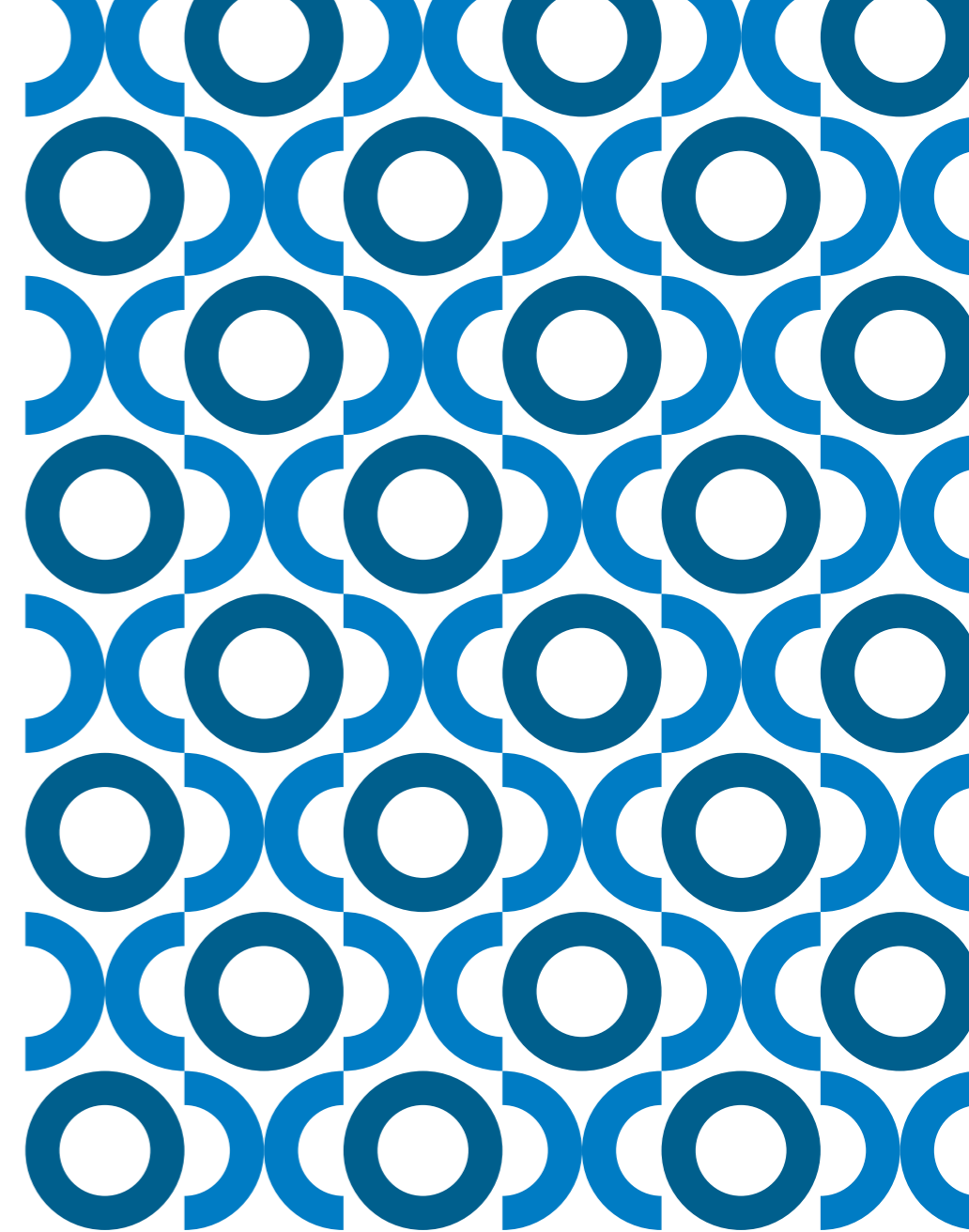
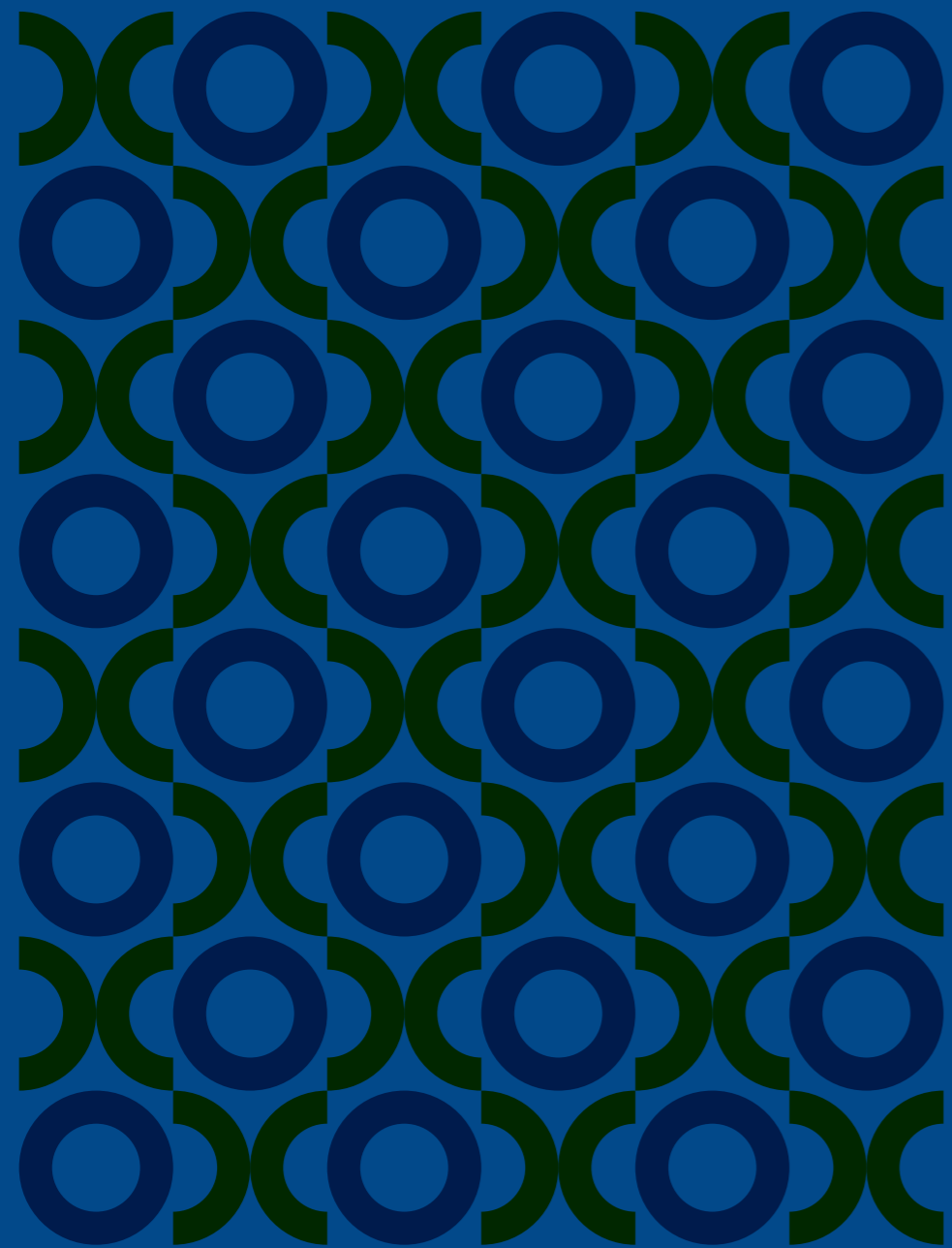


iQUADERNI

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR • 2022

ANALISI COMPARATA DELLE CURE PRIMARIE IN EUROPA



**ANALISI
COMPARATA
DELLE CURE
PRIMARIE
IN EUROPA**

monitor

INDICE

INTRODUZIONE	7
NOTA METODOLOGICA	9
UNA DEFINIZIONE DI CURE PRIMARIE A LIVELLO EUROPEO	11
RISULTATI: SCHEDE DI APPROFONDIMENTO PER PAESE	13
Germania	15
Scheda sintetica - Germania	15
Scheda completa - Germania	16
Svezia	27
Scheda sintetica - Svezia	27
Scheda completa - Svezia	28
Francia	37
Scheda sintetica - Francia	37
Scheda completa - Francia	38
Gran Bretagna	53
Scheda sintetica - Gran Bretagna	53
Scheda completa - Gran Bretagna	54
Spagna	65
Scheda sintetica - Spagna	65
Scheda completa - Spagna	66
Italia	77
Scheda sintetica - Italia	77
Scheda completa - Italia	78
CONCLUSIONI	85
APPENDICE	89

Quaderno di Monitor 2022

Supplemento
alla rivista semestrale Monitor

Proprietario ed Editore
AGENAS - Agenzia nazionale
per i servizi sanitari regionali

Direttore Editoriale
Domenico Mantoan

Direttore Responsabile
Massimiliano Abbruzzese

Segreteria di Redazione
Eugenia Bignardelli

Sede centrale: Via Piemonte, 60
Sede legale: Via Puglie, 23
00187 Roma
tel: 06 42749700
comunicazione@agenas.it
www.agenas.gov.it

**Progetto grafico
e impaginazione**
Mediawork srl
Agenzia di comunicazione

Stampa
Arti Grafiche Cardamone srl

Registrazione
presso il Tribunale di Roma
n° 124 del 13.11.2020

Finito di stampare
nel mese di aprile 2022
Codice ISSN 2282-5975

agenas. AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI

L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) è un Ente pubblico non economico di rilievo nazionale, istituito con decreto legislativo del 30 giugno 1993 n.266 e s.m., e si configura come organo tecnico-scientifico del SSN svolgendo attività di ricerca e di supporto nei confronti del Ministro della salute, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'art. 2, comma 357, legge 24 dicembre 2007 n. 244. AGENAS assicura, inoltre, la propria collaborazione tecnico-operativa alle Regioni e alle singole aziende sanitarie in ambito organizzativo, gestionale, economico, finanziario e contabile, in tema di efficacia degli interventi sanitari, nonché di qualità, sicurezza e umanizzazione delle cure. Il decreto legge 8 aprile 2020 n. 23, convertito con modificazioni della legge 5 giugno 2020 n. 40, ha affidato ad AGENAS il compito di collaborare all'azione di potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale, al fine di assicurare la più elevata risposta sanitaria all'emergenza epidemiologica.

L'Agenzia oggi
Presidente Enrico Coscioni
Direttore Generale Domenico Mantoan
Consiglio di amministrazione Manuela Lanzarin, Francesco Vaccaro, Milena Vainieri
Collegio dei revisori dei conti Piera Marzo (Presidente), Giovanni Gianfreda, Nando Minnella

AUTORI

Per AGENAS - Direttore Generale: Domenico Mantoan
Alice Borghini, Mimma Cosentino, Simone Furfaro,
Maddalena Iodice, Marica Scotellaro, Ivano Leta

Per Fondazione The Bridge - Presidente: Rosaria Iardino
Luisa Brogonzoli, Martina Sacchi

Per Università di Pavia - Dipartimento Scienze Politiche e Sociali:
Alessandro Venturi, Damiano Fuschi

Si ringrazia lo European Observatory e i seguenti esperti: Miriam Blümel - Germania, Research Fellow, Department of Health Care Management, Berlin Centre for Health Economics Research, Technische Universität Berlin, Berlino; Nils Janlöv - Svezia, PhD in Economics, Project Director, The Swedish Agency for Health and Care Services Analysis (Vårdanalys); Or Zeynep - Francia, Research Director, Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes); Charlotte Paddison, Rebecca Rosen - Gran Bretagna, Senior Fellow, Nuffield Trust e Senior Fellow, Nuffield Trust, General Practitioner; Bernal-Delgado Enrique - Spagna, Senior Health Services and Policy Researcher, Data Science for Health Services and Policy Research Group, Institute for Health Sciences, IACS.



INTRODUZIONE

A livello internazionale è ormai noto che Sistemi Sanitari caratterizzati da un'assistenza sanitaria di base (*primary care*) forte e ben strutturata presentano migliori risultati in termini di salute della popolazione che assistono: aumentata efficienza, migliore qualità dell'assistenza, nonché crescita soddisfazione da parte delle persone assistite (1). Il cambiamento demografico ed epidemiologico, a cui si sta assistendo inesorabilmente da anni nei Paesi occidentali, ha posto il problema della riorganizzazione e dell'introduzione di nuovi modelli organizzativi che permettano una migliore gestione e presa in carico degli utenti cronici e fragili, finalizzata alla riduzione delle complicanze e al controllo/rallentamento della progressione della malattia, quando possibile, promuovendo un approccio che prediliga la gestione domiciliare a quella ospedaliera (2).

Le disposizioni normative europee in materia di salute non incidono, come avviene per altri ambiti, nell'organizzazione interna degli Stati. Tuttavia, è possibile individuare delle funzioni complementari che supportano l'organizzazione dei singoli Stati e assicurano un livello uniforme di tutela della salute degli individui all'interno dello spazio europeo. Le azioni principali dell'Unione Europea (UE) in tema di sanità possono riassumersi in due principali linee di azione, che consistono nel concretizzare un livello uniforme sostanziale di assistenza sanitaria e nel supportare la digitalizzazione dei sistemi sanitari. Solo con l'avvento della pandemia da Sars-Cov-2 si è aggiunto un altro filone relativo a piani pandemici transnazionali finalizzati alla gestione di eventuali crisi future (3).

A livello istituzionale possiamo individuare nella "DG Sante" (Direzione Generale della salute e sicurezza alimentare) il centro di gestione e di indirizzo di queste politiche europee. La base giuridica delle azioni dell'Unione è ravvisabile nell'art. 168 del Trattato sul Funziona-

mento dell'Unione Europea (TFUE), che delinea i criteri della sanità pubblica e fissa come principio fondante dell'Unione la necessità di garantire un elevato livello di protezione della salute umana. Dall'analisi del dettato normativo è evidente come la materia sanitaria, in linea con quanto fatto dall'Unione in altri campi, assuma un carattere sempre più orizzontale, poiché l'esigenza di proteggere la salute è una componente necessaria e imprescindibile di tutte le politiche dell'Unione e il Trattato di Amsterdam, coerentemente con quanto previsto dall'Atto unico europeo per il mercato interno, ha elevato tale esigenza a obbligo di garantire un livello elevato di protezione della salute.

Aspetto, questo, tangibile in atti quali il Regolamento 745/2017 in materia di sicurezza dei dispositivi medici. Infatti, tale normativa si pone l'obiettivo di elevare gli standard di qualità e sicurezza dei prodotti e di creare contemporaneamente un quadro legislativo sostenibile, favorevole all'innovazione che ponga l'UE quale garante della salute globale e del buon funzionamento del mercato interno nel settore dei dispositivi medici.

Risulta importante, pertanto, un'azione volta alla promozione di politiche e non di singole materie. Scelta che appare pienamente condivisibile, poiché, perseguendo lo sviluppo di una determinata politica, si possono implementare tutti quegli aspetti orbitanti attorno alla materia salute, cosa che risulterebbe impossibile creando normative che operano per singoli settori. Basti pensare al rapporto tra diritto alla salute e condizioni lavorative; se l'Unione dovesse operare tramite normative che legiferano secondo la logica delle materie separate, si rischierebbe di bloccare l'azione stessa dell'UE, poiché non si potrebbero modificare le regole di un settore senza entrare nel merito di altri settori regolamentati da al-





tre materie. In questo modo, invece, è possibile avviare delle azioni, per l'appunto, orizzontali che diventano parte integrante di ogni aspetto dello sviluppo della società.

Dato il quadro di riferimento sovranazionale, nel presente studio si sono delineati i diversi approcci alla gestione della sanità da parte dei singoli ordinamenti statali.

L'importanza di un approccio basato su un'assistenza sanitaria di base ben strutturata è emersa in modo chiave durante la pandemia in corso, la quale ha ulteriormente dimostrato che la presenza di un'assistenza territoriale capillare, la cui organizzazione sia in grado di rispondere ai bisogni di salute della popolazione, costituisce il vero punto di forza dei sistemi sanitari dei Paesi occidentali e, inoltre, influisce su ogni aspetto organizzativo della società (1).

Pertanto, al fine di garantire un'adeguata presa in carico delle comunità di riferimento, diversi Paesi hanno sviluppato modelli organizzativi che si basano su team multidisciplinari, in cui operano più figure professionali sanitarie e non (medico di medicina generale - MMG, specialisti, infermieri, assistenti sociali, etc). I Paesi, nell'individuare tali modelli organizzativi, hanno comunque dovuto fornire risposte ad alcune necessità comuni tra cui: garantire una capillare distribuzione dei servizi sull'intero territorio, condividere informazioni tra tutti i professionisti coinvolti nell'assistenza nei diversi setting, seguire il percorso di cura dell'assistito, anche attraverso stru-

menti innovativi di telemonitoraggio e telemedicina (4).

In tale contesto, il presente lavoro di ricerca ha come obiettivo la comparazione dei modelli organizzativi dell'assistenza primaria in Italia e in cinque Paesi europei: Germania, Francia, Spagna, Regno Unito e Svezia.

Al fine di raggiungere tale obiettivo, dal punto di vista metodologico, la ricerca ha previsto: analisi della letteratura scientifica e grigia, analisi della normativa e interviste ad esperti di ciascun Paese.

I Paesi oggetto di studio sono stati confrontati su diversi aspetti quali: figure professionali coinvolte nella *primary care*, funzioni della *primary care*, rapporto di lavoro tra professionisti e sistema, servizi erogati nell'ambito della *primary care*, copertura finanziaria, presenza di standard organizzativi, modalità di integrazione ospedale-territorio, percorso formativo dei professionisti coinvolti, presenza di un sistema informativo omogeneo, informazioni sulla governance del sistema e modalità di implementazione dei sistemi di Information Technology (IT) e Intelligenza Artificiale (IA).

Obiettivo finale del progetto è quello di supportare, attraverso le evidenze, la definizione di un nuovo modello organizzativo per l'assistenza primaria in Italia che tenga conto delle migliori esperienze nel campo internazionale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83 (3): 457-502.
2. Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 18 dicembre 2019 "Patto per la salute per gli anni 2019-2021" (Rep. atti n. 209/CSR).
3. Programma UE per la salute (EU4Health), 2021-2027.
4. Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016 "Piano Nazionale della Cronicità" (Rep. atti n. 160/CSR).

