dove nel 1883 viene istituita l'assicurazione obbligatoria contro le malattie, attraverso la costituzione di casse sociali alimentate per due terzi dagli operai e per un terzo dagli imprenditori, i quali erano tenuti a versare un'indennità all'operaio malato. Nel 1885, il Parlamento tedesco approva la legge che istituisce un'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro, completamente a carico dei datori di lavoro. Nel 1889 viene approvata una legge per l'assicurazione contro l'invalidità e vecchiaia. Il Modello di Bismarck, appunto, basato sulle assicurazioni sociali, sarà il modello a cui si ispireranno numerosi paesi europei industrializzati

per costruire i propri sistemi sanitari.

Dalle rovine della seconda guerra mondiale emerge un nuovo modello di sistema sanitario. Nasce in Inghilterra e prende il nome dell'economista William H. Beveridge, che, nel 1939, ricevette da Winston Churchill l'incarico di ridisegnare l'intero sistema di welfare state britannico. Nel 1942, fu presentato il "Beveridge Report", dove all'interno dei complessi piani d'interventi, vi era una proposta di istituire un servizio sanitario nazionale basato in tre fondamentali principi: l'universalità di accesso ai servizi sanitari, il finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale e la gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione [7].

### *3.2. Le principali caratteristiche dei diversi sistemi di assistenza sanitaria*

I due modelli di riferimento sono alla base di due sistemi di assistenza sanitaria che descriviamo brevemente:

#### **a. National Health Services (NHS)/Servizio sanitario nazionale (NHS)**

Un NHS è finanziato dalla fiscalità generale. La responsabilità del bilancio è nelle mani del Ministero della Salute e, come tale, è associato con una forte influenza dello Stato. L'organizzazione è spesso parte di una forma gerarchica burocratica a piramide con l'assistenza sanitaria primaria alla base e gli ospedali ad alta tecnologia al vertice, e va di pari passo con una rigorosa suddivisione geografica. L'accesso alle cure specializzate dipende dalla scelta di un medico di famiglia che svolge la cosiddetta funzione di "gatekeeper". Gli ospedali sono di proprietà statale e i singoli medici realizzano dei contratti con il NHS. Una grande debolezza del NHS è il rischio di sotto-finanziamento. L'assistenza sanitaria è mantenuta attraverso i finanziamenti pubblici all'interno di un quadro simile a quello di altri settori della spesa sociale come ad esempio l'istruzione.

#### **b. Social Security Health Care System (SSH)/ Sistema Sanitario di Sicurezza Sociale**

Uno SSH è finanziato mediante premi assicurativi. Il sistema è organizzato secondo linee di mercato o quasi mercato, con minore influenza pubblica e una partecipazione pluralista, caratterizzata anche da una forte influenza dei fornitori di servizi sanitari e delle assicurazioni. Vi è spesso un accesso parallelo all'assistenza sanitaria sia primaria sia specialistica e la suddivisione geografica non risulta tanto rigida. Le cure sono fornite da ospedali, in particolare non-profit e dai singoli operatori. La maggiore debolezza del sistema è la mancanza di un centro di potere, che rende difficile il controllo dei costi [8].

Nella nostra analisi presentiamo i casi di diversi paesi europei che, partiti da un sistema sanitario bismarckiano, hanno nel tempo adottato modelli eterogenei. Il Regno Unito, paese promotore del sistema Beveridge nel 1948 [9, 10], in seguito la Danimarca (1973) [11], l'Italia (1978) [12] e la Spagna (1986) [13, 14], hanno progressivamente modificato il loro sistema passando ad un sistema universale finanziato attraverso la fiscalità. Al contrario, la Francia e la Germania [15] hanno conservato il modello bismarckiano però inserendo modifiche significative, come ad esempio la copertura universale per la malattia in Francia (2000) [16]. Vedere Tabella 1.

Nella varietà rientrano alcuni **elementi di sfondo dei sistemi** prescelti. Il Regno Unito, ad esempio, è spesso citato come modello di ispirazione per il sistema sanitario italiano, la Francia, seguita dall'Italia, è stata dichiarata dall'OMS il paese con il miglior sistema sanitario [16], la Germania conserva uno dei livelli di spesa più elevati [15], la Spagna ha attivato una particolare forma di erogazione dell'assistenza di base attuando dei team multidisciplinari [13, 14]. Infine, la Danimarca come modello di paese che ha un sistema di Welfare orientato alla cosiddetta flexsecurity, altro modello d'ispirazione di alcune proposte di riforma italiane.

**Tabella 1. L'evoluzione dei modelli sanitari**

PAESI	ORIGINI	CAMBIAMENTO DEL SISTEMA	
		Evoluzione a	Anno
FRANCIA	Assistenza sociale o misto (Bismarck)	Mantenimento del sistema con modifiche	CMU (Universal Health Coverage ) 2000
GERMANIA		Mantenimento del sistema con modifiche	1990 (riunificazione)
DANIMARCA		Universale (Beveridge)	1973
ITALIA		Universale (Beveridge)	1978
SPAGNA		Universale (Beveridge)	1986
UK		Universale (Beveridge)	1948

**Fonte:** elaborazione dei dati dal “The European Observatory on Health Care Systems (*euro WHO*)” e fonti ministeriali.

### 3.3. La Francia

L'assicurazione nazionale per malattia fu introdotta dopo la seconda guerra mondiale. Nel 1974 si era ampliata la copertura a tutta la popolazione, ma non sarà introdotta la copertura universale in base alla residenza prima del 1999 (Couverture Maladie Universelle (CMU), Universal Health Coverage, 2000), raggiungendo la copertura sanitaria per tutti i residenti (copertura del 99,9%).

Nel 1996 la Riforma Juppè fornisce una chiarificazione dei ruoli dello Stato e del fondo assicurativo e promuove un rafforzamento del ruolo delle Regioni. Il sistema francese di assistenza sanitaria è gradualmente diventato sempre più decentrato a livello regionale. A livello nazionale, l'Assemblea Nazionale ha cercato di migliorare il sistema con “Annual Acts on Social Security Funding” a partire dal 1996, fissando un tetto nazionale di spesa per l'assicurazione per malattia (ONDAM).

A livello regionale le istituzioni di controllo principali sono: le Agenzie Regionali Ospedaliere (ARH) responsabili della pianificazione degli ospedali sia pubblici sia privati; le Unioni regionali delle assicurazioni sanitarie (URCAM) che forniscono tre schemi assicurativi a livello regionale; le Unioni regionali dei medici autonomi (self-employed) (URML) che dialogano con le ARH e le URCAM. La conferenza sanitaria regionale riunisce tutti gli attori delle istituzioni regionali, professionisti sanitari e pazienti ed ha la responsabilità della valutazione dei bisogni sanitari e di definire le priorità della salute pubblica.

A livello di dipartimento, i comuni controllano alcuni servizi sociali e sanitari, per esempio l'istituzione e i servizi per le persone anziane e i disabili, i programmi di welfare sociale e lavorativo, finanziano i sostegni ai cittadini con bassi redditi, l'assistenza a domicilio, la protezione dei bambini, la prevenzione di alcune malattie come la tubercolosi, malattie trasmesse sessualmente. I comuni hanno anche un ruolo riguardo all'igiene pubblica (salute ambientale).

Il Piano strategico sanitario regionale (SROS) per ogni territorio sanitario definisce gli obiettivi

di miglioramento riguardo all'organizzazione delle cure e propone lo sviluppo delle attività, le misure di cooperazione e ristrutturazione [16].

### 3.4. La Germania

Nel 1883, la Germania fu il primo paese in sviluppare un sistema di assicurazioni sociali obbligatorie (cassa malattia), su iniziativa del Cancelliere Bismarck [7]. Il sistema sanitario tedesco è caratterizzato da una predominante assicurazione di malattia obbligatoria (SHI) con diversi fondi-casse di malattia in competizione e un mix di fornitori di cure (privati/pubblici) [17].

Nel 1990, in occasione della riunificazione della Germania Repubblica democratica (GDR) e della Repubblica Federale (FRG), la Repubblica federale di Germania (democratica e Sociale) viene divisa in 16 states (Lander), e il contenimento della spesa e la riduzione dell'iniquità del servizio sanitario diventano la priorità del sistema sanitario. Nel 1992, si garantisce, alla maggior parte della popolazione, la libertà di scelta dell'assicurazione medica, e s'introducono misure di co-finanziamento della spesa farmaceutica. Nel 1997, è stata promossa una legge che ha rivisto il 1° e 2° statuto dell'assicurazione sanitaria con una diminuzione delle prestazioni e un aumento del co-finanziamento del pagamento dei farmaci.

Le competenze sanitarie sono decentrate con una distribuzione federale delle funzioni dello Stato.

A livello dell'amministrazione federale sono collocate le attività volte a: la pianificazione delle politiche sanitarie e sociali Europee e internazionali, al futuro dello stato sociale, l'innovazione e alle informazioni sui prodotti farmaceutici e di tutela della salute, l'assistenza sanitaria, garantire l'assistenza a lungo termine, la prevenzione, la lotta contro la malattia, la biomedicina, l'assicurazione sociale, l'assicurazione pensionistica, affrontare i problemi dei disabili e del benessere sociale.

A livello di Lander invece si collocano: la pianificazione sanitaria, il finanziamento degli investimenti ospedalieri, le nursing home e le istituzioni sociali, la sorveglianza farmaci, e la promozione della salute.

A livello Comunale si svolgono le funzioni di public health come la sorveglianza ambientale, delle infezioni e altre attività preventive tranne le vaccinazioni.

I principali fornitori del sistema sono 17 Associazioni regionali di medici /Associazioni Federali di medici-SHI e 16 Organizzazioni Regionali degli Ospedali /Organizzazione ospedali tedeschi [15].

### 3.5. La Danimarca

Nella Danimarca a metà del Secolo XIX si sviluppa il Sistema mutualistico. creato dagli artigiani e altri gruppi. Nel 1900, questo sistema copriva soltanto il 20% della popolazione, mentre nel 1925 salì la copertura al 42%. E sarà nel 1973, quando il sistema mutualistico, basato sulle assicurazioni sociali, fu abolito, essendoci una copertura del 90%.

Il sistema sanitario danese dipende dalle Counties (Contee) e dai municipalities (comuni). Dal 1970, le Counties vengono ridotte da 25 a 14 e le municipalities da 1386 a 275.

Nel 1973, la struttura non si altera, nonostante sia stata introdotta la riforma sanitaria che trasforma il sistema sanitario in un Sistema Sanitario Nazionale (NHS, National Health Service) finanziato dalle imposte locali e nazionali.

Nel 1993, il sistema sanitario vede un'ulteriore riforma che permette ai pazienti la libera scelta dell'ospedale a livello nazionale.

Attualmente, la Danimarca, è suddivisa in 5 regioni/Counties (in danese *regioner*), che al loro interno contengono complessivamente 98 municipalities (comuni). Questa diminuzione del numero di regioni, dalle 14 regioni che esistevano prima, è avvenuta il 1 gennaio 2007, nell'ambito della Riforma Amministrativa Danese del 2007 [11].

Il settore per la cura della salute ha 3 livelli politici e amministrativi: lo Stato, le contee e i comuni (nazionali, regionale e locale).

Il servizio di assistenza sanitaria è organizzata in modo tale che la responsabilità dei servizi forniti dal servizio sanitario si trovino al più basso livello possibile amministrativo, per fare che



i Servizi possano essere forniti al livello più vicino possibile degli utenti [11].

L'assistenza primaria in Danimarca viene fornita da medici privati e servizi comunali [18].

Sono le regioni/counties le incaricate della delimitazione del numero e collocazione geografica dei medici di base e degli ospedali [11, 19]. I comuni, invece, si incaricano delle Home nurses, l'assistenza sanitaria a domicilio delle persone anziane, i centri di salute mentale della comunità, delle visite sanitarie, e i servizi scolastici [11].

### 3.6. L'Italia

Il Servizio Sanitario in Italia ha un'origine Bismarckiana (sistema mutualistico). L'assicurazione generale era esercitata dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (I.N.A.M.) nato dalla fusione di una pluralità di preesistenti organismi per lo più organizzati sulla base mutualistica delle organizzazioni sindacali dei lavoratori (l'assicurazione obbligatoria contro le malattie data dalla L. 11-1-1943, n. 138) [20].

La Costituzione all'art. 32, introduce il diritto alla tutela della salute: “la repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività” [21]. È la Legge 833/78: Riforma Sanitaria, a istituire il Servizio Sanitario Nazionale, definito come il complesso delle funzioni, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna. Il sistema garantisce la gestione unitaria della tutela della salute e si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di unità sanitarie locali. L'Unità Sanitaria Locale è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei comuni, singoli o associati, e delle comunità montane, la quale in un ambito territoriale determinato assolve i compiti del Servizio Sanitario Nazionale di cui alla presente legge. Sulla base dei criteri stabiliti con legge regionale i comuni, singoli o associati, o le comunità montane articolano le Unità Sanitarie Locali in distretti sanitari di base, quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento (art. 10). Le unità sanitarie locali erogano le prestazioni di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di medicina legale, assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie (art. 19) [12].

Negli anni 90, il sistema subisce una svolta verso l'aziendalizzazione (orientamento al quasi-mercato) attraverso le seguenti azioni:

- art. 3 d.lgs. 30 dic. 1992, n. 502. Riordino “Riforma-bis” delle discipline in materia sanitaria. L'USL (Unità Sanitaria Locale), da una struttura operativa dei Comuni, si trasforma in azienda con riconoscimento di personalità giuridica pubblica (ASL), e si individuano i Livelli uniformi di assistenza;
- art. 1 d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229: L. 229 Norme per la razionalizzazione del SSN, (modifiche L. 502/92) “Legge Bindi” “Riforma-ter” introduce l'autonomia imprenditoriale;
- le modifiche al TITOLO V della costituzione nel 2001 introducono il federalismo in sanità, dove la potestà regolamentare in materia sanitaria spetta esclusivamente alle Regioni.
- il DPCM 29/11/01 n. 26. Decreto del Consiglio dei Ministri che fornisce la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che sono le prestazioni e i servizi essenziali per la tutela, la cura e il recupero della salute, da assicurare a tutti e in modo uniforme in tutto il Paese.

Le competenze sanitarie sono assegnate in base al “principio di sussidiarietà” dove il servizio sanitario è articolato secondo diversi livelli di responsabilità e di governo:

- a livello centrale/stato spetta assicurare, a tutti i cittadini, il diritto alla salute, attraverso i livelli essenziali di assistenza, ovvero i principi fondamentali del sistema attraverso la legislazione cornice, orientata all'obiettivo fondamentale di tutela della salute;
- a livello regionale compete l'attuazione del governo, dell'organizzazione delle strutture sanitarie, e della spesa sanitaria per il raggiungimento degli obiettivi di salute del Paese, avendo la competenza esclusiva nella regolamentazione ed organizzazione di servizi e di attività destinate alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle Aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere [21].

Alle Regioni è anche demandata la disciplina dei criteri e delle modalità mediante le quali le aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la

gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari. (Art. 3-septies, comma 8, d.lgs. 502/92 e s.m.i.).

L'ambito territoriale di attività di ciascuna unità sanitaria locale è delimitato in base a gruppi di popolazione di regola compresi tra 50.000 e 200.000 abitanti, tenuto conto delle caratteristiche geomorfologiche e socio-economiche della zona.

Il Distretto ha il compito di garantire l'integrazione sociosanitaria, essendo l'articolazione organizzativa sul territorio dell'azienda USL attraverso l'organizzazione e l'erogazione dei servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie, nonché mediante l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, e delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria ove delegate dai Comuni. (Art. 3-quinquies, d.lgs. 502/92 e s.m.i.).

### 3.7. *La Spagna*

Il Sistema Sanitario pubblico nacque nel XIX secolo per rispondere al fabbisogno di salute degli operai con la creazione della Commissione di Riforme sociali che aveva come obiettivo lo studio della situazione di benessere dei lavoratori-operai. I lavori della Commissione culminano nella nascita dell'Istituto di Riforme Sociali e nella promulgazione della legge sugli incidenti lavorativi del 1900, che attribuiva all'imprenditore l'onere economico degli incidenti dei lavoratori nell'ambito del lavoro. Nel 1908, si crea l'Istituto Nazionale di Previdenza (INP) che esisterà fino al 1978. Nel 1942, si ritorna alla linea della stesura del progetto dell'assicurazione obbligatoria unificato con la creazione dell'assicurazione obbligatoria di malattia. Nel 1963 viene approvata la legge che regola la sicurezza-previdenza sociale.

Negli anni della transizione democratica si incrementò la copertura e la spesa sanitaria, creando il Ministero della sanità e consumo, nel 1977 con la scomparsa dell'INP nel 1978, dando luogo alla nascita dei tre istituti nazionali: quello della Salute (INSALUD), quello della sicurezza-previdenza sociale (INSS) e quello dei servizi sociali (INSERSO). Nel 1978, venne approvata la costituzione spagnola, che riconosce il diritto alla protezione della salute nell'articolo 43: "È competenza dei poteri pubblici, l'organizzazione e la tutela della salute pubblica con le misure preventive e con le prestazioni e i servizi che siano necessari" [14].

La svolta fondamentale del sistema avviene nel 1986, quando viene approvata la Legge Generale della Sanità, creando il sistema Nazionale di Salute definito come "l'insieme dei servizi di salute dell'amministrazione dello stato e dei servizi di salute delle comunità autonome convenientemente coordinate" [13, 14].

La Spagna delle autonomie, uno dei più grandi successi della democrazia viene sancita anche dalla costituzione. Il trasferimento alle Comunità Autonome della competenza in area sanitaria rappresenterà un percorso di cessione di competenze progressive, iniziato nel 1981 con il passaggio delle funzioni e dei servizi dell'Istituto Nazionale della salute alla Catalogna e continuato fino agli ultimi trasferimenti nel 2002 [22, 23].

Le competenze sanitarie:

- dall'amministrazione dello stato sono: il coordinamento della sanità, la sanità internazionale, la politica sui medicinali, la gestione dell'INGESA<sup>1</sup> (CISNS<sup>2</sup>);
- dalle Comunità Autonome sono: la pianificazione sanitaria, la salute pubblica, la gestione dei servizi di salute (sono 17 i servizi sanitari regionali-comunità autonome, e l'INGESA coordina il servizio sanitario per le altre 2 comunità autonome) [23];
- dalle Corporazioni locali sono: la salute ambientale e la collaborazione con la gestione dei servizi pubblici.

Nella Ley General de Sanidad, viene stabilita l'articolazione del Sistema Sanitario Pubblico in Aree di Salute, che sono le figure fondamentali del Sistema Nazionale Sanitario e che hanno la

---

<sup>1</sup> Istituto nazionale di gestione sanitaria che gestisce i diritti e i doveri dell'INSALUD, e anche le prestazioni sanitarie nell'ambito delle città di Ceuta e Melilla e la realizzazione di tutte le attività che sono necessarie per il normale funzionamento del servizio.

<sup>2</sup> Consiglio inter-territoriale del sistema nazionale di salute con la funzione di cooperazione, comunicazione e informazione dei servizi di salute, sia tra loro sia con l'amministrazione dello stato, fomentando la coesione del sistema nazionale di salute, garantendo i diritti dei cittadini in tutto il territorio dello Stato.

responsabilità dei centri di salute e delle loro prestazioni. Ogni Area di Salute dovrebbe coprire una popolazione di non meno di 200.000 abitanti e non più di 250.000, essendo collegata ad almeno un ospedale generale. Per migliorare l'efficacia e l'operatività, le aree di salute, vengono divise in Zone Base, dove si svolge l'attività dei team-gruppi di assistenza primaria (Equipos de Atención Primaria) [23, 24].

### 3.8. Il Regno Unito

Nel 1942, fu presentato il “Beveridge Report” che proponeva di istituire un Servizio Sanitario Nazionale basato su tre fondamentali principi: l'universalità di accesso ai servizi sanitari, il finanziamento del sistema attraverso la fiscalità generale e la gratuità delle prestazioni nel punto di erogazione [7].