NOTA METODOLOGICA

Il presente lavoro, intendendo rappresentare in termini comparativi i sistemi organizzativi di assistenza primaria tra cinque Paesi del contesto europeo (Francia, Germania, Gran Bretagna, Spagna, Svezia) e il modello italiano, è il risultato di un percorso di ricerca svolto in due momenti:

- Il primo si è basato sull'analisi *on desk*, sia della letteratura grigia sia della letteratura scientifica, in merito al tema della *primary care* così come definita a livello internazionale, con un'attenzione particolare alle istituzioni europee. L'analisi della letteratura grigia ha ricompreso sia documenti e *paper* prodotti da enti e agenzie afferenti all'Unione Europea, sia articoli scientifici inerenti ai singoli Stati rispetto ai quali si è scelto di svolgere l'indagine. Al fine di individuare gli ambiti entro cui tali *policy* devono essere contestualizzate e capire i confini entro cui operano, è stato, inoltre, svolto uno studio dei modelli giuridici dei Paesi presi in considerazione. La metodologia utilizzata è stata la seguente: si è ricostruito il quadro normativo di riferimento e i principi costituzionali fondamentali, da cui questi principi discendono. L'output ottenuto è un documento tipico della dottrina giuridica costituzionale. Le valutazioni sviluppate nel testo rispetto alla comparazione giuridica rispondono alla metodologia tipica del diritto comparato, il cui scopo non è tanto quello di giustapporre delle normative che appaiono simili per ambito di istituto giuridico e tema valutato, ma è quello di individuare i formanti giuridici che portano all'approvazione di una determinata norma, quindi, tenendo conto degli input sociali, politici, organizzativi della macroarea cui si riferisce.
- Il secondo, previsto con l'intenzione di avvalorare quanto emerso dall'analisi *on desk* - possibilmente attualizzandone i contenuti - si è incentrato su interviste dirette a referenti dei singoli Paesi contattati attra-



verso lo *European Observatory on Health Systems and Policies*. Le interviste sono state formulate con domande sia aperte sia chiuse, seguendo le direttrici delle aree individuate nella prima fase.

Per quanto attiene l'analisi *on desk* della letteratura grigia, sono state consultate le principali piattaforme online delle maggiori istituzioni europee (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico OCSE - OECD; Commissione Europea; European Observatory on Health Systems and Policies, European Regional and Local Health authorities - Euregha), affiancandovi l'analisi sitografica di interfacce nazionali (ad es. per la Gran Bretagna, House of Commons Library e Office For National Statistics, per la Spagna il sito *Indicadores Claves Sistema Nacional de Salud*) o di enti privati che si occupano di ricerca in ambito sociosanitario (The Commonwealth Fund). Ne sono stati attinti *paper* e analisi riferiti alle annualità comprese tra il 2010 e il 2021, con il focus sulla *primary care* e attraverso l'individuazione di alcuni ambiti chiave:

- soggetti e figure coinvolte nella *primary care*;
- funzioni e servizi afferenti alla *primary care*;
- governance della *primary care*;
- organizzazione della rete di *primary care*.

Per quanto riguarda l'analisi della letteratura scientifica, è stata effettuata una revisione della letteratura indicizzata esistente sul tema della *primary care* e la relativa organizzazione nei Paesi oggetto di studio: Francia, Svezia, Spagna, UK, Germania.

È stata condotta una disamina degli articoli identificati attraverso la consultazione della banca dati PubMed. Il database è stato interrogato utilizzando le seguenti parole chiave: "Health Care System", "Health System", "Primary Care", "Primary Health Care", "organization", "model of service delivery", Sweden, France, Spain, United Kingdom, Germany.

Sono stati selezionati in totale 636 articoli.

Di questi, ne sono stati esclusi 518 dopo lettura



di titoli e abstract. Dei 118 rimanenti, dopo una lettura integrale del testo, 12 sono risultati rispondenti ai criteri di inclusione e inseriti nella revisione (Figura 1).

La ricerca ha condotto alla costruzione di una tavola sinottica, suddivisa secondo specifiche macroaree, che hanno rappresentato la struttura per approfondire ulteriormente il lavoro:

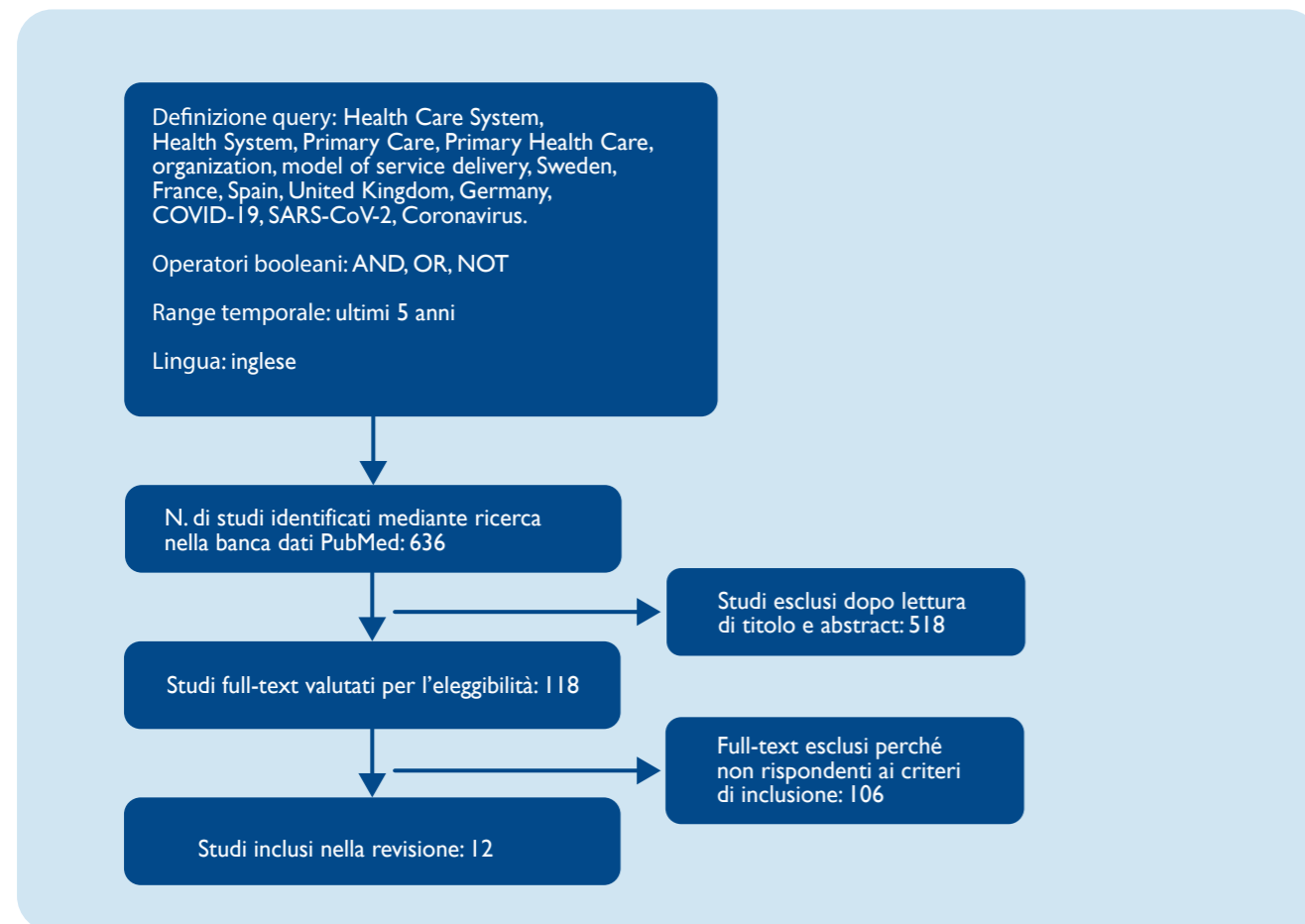
- Organizzazione del sistema sanitario
- Governance
- Soggetti e figure coinvolte nelle cure primarie
- Rapporto di lavoro dei soggetti e delle figure coinvolte nelle cure primarie
- Formazione dei soggetti e delle figure coinvolte nelle cure primarie
- Funzioni e servizi afferenti alle cure primarie Budget e spesa sanitaria dedicata alle cure primarie

- Organizzazione della rete di cure primarie
- Standard di copertura del territorio (es. numero medici di medicina generale per abitanti)
- Uso di AI/IT

Gli articoli identificati sono riportati in Appendice in una tabella di sintesi dei risultati in relazione alle specifiche aree approfondite.

Per la stesura del presente documento si è inteso dare una prima definizione di cure primarie così come delineata a livello europeo, per poi strutturare il lavoro secondo l'approccio per schede di approfondimento. Le schede sono state strutturate seguendo le macroaree individuate nella prima fase, con l'integrazione direttamente nel testo di quanto emerso dalle interviste.

Figura 1. Flow chart degli studi inclusi nella revisione



UNA DEFINIZIONE DI CURE PRIMARIE A LIVELLO EUROPEO

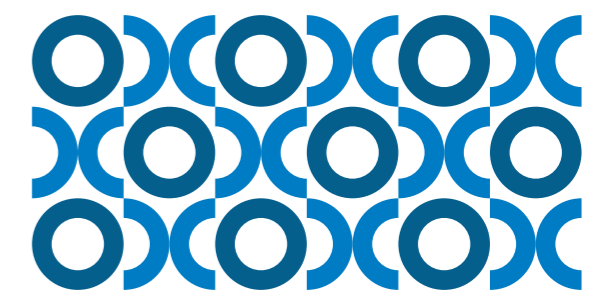
Già dal 2014 (1) la Commissione Europea ha avviato un processo sempre più approfondito per delineare gli aspetti sostanziali del concetto di assistenza primaria¹, definendo un modello che potesse essere di riferimento per tutti i Paesi dell'Unione. Il percorso è stato avviato a seguito dell'istituzione, in seno alla *Health and Consumers Directorate General (DG SANCO)*, nel 2012, dell'*Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)*, gruppo multidisciplinare e indipendente composto da esperti di diversi settori, impegnati a svolgere un ruolo di consulenza in merito alla modernizzazione, alla *responsiveness* e alla sostenibilità dell'assistenza sanitaria.

In tale contesto si è sviluppata, appunto, la necessità di elaborare linee guida che, partendo da una definizione delle cure primarie, potessero svolgere un ruolo di riferimento per meglio coordinare, nei limiti delle differenze dei singoli sistemi sanitari, i diversi approcci nazionali al tema (2).

La definizione di cure primarie data dal panel di esperti è la seguente: *"the provision of universally accessible, person-centered, comprehensive health and community services provided by a team of professionals accountable for addressing a large majority of personal health needs. These services are delivered in a sustained partnership with patients and informal caregivers, in the context of family and community, and play a central role in the overall coordination and continuity of people's care"* (3).

Tale definizione si presta alla dinamicità, dovendo l'assistenza primaria potersi adattare alle contingenze.

La *primary care* va intesa come primo punto di



accesso al sistema sanitario nel suo complesso e, per tale motivo, le figure che vi operano, con particolare riferimento al medico di medicina generale (o *general practitioner - GP*) potrebbero svolgere il cosiddetto ruolo di *gatekeeping*, termine usato per indicare un'azione di "filtro" all'accesso verso attività specialistiche e diagnostiche o al ricovero in ospedale.

Le altre figure che possono essere coinvolte nel contesto dell'assistenza primaria sono individuate tra:

- pediatri
- odontoiatri
- dietisti
- infermieri
- optometristi
- ostetriche
- farmacisti
- fisioterapisti
- psicologi
- assistenti sociali
- terapisti occupazionali

Alcune di queste figure professionali possono anche rappresentare specializzazioni di *secondary care*, ma, in un'ottica di efficienza delle cure, vengono idealmente integrate anche nell'assistenza primaria con ruoli di consulenza o di primo intervento.

Per quanto invece riguarda le funzioni che secondo lo EXPH dovrebbero rientrare nello spettro delle cure primarie, andrebbero sicuramente annoverate la promozione della salute, la prevenzione, la cura delle acuzie, la salute riproduttiva, la salute della madre e del bambino, le malattie del bambino, le infezioni virali, le cronicità, le cure palliative, la salute mentale.

¹I principi della primary health care (PHC) sono stati enucleati per la prima volta con la Dichiarazione di Alma-Ata (<https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>) nel 1978, per poi essere ratificate e riviste nel 2018 durante il Global Conference on Primary Health Care con la Dichiarazione di Astana (<https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference/declaration>).

²La fornitura di servizi di comunità e di salute globale universalmente accessibili, centralizzati sulla persona, erogati da un team di professionisti responsabili della gestione di un ampio numero di bisogni di salute. Questi servizi sono idealmente erogati in partnership continua con assistiti e caregiver, nel contesto della famiglia e della comunità, e giocano un ruolo centrale nella coordinazione e nella continuità di assistenza delle persone.

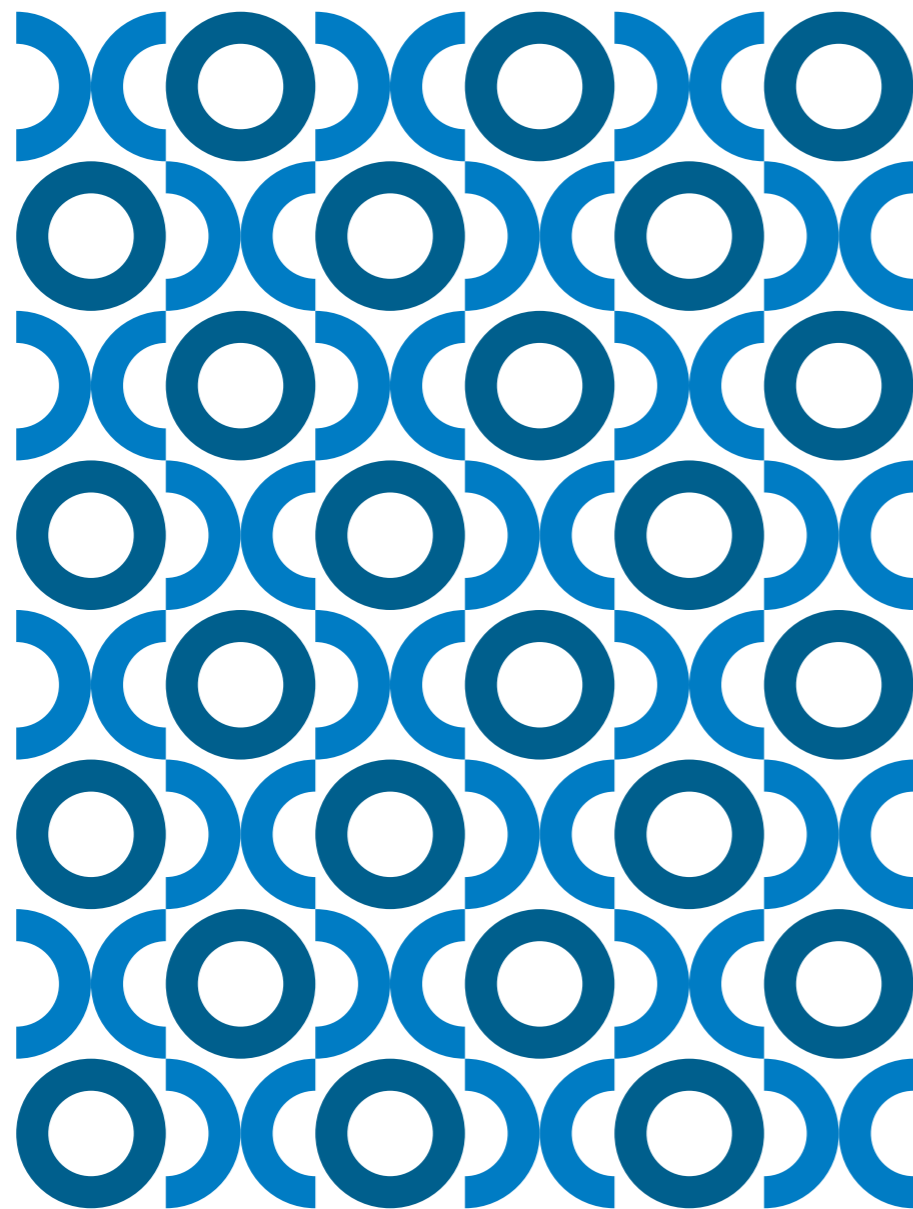
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Commissione Europea, Report dell'Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems [Internet]. 2014. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf
2. Commissione Europea, Report dell'Expert Group on Health Systems Performance Assessment (EXPH), A new drive for primary care in Europe: rethinking the assessment tools and methodologies [Internet]. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/systems_performance_assessment/docs/2018_primarycare_eg_en.pdf
3. Commissione Europea, Report dell'Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Tools and Methodologies for Assessing the Performance of Primary Care [Internet]. 2018. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/opinion_primarycare_performance_en.pdf

**RISULTATI:
SCHEDE DI
APPROFONDIMENTO
PER PAESE**

GERMANIA

Scheda sintetica - Germania



Organizzazione Sistema Sanitario	Iniziativa legislativa a livello federale. Pianificazione a livello statale (Länder). Potere decisionale agli organi corporativisti.
Governance e gestione economico-finanziaria	Sistema assicurativo sociale, pubblico e privato, obbligatorio per tutti i cittadini e per coloro che risiedono in territorio tedesco, sia appartenenti a Stati Membri che extra UE.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Compartecipazione sulla prescrizione di farmaci, ospedalizzazioni e dispositivi medici. Esenzioni per alcune categorie sulla base dell'età. Presenza di un tetto massimo di compartecipazione: 2% del reddito annuale di una famiglia, o 1% per persone con malattie croniche.
Sistema di cure primarie	L'assistenza primaria comprende tutti i medici che trattano gli utenti a livello ambulatoriale, senza una chiara separazione della specialità del medico stesso. Gli assistiti hanno libera scelta di medici e altri professionisti, sebbene il rimborso delle cure da parte dell'assicurazione sia disponibile solo su prescrizione di un medico.
Soggetti	Erogatori privati con scopo di lucro, che comprendono: medici di medicina generale; pediatri; odontoiatri; farmacisti; psicoterapeuti; ostetriche; altri professionisti sanitari.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Liberi professionisti con contratto stipulato con una compagnia di assicurazione sanitaria (87%). La retribuzione è basata su una quota fissa su base capitaria e una quota variabile basata sulle prestazioni erogate. Impiegati salariati (13%).
Formazione dei MMG	Specializzazione accademica in medicina generale. Formazione professionale di almeno cinque anni.
Rapporto di lavoro degli infermieri	Impiegati privati, operanti prevalentemente in ambito ospedaliero.
Formazione degli infermieri	Diploma di laurea. Formazione professionale articolata in tre corsi infermieristici professionali (infermiere generale, infermiere pediatrico e infermiere geriatrico) – 3 anni full-time o 5 anni part-time.
Funzioni/servizi	Promozione della salute, prescrizioni, vaccinazioni, screening oncologici, cardiovascolari e per il diabete, integrazione dell'assistenza sanitaria alla persona, interventi preventivi, chirurgia minore, medicazioni, trattamento delle patologie croniche, certificati di esenzione, assistenza domiciliare, ecografie, misure contraccettive, fisioterapia, logopedia.
Budget per l'assistenza sanitaria	Non vi è un budget specifico per l'assistenza primaria. Nel 2018, secondo quanto rilevato dall'OECD, il 27% del totale della spesa sanitaria era dedicato all'assistenza ambulatoriale. Il 13,3% della spesa totale sanitaria era destinato all'assistenza primaria, di cui l'1,6% alla prevenzione, il 4,4% alla medicina generale, il 6,7% alle cure dentali e lo 0,6% alle cure domiciliari. Nel 2019 la spesa sanitaria rappresentava l'11,7% del PIL.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 4.855 euro.
Organizzazione	Prevalenza di singoli studi privati di MMG.
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Rara.
Standard quantitativi	Posti letto: 7,91 per 1.000 abitanti. Medici di medicina generale: 1,01 per 1.000 abitanti.
Uso AI/IT	Basso livello di digitalizzazione; Sistema di prenotazione occasionale.

Scheda completa - Germania

INFORMAZIONI GENERALI (1)

Forma di governo	Repubblica federale parlamentare
Superficie	357.581 Km ²
Popolazione	83.494.000 ab. (stime 2021)
Densità	233 ab/Km ²
Regioni	16 Länder (Stati federati)
Indice di sviluppo umano	0,947
Speranza di vita	M 79 anni, F 84 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Tralasciando per necessità di sintesi le vicende del Sistema Sanitario Nazionale tedesco durante la Repubblica di Weimar e il Regime nazista, è importante analizzare cosa accade all'indomani della riunificazione della Germania est e della Germania Ovest.

Il sistema dell'assicurazione pubblica viene trasferito alla parte orientale del Paese con alcuni cambiamenti che vanno ad impattare sulla qualità della prestazione erogata. Il problema derivava dalla necessità di unificare a livello amministrativo, in tempi brevissimi, due Paesi che presentavano notevoli differenze sul piano organizzativo (2).

Solo a partire dal 1996 ai cittadini della ex Germania orientale è stato concesso il diritto di modificare la propria polizza assicurativa e di scegliere la compagnia con cui sottoscriverla; per garantire una copertura il più diffusa possibile, all'indomani della riunificazione i cittadini erano stati assegnati a determinati fondi assicurativi senza possibilità di scelta. Anche se di fatto ogni persona era chiamata a validare i documenti per l'attivazione della polizza pubblica oppure a provvedere autonomamente a pagare una polizza privata, poiché in caso contrario sarebbe stato impossibile ottenere assistenza medica, questa fattispecie è diventata

obbligatoria solamente a partire dal 2009. Urge ricordare che il sistema sanitario tedesco è molto diverso da quello vigente negli Stati Uniti in materia di assistenza sanitaria, anche se in apparenza potrebbe apparire simile per via del sistema assicurativo.

Nella Costituzione tedesca non c'è un esplicito riferimento al diritto alla salute e il servizio sanitario è subordinato alla sottoscrizione delle polizze assicurative, obbligatorie per tutti i cittadini. Tuttavia, il sistema tedesco basato sulle assicurazioni, che possono essere pubbliche (*Gesetzliche Krankenversicherung* - GKV) o private (*Private Krankenversicherung* - PKV), è estremamente differente dal modello statunitense: infatti è ispirato al principio di solidarietà e lo Stato copre le categorie più a rischio, quali i disabili, i minori e tutti coloro i quali non possano pagare l'assicurazione. Lo Stato tedesco non è direttamente coinvolto nel servizio sanitario, ma decide le politiche da perseguire e delega ai Länder la programmazione di investimenti e infrastrutture (3). I Länder a loro volta finanziano le "casce mutue", che sono associazioni non a scopo di lucro che si occupano di gestire le spese sanitarie ed erogano le assicurazioni pubbliche, sottoscritte dalla maggioranza dei cittadini tedeschi (4).

La mancanza di un chiaro riferimento al diritto

alla salute nella Costituzione tedesca è stata colmata in via interpretativa, con una minuscola operazione ricostruttiva da parte della dottrina e della giurisprudenza costituzionale che ha individuato la fonte costituzionale del diritto alla salute nel combinato disposto degli artt. 1.1 (principio della dignità umana)³ e 2.2 (diritto alla vita e alla integrità fisica)⁴ della Legge fondamentale (*Grundgesetz*); inoltre, il contenuto essenziale del diritto in questione è stato considerato come uno degli elementi indefettibili della forma di stato sociale (artt. 20.1 e 28.1 GG)⁵. Il risultato quindi è stato quello di attribuire alla tutela della salute in Germania una posizione di primo piano all'interno della categoria dei diritti sociali, con un onere basilare in capo allo Stato di garantirne l'effettività e, allo stesso tempo, di riconoscere direttamente in capo ad ogni individuo, cittadino o straniero (sono espliciti i riferimenti all'art. 28 GG), l'esistenza di un vero e proprio diritto al raggiungimento di determinati standard di cure e di assistenza medica.

La Germania è stata il primo Paese, nel 1883, ad introdurre un servizio sanitario nazionale basato su un sistema assicurativo sociale. L'assicurazione sanitaria è infatti obbligatoria e di conseguenza offre una copertura quasi universale. Caratteristica peculiare del sistema sanitario tedesco è la coesistenza del sistema assicurativo pubblico (SHI - "*social health insurance*") con quello privato (PHI - "*private health insurance*"), anche se solo una minima quota di popolazione, in base al reddito, può effettivamente scegliere tra assicurazione pubblica e privata. Infatti, i lavoratori dipendenti sono di solito assicurati con la SHI, mentre le persone

il cui reddito è superiore ad una determinata soglia (pari a 62.550 euro nel 2020) o che appartengono ad una specifica categoria professionale (ad esempio i lavoratori autonomi o i dipendenti pubblici), possono scegliere di iscriversi alla PHI per una copertura sostitutiva completa. Il sistema che prevede più pagatori, cosiddetto multi-payer, della SHI è costituito attualmente da più di 100 casce malattia che coprono l'87% della popolazione, mentre circa l'11% della popolazione è coperto da una delle circa 40 compagnie assicurative private. Altre specifiche categorie (ad esempio esercito e polizia) sono coperte da programmi speciali. Gli assicurati nell'ambito della SHI possono scegliere liberamente tra le diverse casce mutue, così come gli assicurati con PHI sono liberi di scegliere il proprio assicuratore (5).

La SHI copre un'ampia gamma di prestazioni che eccedono quelle essenziali e le prestazioni sono le stesse per tutti gli assicurati. Le persone coperte dall'assicurazione sostitutiva PHI possono avvalersi di un portafoglio di prestazioni più ampio rispetto alla SHI. Le prestazioni coperte dall'assicurazione sociale vengono definite a livello nazionale, mentre rimane di competenza della Commissione federale mista la definizione degli aspetti relativi a nuove tecnologie, farmaci o dispositivi medici nel paniere delle prestazioni incluse. Inoltre, nel sistema sanitario tedesco ogni ambito del settore sanitario, come ad esempio la sanità pubblica, l'assistenza ambulatoriale e l'assistenza residenziale, è disciplinato in modo indipendente; ciò comporta una forte frammentazione nella fornitura di servizi, essi infatti risultano separati in termini di organizzazione, finanziamento e modalità di rimborso (5).

³ Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt. - La dignità dell'uomo è intangibile. È dovere di ogni potere statale rispettarla e proteggerla.

⁴ Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden. - Ognuno ha diritto alla vita e all'integrità fisica. La libertà della persona è inviolabile. Solo la legge può limitare questi diritti.

⁵ Art. 20.1 GG: Die Bundesrepublik Deutschland ist ein demokratischer und sozialer Bundesstaat. - La Repubblica Federale di Germania è uno Stato federale democratico e sociale;

Art. 28.1 GG: Die verfassungsmäßige Ordnung in den Ländern muß den Grundsätzen des republikanischen, demokratischen und sozialen Rechtsstaates im Sinne dieses Grundgesetzes entsprechen. In den Ländern, Kreisen und Gemeinden muß das Volk eine Vertretung haben, die aus allgemeinen, unmittelbaren, freien, gleichen und geheimen Wahlen hervorgegangen ist. Bei Wahlen in Kreisen und Gemeinden sind auch Personen, die die Staatsangehörigkeit eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft besitzen, nach Maßgabe von Recht der Europäischen Gemeinschaft wahlberechtigt und wählbar. In Gemeinden kann an die Stelle einer gewählten Körperschaft die Gemeindeversammlung treten. - L'ordinamento costituzionale dei Länder deve essere conforme ai principi dello Stato di diritto repubblicano, democratico e sociale ai sensi della presente Legge fondamentale. Nei Länder, nei Distretti (Kreisen) e nei Comuni il popolo deve avere una rappresentanza che emerga da elezioni generali, dirette, libere, uguali e segrete. Nei Comuni, l'assemblea dei cittadini del Comune può sostituire l'organo elettivo. Per le elezioni nei Distretti e nei Comuni hanno diritto di voto e sono eleggibili, secondo il diritto delle Comunità europee, anche persone in possesso della cittadinanza di uno degli Stati membri della Comunità europea.

La SHI è finanziata principalmente attraverso una quota obbligatoria, determinata sulla base del reddito, a carico dei datori di lavoro e dei dipendenti, e dalle entrate fiscali. I contributi SHI sono riuniti nel Fondo Centrale della Salute e redistribuiti alle casse di malattia sulla base delle morbilità. I premi nell'ambito delle assicurazioni private dipendono invece dai rischi sanitari individuali (6).

Gli aspetti relativi al finanziamento e all'erogazione nel regime della SHI sono condivisi tra il governo federale, i 16 Lander e le organizzazioni della società civile o "organi corporativisti". Questi organismi corporativi -principalmente basati sull'adesione volontaria - giocano un ruolo importante nel sistema di governance della SHI; infatti, il livello federale delega a questi enti corporativi tutte le attività inerenti alla gestione del finanziamento e l'erogazione delle prestazioni coperte dall'assicurazione sociale. Le prestazioni, le tariffe e gli standard qualitativi dei servizi vengono definite nelle commissioni congiunte costituite da associazioni delle casse mutue e dei soggetti fornitori (associazioni di medici o odontoiatri e federazioni di ospedali) (5).

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SISTEMA SANITARIO

La governance del sistema sanitario è complessa e decentralizzata, divisa tra il livello federale, statale e gli organi corporativisti. Mentre il livello federale stabilisce il quadro giuridico generale, i governi statali sono responsabili della pianificazione ospedaliera e dei servizi sanitari pubblici. Tuttavia, la maggior parte del potere decisionale all'interno del sistema delle SHI è delegato agli organi corporativi. Questi organi sono "organizzazioni legittimate della società civile", come le associazioni delle casse malattia e dei fornitori, che si riuniscono in una Commissione federale congiunta (5).

L'assicurazione sanitaria è obbligatoria per tutta la popolazione. Le casse malattia non governative senza scopo di lucro e le assicurazioni sanitarie private competono per la copertura del premio sanitario. Il 25% dei medici ambulatoriali privati lavora anche nel settore pubblico. Esistono circa 2000 cliniche multispecialistiche e l'accreditamento delle strutture è volontario, ma include i requisiti del Comitato Congiunto.

Di seguito sono riportate le funzioni di dettaglio dei livelli di governance.

Livello Federale

Gli organi legislativi sono costituiti dal *Bundestag* (Assemblea federale) e il *Bundesrat* (Consiglio federale).

Il Ministero Federale della Salute è responsabile della proposta e del coordinamento della legislazione in merito agli schemi assicurativi sanitari. È responsabile inoltre della prevenzione, promozione della salute, diritti delle persone assistite, farmacovigilanza, iscrizione dei professionisti della salute e coordinamento delle politiche sanitarie internazionali. Infine, è responsabile della supervisione dei principali organi corporativi a livello federale quali ad esempio la *Federal Joint Committee* e l'associazione dei medici che erogano prestazioni all'interno delle assicurazioni sociali. Per adempiere alle sue funzioni il Ministero è coadiuvato da 5 principali agenzie di supporto: *Robert Koch Institute* (sorveglianza COVID), *Federal Institute for Pharmaceuticals and Medical Devices*, *German Institute for Medical Documentation and Information*, *Paul-Ehrlich Institute* (vaccini e biomedicinali) e il *Federal Centre for Health Education* (5).

Livello Statale

Il livello statale, riconducibile ai 16 Lander, presidia una serie di aspetti relativi alla sanità come la pianificazione delle capacità di cura delle persone ricoverate, la pianificazione e la fornitura di servizi di salute pubblica e la supervisione delle associazioni regionali delle casse malattia e dei fornitori di cure ambulatoriali (5). I governi statali sono inoltre responsabili degli investimenti di capitale nell'ambito ospedaliero, che vengono definiti sulla base delle priorità di governo, indipendentemente dalla natura della proprietà degli ospedali. Gli stati sono quindi responsabili dei grandi investimenti sia in termini di tecnologie sanitarie e mediche che di edilizia sanitaria, così come della manutenzione delle stesse.

Livello Corporativo

Federal Joint Committee, principale organo decisionale.

Le decisioni vengono prese in un plenum composto da 13 membri nominati per un periodo di sei anni. Diversi sottocomitati del Comitato misto federale (nove nel 2020) svolgono il lavoro

preparatorio, e possono avvalersi anche di esperti esterni. Tale Comitato è supportato da diversi Istituti: per la qualità e l'efficacia, per la qualità e la trasparenza, ecc. (5).

Finanziatori

Le casse malattia (a partire da gennaio 2020) agiscono come principali istituzioni paganti nel sistema SHI e sono rappresentate a livello federale dall'Associazione federale delle casse malattia. Tale associazione è responsabile della negoziazione delle condizioni contrattuali con gli erogatori, delle modalità di pagamento per l'assistenza ospedaliera e ambulatoriale, del rimborso dei prodotti farmaceutici (5).

Erogatori

I medici ambulatoriali e gli psicoterapeuti accreditati con la SHI sono organizzati in associazioni regionali di medici. Ciascuna delle 17 associazioni statali elegge i membri del comitato esecutivo attraverso un'assemblea di delegati. Le associazioni regionali sono responsabili di assicurare l'assistenza ambulatoriale, di pianificare il fabbisogno di tutte le specialità e garantire la continuità assistenziale. Vi è poi l'Associazione regionale degli odontoiatri SHI. Gli ospedali sono rappresentati in tale sistema attraverso organizzazioni di diritto privato o miste pubblico-privato. La maggior parte degli infermieri non ha un'associazione di riferimento (5).

Il sistema sanitario si può definire decentralizzato in quanto vi è la delega del potere governativo alle istituzioni corporativiste all'interno del sistema delle assicurazioni sociali. La maggior parte dei diritti e delle responsabilità legali sono conferite alle associazioni corporativistiche di pagatori e fornitori in un sistema di autogoverno, mentre le istituzioni a livello federale (per esempio il Ministero Federale della Salute) sono responsabili della definizione del quadro giuridico e della supervisione dei principali organismi corporativi (per esempio il Comitato Congiunto Federale e l'Associazione federale dei medici SHI). La regolamentazione e il governo dell'erogazione dei servizi sono per lo più delegati alle istituzioni corporativistiche. Le istituzioni corporativistiche nell'ambito delle cure ambulatoriali sono tenute per legge a garantire che la distribuzione geografica e il volume dei servizi di assistenza per acuti siano sufficienti a soddisfare i bisogni di salute della popolazione. Infatti, le associazioni regio-

nali dei medici e degli odontoiatri SHI, rispettivamente, devono garantire la disponibilità di servizi ambulatoriali, assicurando che i medici di tutte le specialità siano disponibili in base alle esigenze della comunità e siano distribuiti in modo omogeneo sul territorio. Per soddisfare tale requisito sulla disponibilità del servizio, l'associazione regionale deve negoziare con i fondi malattia che operano su quel territorio e stabilire un budget prospettico, che alla fine viene ripartito tra i suoi membri accreditati (5). Come riportato nella Figura 1, i consumi sanitari (posti letto ospedalieri, durata di degenza ospedaliera, ricoveri ospedalieri, visite ambulatoriali) sono elevati se comparati con la media europea. Sebbene l'offerta totale di medici e infermieri sia relativamente alta, la percentuale dei medici di medicina generale (18,4%) sul totale dei medici è inferiore alla media europea (7).

Alti livelli di spesa pubblica per la salute e un'ampia copertura dei servizi di assistenza sanitaria si traducono in una bassa spesa *out-of-pocket* (nel 2018 pari al 13%). Tale dato è inferiore alla media UE pari al 15,8%. Circa un terzo della spesa *out-of-pocket* è legato alla Long-Term Care (LTC). Per le strutture di LTC, l'assicurazione copre solo una parte dei costi. Altre importanti categorie che rientrano nell'ambito della spesa *out-of-pocket* comprendono i prodotti farmaceutici (18%, per lo più per i farmaci da banco), le cure odontoiatriche (14%, a causa dei co-pagamenti) e le cure mediche ambulatoriali (12%). La spesa diretta per i dispositivi medici quali ad esempio occhiali, apparecchi acustici o sedie a rotelle rappresenta circa il 20% dei pagamenti *out-of-pocket*. Per gli assistiti con copertura assicurativa pubblica, tale voce di spesa per le cure mediche ambulatoriali si riferisce esclusivamente a dei "servizi individuali", che la SHI non copre in quanto non hanno un beneficio terapeutico dimostrato secondo le direttive della Commissione Federale Congiunta (5).

Al fine di ridurre l'onere finanziario dei co-pagamenti, gli individui assicurati con una SHI che hanno speso più del 2% del loro reddito familiare lordo annuo per i ticket di qualsiasi tipo (ad esempio per i prodotti farmaceutici) hanno diritto all'esenzione. Questo vale anche per gli assicurati con condizioni croniche che hanno speso più dell'1% del loro reddito familiare lordo all'anno per co-pagamenti di qualsiasi tipo (la cosiddetta regola dell'1%) (7).

Tabella 1. La compartecipazione economica dell'utente nell'offerta sanitaria.

La compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria			
Servizio	Costo previsto per visita/servizio	Tetto di spesa out-of-pocket per anno	Esenzioni
Visite di <i>primary care</i>	Nessuno	Limitato a 28 giorni all'anno	I bambini e gli adolescenti fino ai 18 anni sono esenti dalla compartecipazione (ad eccezione delle protesi dentarie, dei trattamenti ortodontici e dei trasporti). Inoltre, esiste un tetto massimo di compartecipazione: infatti la stessa è limitata al 2% del reddito annuale di una famiglia, o all'1% per persone con malattie croniche che hanno avuto indicazioni a fare visite e/o screening prima di contrarre la patologia.
Consulenze specialistiche	Nessuno		
Ospedalizzazione (per giorno o visita) incluso uso di farmaci	10 euro al giorno Co-assicurazione: 20%		
Prescrizione di farmaci	Gli assicurati pagano il 10% o da un minimo di 5 a un massimo di 10 euro.		
Prescrizione di dispositivi medici	Da 5 a 10 euro		

Fonte ed elaborazione da Blümel M., Busse R., *International Health Care System Profiles: Germany*, in *The Commonwealth Fund*, 2020. Nostra traduzione (8).

Figura 1. Dati sanitari di Europa e Germania.