Il Servizio Sanitario Nazionale (National Health Service, NHS) è entrato in funzione nel 1948 a seguito delle disposizioni del NHS Act del 1946. Quell'atto è stato di fondamentale importanza per l'istituzione, nel dopoguerra, del nuovo modello di finanziamento del Servizio Sanitario nel Regno Unito. Fu introdotto il principio di responsabilità collettiva da parte dello Stato che doveva garantire un servizio sanitario gratuito al punto di utilizzo per tutta la popolazione. L'assenza di spese da parte dell'utente è stato un elemento chiave di questo approccio che ha messo l'accento sulla parità di accesso [9, 10].

Nel 1991, è stata introdotta dal governo Thatcher una prima riforma che consentiva agli ospedali e ad altri servizi (ambulanze, i servizi comunitari) di scegliere se fare parte del sistema di sanità nazionale. I "providers" ovvero i fornitori di servizi diventarono independent trusts, incoraggiando la competitività.

Le riforme del 1991 e le successive modifiche, sono state progettate per aumentare l'efficienza, la qualità e la scelta attraverso il decentramento e i meccanismi di mercato. Esse hanno rappresentato un passo per il passaggio da una gerarchia verticale a forme di organizzazione verso modelli basati su rapporti contrattuali acquirente-fornitore [9].

Nel 1997, il Governo, introducendo il “the new NHS: modern, dependable”, intendeva aumentare la collaborazione tra i diversi Responsabili delle cure sanitarie e sociali. Nel 2004, con il “Delivering the NHS Plan” si vuole dare ai pazienti una scelta più ampia di ospedali, anche se la loro scelta di trattamento resta limitato. Il governo ha anche annunciato la graduale abolizione dei co-pagamenti per le prescrizioni per tutti, indipendentemente dal reddito, nel corso di un periodo di cinque anni a partire dal 2004 [25].

A livello centrale, il Department of Health è responsabile del management di tutto il sistema sanitario, dello sviluppo delle politiche sanitarie e della gestione dell'innovazione, della regolazione e dell'attività ispettiva. Quindi, il Dipartimento è responsabile nei confronti del pubblico e del governo per l'insieme delle prestazioni del NHS, dei servizi sociali e delle attività del Dipartimento stesso [26, 27].

Dal 1999, il NICE (National Institute for Clinical Excellence) è l'istituto che fornisce gli standard per garantire la migliore pratica clinica, e trasmette le raccomandazioni alla Segretaria dello stato. Le linee guida approvate dal NICE hanno obbligatorietà di attuazione da parte del sistema.

Le tre organizzazioni responsabili della regolazione in UK sono: The Healthcare Commission, The Commission for Social Care Inspection e The Mental Health Act Commission [19].

I servizi sanitari e sociali vengono forniti attraverso il SSN dalle autorità locali e anche da altri enti pubblici e organizzazioni del settore privato [26, 27].

Le autorità sanitarie locali (Strategic Health Authorities- StHA) sono responsabili dello sviluppo delle strategie per i servizi sanitari locali, gestiscono il NHS localmente e garantiscono che le priorità nazionali siano integrate nella pianificazione locale. Le autorità sanitarie locali sono state create dal governo nel 2002 per gestire a livello locale il NHS a nome del Segretario di Stato, vi sono stati inizialmente 28 autorità sanitarie strategiche (Shas), pero in luglio del 2006, questo numero è stato ridotto a 10 [10].

In conclusione, nella Tabella 2, abbiamo realizzato una sintesi delle caratteristiche dei diversi sistemi considerati viste fino adesso, sottolineando a chi appartengono le competenze in materia sanitaria, quando gliene sono state trasferite e come viene articolata l'erogazione dei servizi sul territorio in ogni paese.

**Tabella 2: L'organizzazione dei servizi sanitari**

<b>PAESI</b>	<b>COMPETENZE SANITARIE</b>	<b>TRASFERIMENTO DELLE COMPETENZE</b>	<b>ARTICOLAZIONE SUL TERRITORIO</b>
<b>FRANCIA</b>	Centrale (Regioni, department)	Riforma Juppè 1996	ARH, URCAMs, URMLs (SROS)
<b>GERMANIA</b>	Lander	Sempre Federalista	Associazioni e Organizzazioni Regionali medici e ospedali. Casse malattia
<b>DANIMARCA</b>	Province/ Counties	1970	Direttamente Counties e Comuni
<b>ITALIA</b>	Regioni	2001, Titolo V	Azienda Sanitaria Locale/ Azienda Ospedaliera
<b>SPAGNA</b>	Comunità autonome	1981-2002	Area base di salute
<b>UK</b>	Centrale, Trust	Internal Market 1991	NHS Strategic Health Authorities (SHAs)

**Fonte:** elaborazione dei dati dal “The European Observatory on Health Care Systems (*euro WHO*) ” e fonti ministeriali.

### 3.9. Alcune riflessioni sui modelli sanitari a confronto

Tutti i paesi considerati stanno muovendosi verso una progressiva diminuzione degli organismi di gestione e verso un trasferimento delle competenze a livello decentrato (bottom-up), sia con la regionalizzazione/decentramento sia diminuendo le divisioni di attribuzione già stabilite precedentemente e inoltre tutti i paesi stanno orientandosi verso una copertura universale del proprio sistema sanitario.

Nella Tabella 2, si osserva come i paesi con un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sociali/ SSH (Francia e Germania), presentano in generale un'organizzazione con una suddivisione geografica meno rigida rispetto ai paesi con un Servizio Sanitario Nazionale/NHS (Danimarca, Italia, Spagna e UK).

In relazione al finanziamento dei sistemi sanitari di questi paesi: analizzando i dati forniti dall'OMS, possiamo notare come i paesi con una fonte di finanziamento basata sulle assicurazioni sociali (Francia, Germania) spendano di più di quelli che finanziano la spesa sanitaria attraverso la fiscalità generale (Spagna, Italia, Danimarca, UK) (Tabella 3) [28].

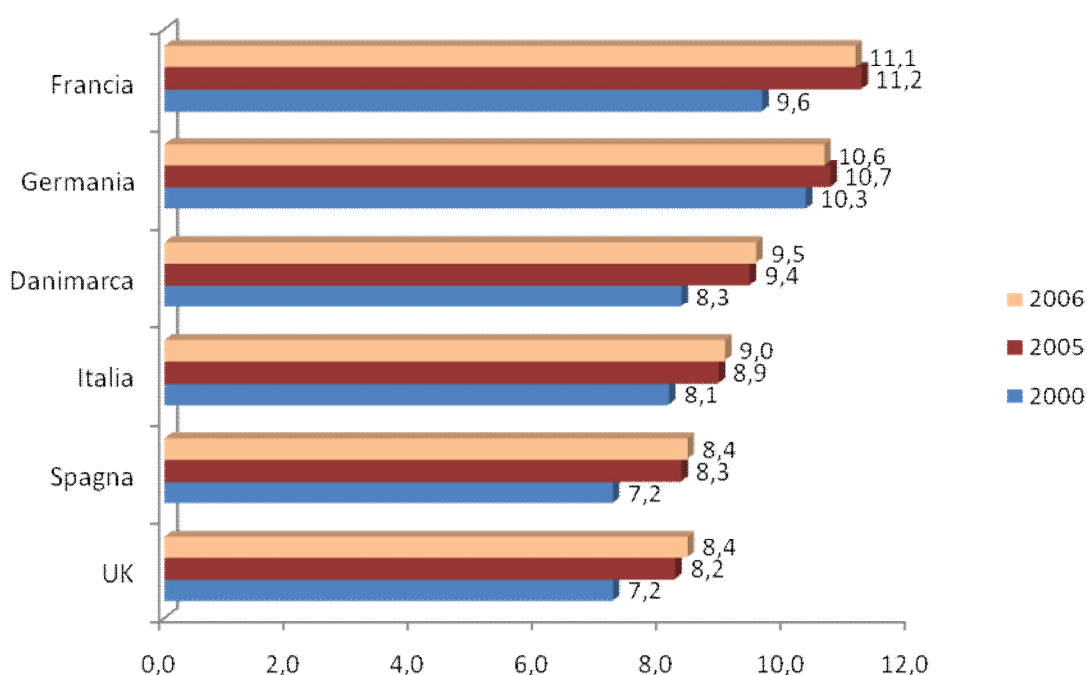
Dall'analisi degli ultimi dati sulla spesa sanitaria dall'OCSE, si può rilevare una tendenza nei paesi con maggiore spesa a diminuirla lievemente (Francia e Germania) e negli altri un lieve aumento (grafico 1) [29]. Nella Tabella 4, sono rappresentati i dati ultimi dall'OCSE (2006).

**Tabella 3: Finanziamento e Spesa Sanitaria**

PAESI	FONTE DÌ FINANZIAMENTO	SPESA TOTALE SANITARIA % PIL	% SPESA PUBBLICA sul totale della spesa sanitaria	% SPESA PRIVATA sul totale della spesa sanitaria	% SPESA SICUREZZA SOCIALE sul totale della spesa sanitaria	% OUT-OF POCKET %SP.PRIV
<b>FRANCIA</b>	Assicurazioni Sociali	11.2	79.9	20.1	93.8	33.2
<b>GERMANIA</b>	Assicurazioni Sociali	10.7	76.9	23.1	87.6	56.8
<b>DANIMARCA</b>	Imposte generali	9.1	84.1	15.9	0.0	90.1
<b>ITALIA</b>	Imposte generali	8.9	76.6	23.4	0.2	86.6
<b>SPAGNA</b>	Imposte generali	8.2	71.4	28.6	6.6	73.1
<b>UK</b>	Imposte generali	8.2	87.1	12.9	0.0	92.1

Fonte: dati elaborati dal World health statistics 2008. [28]

**Grafico 1. Spesa sanitaria totale (% PIL) negli anni: 2000,2005 e 2006**



Fonte: dati elaborate dal "Health expenditure in OECD countries", 2000 to 2006. OECD Health Data 2008 [29].

**Tabella 4: Spesa Sanitaria rispetto al PIL (anno 2006)**

PAESI	% SPESA SANITARIA TOTALE RISPETTO IL PIL, 2006	% SPESA PUBBLICA sul totale della spesa sanitaria
FRANCIA	11.1	80
GERMANIA	10.6	76
DANIMARCA	9.5	80
ITALIA	9.0	76
OECD	8.9	73
SPAGNA	8.4	71
UK	8.4	87

Fonte: dati elaborati dall'OECD HEALTH DATA 2008 [30].

### 3.10. Confronto tra i sistemi sanitari

Ci sono diverse indagini che mettono a confronto i diversi sistemi sanitari, tentando di misurare la loro performance attraverso indicatori. Nel 2007, Van der Zee J e Kroneman MW[8], hanno realizzato un confronto tra 17 paesi europei con diverso modello di servizio sanitario, realizzando due gruppi, quelli con un NHS e quelli con un sistemi sanitario basato sulle assicurazioni sociali, e misurano la loro performance attraverso il tasso di mortalità globale e infantile, la speranza di vita alla nascita e la spesa sanitaria (% PIL), utilizzando i dati OCSE, OMS e dell'Eurobarometro.

Gli indicatori non variano significativamente tra i due grandi modelli sanitari e non raggiungono la certezza di quale sia il sistema sanitario migliore. Soltanto vedono come i sistemi sanitari basati sull'assicurazione sociale sono attualmente più costosi di quelli con un NHS, mentre le popolazioni con sistemi sanitari basati sulle assicurazione sociale sono in media sensibilmente più soddisfatte rispetto a quelle dei paesi con NHS [8].

Analizzando diversi indicatori dei nostri paesi a confronto (vedere Tabella 5) risulta lievemente superiore la mortalità infantile in UK e i paesi con sistemi basati sulle assicurazioni sociali, che sono quelli che spendono di più, hanno un maggiore numero di letti per acuti e i Medici non hanno la funzione di "gatekeeping" (vedere punto 4). La speranza di vita in questi paesi varia tra 79 e 81 anni.

Le comparazioni degli indicatori tra diversi paesi viene ostacolata dai diversi metodi di raccolta e le definizioni dei parametri di ciascun paese [8].

Abbiamo già detto, che le popolazioni con un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sociali sono sensibilmente più soddisfatte [8], ma ci sono NHS che riescono a fornire un'alta soddisfazione ai propri cittadini. Nello EUROBAROMETER 283 "Health and Long-Term Care" del 2007 [31] viene valutata la qualità percepita dagli europei sui medici di famiglia. In generale, in Europa i servizi sanitari vengono percepiti di qualità molto buona nel 30% e abbastanza buona nel 54%. Solo una piccola minoranza di cittadini europei sono poco soddisfatti (12% valutano la qualità dei servizi piuttosto male e il 2% molto male).

In relazione ai paesi considerati:

- alla domanda sulla qualità del medico di famiglia, rispondono che é "buona": Francia: 93%, Danimarca: 91%, Spagna: 89%, Germania 88%, UK:88%, (media UE: 84%), Italia: 77%;
- alla domanda sull'accessibilità al medico di famiglia, rispondono che é "facile": Germania: 94%, Spagna: 94%, Francia: 93%, (media UE: 88%), UK:86%, Italia: 83%, Danimarca: 82%;
- per introdurre anche una visione sugli Ospedali, alla domanda "Offrono buoni servizi?" rispondono di sì: Danimarca: 87%, Francia: 83%, Spagna: 82%, Germania: 79%, UK: 77%, (media UE: 71%), Italia: 63%.

(vedere Tabella 6).

La qualità della salute, definita come il benessere fisico, psichico e sociale, sicuramente dipende anche da altri fattori. Nell'indagine condotta recentemente da uSwitch, "Quality of Life Index" [32], si fornisce un ranking dei primi dieci paesi in termini di qualità della vita. Gli indici che vengono utilizzati, sono indici di qualità della vita europea come: le imposte, ore lavorative settimanali, ore di sole, servizio sanitario (% PIL), età pensionistica, speranza di vita, % PIL investito in educazione, prezzo del carburante, bollette del gas e di elettricità, il costo dei generi alimentari.

Rimanendo nel ranking dei primi dieci: Spagna (1°), Francia (2°), Germania (3°), Danimarca (5°), Italia (7°), UK (9°).

**Tabella 5. Confronto caratteristiche del sistema sanitario e gli indicatori**

PAESI SECONDO MAGGIORE SPESA SANITARIA	TIPO SISTEMA	GATEKEEPING	N° DI MEDICI /100.000 abitanti	SPERANZA DI VITA alla nascita	TASSO MORT. INF. morti/ 1,000 n.v	N° LETTI PER ACUTI /1000 abitanti	ANNI DI VITA POTENZIALI PERSE/ 100.000 (*) DONNE/UOMINI
FRANCIA	SSH	NO	3.4	81	4	7.3	2292/4805 (2005)
GERMANIA	SSH	NO	3.4	80	4	8.3	2226/4062
DANIMARCA	NHS	SI	3.6	79	3	3.8	3081/4723 (2001)
ITALIA	NHS	SI	3.7	81	3	4.0	2126/4018 (2003)
UK	NHS	SI	2.3	79	5	3.9	2649/4326 (2005)
SPAGNA	NHS	SI	3.3	81	4	3.4	2000/4399 (2005)

Fonte: World health statistics 2008[28] ; (\*)OECD HEALTH DATA 2008 (dati 2006) [30].

Nella Tabella 6, si riportano i dati in relazione ai paesi a confronto sulla qualità del medico di famiglia e gli ospedali; vediamo come l'Italia sia l'unico paese che si trova sotto la media europea riguardo alla qualità del medico di famiglia e degli ospedali. Invece, ai primi tre posti in qualità percepita dalla popolazione sul medico di famiglia si trovano la Francia, la Danimarca e la Spagna; nonostante questi ultimi due paesi abbiano un NHS riescono a fornire un'alta soddisfazione ai propri cittadini.

Sulla facilità di accesso al medico di famiglia, ai primi tre posti sopra la media dell'Unione Europea si trovano la Spagna con la Germania al primo posto e dopo la Francia. E sugli ospedali, i cittadini pensano che siano buoni soprattutto in Danimarca, Francia e Spagna.

Sulla base dei dati riportati, risulta interessante comprendere meglio le modalità con cui in questi paesi è organizzata la medicina generale o di famiglia. In particolare, appare significativo il caso del sistema sanitario spagnolo che nonostante sia un NHS riesce a fornire un'alta soddisfazione ai propri cittadini, essendo al primo posto come qualità di accesso al medico di famiglia, e nei primi tre posti sulla qualità del medico di famiglia e sugli ospedali (vedere punto 5).

**Tabella 6: Risultati sulla qualità percepita dagli europei sui medici di famiglia e gli ospedali**

QUALITÀ DEL MEDICO DI FAMIGLIA? BUONA	FACILITÀ DÍ ACCESSO AL MEDICO DÍ FAMIGLIA? FACILE	OSPEDALI, BUONI?
Francia: 93%	Spagna: 94%	Danimarca: 85%
Danimarca: 91%	Germania: 94%	Francia: 83%
Spagna: 89%	Francia: 93%	Spagna: 82%
Germania: 88%	media UE: 88%	Germania: 79%,
UK: 88%	UK: 86%	UK: 77%
media UE: 84%	Italia: 83%	media UE: 71%
Italia: 77%	Danimarca: 82%	Italia: 63%

Fonte: Eurobarometer. Special Surveys. Health and long-term care in the European. May – June 2007 [31].

## 4. La medicina generale o di famiglia in chiave comparativa

Di seguito abbiamo analizzato la struttura della medicina generale nei paesi a confronto considerando sei aspetti: la funzione o meno di gatekeeping (il medico generale ha la funzione di filtro, di “porta di entrata” al resto di prestazioni del sistema sanitario, essendo il primo contatto dei pazienti con il sistema) da parte del medico, il contratto dei medici con il sistema sanitario, la scelta e l’accesso da parte dei pazienti al medico, la modalità di lavoro e di pagamento ai medici.

### 4.1. La Francia

**Gatekeeping:** il medico di famiglia in generale non ha la funzione di gatekeeping. Recentemente si è tentato di introdurre questa funzione (mèdecin traitant) in maniera volontaria. I medici che hanno aderito a svolgere questa funzione, vengono pagati in base a un compenso fisso secondo il numero di pazienti e sono fortemente incentivati economicamente [19].

**Contratto:** l’accordo nazionale tra i medici e le assicurazioni specifica-fissa la tariffa standard negoziata a prestazione (fee-for-services) di pagamento. Alternativamente i medici possono entrare nel “Settore 2”, nel quale l’accordo nazionale tra i medici e le assicurazioni per malattia consente ad alcuni di cambiare la tariffa standard negoziata: il 15% dei medici generici e il 35% di specialisti preferiscono questa pratica. Attualmente, solo i medici con qualifiche specifiche possono aderire alle tariffe del Settore 2. Sono liberi professionisti.

**Scelta del medico:** scelta libera del medico.

**Accesso:** i pazienti possono rivolgersi direttamente agli specialisti senza passare dal medico generico. In generale i pazienti pagano direttamente la visita e dopo vengono rimborsati dall’assicurazione.

**Modalità di lavoro:** la maggior parte dei medici lavorano da soli. Solo il 38% dei medici sono coinvolti in pratiche di gruppo, (sono di solito medici generali al fine di conseguire una migliore allocazione del tempo o dell’utilizzo degli specialisti).

**Pagamento:** come abbiamo detto, sono “self-employed” (liberi professionisti) e realizzano un contratto con le assicurazioni, e sono pagati a prestazione secondo la tariffa negoziata (fee-for-service) , o se appartengono al “Sector 2” le tariffe a prestazione possono variare [16].



## 4.2. La Germania

**Gatekeeping:** il medico di famiglia non ha la funzione di gatekeeping. I Medici ambulatoriali possono essere GP (General Practitioners, medici di famiglia) o specialisti (pediatri, internisti, ecc.). Gli ambulatori sono gestiti da privati non-profit. Dal 2004, le casse malattia sono tenute a offrire la possibilità di iscriversi al “modello di cure dal medico di famiglia”, con un bonus per il rispetto delle regole come gatekeeping. I medici di famiglia (circa la metà dei medici ambulatoriali), non sono “gatekeeper” in Germania, anche se le loro competenze di coordinamento sono state rafforzate negli ultimi anni.

**Contratto:** contratto collettivo con le diverse casse malattia, essendo i medici “self-employed”.

**Scelta del medico:** libertà di scelta, da parte dei pazienti, dei medici (GP o specialista), psicoterapeuti (dal 1999), dentisti, farmacisti, infermieri. Gli assicurati possono anche scegliere altri operatori sanitari, tuttavia per essere rimborsate le cure, l'accesso deve realizzarsi attraverso l'invio da un medico.