Spesa sanitaria totale in % del PIL		Spesa sanitaria totale pro capite (in PPP\$)		Posti letto in ospedale (per popolazione di 100.000 ab)		Medici (per popolazione di 100.000 ab)		MMG in % su tutti i medici		
Germania	Europa ¹	Germania	Europa ¹	Germania	Europa ¹	Germania	Europa ¹	Germania	Europa	
1995	10,1	7,6	2267	1276	968,3	740,9	306,5	292,7	21,7	27,5 ⁶
2000	10,3	7,9	2669	1608	911,9	669,0	326,0	295,1	20,3	28,3 ⁵
2005	10,7	8,5	3353	2151	846,8	604,6	341,1	316,0	19,5	26,3 ⁴
2009	10,5 ⁷	8,8	3737 ⁷	2788	821,3 ⁷	564,8	355,7 ⁷	321,6	18,4 ⁷	25,5 ³
Infermieri (per popolazione di 100.000 ab)		Spesa sanitaria totale pro capite (in PPP\$)		Posti letto in ospedale (per popolazione di 100.000 ab)		Medici (per popolazione di 100.000 ab)				
Germania	Europa ²	Germania	Europa ¹	Germania	Europa ¹	Germania	Europa ¹			
1995	n.a.	575,1	13,5	12,5	19,2	15,7	6,4	6,6		
2000	958,8	655,9	11,4	10,3	20,5	17,7	7,3	6,8		
2005	1022,3	682,7	10,2	9,5	19,9	16,2	7,5	6,8		
2009	1068,0 ⁷	745,5	9,9 ⁷	8,8	20,7 ⁷	15,6	7,8 ⁷	6,9		

Fonte: Dati europei e della Germania da WHO European Health for all database, 2010. Note: 1) anni: 1992,1997,2002,2007. 2) anni: 1991, 1996, 2001, 2006. 3) anni: 2005, media europea escluse ES, CY, GR, MT, PL, RO, SK, UK. 4) anni: 2002, media europea escluse CY, ES, GR, MT, PL, RO. 5) anni: 1997, media europea escluse BG, CY, ES, GR, MT, NL, PL, RO, SK. 6) anni: 1993, media europea escluse CY, ES, GR, MT, NL, PL, RO. 7) Anni: 2008.

IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

In Germania, l'assistenza primaria comprende tutti i medici che trattano i pazienti a livello ambulatoriale, senza una chiara separazione della specialità del medico stesso.

L'accesso ai servizi non è direttamente legato alla natura del bisogno della persona assistita. Così, per esempio, il diabete può essere trattato sia dai medici di medicina generale sia dagli specialisti. Ogni persona ha libera scelta del medico. Il sistema sanitario è pertanto regolato (assistiti ospedalieri vs assistiti ambulatoriali; specialisti vs generalisti) dal sistema di rimborso, che prevede incentivi finanziari per il trattamento di determinate condizioni di salute da parte di specifici professionisti. I medici che assistono le persone con assicurazione pubblica sono organizzati in associazioni regionali. Tali associazioni devono garantire tutti i servizi di assistenza sanitaria per acuti per tutte le specialità mediche. Per soddisfare i bisogni di salute della popolazione, le associazioni hanno un budget complessivo, negoziato prospetticamente, erogato dalle casse malattia, che a loro volta distribuiscono tra i loro membri. Inoltre, devono garantire le cure ambulatoriali durante le ore di servizio, nonché i servizi assistenziali fuori orario (7).

Le responsabilità per l'assistenza primaria sono state decentrate a livello regionale. Le associazioni regionali di medici nell'ambito dell'assicurazione sanitaria pubblica sono responsabili dello sviluppo di un "piano di localizzazione" che individua il numero e la distribuzione regionale dei medici liberi professionisti. Il Piano strutturale regionale per la salute, obbligatorio dal 1977 (rivisto nel 1993), include la pianificazione dell'assistenza primaria in ogni stato federale (7).

Una peculiarità nella regolamentazione dei servizi medici del sistema sanitario tedesco è l'importante ruolo, accanto a quello del legislatore, svolto dagli organi di autogoverno dei fornitori di servizi e delle casse di assicurazione sanitaria. Il legislatore definisce il framework giuridico; gli organi di autogoverno, formati dalle associazioni nazionali di medici e odontoiatri, la Federazione tedesca degli ospedali e le associazioni federali dei fondi di assicurazione sanitaria, hanno il compito di formulare e dettagliare quali servizi saranno forniti e a quali condizioni. Il principale organo di autogoverno

a livello decisionale è la Federal Joint Committee (Comitato Federale congiunto), che ha la responsabilità nel campo dell'erogazione dei servizi, della sicurezza, della qualità e dell'efficacia dei servizi forniti, e dell'emanazione di raccomandazioni sui programmi di *disease management*. L'accesso diretto è possibile a tutti i medici e non medici senza prescrizione. Tuttavia, l'assicurazione sanitaria pubblica può rifiutarsi di rimborsare i costi di una visita diretta senza l'invio da parte di un medico di medicina generale (7).

SOGGETTI

L'assistenza sanitaria ambulatoriale è fornita principalmente da fornitori privati con scopo di lucro, che comprendono medici di medicina generale, pediatri, odontoiatri, farmacisti, psicoterapeuti, ostetriche e altri professionisti sanitari, come fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, podologi e professioni tecniche (5). Gli infermieri sono coinvolti solo in studi pilota nelle aree rurali dove collaborano i medici di medicina generale.

L'assistenza ambulatoriale include l'assistenza primaria (medicina generale) principalmente fornita dai medici di medicina generale e l'assistenza secondaria fornita da specialisti, mentre i servizi ospedalieri e le cure terziarie sono fornite prevalentemente in strutture di ricovero (5). La responsabilità della supervisione delle cure ambulatoriali è delegata alle associazioni regionali e federali mediche (9).

Gli assistiti hanno libera scelta di medici, psicoterapeuti, odontoiatri, farmacisti e servizi di assistenza urgente/fuori orario. Sebbene gli utenti coperti dalla SHI possano scegliere anche altri professionisti della salute, l'accesso alle cure rimborsate è disponibile solo su prescrizione di un medico. Circa il 42% di tutti i medici affiliati alla SHI lavorano come medici di medicina generale e nelle cure primarie. I medici di medicina generale non costituiscono la funzione di filtro al sistema (*gatekeeper*) in quanto tutti i medici, a prescindere dalla propria specializzazione, costituiscono un punto di accesso ai servizi sanitari (5).

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

Quasi tutti i medici di medicina generale (circa l'87%) sono lavoratori autonomi a contratto con una compagnia di assicurazione sanitaria

(liberi professionisti accreditati dalla rispettiva associazione di medici), e sono remunerati tramite quota capitaria e quota a prestazioni. Circa il 13%, invece, sono impiegati salariati, che ricevono una retribuzione stipendiale (7).

Per diventare medico di medicina generale vi è una specializzazione accademica in medicina generale.

Per lavorare come medico di medicina generale, è necessaria una formazione professionale di almeno cinque anni. Questa consiste in due anni di formazione presso un reparto ospedaliero di medicina interna e 18 mesi di formazione presso lo studio di un medico generico autonomo o in gruppo. I restanti 18 mesi possono essere svolti presso lo studio di un medico di medicina generale o in un reparto di medicina interna (7).

Per tutti i medici di assistenza ambulatoriale c'è un sistema obbligatorio di crediti di formazione medica continua (250 crediti ogni cinque anni) (7).

Nel 2017, è stato introdotto un diploma di laurea per gli infermieri, in aggiunta alla formazione professionale, al fine di poter gestire processi di cura altamente complessi e a promuovere la qualità delle cure (5).

Inoltre, i tre corsi infermieristici professionali esistenti (infermiere generale, infermiere pediatrica e infermiere geriatrico) sono stati raggruppati in un corso unico della durata di due anni con l'opportunità successiva di specializzarsi, per facilitare il passaggio degli infermieri da un ambito di cura ad un altro (5).

Le evoluzioni in ambito ambulatoriale, soprattutto nelle zone rurali e per gli anziani, si concentrano sulla formazione di infermieri e assistenti medici che possano svolgere un ruolo di collaborazione con i medici di medicina generale (per esempio nelle visite a domicilio). Sebbene tali iniziative stiano aumentando in tutta la Germania, il trasferimento di compiti dai medici al personale infermieristico è frammentato e per lo più limitato a studi pilota o a poche regioni (6).

La retribuzione media di un medico di medicina generale (84.300 euro - esclusi i costi della pratica, dato del 2006) è relativamente bassa rispetto a quella dei medici specialisti. La retribuzione del medico di medicina generale autonomo è condizionata dal numero di assistiti e dal numero di visite. Infatti, essi vengono rimborsati mediante una quota capitaria

omnicomprensiva per trimestre. Se la persona assistita si reca allo studio per più di una volta durante il trimestre, il medico di medicina generale non riceve ulteriore rimborso (7).

I servizi di assistenza ambulatoriale nell'ambito SHI forniti negli studi medici (medici di medicina generale e specialisti), odontoiatri, farmacisti, ostetriche e molti altri professionisti sanitari sono soggetti ad un sistema di prezzi predeterminati. Ci sono due sistemi tariffari per ogni professione, uno per i servizi SHI e uno per i trattamenti privati (5).

Il meccanismo di retribuzione dei medici da parte della SHI non è semplice ed è costituito da due fasi. La prima in cui le casse malattia effettuano dei pagamenti alle associazioni regionali dei medici per la remunerazione di tutti i medici affiliati al SHI. La seconda in cui tali associazioni redistribuiscono i pagamenti tra i medici affiliati alla SHI secondo una "scala di valori uniforme". L'unica eccezione può avvenire per specifici contratti stipulati nell'ambito dell'assistenza integrata (5).

La scala di valori individua le diverse prestazioni che possono essere addebitate dai medici della SHI e rappresenta una sorta di catalogo delle prestazioni ed è vincolante per tutti i medici e per l'assistenza ambulatoriale di tutti gli assicurati attraverso il sistema delle SHI. I servizi sono quindi espressi non in termini monetari ma come punti nella scala di valori. I medici della SHI riportano il numero totale di punti per i servizi forniti alla loro associazione regionale alla fine di ogni trimestre. Dal 2009 è stato calcolato un volume standard di servizi basato sulla pratica per ogni medico e trimestre. Tali volumi stabiliscono il volume di servizi che un medico può fatturare in un periodo definito e che sono pagabili a un valore monetario fisso concordato per punteggio (5).

Il medico viene informato del volume prospettico all'inizio di ogni trimestre. I volumi dei servizi standard differiscono dai massimali di spesa applicati in precedenza, in quanto il fabbisogno di cure degli assicurati viene preso in considerazione non solo per il gruppo specifico di medici ma anche per il singolo studio (5). Il volume di prestazioni standard viene calcolato moltiplicando il tasso di casi specifico del gruppo di medici per il numero di casi del medico e il fattore di ponderazione basato sulla morbilità. Il numero di casi che un medico può coprire è predefinito (5).

La remunerazione del medico è composta da tre quote. La prima quota è rappresentata dalla remunerazione basata sulla morbilità, che deriva dai trattamenti richiesti per le persone assistite, dai valori di riferimento regionali e dal numero di persone assicurate per casa malattia. Dal 2009 la remunerazione delle cure fornite dai medici affiliati alla SHI è stata negoziata su base annuale tra le associazioni regionali dei medici della SHI e le associazioni regionali delle casse malattia. La remunerazione dei medici da parte delle assicurazioni sociali è soggetta ad un massimale, anche se l'assegnazione alle singole casse si basa sul fabbisogno di cure dei loro assicurati rispetto all'importo del periodo precedente. La seconda quota è corrisposta per eventi imprevisti (per esempio, un'epidemia). La terza quota è la remunerazione delle singole prestazioni che le casse sono tenute a pagare a prezzi fissi oltre alla remunerazione basata sulla morbilità. Questi servizi eleggibili, come le vaccinazioni, test di screening o chirurgia ambulatoriale, non sono soggetti a massimali di volume (5).

FUNZIONI/SERVIZI

I servizi assicurati nell'ambito dell'assistenza primaria sono la promozione della salute, le prescrizioni, le vaccinazioni, gli screening oncologici, cardiovascolari e per il diabete, l'integrazione dell'assistenza sanitaria alla persona, interventi preventivi, chirurgia minore, medicazioni, trattamento delle patologie croniche, certificati di esenzione, assistenza domiciliare, ecografie, misure contraccettive, fisioterapia, logopedia. Non comprende la riabilitazione in quanto è finanziata con uno specifico fondo. Normalmente gli ambulatori di medicina generale sono dotati di attrezzature che permettono una diagnostica di base. Per esempio, assistiti con problemi oftalmologici o assistiti con problemi ginecologici si rivolgono direttamente agli specialisti. L'elenco delle attrezzature disponibili negli studi è quindi limitato (7). Si stima che in media il 75-80% dei contatti totali degli assistiti sono gestiti esclusivamente dai medici di medicina generale senza rinvii ad altri professionisti (7).

Per la maggior parte delle malattie croniche, il medico di medicina generale svolge un ruolo centrale nell'erogazione dei servizi, ad eccezione dell'artrite reumatoide. Gli specialisti sono

chiamati solo se in caso di malattia grave o complicazioni (7).

BUDGET

Nel 2019, in Germania la spesa sanitaria rappresentava l'11,7% del PIL (10) e la spesa sanitaria totale pro-capite era di 4.855 euro (11).

Non vi è un budget specifico per l'assistenza primaria né dati aggiornati. Tra le informazioni individuate, se pur datate, si evidenzia che nel 2008 il 15,3% del totale di spesa sanitaria era dedicato all'assistenza *outpatient*, mentre il 4% alla prevenzione e alla salute pubblica (7). Nel 2018, il 27% del totale della spesa sanitaria era dedicato all'assistenza *outpatient* (12). Il 13,3% della spesa totale sanitaria era destinato all'assistenza primaria, di cui l'1,6% alla prevenzione, il 4,4% alla medicina generale, il 6,7% alle cure odontoiatriche e lo 0,6% alle cure domiciliari, la Germania ha destinato il 5,2% alla medicina generale, il 7,1% alle cure odontoiatriche, l'1,5% alla prevenzione e lo 0,6% all'assistenza domiciliare.

Il governo tedesco ha introdotto un ticket di 10 euro per trimestre solare, che dovrà essere pagato dagli individui coperti con l'assicurazione sanitaria pubblica al loro primo contatto con lo studio di un medico o di un odontoiatra; questo denaro andrà all'assicurazione sanitaria pubblica (7).

Le visite successive presso lo stesso medico durante lo stesso trimestre non richiedono un co-pagamento. Al contempo, le visite ad altri medici durante lo stesso trimestre non richiedono un co-pagamento se l'assistito presenta una prescrizione del primo medico, altrimenti senza la prescrizione deve pagare ulteriori 10 euro. Fanno eccezione le visite che rientrano nell'ambito della prevenzione (controllo della salute, screening del cancro, vaccinazione) e le prestazioni rivolte ai bambini e agli adolescenti fino all'età di 18 anni, coperti dall'assicurazione sanitaria pubblica (7).

Spesa sanitaria totale pro capite

	Country Health Profile 2019 – OECD	Health at a glance - OECD
2017	4,300 euro	4,695 euro (dato del 2016-2017)
2018		5,056 euro

ORGANIZZAZIONE

Circa 32.000 medici di medicina generale sono membri della Federazione della Medicina Generale e 3.300 medici di medicina generale appartengono al Collegio tedesco dei medici di medicina generale (DEGAM). Gli ambulatori dei medici di medicina generale non sono vincolati per legge al rispetto di un numero minimo di ore di apertura (7).

I medici di medicina generale lavorano in media 51 ore alla settimana (nel 2006). Secondo una rilevazione del 2002, effettuano in media 25 visite a domicilio per settimana. La durata media di una visita del medico di medicina generale è di 7-8 minuti (7).

Non c'è un sistema di *gatekeeping* in Germania. Gli utenti possono accedere a tutte le professioni mediche con poche eccezioni. Invece, l'accesso diretto all'assistenza domiciliare da parte di un infermiere, fisioterapista, terapeuta occupazionale o logopedista è completamente a carico dell'assistito (7).

In Germania il medico di medicina generale lavora prevalentemente singolarmente nel proprio studio (di norma studi privati), anche se c'è stata una forte tendenza verso lo sviluppo di una medicina di gruppo, di *équipe* multidisciplinari e medici che lavorano in centri di assistenza multidisciplinari (5) (13).

Altre strutture come gli studi o centri medici in cui l'assistenza è coordinata dagli infermieri non sembrano esistere in Germania (7).

La comunicazione con gli altri medici di medicina generale avviene occasionalmente, men-

tre raramente con gli specialisti. Il contatto tra infermieri e medici di medicina generale avviene solo su richiesta. La comunicazione tra i medici di medicina generale e gli ospedali è problematica. Le lettere di dimissione ospedaliere sono inviate raramente e risulta scarsa anche la comunicazione verbale tra i clinici e i medici di medicina generale. Raramente c'è un'integrazione con altre discipline professionali da parte dei medici di medicina generale nella cura dei loro assistiti (7). Infatti, non c'è integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Per quanto concerne le visite specialistiche, coloro che risiedono in Germania sperimentano i tempi di attesa più brevi di tutta l'UE. Questo aspetto può essere attribuito ad una legge del 2015, che ha richiesto alle associazioni regionali dei medici SHI di istituire dei centri di prenotazione, che dovrebbero assicurare la prenotazione di un appuntamento specialistico entro sette giorni. Il tempo di attesa per l'appuntamento non può comunque superare le quattro settimane (5).

L'attività nel settore ambulatoriale è elevata ed è erogata generalmente fuori dagli ospedali. L'elevato numero di accessi si spiega in parte con l'assenza di un sistema di funzione filtro o dell'obbligo di iscrizione presso un medico di medicina generale, ciò significa che le persone possono vedere diversi medici di medicina generale e consultare specialisti senza bisogno dell'invio da parte del proprio medico di medicina generale. Inoltre, il numero di accessi è elevato anche perché gli infermieri e gli altri

professionisti sanitari giocano un ruolo minore nell'assistenza primaria (5).

Il sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza negli ospedali è un argomento molto discusso in Germania. Indagini nazionali hanno dimostrato che le persone usano i dipartimenti di emergenza anche se i sintomi non richiedono un trattamento urgente perché i medici ambulatoriali non sono disponibili (per esempio la sera o nei fine settimana). In risposta, le associazioni regionali dei medici SHI sono tenute a istituire degli studi presso gli ospedali dove i medici SHI possono trattare utenti con condizioni non urgenti fuori orario. La legislazione recentemente approvata mira ad aumentare la disponibilità del servizio rafforzando ulteriormente i centri di prenotazione esistenti e richiedendo ai medici SHI di estendere l'orario di apertura per le persone SHI da 20 a 25 ore a settimana (6).

STANDARD QUANTITATIVI

Gli standard organizzativi sono principalmente definiti dalle associazioni federali dei medici.

Ci sono importanti differenze regionali nella distribuzione dei medici di medicina generale, i quali, peraltro, non hanno assegnata una lista di assistiti o un ambito territoriale di riferimento (7).

Nel 2019, i medici di medicina generale in Germania erano 1,01 per 1.000 abitanti (11). Si stima, inoltre, che il 12% delle persone assistite dai medici di medicina generale necessiti di almeno una visita a domicilio all'anno, e questi sono prevalentemente donne e anziani (7).

Nel 2019, il numero di medici (4,39) e infermieri (11,78) per 1.000 abitanti in Germania (11) era più alto rispetto alla media dell'UE del 2018, rappresentata da 3,83 medici e 8,16 infermieri per 1.000 abitanti (10).