Esclusi: il trasporto dei pazienti, medicazioni “life-style”, occhiali, medicinali da banco, e alcuni farmaci “HIV”.

**Accesso:** la non funzione di “gatekeeping” dal medico di base, permette di poter andare dagli specialisti direttamente. Si richiede un pagamento da parte del paziente nel primo accesso (10 euro per 3 mesi).

I pazienti assicurati con lo SHI (Statutory Health Insurance) hanno accesso al 96% dei medici.

**Modalità di lavoro:** in generale individuale.

**Pagamento:** principalmente attraverso tariffa a prestazione o “fee for services”. I medici ricevono le loro entrate dalle associazioni regionali dei medici, dalle assicurazioni private e da altri fonti principalmente in base a fee-for-service, anche se le modalità di pagamento pro-capita e “case-fee” sono aumentate negli ultimi anni. Essi sono controllati e sanzionati dalle associazioni regionali dei medici o da “joint committees” dell'assicurazione. Il pagamento per il servizio può variare da regione a regione, da trimestre a trimestre e, spesso, tra le specialità di uno stesso lander (Esistenza del tariffario) [15].

## 4.3. La Danimarca

**Gatekeeping:** la funzione di “gatekeeping” da parte del GP (medico di medicina generale) è stato un elemento importante del sistema danese da molti anni, insieme al principio generale di assistere i pazienti al più basso livello di assistenza in maniera efficace.

In Danimarca si trovano due tipi di erogazione dei servizi. Un “group 1” a cui appartengono i medici che svolgono la funzione di gatekeeping e sono il primo punto di contatto dei pazienti con il sistema sanitario. Vedere sotto le caratteristiche del “group 2” a cui appartengono i medici che non hanno funzione di “gatekeeping”.

**Contratto:** sono “self-employed”, e realizzano un contratto con il sistema sanitario.

**Scelta del medico:** nel “group 1”, i pazienti non pagano e gli viene assegnato un medico, e nella modalità “group 2”, i pazienti pagano parte della visita, però conservano la libertà di accedere a qualsiasi medico generale o specialistico direttamente, a quest'ultima modalità aderisce soltanto l'1.7% della popolazione.

**Accesso:** i pazienti possono scegliere le due opzioni di approccio assistenziale (Group 1 o 2).

**Modalità di lavoro:** 1/3 dei medici lavora da solo. Il resto lavora in collaborazione con altri GP. La tendenza al momento mostra una diminuzione del numero di operatori che assistono da soli e un numero crescente di pratiche di gruppo.

**Pagamento:** i medici sono pagati per numero di pazienti (la quota capitaria rappresenta tra 1/2 e 1/3 dello stipendio) e il resto in base a “fee-for-service”.

I GP ricavano il loro reddito dalle regioni, in base al pagamento di tariffe concordate tra l'organizzazione dei medici generici e le regioni danesi. Sono responsabili per i costi delle loro pratiche, ivi comprese la sede (in affitto o di proprietà) e il personale. Tali costi sono in genere coperti dalla tariffa.

I pagamenti a “fee-for-services” speciali includono per esempio, il pagamento di tariffe per le ore in più di consultazione, consultazioni telefoniche e le visite a domicilio.

Il numero di medici che praticano per regione è negoziato tra le regioni e l'organizzazione dei medici generici. Vi è anche, una distribuzione di medici in tutto il paese con pochissime variazioni nel numero di abitanti per medico di famiglia tra le regioni. Nel 2003, sono stati assegnati tra i 1480 e 1651 abitanti per medico di famiglia. Le vaccinazioni sono prestazioni retribuite a “fee-for-services” (a prestazione), e si realizza co-pagamento per le cure dentali e la psicoterapia [11, 19].

#### 4.4. L'Italia

**Gatekeeping:** in Italia esiste questa funzione, dove i medici di base sono la porta di entrata nel sistema sanitario e l'accesso alle altre prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale [33].

**Contratto:** i medici di medicina generale (47.022 in Italia) sono liberi professionisti convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale [34].

**Scelta del medico:** La libera scelta del medico avviene, ai sensi dell'art. 19, comma 2, della legge n. 833/78.

**Accesso:** gratuito al punto di utilizzo. Lo studio del medico in genere è aperto 5 giorni alla settimana, diverso numero di ore settimanali in relazione alla quantità di numeri di assistiti. Le visite nello studio medico, salvo i casi di urgenza, vengono di norma erogate attraverso un sistema di prenotazione.

**Modalità di lavoro:** da soli in genere, anche se cominciano a sorgere alcune forme di associazionismo.

Il numero massimo di assistiti per ogni medico è pari a 1500 pazienti.

**Pagamento:** principalmente in base a quota capitaria (compenso forfettario per ognuno dei pazienti) e a parte incentivi per l'efficienza (tariffe addizionali per trattamenti specifici e premi economici per il contenimento dei costi). Non hanno un rapporto di lavoro dipendente con il Servizio Sanitario Nazionale, anche se modalità, durata e compenso delle loro prestazioni sono stabiliti da un contratto con il sistema, e stabilendo l'Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

Il professionista per ognuno dei suoi pazienti riceve un compenso forfettario annuo di 38,62 euro.

Gli accordi regionali o aziendali definiscono la tipologia degli incentivi previsti per i progetti a livello di spesa programmata (disponibilità di beni e servizi, finanziamento delle attività distrettuali, premi parziali per i medici, ecc.) e la loro eventuale articolazione all'interno della progettazione [35].

#### 4.5. La Spagna

**Gatekeeping:** I medici generali (GPS) hanno un ruolo di “gatekeeper” e sono il primo punto di contatto tra la popolazione e il sistema sanitario. I medici di famiglia sono medici con formazione sanitaria specialistica (attualmente in Spagna la specializzazione in medicina di famiglia e di comunità è di 4 anni).

**Contratto:** Contratto come dipendente del sistema, che include l'attuazione di attività di: formazione, assistenza sanitaria e a domicilio (in media, sono assegnati 1600 pazienti ad ogni medico), ricerca, docenza e prevenzione comunitaria.

**Scelta del medico:** secondo residenza. Libera scelta. Con diritto a cambiare di medico.

**Accesso:** il medico lavora nei centri di salute, i quali hanno grande accessibilità (si trovano in media a 15 minuti da qualsiasi residenza), assistenza continua e al bisogno a domicilio per i cittadini. Questi centri forniscono in genere un'assistenza medica ed infermieristica 24 ore su 24 grazie al pronto soccorso ambulatoriale. I pazienti non pagano nel punto di erogazione, e non esiste ticket per nessuna prestazione (incluse quelle specialistiche e di tecniche di immagine o analisi) tranne per i farmaci per i quali si fa il pagamento del 40% del prezzo in farmacia, escluso i pensionati [13].

**Modalità di lavoro:** l'approccio per l'erogazione dei servizi è collegato al “PHC-primary health care team” (formato da medici, infermiere, amministrativi e altri sanitari). La maggior parte della medicina preventiva e di promozione della salute è integrata con il PHC ed eseguita da medici e infermieri come parte del loro normale lavoro. Per ogni 1500 pazienti vengono

assegnati un medico e un infermiere.

**Pagamento:** tutti i membri che lavorano nel team multidisciplinare ricevono uno stipendio, tutti sono dipendenti del sistema sanitario, un 15% del totale dello stipendio varia in funzione della quota capitaria che tiene conto della natura della popolazione, la sua densità e la percentuale della popolazione oltre i 65 anni di età, e a parte degli incentivi per la performance clinica. Ci sono anche variazioni economiche secondo mantenga la esclusività lavorativa all'interno del servizio pubblico, arrivando a differenze molto significative se non viene mantenuta [23].

#### 4.6. Il Regno Unito.

**Gatekeeping:** i medici GP svolgono questa funzione, essendo il riferimento necessario del sistema per accedere agli specialisti e le altre prestazioni del sistema.

**Contratto:** sono “self-employed” e realizzano un contratto con il NHS.

**Scelta del medico:** libera scelta in relazione alla zona di residenza.

**Accesso:** ogni GP è responsabile di una media di 1800 pazienti (nel 2002) della comunità locale. Un paziente dovrebbe essere residente in quella zona per registrarsi con un GP. Non si fa pagamento al punto di erogazione. I servizi di assistenza primaria/Primary care services comprendono i medici generici (GPS), dentisti, farmacisti, ottici, infermieri di distretto e numerosi altri servizi. Questi sono forniti a livello locale, vicini dove i pazienti vivono. Inoltre ci sono un piccolo numero di NHS walk-in cliniche.

Gli occhiali e le cure dentali non sono incluse come prestazione gratuite, ed esiste un copagamento per i medicinali anche se l'assemblea governativa ha proposto la graduale abolizione per tutti, indipendentemente dal reddito, nel corso di un periodo di cinque anni a partire dal 2004 [19, 25].

**Modalità di lavoro:** l'attività di assistenza primaria in genere viene attuata attraverso group practices, in gruppo (in media composti da 3 GPs per gruppo) [25].

**Pagamento:** la maggior parte dei GP sono pagati direttamente dai PCTs (Primary Care Trusts) attraverso una combinazione di metodi, la maggior parte dello stipendio viene attraverso quota capitaria e alcune prestazioni in base a “fee-for-services”. Esiste comunque un contratto nazionale. Dal 2004 sono stati introdotti nel contratto degli incentivi in relazione alla performance clinica (misurando e premiando la qualità assistenziale) [19, 25], e da indagini commissionate dal governo sembra che i GP hanno dimostrato di rispondere molto bene a questi incentivi [36].

Le Primary Care Trusts (PCT) sono organizzazioni locali responsabili del miglioramento della sanità pubblica e in particolare di fornire le cure primarie oltre a commissionare i servizi di cure secondarie e terziarie. Attualmente coprono una popolazione tra 50.000- 250.000 persone.

PCTs hanno il proprio budgets e definiscono le proprie priorità, sotto le priorità delle Strategic Health Authority e del dipartimento di salute (Department of Health) [9, 37].

Nella Tabella 7, si riassume le caratteristiche valutate della medicina generale relative ai sei paesi considerati.

Possiamo osservare come il modello di organizzazione della medicina generale appaia collegato ai livelli della spesa.

Infatti, in corrispondenza di elevati livelli di spesa sanitaria, la medicina generale (Francia e Germania):

- non ha funzione di “gatekeeping”,
- i medici tendono a lavorare da soli,
- il pagamento si basa su “fee-for-services”.

Invece, in corrispondenza di minori livelli di spesa sanitaria, la medicina generale (Spagna e UK):

- ha funzione di “gatekeeping”,
- i medici lavorano in gruppo o in gruppi multidisciplinari,
- il pagamento è attraverso quota capitaria o salario con incentivi.

Il pagamento al punto di utilizzo, si effettua soltanto nei paesi a maggiore spesa e con un sistema sanitario basato sulle assicurazioni sociali.

I medici soltanto in Spagna hanno un contratto con il Sistema sanitario come dipendenti, lavorando in strutture sanitarie (Centri di Salute) che appartengono e sono mantenute dal sistema, e con una modalità di lavoro che include diversi professionisti (medici, infermieri, amministrativi ed altri), i quali lavorano nella stessa struttura (vedere punto 5).

Va sottolineato, che sia la Francia sia la Germania stanno tentando di adottare una funzione di gatekeeping da parte del medico di medicina generale, promuovendo anche un cambiamento nella retribuzione (adozione della quota capitolaria). Si riscontra una tendenza progressiva ad associarsi nella maggior parte dei paesi. E' significativo come per esempio in Danimarca si stia valutando di introdurre centri di salute per l'erogazione di parte dei servizi di base e in Regno Unito di cambiare le modalità di retribuzione dei GP a stipendio[38], caratteristiche possedute dal sistema spagnolo.

**Tabella 7: Caratteristiche del Medico di medicina generale nei sei paesi.**

PAESI SECONDO MAGGIORE SPESA SANITARIA TOTALE IN % PIL	GATEKEEPING	PAGAMENTO AL PUNTO DI UTILIZZO	CONTRATTO	MODALITA' LAVORO	PAGAMENTO	OSSERVAZIONI
FRANCIA	NO	SI	LIBERA PROFESSIONE	DA SOLI (38% GRUPPI)	A PRESTAZIONE	Introduzione di gatekeeping
GERMANIA	NO	SI	LIBERA PROFESSIONE	DA SOLI	A PRESTAZIONE	2004, offerta di gatekeeping
DANIMARCA	SI	NO SI: Group 2 (1,7%)	LIBERA PROFESSIONE	1/3 DA SOLI	A PRESTAZIONE (30% quota capitolaria)	Crescenti pratiche di gruppo (centri di salute.)
ITALIA	SI	NO	LIBERA PROFESSIONE	DA SOLI	QUOTA CAPITARIA (incentivi)	Alcune forme di associazioni tra medici
UK	SI	NO	LIBERA PROFESSIONE	IN GRUPPI	QUOTA CAPITARIA, (a prestazione, incentivi)	Valutazione sul contratto a dipendente
SPAGNA	SI	NO	DIPENDENTE	GRUPPI MULTIDISCIPLINARI	SALARIO (15% quota capitolaria, incentivi)	Miglioramento delle cure primarie come contenimento costi.

**Fonte:** elaborazione dei dati dal "The European Observatory on Health Care Systems (*euro WHO*)" e fonti ministeriali

## 5. La medicina di famiglia in Spagna

Dopo che nei precedenti punti è stato già affrontato il decentramento delle competenze sanitarie nelle Comunità autonome e segnalate le caratteristiche principali del medico di famiglia, adesso approfondiamo altre caratteristiche del caso spagnolo.

### 5.1. Nascita della medicina di famiglia come specializzazione.

La "Community-Oriented Primary Care" (COPC) tradotta in spagnolo come "Atención Primaria orientada a la Comunidad" (APOC) è un approccio verso un'assistenza di base orientata alla comunità. I principi di quest'orientamento nascono dalla conferenza di Alma-Ata (1978)

dell'Organizzazione Mondiale della Salute, che ha definito l'assistenza primaria non solo come un livello d'assistenza ma anche una strategia per raggiungere la salute di tutta la popolazione. La strategia metodologica dell'APOC viene fondamentalmente dall'apporto di Kark Abramson e col<sup>3</sup>.

Il modello karkasiano, è la base metodologica dei professionisti dell'assistenza primaria (medici di famiglia e comunitaria) in Spagna.

Per l'APOC c'è bisogno di due cose: un servizio che dia assistenza di base e una comunità delimitata per tentare di migliorare la propria salute includendo:

→Esame preliminare→diagnosi comunitaria→decisione di attuazione→pianificazione del programma→implementazione del programma→sorveglianza→valutazione del programma→rivalutazione→
---

Le valutazioni sull'applicazione di questo modello (COPC/APOC) nei programmi comunitari di diversi Paesi hanno dimostrato un miglioramento dello stato di salute delle popolazioni di quei Paesi [39, 40].

Il processo di formazione dei medici di medicina generale in Spagna è stato modificato, a seguito dell'introduzione della medicina di famiglia come una specializzazione medica nel 1978 [23].

Nel 1979 i primi medici cominciarono la specializzazione in medicina di famiglia attraverso la modalità MIR (Medico interno residente). I primi specializzandi si formarono senza infrastrutture sufficienti. Nel 1981 ci furono mobilitazioni per la creazione di unità docenti fuori degli ospedali, portando alla nascita dei primi centri di salute come centri per svolgere il terzo anno della specializzazione e con il decreto del 1982 (Decreto delle strutture basiche di salute) l'amministrazione si prendeva l'impegno della creazione delle prime unità docenti di medicina di famiglia. Nel 1985 fu approvato il primo programma ufficiale della specializzazione e dieci anni dopo entrò in vigore la normativa europea nella quale si definì che il professionista medico che lavora nell'assistenza primaria deve avere una formazione minima post-grado di 2 anni [41, 42].

Il cambiamento più rilevante della medicina di famiglia avviene con il Decreto delle strutture basiche di salute, sopraccitato, del 1982, che trasformò il primo livello assistenziale, creando i gruppi-team di assistenza primaria con l'incorporazione dei medici di famiglia e delle infermiere e introdusse una nuova filosofia lavorativa multidisciplinare nella quale c'era una dedizione a tempo pieno da parte del team, svolgendo programmi di promozione e prevenzione delle malattie, con lo sviluppo dei programmi di comunità e la costruzione e la messa in funzione di nuove strutture (Rete dei centri di salute). Tutto questo movimento diede alla Spagna una rivoluzione nel campo dell'attenzione primaria[14].

Attualmente la specializzazione di medicina di famiglia e Comunità si realizza in quattro anni dopo concorso (MIR) e selezione all'interno delle altre specializzazioni; durante il periodo di specializzazione, come specializzando, si viene assunti dal servizio sanitario come dipendente (con un contratto particolare che include la formazione).

I posti di medico di famiglia in Spagna sono coperti prioritariamente dai medici specializzati in questa specializzazione. Come già segnalato in precedenza, nella Ley General de Sanidad, (art.62) viene stabilita la progettazione del Sistema Sanitario Pubblico in Aree di Salute, che hanno la responsabilità dei centri di salute e delle loro prestazioni. Ogni Area di Salute copre una popolazione di non meno di 200000 abitanti e non più di 250000, ed è collegata ad almeno un ospedale generale.

Per migliorare l'efficacia e l'operatività si dividono le Aree di salute in Zone Basiche, dove si svolge l'attività dei team di assistenza primaria nei centri di salute. Nei centri di Salute si svolgono in team multidisciplinare (Equipos de Atención Primaria) tutte le attività di

---

<sup>3</sup> S.L Kark (1911-1998), scrisse "The practice of Community-oriented primary health care", fu epidemiologo e medico di famiglia, si dedicò al miglioramento della salute degli individui, delle loro famiglie e della popolazione. Le pubblicazioni di Kark erano conosciute in Spagna ai tempi della riforma sanitaria dai recenti professionisti della specializzazione di medicina di famiglia, e addirittura, Kark collaborò con loro e preparò la versione spagnola del COPC (APOC).

promozione, cure e riabilitazione della salute, sia individuale che collettiva, di tutti gli abitanti della zona Basica di Salute [23, 24].

Come particolarità, Il servizio sanitario assume un diverso nome secondo la CCAA e anche le aree di salute possono avere nomi diversi se stabilito dalla CCAA alla quale appartiene, es. “Comarca” nei Paesi Baschi.

### *5.2. I livelli di assistenza sanitaria*

Al primo livello di assistenza sanitaria si colloca l’assistenza primaria, con i centri di salute, dove lavorano i team multidisciplinari composti di medici di famiglia, pediatri, personale infermieristico e personale amministrativo, oltre ad altre professionalità eventuali, quali lavoratori-assistenti sociali, ostetriche o specialisti di fisioterapia. Si caratterizza per una grande accessibilità (la disposizione dei servizi persegue l’obiettivo di essere inseriti nel raggio di 15 minuti da ogni nucleo abitativo), equità e capacità risolutiva dei problemi più frequenti, con assistenza domiciliare per i cittadini. Per tutte queste caratteristiche, l’assistenza primaria, si fa carico della prevenzione e della promozione della salute (ad es. programmi di assistenza alla donna, all’infanzia, all’adulto e agli anziani, al paziente terminale e alla salute cavo-orale).

Al secondo livello troviamo l’assistenza specialistica, con i centri di specializzazione (svolta in poliambulatori o nei centri di salute dell’assistenza primaria) e con gli ospedali. Il paziente dopo l’assistenza specialistica, torna dal medico di base con le informazioni opportune garantendo così una visione globale clinica e terapeutica del paziente, e in alcune realtà dopo la dimissione ospedaliera si inviano via fax o nelle realtà informatizzate tramite computer, le opportune raccomandazioni di assistenza al medico di famiglia e all’infermiere del paziente dimesso, presso il centro di salute [13].

### *5.3. Il contratto/programma*

Il contratto di erogazione dei servizi sanitari è firmato tra le direzioni di sanità e il servizio della Comunità autonoma (CCAA), il quale organizza anche i diversi livelli assistenziali (assistenza primaria, ospedali per acuti, salute mentale extraospedaliera e i centri di media-lunga degenza). Il contratto/programma per l’assistenza primaria consta di una visione generale della copertura e dell’offerta dei servizi (basica, preferenziale, e della derivazione all’assistenza specialistica) e di standard di qualità (basici e complementari) correlandosi al finanziamento.