Nel 2018, il 16,49% dei medici lavorava come medico di medicina generale, a fronte del 21,47% rappresentato dalla media dell'UE (10).

Nel 2019, erano presenti 7,9 posti letto ogni 1.000 abitanti (10). A causa del numero eccezionalmente alto di posti letto,

ci sono relativamente pochi medici e infermieri per letto - nonostante il numero relativamente alto di professionisti sanitari (6).

Per la maggior parte della popolazione, il medico di medicina generale più vicino è a meno di 1,5 km di distanza. Tuttavia, le aree rurali riscontrano una potenziale carenza di medici, e ciò comporta delle distanze di viaggio più lunghe per gli utenti (5).

USO IT/AI

I medici di medicina generale utilizzano solo occasionalmente un sistema informatico di prenotazione. Gli studi offrono spesso consulenze telefoniche, ma raramente offrono consulenze via e-mail (7). Ormai quasi tutti gli ambulatori di medicina generale utilizzano un computer, ma nella maggior parte dei casi solo per le cartelle cliniche, la gestione finanziaria e la prescrizione di farmaci. I computer non sono quasi mai usati come supporto per la comunicazione con gli utenti, per contattare altri professionisti o per attività di ricerca (7).

Il sistema sanitario tedesco presenta un basso livello di digitalizzazione (5).

L'eHealth Act (2015) ha fissato delle scadenze per arrivare alla creazione di una rete di dati per tutti gli attori dell'assistenza sanitaria e una cartella clinica elettronica. Diversi servizi eHealth sono stati programmati per essere operativi dal 2019: per esempio l'archiviazione dei dati dei dipartimenti di emergenza e piani di cura dematerializzati (5).

Tuttavia, le cartelle cliniche elettroniche e le prescrizioni elettroniche sono attualmente disponibili solo attraverso dei progetti pilota, con la loro introduzione obbligatoria a livello nazionale prevista per il 2021. Le singole casse malattia hanno introdotto le cartelle cliniche elettroniche per i loro assicurati, ma queste sono basate sui dati della sola compagnia assicurativa in quanto non tutti i provider sono collegati ai sistemi informatici (5).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. <https://www.globalgeografia.com/europa/germania.htm>.
2. Tarchi R. I sistemi sanitari europei alla prova dell'immigrazione. Riflessioni a margine di un convegno fiorentino. Rivista AIC. 2018; 4.
3. Feroni GC. Il Sistema Sanitario Tedesco alla prova della immigrazione. Rivista AIC. 2018; 2.
4. Feroni GC, Livi Bacci M, Petretto A. Pubblico e Privato nel sistema di Welfare; 2017.
5. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health system review. Health Systems in Transition. 2020.
6. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. 2019.
7. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB editors. Building primary care in a changing Europe. Case studies. 2015.
8. Blumel M, Busse R. Health System Overview. Germany. 2020.
9. Seyedjavadi M, Jafari M, Ravaghi H, Aryankhesal A. Study of ambulatory care supervision mechanisms in health systems: A comparative study. Med J Islam Repub Iran. 2020;34.
10. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle. OECD; 2020.
11. OECD Statistics 2021. Available from: <https://stats.oecd.org/>
12. OECD, Spending on primary care services as share of total health spending among 22 OECD countries, 2016-2018.
13. Arat A, Burström B, Östberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health; 2019.

SVEZIA

Scheda sintetica - Svezia

Organizzazione Sistema Sanitario	Iniziativa legislativa a livello nazionale. Aspetti gestionali a livello regionale. Erogazione dei servizi a livello locale.
Governance e gestione economico-finanziaria	Sistema di assicurazione sanitaria pubblica universale.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Compartecipazione sulle visite. Esenzioni per alcune categorie sulla base dell'età. Presenza di un tetto massimo per le spese out-of-pocket: 1100 SEK (€122) per le visite sanitarie nell'arco di 12 mesi.
Sistema di cure primarie	La scelta del medico di medicina generale è obbligatoria per la popolazione. Le persone assistite possono registrarsi con qualsiasi fornitore pubblico o privato accreditato dal consiglio di contea locale. Per coloro che non effettuano attivamente una scelta, il medico viene assegnato sulla base dell'ultima visita effettuata o sulla base della distanza geografica più breve.
Soggetti	MMG, pediatri, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Dipendenti stipendiati, sia pubblici che privati. Retribuzione composta da una quota fissa su base capitaria (pagamento prospettico per gli assistiti iscritti nelle proprie liste) e da una quota variabile, basata sulle visite e sulle performance ottenute al raggiungimento di determinati obiettivi.
Formazione dei MMG	Corso di specializzazione di cinque anni e mezzo. Periodo di formazione di 21 mesi.
Rapporto di lavoro degli infermieri	Dipendenti stipendiati, sia pubblici che privati.
Formazione degli infermieri	Programma di studio di tre anni, compresi uno o due periodi di tirocinio. Dopo aver lavorato per un periodo di almeno un anno, gli infermieri possono continuare con una formazione specialistica che dura 40-60 settimane.
Funzioni/servizi	I servizi assicurati nell'ambito dell'assistenza primaria sono la promozione della salute, le prescrizioni, le vaccinazioni, l'integrazione dell'assistenza sanitaria alla persona, interventi preventivi, riabilitazione, chirurgia minore, medicazioni, trattamento delle patologie croniche, certificati di esenzione, assistenza domiciliare, misure contraccettive. Gli screening oncologici, cardiovascolari e per il diabete sono svolti nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Per le ecografie, dipende dall'organizzazione regionale.
Budget per l'assistenza sanitaria	Il budget delle cure primarie fa parte del bilancio nazionale, di cui il 70% si basa su tasse comunali proporzionali al reddito. Secondo l'OCSE, nel 2018 il 33% della spesa sanitaria totale è stata spesa per le cure ambulatoriali.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 5.281 euro.
Organizzazione	Le strutture di assistenza primaria sono costituite da team con quattro o sei medici di medicina generale, integrati con altre tipologie di personale. La stragrande maggioranza dei medici di medicina generale lavora in team multidisciplinari, mentre solo pochi lavorano come singoli professionisti (5%).
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Rara.
Standard quantitativi	Posti letto: 2,07 per 1.000 abitanti; Medici di medicina generale: 0,64 per 1.000 abitanti.
Uso AI/IT	Cartelle cliniche elettroniche. Qualità e utilizzo dei sistemi informativi elevati.

Scheda completa - Svezia

INFORMAZIONI GENERALI (1)

Forma di governo	Monarchia parlamentare
Superficie	447.435 Km ²
Popolazione	10.395.000 ab. (2021)
Densità	23 ab/Km ²
Regioni	21 contee (län)
Indice di sviluppo umano	0,945
Speranza di vita	M 81 anni, F 85 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

L'assetto costituzionale svedese offre una legittimazione molto forte del diritto alla salute, infatti nel cap.1 sez. 2 della Costituzione si stabilisce che le istituzioni pubbliche devono promuovere buone condizioni di salute. Previsione sicuramente astratta che però ha permesso al legislatore di organizzare un sistema dettagliato con una forte legittimazione costituzionale. Infatti, in questa terminologia generale possiamo far rientrare l'accesso all'assistenza sanitaria e altri aspetti della promozione della salute pubblica, come un ambiente sicuro e buone condizioni di vita. A differenza di altri Paesi nordici, la Svezia non dispone ancora di una legislazione specifica sullo status e diritti delle persone assistite (2).

In Svezia l'assistenza sanitaria e sociale è responsabilità pubblica e il sistema sanitario svedese è organizzato su tre livelli: nazionale, regionale e locale (Figura 1). La legge sul servizio sanitario del 1982, che definisce governance e responsabilità, attribuisce ai consigli di contea/regioni e ai comuni la responsabilità di garantire l'assistenza sanitaria e la libertà per quanto riguarda l'organizzazione (3).

Il modello di organizzazione è centralizzato cioè controllato dallo stato centrale (4); i ser-

vizi sono poi gestiti da parte delle autorità decentrate. A livello centrale l'ente responsabile delle politiche generali sull'assistenza sanitaria è invece il Ministero della Sanità e degli Affari Sociali, affiancato da otto agenzie governative (Consiglio Nazionale della Salute e del Welfare, HSAN, Consiglio Svedese per la Valutazione della Tecnologia nell'Assistenza Sanitaria, MPA, TLV, Agenzia Svedese per l'Analisi dei Servizi Sanitari e Assistenziali, Agenzia Svedese delle Assicurazioni Sociali e Istituto Nazionale della Salute Pubblica) (3).

I 17 consigli di contea e i 4 enti regionali sono responsabili del finanziamento e dell'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria, mentre i 290 comuni sono chiamati a soddisfare i bisogni di assistenza quali ad esempio l'alloggio per le persone anziane e le persone con disabilità. Nel Social Services Act del 1980 è previsto che sia garantita l'assistenza e il sostegno in tutte le fasi della vita agli anziani ed interventi specifici per le persone con disabilità. In particolare, la legge sulle menomazioni funzionali del 1993 regola le modalità con cui le persone con disabilità ricevono sostegno alla persona e il supporto nelle attività quotidiane (3).

Le strutture sanitarie possono essere sia di proprietà pubblica sia privata e sono prevalen-

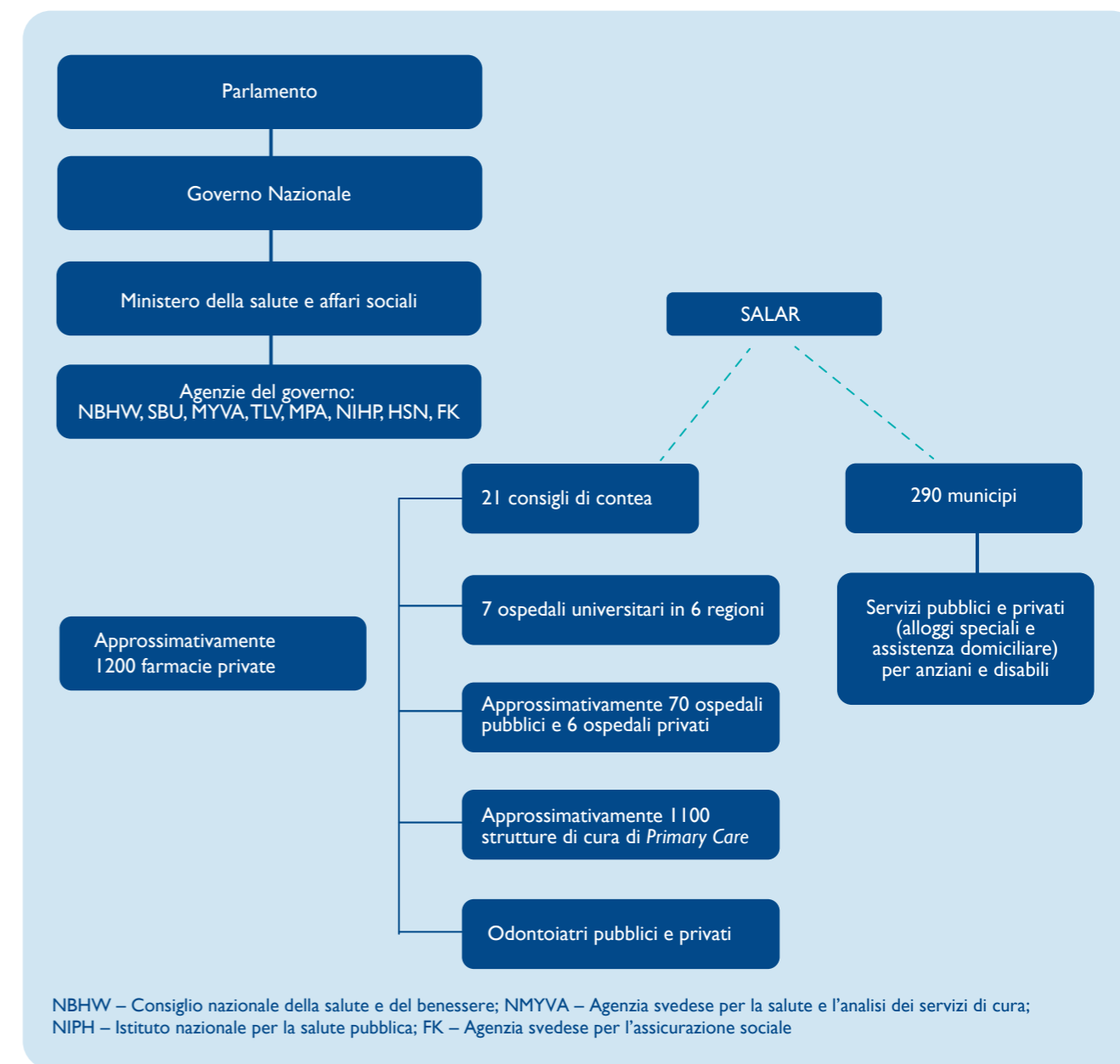
temente finanziate con fondi pubblici. L'assistenza primaria costituisce il fondamento del sistema sanitario e ci sono oltre 1.100 unità di assistenza primaria (*primary care units*) in tutto il Paese. Inoltre, sono presenti circa 70 ospedali a livello di contea. Le cure altamente specializzate, che richiedono attrezzature tecniche più avanzate, sono concentrate nei sette ospedali regionali/universitari (3).

La governance locale ha una tradizione molto lunga in Svezia. Le autorità regionali e locali

sono rappresentate dall'Associazione Svedese delle autorità locali e delle regioni (SALAR - Sveriges Kommuner och Regioner – SKR). Il decentramento delle responsabilità all'interno del sistema sanitario svedese riguarda tutti i livelli, sia quello centrale, sia quello di contea e locale. Durante la fine degli anni '90 e gli anni 2000 ci sono stati diversi tentativi per rafforzare la governance nazionale, in parte guidati dalla necessità di un migliore coordinamento dell'assistenza e di riduzione delle differenze regionali (3).

Figura 1. Rappresentazione schematica del Sistema Sanitario.

PANORAMICA SUL SISTEMA SANITARIO



Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. Sweden Health System Review 2012. World Health Organization 2012 (3).

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SISTEMA SANITARIO

Il sistema sanitario svedese è caratterizzato da un'ampia decentralizzazione (3).

La governance del sistema sanitario si articola su tre livelli:

- nazionale
- regionale
- locale

Lo stato ha la responsabilità generale per la politica sanitaria, mentre le 21 regioni e i 290 comuni finanziano e forniscono la maggior parte dell'assistenza sanitaria nelle loro rispettive aree di competenza (3).

Livello nazionale

Il Ministero della Salute e degli Affari Sociali opera per raggiungere gli obiettivi fissati dal Parlamento nazionale (Riksdag) nell'area dell'assistenza sanitaria, della salute e delle questioni sociali/assicurative. Sono presenti, inoltre, otto agenzie governative direttamente coinvolte nell'area della salute, dell'assistenza medica e della sanità pubblica: il Consiglio Nazionale della Sanità e del Welfare (National Board of Health and Welfare - Socialstyrelsen), l'HSAN (Hälsa-och Sjukvårdens Ansvarsnämnd), l'SBU (Statens Beredning för Medicinsk Utvärdering), l'MPA (Läkemedelsverket), il TLV (Tandvårds- och Läkemedelsförmånsverket), l'Agenzia svedese per la salute e l'analisi dei servizi di assistenza (Myndigheten för vårdanalys), l'Istituto Nazionale per la salute pubblica (Folkhälsoinstitutet), l'Agenzia svedese delle assicurazioni sociali (Försäkringskassan) (3).

Il National Board of Health and Welfare è un'agenzia governativa, impegnata in una vasta gamma di attività nelle aree dei servizi sociali, dei servizi sanitari, salute ambientale, prevenzione delle malattie trasmissibili ed epidemiologia. Tale agenzia sviluppa norme e standard sugli aspetti citati, nonché fornisce supporto nel monitoraggio attraverso la raccolta e l'analisi dei dati e la diffusione delle informazioni. L'HSAN è un'agenzia governativa che decide in materia disciplinare in caso di reclami o di possibile negligenza. L'obiettivo primario dell'SBU è quello di promuovere l'uso di tecnologie sanitarie efficienti dal punto di vista dei costi. La SBU ha il mandato di rivedere e valutare le tecnologie sanitarie dal punto di vista medico, economico, etico e sociale. L'MPA è

l'autorità nazionale responsabile della regolamentazione, della sorveglianza, dello sviluppo, della produzione e della vendita di farmaci e di altri prodotti medicinali. Tutti i farmaci venduti in Svezia devono essere approvati e registrati dall'MPA. Il TLV ha il compito di decidere se un farmaco o un medicinale (e anche i servizi odontoiatrici) debba essere sovvenzionato e incluso nel registro delle prestazioni farmaceutiche. Inoltre, è responsabile del monitoraggio delle attività nel mercato farmaceutico. L'Agenzia svedese per l'analisi dei servizi sanitari e assistenziali, istituita nel 2011, analizza e valuta le misure attuate e la disponibilità di informazioni nell'ambito della politica dei servizi sanitari e assistenziali dal punto di vista delle persone che necessitano di assistenza sanitaria. Nell'area della sanità pubblica, l'Istituto Nazionale per la Salute Pubblica è un'agenzia governativa vigilata dal Ministero della Salute e degli Affari Sociali. È simile ai dipartimenti del governo nazionale che esistono in molti Paesi, ma riferisce sia al Ministro della Salute e degli Affari Sociali che a un consiglio di amministrazione indipendente. I compiti principali dell'Istituto sono quelli di promuovere la salute e prevenire le malattie fornendo informazioni al governo, alle agenzie governative, ai comuni e ai consigli di contea basate su prove scientifiche (3).

Per quanto riguarda la sicurezza finanziaria, la Swedish Social Insurance Agency (Försäkringskassan) è l'autorità che amministra i vari ambiti assicurativi e le prestazioni da essi garantite. Le assicurazioni previste riguardano la malattia, la famiglia, la pensione, la pensione complementare, l'assegno per i figli, il sostegno al reddito e le indennità di alloggio. Tale agenzia ha un ufficio regionale in ogni consiglio di contea e si occupa dei singoli casi a livello regionale e locale. Ci sono anche circa 250 uffici locali che servono i residenti locali. Le autorità regionali e locali sono rappresentate dal SALAR a livello nazionale, nato nel 2007 dalla fusione della Federazione dei consigli di contea svedesi (Landstingsförbundet) e dell'Associazione svedese delle autorità locali (Svenska Kommunförbundet). L'organizzazione si occupa di promuovere e rafforzare l'autogoverno locale e di fornire alle autorità locali un'assistenza esperta. Inoltre, si occupa per i datori di lavoro della negoziazione

delle condizioni di lavoro e la contrattazione salariale locale per il personale impiegato dai consigli di contea e dai comuni (3).

Livello regionale

A livello regionale, l'assistenza sanitaria è suddivisa nell'assistenza primaria, assistenza distrettuale (Länssjukvård) e assistenza regionale (Regionsjukvård) (3).