Gli accordi relativi alla misura della qualità assistenziali definiscono indicatori e standard di qualità come : l’accessibilità del paziente, il servizio offerto al paziente dall’area di salute, la gestione delle incapacità temporali (malattia), i reclami della comunità, la compilazione delle informazioni mediche ufficiali (ad es. EDO- notifica delle malattie infettive), l’utilizzo razionale del medicamento, tra altri, e possono variare a seconda delle priorità di ogni realtà [43].

### *5.4. Personale*

Tutto il personale sanitario, inclusi i medici, sono dipendenti dal Sistema Sanitario, con un orario di lavoro tra le 7 e 8 ore al giorno, adeguandosi alla realtà della zona dove si trova a operare. Gli obiettivi definiti nelle politiche sanitarie come prioritari sono collegati agli incentivi del personale.

Ogni medico lavora in collaborazione con un infermiere (1:1), anch’esso dipendente dal Sistema Sanitario, e assistono insieme una media di 1500-1600 persone, realizzando tutti i programmi assistenziali e preventivi in equipe. I pazienti possono prendere appuntamento sia con il medico sia con il suo infermiere “di famiglia”. L’infermiere, in Spagna, è una figura professionale, con studi universitari, con una grande competenza, e uno degli appoggi nodali dell’assistenza di base, sia per l’educazione sanitaria, le cure, l’assistenza a domicilio, tra altre funzioni. Gli obiettivi di assistenza e di prevenzione collegati agli incentivi sono in parte comuni al medico e all’infermiere dell’equipe.

Nella tabella 8, segnaliamo le attività e il personale che può lavorare in un centro di salute tipo, variando sempre secondo le risorse umane, geografiche e della densità di popolazione cui si

deve assistere.

Se la quantità di tutto il personale del centro di salute, è prestabilita in relazione alla popolazione da assistere. Per esempio, per una popolazione di 3000 abitanti, ci sarà un centro di salute con un minimo di 2 medici, 2 infermieri e un amministrativo.

### *5.5. Il funzionamento organizzativo*

Nei centri di salute assumono una particolare importanza le riunioni dell'equipe. Poiché si trovano a lavorare diversi professionisti insieme nell'orario di lavoro sono previsti incontri quotidiani per l'aggiornamento e la condivisione dei problemi assistenziali e organizzativi delle attività del centro di salute. Gli incontri si realizzano in genere tra i medici o tra gli infermieri se sono tematiche molto specifiche o insieme nelle tematiche d'interesse condiviso. Oltre alla naturale condivisione all'interno di ogni team (medico ed infermiere), in ogni centro si crea un ambiente di stimolo e condivisione delle conoscenze verso un miglioramento continuo dell'assistenza e con un orientamento basato sull'evidence based medicine.

Nei centri di salute è presente un servizio di pronto soccorso ambulatoriale che permette l'accesso continuo a tutta la popolazione come primo approccio sanitario, senza dover recarsi al pronto soccorso ospedaliero, che è il passaggio successivo laddove necessario. Questo servizio si trova all'interno del centro di salute e soddisfa il bisogno sanitario primario urgente trovandosi almeno un medico, un infermiere e un amministrativo, con le risorse assistenziali basiche, includendo tutti i supporti di primo soccorso (intubazione, sieroterapia, sutura di ferite...); alcuni pronti soccorsi ambulatoriali sono dotati anche di tecniche d'immagine.

Un'altra caratteristica è, nel caso che le condizioni geografiche e di risorse umane lo permettano, diversi specialisti ospedalieri vanno al centro di salute a far le visite, evitando così che i pazienti devano recarsi fino in ospedale (in Tabella 8, vedere altri specialisti).

Nel centro di salute si realizzano tutti i giorni analisi del sangue, prove d'immagine (secondo risorse in ogni centro di salute), assistenza chirurgica minore e i programmi di prevenzione e promozione di salute come le vaccinazioni degli adulti e dei bambini, la salute della donna includendo il diagnostico precoce del cancro cervicale, controllo della gravidanza pre e postparto, l'allattamento, la salute cavo-orale (Tabella 8, vedere programmi preventivi).

Nell'area amministrativa si può scegliere o cambiare il medico, chiedere la tessera sanitaria, fare reclami, richiedere prestazioni socio-assistenziali prendendo appuntamento con gli assistenti sociali, a parte gli appuntamenti per l'ospedale, tra altre attività (vedere Tabella 8, prestazioni amministrative).

Nel sistema sanitario spagnolo non esiste ticket o co-pagamento per le prestazioni, tranne il pagamento del 40% dei farmaci in farmacia, esclusi i pensionati.

**Tabella 8: Esempio di un centro di salute di un paese dei Paesi Baschi:**

<b>Personale del centro di salute</b> (abitanti assegnati al centro appross. 35000).	<b>Team multidisciplinare:</b> 17 medici di famiglia 4 pediatri 20 infermiere 12 impiegati amministrativi 6 celadores (portantini) 1 telefonista (receptionista) 18 infermiere assistenza specialistica	<b>Equipe di Salute mentale:</b> 3 psichiatri 3 psicologi 2 assistenti sociali 2 Infermieri 1 amministrativo																			
		<b>Altri specialisti:</b> <table border="1"> <tr> <td>Chirurgia Generale</td> <td>Ginecologia</td> </tr> <tr> <td>Chirurgia orale</td> <td>Dermatologia</td> </tr> <tr> <td>Traumatologia</td> <td>Otorino</td> </tr> <tr> <td>Reumatologia</td> <td>Digestivo</td> </tr> <tr> <td>Ostetricia</td> <td>Cardiologia</td> </tr> <tr> <td>Pianificazione familiare</td> <td>Pneumologia</td> </tr> <tr> <td>Radiologia</td> <td>Neurologia</td> </tr> <tr> <td>Odontologia</td> <td>Ortopedia</td> </tr> <tr> <td>Oftalmologia</td> <td>Riabilitazione</td> </tr> <tr> <td>Endocrinologia</td> <td></td> </tr> </table>		Chirurgia Generale	Ginecologia	Chirurgia orale	Dermatologia	Traumatologia	Otorino	Reumatologia	Digestivo	Ostetricia	Cardiologia	Pianificazione familiare	Pneumologia	Radiologia	Neurologia	Odontologia	Ortopedia	Oftalmologia	Riabilitazione
Chirurgia Generale	Ginecologia																				
Chirurgia orale	Dermatologia																				
Traumatologia	Otorino																				
Reumatologia	Digestivo																				
Ostetricia	Cardiologia																				
Pianificazione familiare	Pneumologia																				
Radiologia	Neurologia																				
Odontologia	Ortopedia																				
Oftalmologia	Riabilitazione																				
Endocrinologia																					
<b>Prestazioni</b>  <b>NON TICKET (tranne farmaci, copagamento del 40% in farmacia)</b>	<b>Amministrative:</b> Appuntamenti sia con il medico di base o con i medici specialisti (previo referto del medico di base), l'elezione del medico o del pediatra (o il cambiamento), certificazione di ricette speciali, realizzazione della tessera sanitaria, sollecito delle prestazioni sociali (appuntamento con l'assistente sociale), richiesta del trasporto sanitario, assistenza per le persone senza risorse, ossigenoterapia domiciliare, reclami e proteste, assistenza ortopedica.	<b>Assistenza sanitaria</b> Medica: in consulta-laboratorio o domiciliari. Ostetrica: con richiesta del medico di famiglia (non sempre). Infermieristica: in consulta-laboratorio o domiciliari. Specialistica: con richiesta del GP.																			
<b>Altre attività svolte nel centro di salute:</b>	Salute pubblica: ispezioni, brote epidemico di malattie infettive... Analisi del sangue: dal lunedì al venerdì (8.00 alle 9,15). Assistenza chirurgica (minore). Continuità di cure dopo la dimissione ospedaliera. Assistenza continua 24ore di <b>pronto soccorso ambulatoriale</b> (amministrativo, agente di sicurezza, medico e infermiere). Call center (del centro di salute). Prove d'immagine: Radiografie, Ecografie, Retinografia.																				
<b>Orari di lavoro:</b>	<b>Attività Assistenziale:</b> Mattina (8-15h) o pomeriggi (13-20h), alternante (10-17h.) Sabati: 9-14 h divisi tra i medici di famiglia. All'interno dell'orario si realizzano le visite a domicilio.	<b>In orario di lavoro si realizza anche:</b> Riunioni degli Equipe. Attività di Aggiornamento nel centro 3 giorni/set.																			
<b>I programmi PREVENTIVI</b>	<b>I programmi PREVENTIVI svolti dal team:</b> L'assistenza al bambino: vaccinazioni, revisioni periodiche. Scuole promotrici di salute: in questi progetti lavorano in genere le infermiere. Salute cavo-orale. L'assistenza alla donna: pianificazione familiare, gravidanza, preparazione al parto e post-parto, assistenza puerperale, allattamento materno, diagnosi precoce del cancro cervicale. Prevenzione e controllo del rischio cardiovascolare. Controllo delle malattie respiratorie: l'asma, malattie respiratorie croniche, tubercolosi. L'assistenza alle persone maggiori-anziane. Vaccinazioni: l'influenza, tetano, epatite... L'assistenza alle vittime di maltrattamento del partner. Continuità delle cure dopo la dimissione ospedaliera. (I programmi possono variare secondo le priorità stabilite in ogni realtà).																				



## 6. Conclusioni

La dinamica osservata nei sei paesi considerati evidenzia alcuni processi isomorfici. Ad esempio, per quanto riguarda il decentramento delle competenze sanitarie, caratterizzato da una diminuzione degli organismi di gestione e un trasferimento delle competenze top-down, sia con la regionalizzazione sia diminuendo le divisioni già stabilite precedentemente.

In questo processo si segnala la presenza di una relazione tra i modelli di erogazione delle attività di medicina di base e la struttura della spesa sanitaria. I paesi con maggiore spesa sanitaria (Francia e Germania) hanno un sistema dove:

- non c'è funzione di gatekeeping,
- i medici tendono a lavorare da soli,
- il pagamento si basa su fee-for-services, dopo a quota capitaria,
- poco associazionismo da parte dei medici.