Sono presenti complessivamente circa 1.100 centri di assistenza primaria, 70 ospedali di contea e 7 ospedali regionali/universitari. I consigli di contea hanno la responsabilità generale per tutti i servizi di assistenza sanitaria forniti (comprese le cure odontoiatriche). Il comitato esecutivo del consiglio di contea, o il consiglio ospedaliero eletto, decide come organizzare la gestione. I consigli di contea sono raggruppati in sei aree regionali (regione di Stoccolma, regione Sud-Est, regione Sud, regione occidentale, regione di Uppsala-Örebro e regione settentrionale), le quali sono state definite per facilitare la cooperazione nell'assistenza terziaria tra i consigli di contea. Ogni regione serve in media una popolazione di più di 1 milione di persone. La maggior parte degli ospedali è di proprietà pubblica. Ci sono sei ospedali privati, di cui tre senza scopo di lucro. La presenza di unità di cure primarie private varia sostanzialmente tra i consigli di contea, a Stoccolma, Halland e Västmanland, ad esempio, circa la metà si queste sono di proprietà privata, mentre nelle altre contee prevalgono quelle pubbliche (3).

Livello locale

L'organizzazione tradizionale dei comuni comprende un consiglio esecutivo, un consiglio comunale e diversi comitati di governo locale. Il consiglio esecutivo gestisce e coordina tutte le attività e supervisiona sui comitati, esso ha la responsabilità di seguire tutte le questioni che influenzano lo sviluppo e l'economia del comune. Infatti, decide sulla tassazione, fissa gli obiettivi e i budget di tutte le imprese gestite dalla comunità e definisce l'organizzazione e i compiti delle commissioni. Tra le responsabilità rientrano anche le questioni relative all'ambiente di vita comunitario, tra cui ad esempio scuole, servizi sociali, strade, acqua, fognature, energia; inoltre, oltre a fornire supporto economico, i servizi sociali in Svezia si occupano

dell'assistenza ai minori, dei servizi sanitari scolastici, dell'igiene ambientale e dell'assistenza alle persone anziane e disabili e con patologie afferenti alla sfera della salute mentale. Gli utenti che hanno ricevuto cure mediche e sono stati dimessi dagli ospedali per acuti o geriatrici rientrano nelle competenze dei comuni. Sono inoltre presenti case di cura pubbliche e private, nonché fornitori di assistenza domiciliare (3).

A partire dagli anni '70, la responsabilità finanziaria è stata gradualmente decentralizzata agli erogatori all'interno di ogni consiglio di contea. Il grado di decentralizzazione, organizzazione e gestione varia considerevolmente tra i consigli di contea. Al fine di ridurre le differenze regionali, dagli anni 2000 si è cercato di rafforzare la governance nazionale, anche attribuendo un ruolo maggiore alle agenzie governative. Dalla fine degli anni '90, c'è stata inoltre una tendenza alla centralizzazione delle competenze a livello regionale grazie a fusioni di ospedali e consigli di contea e ad una maggiore cooperazione tra i diversi setting assistenziali. Secondo l'Health and Medical Services Act del 1982, i consigli di contea definiscono la pianificazione, lo sviluppo, l'organizzazione dell'assistenza sanitaria per rispondere ai bisogni della popolazione e stabiliscono l'allocazione delle risorse all'interno della propria area geografica (3).

La Svezia ha un sistema di assicurazione sanitaria pubblica universale; tuttavia, negli ultimi decenni c'è stato un aumento delle assicurazioni sanitarie private: nel 2008, il 16% della popolazione aveva un'assicurazione privata, di cui l'87% pagata dal datore di lavoro (5).

Nel 2019 la spesa sanitaria rappresentava il 10,9% del PIL, finanziata prevalentemente mediante la tassazione. Circa l'85% è rappresentato da spesa sanitaria pubblica mentre il restante 15% da spesa privata (6). Sia i consigli di contea che i comuni riscuotono imposte proporzionali al reddito della popolazione per coprire i servizi che forniscono (3). La spesa sanitaria (EUR PPP) pro-capite è pari a 5.281 nel 2019, risultava leggermente superiore alla media UE (2.572) (6).

Nella spesa sanitaria totale sono comprese anche le spese odontoiatriche, i servizi forniti dai consigli di contea e dai comuni e i prodotti farmaceutici. L'assistenza ambulatoriale e l'assistenza ospedaliera costituiscono circa due terzi

della spesa sanitaria pubblica totale. I prodotti farmaceutici rappresentano circa il 10% (3). I meccanismi di rimborso degli erogatori variano tra i diversi consigli di contea. Per gli ospedali, il rimborso avviene sulla base di un budget complessivo o di più budget, tenendo conto dei casi trattati e delle prestazioni fornite. Gli erogatori di cure primarie sono invece rimborsati a quota capitaria per gli assistiti iscritti nelle loro liste, con un compenso aggiuntivo basato sulle prestazioni erogate e sulle performance. I medici, gli infermieri e le altre figure professionali, sia operanti nel pubblico che nel privato, sono prevalentemente dipendenti stipendiati (3).

Gli utenti sostengono dei costi per le visite sanitarie, sia per le cure primarie che per quelle specialistiche, sotto forma di una tariffa forfettaria. Vi è un tetto nazionale, regolato dalla legge, per i pagamenti out-of-pocket: un individuo non può spendere più di 1100 SEK (€122) per le visite sanitarie nell'arco di 12 mesi. In quasi tutte le contee i pazienti sotto i 20 anni di età sono esenti dalle spese (Tabella 1). Il co-pagamento per le visite dei medici di medicina generale varia da 150 a 300 corone svedesi (14,69-29,38 euro). I ticket per le visite dei medici specialisti vanno da 300 a 400 corone svedesi (29,38-39,17 euro), e per gli infermieri e altri operatori sanitari vanno da 80 SEK a 150 corone svedesi (7,83-14,69 euro) (3).

Tabella 1. Tariffe correlate ai servizi sanitari, 2011.

Servizi sanitari	Tipo di tassa per utente in vigore	Esenzioni e/o aliquote ridotte	Tetto di spesa OOP regolata dal governo
Cure primarie	Co-finanziamento determinato da ogni consiglio di contea, tra 100 SEK (11€) e 200 SEK (22€)	<20 anni esenti nella maggior parte dei consigli di contea	Massimo OOP di 1100 SEK (122€) per tutte le visite mediche entro un periodo di 12 mesi
Visita specialistica ambulatorie	Co-finanziamento determinato da ogni consiglio di contea, tra 230 SEK (25€) e 320 SEK (35€)	<20 anni esenti nella maggior parte dei consigli di contea	
Farmaci di prescrizione ambulatoriali	Il paziente paga l'intero costo fino a 1100 SEK (122€) poi i livelli di co-finanziamento sono decrescenti e uniformi su tutto il territorio nazionale	<20 anni esenti nella maggior parte dei consigli di contea	Il co-finanziamento massimo è di 2200 SEK (244€) per un periodo di 12 mesi
Degenza	Co-finanziamento determinato da ogni consiglio di contea, approssimativamente 80 SEK (9€) al giorno	<20 anni esenti in tutti i consigli di contea	Riduzioni: variano fra i consigli di contea. Tasse ridotte a seconda del reddito, dell'età (>65 anni) o della durata della degenza, in nove consigli di contea
Trattamenti di cure dentali	Il paziente paga fino a 3000 SEK (333€) dopo c'è un sussidio parziale	<20 anni esenti nella maggior parte dei consigli di contea	Livelli di co-finanziamento decrescenti all'aumentare del sussidio, ma senza nessun limite
Dispositivi tecnici	Co-finanziamento uniforme su tutto il territorio nazionale	---	Il co-finanziamento massimo è di 200 SEK (220€) per un periodo di 12 mesi

Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. Sweden Health System Review 2012. World Health Organization 2012 (3).

IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

Dalla metà degli anni '90, tramite il *Family Doctor Act*, ogni residente può scegliere un medico di assistenza primaria. Tale scelta ricomprende anche i servizi di medici privati che non hanno un contratto con i consigli di contea (5).

L'assistenza primaria tradizionale, che consisteva in una collaborazione con gli infermieri di distretto all'interno di aree geografiche determinate, è stata sostituita dal sistema del medico di medicina generale. La legge sulla libertà da parte del medico di operare presso uno studio privato ha tolto ai consigli di contea la possibilità di regolamentare il numero e il rimborso dei medici operanti in studi privati (5). Da gennaio 2010 la scelta del medico di medicina generale è obbligatoria per la popolazione (3) e gli ambulatori dei medici di medicina generale non osservano un orario minimo di apertura (7). I pazienti possono registrarsi con qualsiasi fornitore pubblico o privato accreditato dal consiglio di contea locale. Per coloro che non effettuano attivamente una scelta, il medico viene assegnato sulla base dell'ultima visita effettuata o sulla base della distanza geografica più breve. Indipendentemente dalla registrazione, comunque, l'assistenza primaria non ha un ruolo formale di filtro e i pazienti sono liberi di contattare gli specialisti diretta-

mente. Come già riportato in precedenza, ci sono più di 1.100 unità di assistenza primaria in tutto il paese, di cui circa un terzo di proprietà privata (3).

SOGGETTI

L'assistenza primaria comprende servizi che non richiedono attrezzature mediche avanzate ed è responsabile di guidare le persone all'interno del sistema sanitario. Vi operano principalmente medici di medicina generale, pediatri, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, psicologi e ginecologi, che forniscono cure, assistenza e attività di prevenzione (3).

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

La maggior parte degli operatori sanitari, sia pubblici sia privati, indipendentemente dal setting assistenziale (ospedale, cure primarie, case di cura, domicilio) sono dipendenti stipendiati. La maggior parte del personale sanitario svedese è membro di un sindacato professionale che lo rappresenta nelle trattative salariali (3).

Nell'assistenza primaria, la retribuzione del medico è composta da una quota fissa su base capitaria (pagamento prospettico per i pazienti iscritti nelle proprie liste) e da una quota va-

Tabella 2. Meccanismi di pagamento degli erogatori di servizi sanitari.

Fornitori/pagatori	Governo Centrale	Consigli di contea	Ripartizione dei costi
Cure primarie		C 80-90%, FFS 5-10%, P4P 2-3%	4%
Ricovero ospedaliero	P4P	Basato sul caso, PD P4P	1-2%
Ambulatorio ospedaliero	P4P	Basato sul caso, PD P4P	1-2%
Odontoiatri		FFS 40%	60%

Note: CC Stoccolma: C 40%, FFS 50%. Capitazione – C; tassa per il servizio – FFS; al giorno – PD; stipendio – S; pagamento del singolo caso – es. DRG.

Fonte: European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. Sweden Health System Review 2012. World Health Organization 2012. Anell, 2011.

riabile, basata sulle visite e sulle performance ottenute al raggiungimento di determinati obiettivi (misurati sulla base di indicatori quali la soddisfazione degli utenti, l'aderenza alle raccomandazioni per i farmaci, ecc). La distribuzione in termini percentuali della quota fissa e di quella variabile sul compenso totale è diversa nelle diverse province (Tabella 2) (3).

Il reddito medio annuo per i medici di medicina generale è pari a 54.870 euro, uguale o leggermente inferiore al reddito medio annuo dei medici specialisti (5).

Nel 2010, il salario medio mensile per il personale impiegato dai consigli di contea era di 56.600 SEK (6.300 €) per i medici, 42.200 corone svedesi (4.700 €) per gli odontoiatri e circa 29.000 corone svedesi (3.200 €) per gli infermieri (3).

Nel 2018, il numero dei medici era pari a 4,32 per 1.000 abitanti, di cui lo 0,64 erano medici di medicina generale, e il numero di infermieri pari a 10,85 per 1.000 abitanti (8). A partire dal 1995, con una legge nazionale è stato definito che tutti i medici di assistenza primaria devono seguire un percorso formativo dedicato. Già nel 2008, circa il 70% di tutti i medici aveva una laurea specialistica. Quasi un quarto di tutti i medici specialisti è specializzato in medicina generale nell'ambito dell'assistenza primaria, nonostante questo, c'è una carenza di medici nell'assistenza primaria. Questo ha portato a trovare soluzioni mediante le aziende private che offrono i cosiddetti "medici in affitto" (hyrläkare) ai medici di medicina generale, che a sua volta ha portato a problemi nella continuità delle cure per le persone assistite (3).

La formazione universitaria di medici, infermieri, odontoiatri e altro personale sanitario, è interamente finanziata dallo Stato. Il National Board of Health and Welfare è l'autorità che rilascia le abilitazioni all'esercizio della professione per il personale sanitario, al termine dei programmi di studio e formazione (3).

Il personale sanitario a livello di contea è prevalentemente personale abilitato, come medici e infermieri, mentre il personale impiegato a livello municipale è prevalentemente non abilitato, come gli assistenti infermieristici (3).

L'ammissione alla facoltà di medicina e chirurgia è possibile solo in presenza di un diploma di scuola secondaria conseguito presso istituti con corsi inerenti alle scienze naturali. Per diventare un medico, lo studente deve completare con successo un programma di studio di

cinque anni e mezzo e successivamente svolgere un periodo di formazione di 21 mesi, seguito da un esame scritto. La maggior parte dei medici sceglie di specializzarsi in uno dei circa 60 ambiti specialistici riconosciuti, ciò si traduce con altri cinque anni di studio e formazione nell'area di pertinenza (3).

Gli infermieri sono formati in circa 30 università, college universitari e altri programmi indipendenti situati in tutto il paese. Per diventare infermiere lo studente deve completare un programma di studio di tre anni compresi uno o due periodi di tirocinio. Dopo aver lavorato per un periodo di almeno un anno, gli infermieri possono continuare con una formazione specialistica che dura dalle 40 alle 60 settimane e possono scegliere tra 10 aree specialistiche riconosciute, per esempio, ostetricia, terapia intensiva e anesthesiologia (3).

FUNZIONI/SERVIZI

I servizi assicurati nell'ambito dell'assistenza primaria sono la promozione della salute, le prescrizioni, le vaccinazioni, l'integrazione dell'assistenza sanitaria alla persona, interventi di prevenzione, riabilitazione, chirurgia minore, medicazioni, trattamento delle patologie croniche, certificati di esenzione, assistenza domiciliare, misure contraccettive. Gli screening oncologici, cardiovascolari e per il diabete sono svolti nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale. Le prestazioni ecografiche vengono erogate attraverso modalità organizzative differenti a seconda dell'organizzazione regionale.

I servizi afferenti all'ambito dell'assistenza primaria includono programmi di vaccinazione per i bambini, esami diagnostici, visite e altri servizi e trattamenti. Il medico di assistenza primaria di norma costituisce il primo contatto con il servizio sanitario per gli adulti o gli anziani, anche in caso di problemi di salute mentale di minore entità. In molti casi, il medico di assistenza primaria costituisce anche il primo contatto per i bambini, anche se questa funzione è condivisa con i pediatri e l'infermiere di distretto. Gli infermieri di distretto rivestono un ruolo importante, dato che possono rappresentare in molti casi il primo contatto delle persone con il sistema sanitario. Questi operano sia nell'ambito dell'assistenza primaria, che

nei comuni. Infatti, gli infermieri distrettuali, impiegati dai comuni, sono coinvolti nell'assistenza domiciliare ed effettuano regolarmente visite a domicilio, specialmente agli anziani. Questi hanno anche la possibilità limitata di prescrivere farmaci. Tuttavia, non hanno una responsabilità esclusiva, in quanto agiscono sotto la supervisione del medico (3).

BUDGET

Nell'assistenza primaria, il pagamento dei medici segue il principio della quota capitaria, tale modalità di remunerazione si applica sia che essi siano privati o pubblici. La libertà di scelta del medico si applica a tutti coloro che soddisfano i requisiti per l'accreditamento individuati dai consigli di contea locali. Il pagamento dei medici è infatti regolato dalle condizioni individuate dall'accreditamento. I requisiti si concentrano principalmente sulle competenze cliniche minime rappresentate nell'unità di assistenza primaria. Nella maggior parte dei consigli di contea, viene praticato un pagamento prospettico fisso sulla base della quota capitaria per i pazienti iscritti nella lista del medico (3).

Il budget delle cure primarie fa parte del bilancio nazionale, di cui il 70% si basa su tasse comunali proporzionali al reddito (3).

Poiché ogni contea sviluppa, organizza e gestisce il proprio servizio sanitario, il budget destinato all'assistenza sanitaria può differire tra le contee, ma tutta la popolazione ha accesso ai servizi sanitari. Non ci sono statistiche ufficiali disponibili sulla spesa totale per l'assistenza primaria (3). Secondo l'OCSE, nel 2018 il 33% della spesa sanitaria totale è stata spesa per le cure ambulatoriali (6).

ORGANIZZAZIONE

Le unità di assistenza primaria e i medici privati sono relativamente comuni nelle grandi città e nelle regioni urbane. L'organizzazione dell'assistenza primaria è diversa tra le contee: la maggior parte delle unità di assistenza primaria sono di proprietà e gestite dai medici di medicina generale e altro personale sanitario e non sanitario (3).

L'assistenza primaria non ha una funzione formale di filtro. È comune trovare unità di assi-

stenza primaria con medici di medicina generale e infermieri. Ci sono anche centri nei quali sono presenti altresì fisioterapisti e assistenti sociali. È inoltre molto comune la presenza di ambulatori per il diabete gestiti da infermieri. Le unità di assistenza primaria sono inoltre fornite di strumentazione diagnostica e medica di base quali bilance per neonati, test per la rilevazione capillare del glucosio, medicazioni/bende, otoscopio, ECG, stick per l'esame estemporaneo delle urine, strumenti per suture, speculum ginecologico e sfigmomanometro per la rilevazione della pressione arteriosa (5).

Le strutture di assistenza primaria sono costituite da team con quattro o sei medici di medicina generale, che lavorano in équipe con altre tipologie di personale (3). La maggior parte dei medici di medicina generale lavora in team multidisciplinari, mentre solo il 5% lavora come singolo professionista.

La settimana lavorativa è di 40 ore (3). Tuttavia, non esiste un orario minimo di apertura degli studi fissato dalla legge. In media, il 66% delle loro ore di lavoro sono spese per la cura diretta dell'utente (5).

STANDARD QUANTITATIVI

Nel 2019 il numero di posti letto ospedalieri totali era pari a 2,07 posti per 1.000 abitanti (8).

Nel 2018, il numero dei medici era pari a 4,32 per 1.000 abitanti, di cui lo 0,64 erano medici di medicina generale, e il numero di infermieri pari a 10,85 per 1.000 abitanti (8) (9).

USO IT/AI

L'utilizzo dei computer e di internet è elevato tra la popolazione svedese. Nel 2010, più del 90% della popolazione aveva accesso a internet nella propria abitazione. Tra le aziende, quasi il 100% di quelle che impiegano almeno 10 persone hanno accesso a Internet (3).

Per quanto riguarda le informazioni sanitarie, tutti i consigli di contea e la maggior parte degli ospedali e strutture di assistenza primaria hanno pagine web dove si possono trovare informazioni sui servizi offerti (3).

Nel settore sanitario operano diversi sistemi informatici. In generale, sia la qualità di tali sistemi che il loro livello di utilizzo negli ospedali e nelle strutture sanitarie primarie sono alti. Di solito le cartelle dei pazienti sono tenute elet-

tronicamente. Più del 90% dei fornitori di cure primarie utilizzano cartelle cliniche elettroniche per i dati diagnostici. Inoltre, l'uso delle prescrizioni elettroniche sta diventando sempre più comune e nel 2009 più della metà di tutte le prescrizioni svedesi erano prescrizioni elettroniche (3).

Quasi tutti i medici di medicina generale forniscono consultazioni telefoniche, hanno di solito un sito web dello studio ma raramente forniscono consultazioni via e-mail (3).

Tutti i medici sono obbligati per legge a tenere le cartelle cliniche di tutti i contatti con i pazienti. I medici di medicina generale di solito hanno un computer a disposizione nel loro ufficio che usano per la loro amministrazione finanziaria, la prescrizione di medicine e la comunicazione ai farmacisti, la conservazione dei dati e la ricerca di informazioni specialistiche su internet (3).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. <https://www.globalgeografia.com/europa/svezia.htm>.
2. Hägglund M, Moll J, Åhlfeldt R-M, Scandurra I. Timing It Right-Patients' Online Access to Their Record Notes in Sweden. Dans: 2018. p. 336-40.
3. Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 14, Sweden Health system review. 2012.
4. Arat A, Burström B, Östberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2019.
5. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB editors. Building primary care in a changing Europe. Case studies. 2015.
6. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle. OECD; 2020. (Health at a Glance: Europe).
7. Rosenberg-Wohl S, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Seven-day access to NHS primary care: how does England compare with Europe? Vol. 111, Journal of the Royal Society of Medicine. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 88-91.
8. OECD Statistics 2021 [Internet]. Available from: <https://stats.oecd.org/>
9. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Sweden: Country Health Profile 2019. State of Health in the EU. 2019.

FRANCIA

Scheda sintetica - Francia

Organizzazione Sistema Sanitario	Iniziativa legislativa e regolatoria centralizzata. Regolamentazione e gestione regionalizzata.
Governance e gestione economico-finanziaria	Assicurazioni Sanitarie Pubbliche (diversi regimi) integrate con Private e Convenzionate.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Sono previsti livelli di compartecipazione e percentuali di co-assicurazione, con esenzioni per determinate categorie.
Sistema di cure primarie	Il sistema si basa sulla libera scelta del paziente tra medico di medicina generale o specialista ad accesso diretto.
Soggetti	Medico di Medicina Generale; Infermiere/Infermiere "advanced"; Pediatra; Ostetrica; Fisioterapista; Ottico; Nutrizionista; Farmacista; Dentista (solo per pazienti fino ai 18 anni); Assistente medico.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Liberi professionisti o dipendenti di strutture multidisciplinari. Sistema misto di tariffe: • derivanti da accordi con le assicurazioni pubbliche nazionali; • basate sulla libera scelta del medico; Quota capitaria per la gestione delle patologie croniche.
Formazione dei MMG	Laurea in medicina (6). Specializzazione in medicina generale (3).
Rapporto di lavoro degli infermieri	Liberi professionisti o dipendenti di strutture multidisciplinari.
Formazione degli infermieri	Maturità. Percorso di formazione di 3 anni.
Funzioni/servizi	Promozione della salute, prescrizioni mediche, vaccinazioni, cura della cronicità, assistenza domiciliare e riabilitazione.
Budget per l'assistenza sanitaria	Imposte sul reddito: 53%. Tassazione nazionale dedicata all'ambito sanitario: 34%. Tasse dirette su tabacco, alcol, industria farmaceutica e assicurazione volontaria: 12%. Sussidi statali: 1%.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 3.644 euro.
Organizzazione	Prevalenza singoli studi privati. Case di cura multidisciplinari – aggregazioni (in aumento). Reti di coordinamento tra medici di medicina generale (in sperimentazione). Comunità territoriali tra professionisti per facilitare integrazione tra cure primarie e secondarie (in aumento).
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Sistema frammentato.
Standard quantitativi	Posti letto: 5,84 per 1.000 abitanti. Medici di medicina generale: 0,8 per 1.000 abitanti 900 pazienti in media per ogni singolo medico.
Uso AI/IT	2004: Cartella clinica condivisa (dossier medical partage, DMP). 2009: Telemedicina. 2018: Costo e rimborsabilità televisite. Data federation esistente ma non istituzionalizzata.

Scheda completa - Francia

INFORMAZIONI GENERALI (1)

Forma di governo	Repubblica semi-presidenziale
Superficie	551.695 Km ²
Popolazione	65.236.000 ab. (stime 2021)
Densità	118 ab/Km ²
Indice di sviluppo umano	0,901
Speranza di vita	M 80 anni, F 85 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Sotto il profilo della “sostenibilità” e della copertura costituzionale del diritto alla salute, il sistema francese si caratterizza per una assoluta peculiarità dovuta ad una (relativamente) recente legge costituzionale che ha introdotto una “Carta costituzionale dell’ambiente” (*Charte de l’environnement de 2004*) e, all’interno di essa, un esplicito riferimento – l’unico di rango costituzionale, se si esclude il punto 10 del *Préambule* della *Constitution* del 1946 – al diritto alla salute. Alla “classica” sostenibilità finanziaria, dunque, si aggiunge ora quella che potremmo definire la “sostenibilità ambientale” (2).

La distribuzione dei compiti è una conseguenza diretta della forma di stato e della relativa struttura territoriale; in Francia, pur essendo una nazione c.d. “regionalizzata”, la legislazione e le definizioni degli indirizzi generali sono prerogativa delle istituzioni nazionali di governo. Tuttavia, per ottimizzare il sistema, notiamo in questo Paese che, pur avendo un sistema centralizzato, nel corso degli ultimi anni si è creato un sistema corrispondente per struttura a quello nazionale su base regionale nella forma delle *agences régionales de santé* (3). Queste strutture sono responsabili, come già esposto sopra, della programmazione dell’assistenza sanitaria e dell’erogazione dei servizi a livello regionale e dipartimentale (4).

Questa divaricazione tra governo del sistema sanitario in forme accentrate e la sua concreta gestione su base locale non è, peraltro, una prerogativa solo dell’esperienza francese, risultando, invece, piuttosto diffusa, anche se non sempre effettivamente praticata (5); analoga impostazione la ritroviamo nel contesto giuridico italiano sul medesimo tema.

Nonostante l’iniziativa legislativa e regolatoria sia centralizzata, il sistema sanitario francese è strutturato con organismi che fanno riferimento anche ai livelli regionali e locali (6).

A livello centrale compete (6,7):

- piano generale di politica sanitaria;
- piano di gestione delle risorse per l’assistenza sanitaria e Piano finanziario;
- allocazione delle spese preventivate;
- regolamentazione della qualità garantita dell’assistenza sanitaria;
- formazione medica;
- fissazione dei prezzi per le procedure mediche e per i farmaci;
- vigilanza sugli enti assicurativi e approvazione degli accordi conclusi tra le assicurazioni e i sindacati.

A livello regionale alle *Agence régionale de santé* (ARS) (8) compete:

- **la gestione regionale della politica sanitaria pubblica**, attraverso la definizione e l’attuazione della politica sanitaria regionale⁶;
- **la regolamentazione dell’assistenza sani-**

taria nella regione⁷, coordinando le attività e stanziando il budget di funzionamento di ospedali, cliniche, centri di cura, strutture per anziani, disabili e persone non autosufficienti nonché sviluppando, in concerto con tutti gli attori sanitari delle regioni, i progetti sanitari regionali, che definiscono la strategia regionale, organizzano e programmano la sua attuazione operativa e fissano le ambizioni e le priorità regionali per la salute. Per mettere in atto la regolamentazione nei vari ambiti di competenza dell’ente, Il Direttore generale dell’ARS, nominato dal Consiglio dei ministri, gode di diversi poteri, in particolare:

- autorizzazione alla creazione di strutture e servizi di cura e medico-sociali, controllo del loro funzionamento e assegnazione delle loro risorse;
- definizione e attuazione, con le organizzazioni di assicurazione sanitaria e il Fondo Nazionale di Solidarietà e Autonomia (CNSA), di azioni specifiche per prevenire e gestire il rischio di assicurazione sanitaria nella regione;
- valutazione e promozione della qualità della formazione degli operatori sanitari.

A livello nazionale, il lavoro delle Agenzie sanitarie regionali è coordinato dal Consiglio direttivo nazionale⁸ (CNP) dell’ARS, incaricato di fissare gli obiettivi dell’ARS, gestendo le loro risorse finanziarie e umane. Assicura il coordinamento tra le direzioni centrali del ministero competente per la salute, l’Unione nazionale delle casse malattia e il Fondo nazionale di Solidarietà e Autonomia (CNSA) (8).

⁶ Nello specifico, la gestione della politica sanitaria pubblica nella regione comprende tre campi di intervento: monitoraggio e sicurezza della salute, nonché osservazione della salute; la definizione, il finanziamento e la valutazione di azioni di prevenzione e promozione della salute; anticipazione, preparazione e gestione delle crisi sanitarie, di concerto con il prefetto.

⁷ La regolamentazione dell’assistenza sanitaria nelle regioni copre i settori ambulatoriale, medico-sociale (aiuto e sostegno ad anziani e disabili) e ospedaliero.

⁸ Fanno parte del Consiglio Direttivo Nazionale: lo Stato (rappresentato dai ministri e sottosegretari di Stato incaricati degli affari sociali, della salute e del bilancio), l’assicurazione sanitaria, il Fondo Nazionale di Solidarietà per l’Autonomia (CNSA). Il CNP è presieduto dal Ministro degli Affari Sociali e della Sanità (o, in sua assenza, dal Segretario Generale dei Ministeri competenti per gli Affari Sociali).

⁹ Le delegazioni costituiscono l’interfaccia tra il livello regionale e gli attori locali e rappresentano localmente i Direttori Generali, interloquendo con gli eletti, i prefetti, i servizi dello Stato e gli operatori sanitari del territorio.

A livello locale è presente un meccanismo di consultazione che riunisce tutti gli attori sanitari locali nella definizione e attuazione della politica sanitaria regionale. Inoltre, le aziende sanitarie regionali sono rappresentate in ciascun dipartimento da una delegazione dipartimentale⁹, alla quale compete la definizione locale della strategia sanitaria regionale (8).

Le Agenzie Regionali collaborano inoltre con diversi partner:

- i Sindacati Regionali degli Operatori Sanitari (URPS), che riuniscono i rappresentanti dei professionisti della salute, contribuiscono alla preparazione e all’attuazione del progetto sanitario regionale;
- i principali regimi di assicurazione malattia (il regime generale, il regime agricolo e il regime sociale per i lavoratori autonomi);
- i prefetti, attraverso protocolli, principalmente per quanto riguarda le misure di assistenza psichiatrica senza consenso, le ispezioni di controllo e le missioni concernenti salute e ambiente;
- i Consigli dipartimentali, che sono i principali organismi che coinvolgono le agenzie sanitarie regionali.

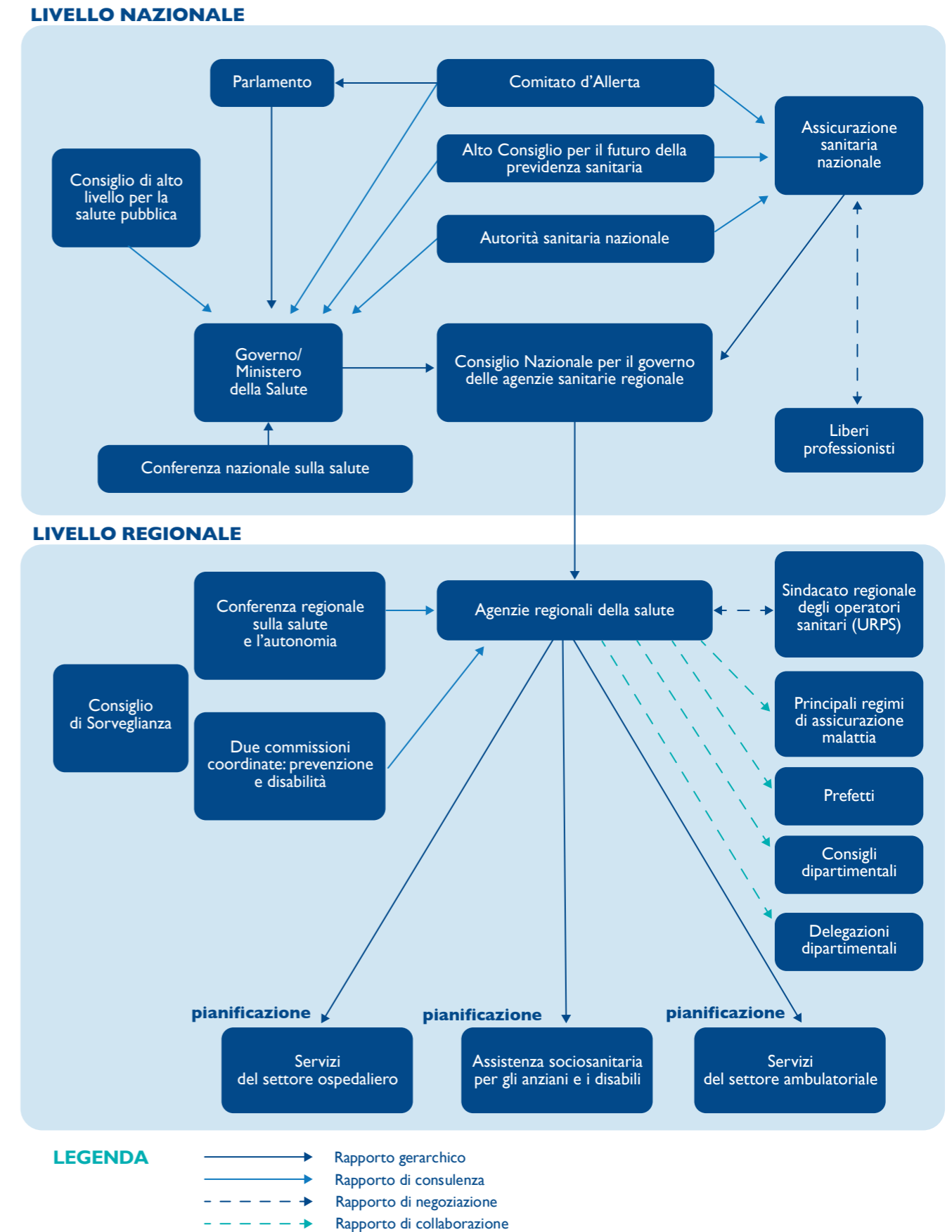
Più in generale (8), l’Amministrazione della Salute e degli Affari Sociali ricade sotto la responsabilità di diversi ministeri:

- il Ministero della Salute, Giovani, Sport e Associazioni è responsabile della politica sanitaria e della gestione delle risorse per l’assistenza sanitaria;
- Il Ministero delle Finanze, dei Conti Pubblici, Servizio Civile e Riforme dello Stato e il Ministero del Lavoro, della Solidarietà e dei Servizi Pubblici condividono la responsabilità delle questioni finanziarie e il compito di vigilanza sugli enti assicurativi.

Nonostante esistano delle autorità sanitarie regionali, la gran parte dei settori che interessano la salute pubblica sono materia di governo centrale, come la maggior parte delle decisioni in merito all'allocazione dei fondi (7). Lo stesso può dirsi per la percentuale di spesa pubblica dedicata, i metodi di remunerazione,

i livelli e i costi di servizio della *primary care* (7). Un margine di decisione a livello regionale è previsto per il settore ospedaliero, nel finanziamento di nuove strutture, nel mantenimento di quelle preesistenti e nell'allocazione di spesa per nuovi macchinari.

Figura 1. Organigramma del sistema sanitario nazionale francese.



Note: Nostra rielaborazione e traduzione da Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S.B., et al, "France: Health System Review", Health Systems in Transition, vol. 12, no.6, 2010 (9)
Parlamento
Conferenza nazionale

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

Il sistema francese di assicurazione contro la malattia è tradizionalmente costruito su due livelli:

- un livello base obbligatorio, l'*Assurance Maladie*, ossia l'assicurazione sociale di malattia (ASM)¹⁰;
- un livello complementare facoltativo fornito da assicurazioni private o convenzionate.

FOCUS

Nella maggior parte degli Stati europei il sistema sanitario nazionale si basa sulla sottoscrizione di assicurazioni pubbliche obbligatorie con coperture differenti, che possono arrivare a coprire il totale del costo delle prestazioni mediche o una percentuale definita a priori.

Lo schema base obbligatorio copre tutta la popolazione e non vi è possibilità di non farne parte. Infatti, l'assegnazione alla rispettiva cassa di malattia avviene d'ufficio, in base a residenza o categoria professionale (10). Le casse di malattia hanno natura privata e al tempo stesso *no profit*, non sono quindi in competizione tra loro e non hanno il potere di stabilire il livello di contributi che gli iscritti sono tenuti a versare, l'aliquota è infatti definita a livello governativo. La principale cassa di malattia operante a livello nazionale è la CNAMTS (*Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés*), che copre circa il 92% della popolazione, cioè i dipendenti del settore privato, segue poi la *Mutualité sociale agricole* che copre il 7% della popolazione (10). Per la restante parte, ovvero l'1%, (escluse le persone indigenti) la copertura è garantita dalle cosiddette *mutuelles* che possono essere totalmente private o convenzionate (10). Nel 2000 è stata resa operativa la CMU (*Couverture maladie universelle*)¹¹ che garantisce la copertura di base a tutti i residenti in Francia, incorporando alcune categorie

precedentemente escluse, come i disoccupati e gli stranieri in attesa del foglio di residenza (10). In conformità con questo programma, le spese mediche sono rimborsate a tutte le persone che risiedono legalmente in Francia da più di 3 mesi, mentre gli stranieri illegali hanno diritto all'aiuto medico statale (*Aide médicale d'État*, AME).

L'assistenza sanitaria in Francia è quindi finanziata attraverso un mix di modalità di finanziamento, tra cui la spesa pubblica e l'assicurazione sanitaria obbligatoria, nonché l'assicurazione sanitaria volontaria e i fondi privati come i pagamenti di tasca propria delle famiglie (spesa *out-of-pocket*). Nel 2019, la spesa in sanità, misurata come CSBM (11) (*consumption of health care and medical goods*), ammontava all'11,1% del prodotto interno lordo francese ed era finanziata dalla spesa pubblica e l'assicurazione obbligatoria per l'83,7% e per il 16,3% da finanziamenti di tipo volontario e consistente in co-pagamenti per i servizi goduti e in spese per prestazioni non coperte dallo schema pubblico. A livello teorico, l'obiettivo dei co-pagamenti è quello di limitare la domanda di servizi sanitari responsabilizzando gli utenti. Tuttavia, tale obiettivo è in parte vanificato dal fatto che gli schemi assicurativi complementari rimborsino tali compartecipazioni alla spesa e che la maggioranza dei francesi goda di assicurazioni complementari; infatti, il 96% della popolazione possiede sia l'assicurazione obbligatoria sia quella volontaria, al fine di coprire quella partecipazione ai costi prevista per alcuni servizi sanitari, per i farmaci, gli occhiali e le cure odontoiatriche. La maggior parte delle spese *out-of-pocket* sono infatti per i servizi odontoiatrici e oculistici (7). Le tariffe ufficiali per questi servizi sono molto basse, non più di qualche euro per gli occhiali o gli apparecchi acustici, e la tariffa massima per le protesi è di 200 euro; tuttavia, i fornitori di solito fatturano questi servizi a più di dieci volte la tariffa ufficiale. In ogni caso, la quota di spesa *out-of-pocket* per i servizi odontoiatrici e ottici è diminuita a causa della maggiore copertura sanitaria volontaria per questi servizi. Allo stesso tempo, la spesa *out-of-pocket* per i farmaci è cresciuta costantemente, perché un maggior numero di farmaci da prescrizione

sono stati tolti dal formulario nazionale. I tassi di compartecipazione economica sono applicati a tutti i servizi sanitari e ai farmaci elencati nel pacchetto di prestazioni e variano in base a:

- Tipo di cura: 20% per i ricoveri ospedalieri, 30% per le visite ambulatoriali dal medico e dal dentista.