Invece, in corrispondenza di minori livelli di spesa sanitaria, la medicina generale (Spagna e UK):

- ha funzione di “gatekeeping”,
- i medici lavorano in gruppo o in gruppi multidisciplinari,
- il pagamento è attraverso quota capitaria o salario con incentivi.

Si deve ricordare come tuttavia la Francia e la Germania prevedendo una funzione di “gatekeeping” da parte del medico di medicina generale, includendo anche un cambiamento nella retribuzione (verso quota capitaria). E si vede, anche, una tendenza progressiva ad associarsi nella maggior parte dei paesi.

Nel complesso, quindi possiamo evidenziare un trend comune caratterizzato da:

- introduzione di una funzione di gatekeeping da parte del medico di medicina generale,
- una copertura universale del sistema,
- una riduzione dei letti per acuti,
- un maggior decentramento/regionalizzazione,
- un rafforzamento dell'assistenza di base come primo approccio del sistema sanitario e come strumento di controllo/contenimento della spesa,
- la tendenza da parte soprattutto dei medici generali all'associazionismo,
- il pagamento verso quota capitaria e stipendio.

Riassumendo alcune delle caratteristiche del sistema sanitario spagnolo riguardo alla medicina di famiglia che lo fa diverso dagli altri sistemi confrontati sono:

- i medici hanno funzione di gatekeeping e lavorano in gruppi multidisciplinari,
- i medici di famiglia hanno un contratto come dipendenti del sistema, pagati in base a stipendio,
- l'assistenza minima è un medico e un infermiere nella medicina di famiglia (entrambi dipendenti),
- fornisce una delle maggiori soddisfazioni nei loro cittadini, sia riguardo alla facilità di accesso al medico di famiglia come alla qualità percepita.

Inoltre, la Spagna è uno dei paesi con una delle maggiori speranze di vita e con una delle minori spese sanitarie.

In questo quadro, la situazione del sistema sanitario spagnolo per quanto riguarda la medicina di famiglia si segnala come un possibile esempio virtuoso di ridefinizione del rapporto tra assistenza primaria e secondaria a favore di un potenziamento dell'assistenza primaria in particolare per considerare la complessità indotta da un sistema di assistenza specialistica orientato a meccanismi di quasi mercato.

## Bibliografia

1. Reviglio, F. *Sanità senza vincoli di spesa?*, ed. I. Mulino. 1999, Bologna. pag. 103 e seg.
2. Maino, F. *La politica sanitaria*, ed. I. Mulino. 2001, Bologna. pag. 31.
3. L. Levaggi, S.C. *Economia Sanitaria*, ed. F. Angeli. 2003, Milano.
4. Neri, S., *La regolazione dei sistemi sanitari in Italia e Gran Bretagna*, ed. F. Angeli. 2006, Milano. pag. 98 e seg.
5. Mapelli, V., *Il sistema sanitario italiano*, ed. I. Mulino. 1999, Bologna.
6. Sassi, F. *Gestione e finanziamento della medicina generale in Italia*, ed. I. Mulino. 1997, Bologna.
7. Nicola Comodo, G.M. *Igiene e Sanità Pubblica*, ed. C. Faber. 2005.
8. Van der Zee, J. and M.W. Kroneman. *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. BMC Health Serv Res, 2007. **7**: p. 94.
9. *Health Care Systems in Transition United Kingdom*. The European Observatory on Health Care Systems. 1999. [cited 18/08/2008]; Available from: <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>.
10. NHS. *NHS Choices. About the NHS* [cited 23/08/2008]; Available from: <http://www.nhs.uk/aboutnhs/pages/about.aspx>.
11. Strandberg-Larsen M, N.M., Vallgård S, Krasnik A, Vrangbæk K and Mossialos E. , *Denmark: Health system review*. Health Systems in Transition, 2007: p. 9(6): 1-164.
12. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale" (RIFORMA SANITARIA). *Gazzetta Ufficiale n. 360 del 28-12-1978*.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Organización institucional*. [cited 25/08/2008]; Available from: <http://www.msc.es/organizacion/ministerio/home.htm>.
14. Palacios, A.J., *El Sistema Nacional de Salud 20 años después*. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Sábado 1 Abril 2006. Volumen 4 - Número 2 p. : p. 311 - 322.
15. Busse R, R.A., ed. *Health care systems in transition: Germany*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004: Copenhagen.
16. Sandier S, P.V., Polton D. *Health care systems in transition: France.*, W.R.O.f.E.o.b.o.t. European and Observatory on Health Systems and Policies, Editors. 2004: Copenhagen.
17. *GESTIÓN Y FINANCIACIÓN DE LA SANIDAD EN ALEMANIA*. 2005 [cited 17/09/2008]; Available from: <http://empleo.mtin.es/es/mundo/consejerias/alemania/publicaciones/Public4/5.pdf>.
18. Vallgård S, K.A., *Sundhedsvæsen og sundhedspolitik (Healthcare services and health policy)*. Copenhagen, Munksgaard Danmark., (eds) 2007.
19. Boyle, S. *Health system snapshots: perspectives from six countries*. Eurohealth 2008 [cited 20/08/2008]; Available from: [http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14\\_1.pdf](http://www.euro.who.int/document/obs/Eurohealth14_1.pdf).
20. Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro le Malattie (I.N.A.M.) di Alessandria. *Sistema informativo degli Archivi di Stato*.
21. Libera Università di studi sociali - Luiss "Guido Carli" Centro di ricerca sulle amministrazioni pubbliche "V. Bachelet". *LIBRO BIANCO SUI PRINCIPI FONDAMENTALI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE*. 2008 [cited 30/08/2008]; Available from: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_808\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_808_allegato.pdf).
22. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Traspaso a las Comunidades Autónomas de las competencias en materia de sanidad: Reales Decretos* [cited 28/07/2008]; Available from: <http://www.msc.es/organizacion/ccaa/home.htm>

23. Durán A., L.J., van Waveren M. *Spain: Health system review, Health Systems in Transition, 2006*; (2006). 8(4):(1-208.).
24. LEY GENERAL DE SANIDAD. JEFATURA DEL ESTADO. (BOE n. 102 de 29/4/1986) LEY 14/1986, DE 25 DE ABRIL).
25. Allin Sara , Vaida Bankauskaite, Hans Dubois , Josep Figueras. Snapshots of health Systems in Transition 2004 [cited 17/09/2008]; Available from: <http://www.euro.who.int/document/e87303.pdf>.
26. Department of Health. *Departmental Report: The Health and Personal Social Services Programmes*. 2008.
27. ASSR, *Europa: tra decentramento e federalismo*. 2004 Anno III. Numero 8 gennaio\_febbraio 2004: p. 42-47.
28. WHO. *World health statistics 2008*. [cited 17/09/2008]; Available from: <http://www.who.int/whosis/whostat/2008/en/index.html>
29. OECD. *Growth in health spending slows in many OECD countries, according to OECD Health Data*. OECD Health Data 2008 2008 [cited 17/09/2008]; Available from: [http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en\\_2649\\_33717\\_40902299\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/27/0,3343,en_2649_33717_40902299_1_1_1_1,00.html).
30. OECD. *OECD Health Data 2008: Statistics and Indicators for 30 Countries*. [cited 17/09/2008]; Available from: [http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html).
31. Eurobarometer. *Special Surveys. Health and long-term care in the European Union Fieldwork: May – June 2007*. Publication: December 2007. Report [cited 30/09/2008]; Available from: [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/ebs/ebs\\_283\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_283_en.pdf).
32. *UK AND IRELAND RANK BOTTOM IN EUROPEAN QUALITY OF LIFE INDEX*. 16th July 2008 [cited 24/10/2008]; Available from: <http://www.uswitch.com/>.
33. Andrea Donatini, A.R., Maria Giuseppina D'Ambrosio. *Health Care Systems in Transition: Italy*. European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on 2001 [cited; Available from: <http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>.
34. *MINISTERO DELLA SALUTE. DIREZIONE GENERALE DEL SISTEMA INFORMATIVO. UFFICIO DI DIREZIONE STATISTICA. Attività gestionali ed economiche delle ASL e le AO. Annuario statistico del servizio sanitario Nazionale, anno 2006*. GIUGNO 2008 [cited 18/08/2008]; Available from: [http://www.ministerosalute.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_839\\_allegato.pdf](http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_839_allegato.pdf).
35. *ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE, AI SENSI DELL'ART. 8 DEL DECRETO LEGISLATIVO 502/92 COME MODIFICATO DAI DECRETI LEGISLATIVI N. 517/93 E N. 229/99. Ministero della Salute*. [cited 18/07/2008]; Available from: [http://www.ministerosalute.it/ecmimgs/C\\_18\\_normativa\\_3\\_listafila\\_file\\_0\\_linkfile.pdf](http://www.ministerosalute.it/ecmimgs/C_18_normativa_3_listafila_file_0_linkfile.pdf).
36. Oliver, Adam. "Promoting improved access through the GP contract". *Health Policy Monitor*, April 2008. Available at <http://www.hpm.org/survey/uk/a11/3>
37. Smith J, M.N., *Primary care trusts: do they have a future?* BMJ, 2005. 331: 1156-1157.
38. Modollo, M.A., *Evoluzione del ruolo del medico di famiglia nel sistema sanitario inglese: un modello da studiare*. Prevenendo, 2004. 3-fase 2.
39. G.Foz, H.P. *Atención primaria orientada a la comunidad (I). Fundamentos conceptuales y metodológicos*. . Atención primaria. Formación continuada. Area de salud Pública y medicina comunitaria, 1991. Vol 8, N3. Marzo

40. G.Foz., J.G. *La orientación comunitaria de la atención primaria: un legado del Prof. S.L. Kark (1911-1998)*. . Atención primaria, artículo especial, 1999. Vol 23. N 2, 15 de febrero
41. Carbón P . *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria*. [cited 19/12/2006]; Available from: <http://www.semescv.org/documentos/doc/homenaje/medicina%20de%20familia.doc>
42. *Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad*. [cited 12/08/2007]; Available from: <http://www.semfyc.es>.
43. *XIX Congreso Nacional de Medicina de Familia y Comunitaria. Atención primaria, 1999. Vol 24, Suplemento 2, diciembre*.