- Efficacia dei farmaci da prescrizione: i farmaci altamente efficaci come l'insulina non comportano alcuna coassicurazione, mentre i tassi per tutti gli altri farmaci variano dal 15% al 100%, a seconda del valore terapeutico del farmaco e a seconda della presenza o meno di una richiesta del loro fornitore di assistenza primaria.

Tabella 1. La compartecipazione economica dell'utente nell'offerta sanitaria.

La compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria			
Servizio	Costo previsto per visita/servizio	Tetto di spesa out-of-pocket	Esenzioni
Visite di <i>primary care</i> con un GP o uno specialista ad accesso diretto	Compartecipazione: 1,00 euro Co-assicurazione: 30% del costo totale fino a un massimo di 24 euro Costo totale per il paziente: 7 euro	Il massimo di compartecipazione dovuta all'anno è di 50 euro per visite mediche e infermieristiche, oltre che per trasporti, farmaci e fisioterapia	Esenzioni per qualsiasi prestazione: assistenza alla maternità, assistenza ai nati e alcuni servizi di prevenzione
Consulenza specialistiche	Compartecipazione: 1,00 euro Co-assicurazione: 30% del costo totale fino a un massimo di 29 - 68 euro a seconda della specializzazione e di altri fattori Costo totale per il paziente: 13,5 - 20,4 euro		
Ospedalizzazione (per giorno o visita) incluso uso di farmaci	Compartecipazione: 18,00 euro al giorno Co-assicurazione: 20%	La co-assicurazione si applica ai primi 31 giorni di ricovero; alcuni interventi chirurgici sono esentati	Esenzione dalla compartecipazione: bambini e persone a basso reddito
Prescrizione di farmaci	Compartecipazione: 0,50 euro a scatola Co-assicurazione: 0% per i farmaci ad alta efficacia; 15%-100% per tutti gli altri, a seconda del valore terapeutico.	Il massimo della compartecipazione dovuta all'anno è di 50 euro	

Fonte ed elaborazione Durand-Zaleski I., *International Health Care System Profiles: France*, in The Commonwealth Fund, 2020. Nostra traduzione (7)

¹⁰ Secondo il modello dell'assicurazione sociale di malattia (ASM) il governo obbliga alcune categorie di persone a sottoscrivere una polizza sanitaria. In Francia il ruolo di assicuratore è svolto dalle casse di malattia, organizzazioni *no profit* deputate a raccogliere i contributi dei lavoratori su base categoriale o territoriale. I contributi raccolti sono *group rated*, ossia sono uguali per tutti coloro iscritti a un medesimo fondo e sono calcolati come percentuale fissa da trattenere sul salario.

¹¹ Dal 1° novembre 2019, CSS, Complémentaire santé solidarité.

Di questi pacchetti assicurativi complementari due terzi sono sottoscritti con organizzazioni assicurative *no profit* (le *mutuelles*) e un terzo con compagnie assicurative *for profit*.

Le spese *out-of-pocket* (RAC) per l'assistenza sanitaria delle famiglie, come percentuale del CSBM hanno continuato a scendere nel 2018 al 7,0%, dopo il 7,5% nel 2017 e il 7,7% nel 2016 (12). Questa partecipazione diretta delle famiglie alla spesa sanitaria ammontava a 14,3 miliardi nel 2018, che corrisponde a circa 210 euro pro capite all'anno. Confermato nel 2018 (12), il calo del RAC è spiegato da fattori strutturali che implicano una crescente partecipazione del sistema di sicurezza sociale. Con l'invecchiamento della popolazione francese, il numero di persone esentate dal co-pagamento per le condizioni mediche è in aumento, nello specifico il numero di persone esentate dal co-pagamento per le condizioni a lungo termine (ALD) - cancro, diabete, ecc. - è particolarmente dinamico. Inoltre, diverse decisioni normative, in particolare il rimborso da parte del sistema di previdenza sociale di trattamenti farmacologici innovativi e costosi, hanno aumentato il finanziamento fornito dalla previdenza sociale. Di conseguenza, la quota della CSBM coperta dalla previdenza sociale è aumentata fino a 78,1% nel 2018, il che contribuisce a ridurre il RAC delle famiglie (13). Oltre al ruolo della sicurezza sociale, è rilevante anche l'intervento delle organizzazioni complementari (OC). Nel 2018, la partecipazione degli OC è stata del 13,4% rispetto al 13,1% del 2017 (12). Questo aumento potrebbe essere la conseguenza della generalizzazione dell'assicurazione sanitaria complementare aziendale nel 2016, che è stata generalmente accompagnata da contratti più completi per le cure ottiche e odontoiatriche. Per queste due voci, le spese *out-of-pocket* delle famiglie sono storicamente alte.

A cavallo tra la fine degli anni '90 e il 2000, il finanziamento della salute pubblica si è progressivamente diversificato attraverso vari fondi. Oggi quasi il 50% dell'assistenza sanitaria si basa su imposte dedicate, composte, ad esempio, dalla tassazione sul reddito, su alcool, tabacco, zucchero e sulle case farmaceutiche. Nello specifico, alcune riforme sanitarie tra il 1995 e il 2000 hanno insistito sulla programmazione pubblica e sul coordinamento tra le diverse componenti del sistema sanitario. Sul fronte del finanziamento l'obiettivo prioritario



FOCUS

Il sistema di assicurazione sanitaria pubblica francese, "*L'Assurance Maladie*", copre i seguenti tipi di cure se appaiono sulla lista ufficiale delle cure rimborsabili (13):

- le cure ospedaliere e trattamenti in strutture pubbliche o private di assistenza sanitaria, riabilitazione o terapia fisica;
- le cure non ospedaliere fornite da medici generici, specialisti, odontoiatri e ostetriche;
- esami diagnostici prescritti dal medico e cure fornite da laboratori medici e professionisti della salute (infermieri, fisioterapisti, logopedisti, ecc.);
- prodotti farmaceutici prescritti, dispositivi medici e protesi che appaiono nelle liste ufficiali dei prodotti rimborsabili;
- il trasporto medico prescritto.

era la copertura assicurativa dell'intera popolazione, da ottenere attraverso un più ampio ricorso alla tassazione generale: tale obiettivo venne formalizzato con la legge sulla CMU (*Couverture Maladie Universale*) approvata nel 1999. Per quanto riguarda l'erogazione dei servizi l'obiettivo delle riforme fu quello di integrare maggiormente gli erogatori di cure primarie e secondarie, promuovendo comportamenti uniformi tra pazienti e medici, anche a costo di sacrificare parte della libertà tradizionalmente goduta da entrambe le categorie. Le principali novità furono l'introduzione del cosiddetto *carnet de santé*, con l'intento di promuovere la continuità delle cure. Trattasi di un libretto elettronico in cui i medici devono annotare tutte le informazioni rilevanti per la diagnosi e le terapie di un determinato paziente. Nel 2004 vennero introdotti i *medecins traitants*, ossia i medici di famiglia chiamati a svolgere funzioni di *gatekeeping* per le cure secondarie (10,14).

Negli anni successivi, per i titolari dell'assicurazione integrativa, si è istituito progressivamente un nuovo strumento, divenuto pienamente operativo dal 1° gennaio 2021, denominato *100% Santé*; il dispositivo permette di avere una copertura pari al 100% sulle prestazioni sanitarie e i dispositivi inerenti all'audiologia (protesi auricolari), ottica (occhiali da vista) e odontoiatria (protesi dentarie) (13).

IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

Nell'ambito del sistema sanitario francese, l'assistenza è fornita in vari tipi di strutture: studi privati per le cure non ospedaliere, strutture sanitarie per le cure ospedaliere, sanitarie e sociali, e strutture residenziali per clienti "vulnerabili" anziani o disabili. Il sistema si basa sulla libertà di scelta del paziente e del residente: ogni paziente è libero di scegliere il suo medico di medicina generale (*médecin traitant*), lo specialista ad accesso diretto, la struttura sanitaria o la struttura residenziale, sia nel settore pubblico sia in quello privato. Dall'età di 16 anni, tutti i pazienti devono scegliere un medico di assistenza primaria (*médecin traitant*) che fornirà i riferimenti come parte del sistema di "percorso di cura coordinato". Il ruolo del medico di base, che può essere un medico di medicina generale o uno specialista, è quello di tenere aggiornata la cartella clinica personale del paziente, prescrivere ulteriori indagini mediche o indirizzare il paziente ai servizi ospedalieri o ad altri professionisti della salute (fisioterapisti, infermieri, ecc.) (15,16). I pazienti possono cambiare il loro medico di base avvisando la loro cassa malattia locale. Le procedure mediche sono rimborsate alla tariffa standard quando sono effettuate o raccomandate dal medico di base, dato che il paziente sta seguendo il percorso di cura coordinato. Tuttavia, se il paziente non si è iscritto a un medico di assistenza primaria o consulta direttamente un medico specialista, sarà rimborsato a una tariffa inferiore e pagherà di più di quanto avrebbe dovuto se fosse rimasto all'interno del percorso di assistenza coordinata (10,15). Il paziente è generalmente tenuto a pagare una parte delle sue spese mediche (*ticket modérateur*) di tasca propria¹². Una visita medica all'interno del sistema del percorso sanitario è rimborsata al 70%, gli utenti devono dunque

co-partecipare al pagamento per il 30%, ma sono esentati coloro che hanno malattie croniche, per cure che però sono in stretta connessione con la patologia; se, ad esempio, un paziente diabetico deve fare un accertamento per una condizione non pertinente alla sua disabilità cronica, allora dovrà pagare esattamente come il resto della popolazione. Il pagamento di tasca propria del paziente sarà più alto se non si segue il sistema coordinato del percorso sanitario.

Per garantire che gli importi rimborsati ai pazienti corrispondano alle spese effettive e che le casse non siano tenute a rimborsare le spese mediche senza alcun controllo, le organizzazioni di assicurazione sanitaria hanno stipulato accordi nazionali con i medici e gli operatori sanitari ausiliari (17). In questo sistema ci sono diversi "secteurs" all'interno dei quali i medici possono scegliere di lavorare, e che applicano diversi tassi di rimborso (13):

- i medici della *Secteur 1* aderiscono completamente all'accordo nazionale e applicano le tariffe ufficiali negoziate con il sistema di assicurazione sanitaria. Quando vedono i pazienti all'interno del percorso di assistenza sanitaria coordinata, il tasso di rimborso è del 70% della tariffa ufficiale.
- I medici della *Secteur 2* stabiliscono liberamente le loro tariffe. L'importo del loro onorario che supera la tariffa ufficiale non viene rimborsato.
- I medici che hanno aderito all'Opzione di pratica tariffaria controllata ("*Option de pratique tarifaire maîtrisée*" / OPTAM) fanno pagare un importo moderatamente più alto della tariffa ufficiale. La base di rimborso è la stessa dei medici del *Secteur 1*, con un tasso del 70% per i pazienti che seguono il percorso di cure coordinate.

I medici possono anche applicare tariffe più alte per i pazienti che non sono inviati o registrati da un medico di base o che non hanno seguito il sistema del percorso sanitario.

SOGGETTI

Le figure professionali del sistema di assistenza primaria sono i medici di medicina generale, gli infermieri, pediatri e le ostetriche. Per quanto attiene ai ginecologi, non essendo considerati specialisti (a meno che non abbiano anche

¹² In casi speciali, tuttavia, come per le donne incinte da più di 6 mesi o per le malattie di lunga durata, il paziente è esentato da questo co-pagamento.

FOCUS

Oltre al ticket (*ticket modérateur*), il paziente è responsabile di una serie di altre spese (13):

- una tariffa forfettaria per le procedure estese, una tariffa di 1 € per la visita medica e per gli esami e le analisi e una tariffa forfettaria per i farmaci, le procedure paramediche e i viaggi per scopi medici.
- Il forfait per procedure estese (*forfait actes lourds*) è di 24 euro e si applica alle procedure mediche o chirurgiche con un costo superiore a 120 euro o con un fattore di ponderazione superiore a 60. Questa tassa si applica sia che la procedura venga eseguita in uno studio medico o in un ospedale. Alcune procedure sono esentate da questa tassa, così come le persone che, per motivi di salute, hanno una copertura assicurativa legale del 100%.
- Tutti i pazienti sono tenuti a pagare una tassa di 1 € ("partecipazione") per una visita o una procedura eseguita da un medico, così come per gli esami a raggi X e gli esami di laboratorio. Tali spese non possono superare i 4 euro al giorno per medico o laboratorio, o 50 euro per anno civile. Questa tassa di 1 € non è dovuta per le visite mediche per i minori di 18 anni o per le donne incinte al sesto mese o più di gravidanza.
- Una tariffa forfettaria (*franchigia médicale*) si applica anche alle procedure non ospedaliere eseguite da professionisti della salute, ai farmaci e alle spese di viaggio per scopi medici. Questa tassa è di 0,5 € per ogni farmaco e procedura paramedica e di 2 € per viaggio, ed è limitata a 50 € per persona all'anno per tutte le procedure, 2 € al giorno per le procedure paramediche e 4 € al giorno per il viaggio.

I membri dei seguenti gruppi sono esentati da queste tariffe per procedura e forfettarie:

- Minori (sotto i 18 anni)
- Donne con più di 6 mesi di gravidanza
- I coperti dal programma di assicurazione sanitaria complementare sovvenzionata (*Complémentaire santé solidaire/CSS*), (precedentemente noto come CMU-C e ACS) e il programma di assistenza medica statale (AME).

la laurea in ostetricia), sono ad accesso diretto e non è quindi necessaria una prescrizione da parte del medico di base per accedervi. Vi sono poi i fisioterapisti, gli ottici e i nutrizionisti. Dal 2017, anche i farmacisti hanno assunto un ruolo nell'assistenza primaria, potendo somministrare la vaccinazione antinfluenzale per le persone anziane e, dal 2019, rinnovare le prescrizioni farmaceutiche fino a 3 mesi (10). Il pacchetto di assicurazione pubblica sanitaria, per quanto attiene all'assistenza primaria, prevede anche l'intervento degli odontoiatri, ma solo per controlli dedicati ai bambini e agli adolescenti fino ai 18 anni.

L'assistenza psicologica, invece, non è prevista nelle cure primarie e non è nemmeno garantita né rimborsata dai fondi pubblici, a meno che lo psicologo non lavori come dipendente di un ospedale.

Non fanno parte del sistema di assistenza primaria gli operatori sociali, ci sono infermieri che lavorano come social workers in quanto liberi professionisti, occupandosi delle cure di lungo termine, l'assistenza domiciliare, soprattutto nei confronti delle persone anziane e disabili.

Nel 2018 è stata creata la figura dell'infermiere "advanced" come ruolo di supporto nella cura dei pazienti cronici o con patologie complesse in cooperazione con i medici di medicina generale stessi e altri specialisti (odontoiatri, fisioterapisti ecc.) in team dedicati di assistenza primaria. Tra le loro funzioni rientrano la prevenzione e le attività di *screening*, la prescrizione di esami complementari, di rinnovo o modifica di posologie farmacologiche (10). Ad oggi, però, risultano solo 10 infermieri con questa formazione e il loro ruolo non è affatto indipendente o autonomo, considerato che rispondono sempre in modo diretto al *general practitioner*.

Dall'intervista è emerso che in Francia¹³ è stato previsto l'inserimento della figura di assistente medico, che si occupa di compiti non clinici all'interno del sistema di assistenza primaria, come ad esempio la creazione di cartelle cliniche in file, la verifica di appuntamenti per visite e profilassi, ed è stato fissato l'obiettivo di avere circa 4.000 assistenti medici entro il 2022. A febbraio 2021 risultavano firmati 1.729 contratti di assistenza medica (18).

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

La maggior parte dei medici di medicina generale, degli infermieri e degli specialisti sono liberi professionisti indipendenti con propri studi e ambulatori. Tuttavia, nelle *multidisciplinary care homes* possono essere anche dipendenti della struttura. Queste strutture nascono con l'intento di riunire più professionisti della salute per l'assistenza primaria, ma nei fatti molto spesso si tratta di diversi medici generalisti riuniti nella stessa struttura con infermieri e, a volte, fisioterapisti, senza includere altri specialisti (19-21).

Negli ultimi anni si è verificato uno spostamento verso la stipula di contratti di lavoro dipendente, soprattutto da parte delle nuove leve che preferiscono operare come dipendenti, piuttosto che come liberi professionisti. Trattandosi ancora per la grande maggioranza di liberi professionisti pagati a singola prestazione, con tariffe legate a mansionari molto specifici, la flessibilità è quasi azzerata, considerato che è già prevista a priori una suddivisione di compiti difficilmente demandabile. Dall'intervista è emerso che nel Paese si sta lavorando per far sì che questa rigidità venga meno, facilitando anche il passaggio di consegne, soprattutto tra medici di medicina generale e infermieri.

Oltre alla tariffa base per visita, il medico di medicina generale può ricevere anche una quota capitaria di circa 40 euro a persona per anno per gestire i pazienti affetti da patologie croniche.

Per quanto riguarda il percorso di formazione, è prevista, dopo la laurea in Medicina¹⁴, la specializzazione in medicina generale, un'istruzione obbligatoria continuativa ma senza valutazioni periodiche e sistematiche. Per quanto, invece, attiene agli infermieri, è previsto un percorso di formazione di tre anni, senza particolari avanzamenti di carriera, a differenza di altri Paesi dove si è prevista una maggior flessibilità in termini di mansioni e responsabilità.

FUNZIONI/SERVIZI

Sebbene a livello di cure primarie possano ricondursi molti servizi differenziati (17), tra cui promozione della salute, prescrizioni mediche,

vaccinazioni, cura della cronicità, assistenza domiciliare e riabilitazione, le attività di screening (oncologiche, cardiovascolari e per il diabete) invece sono normalmente di competenza degli specialisti. Questo è dovuto in parte anche al fatto che, per la cittadinanza, l'accesso ai servizi specialistici è sostanzialmente libero, pur essendo incentivato economicamente un *gatekeeping* volontario per rivolgersi preventivamente al medico di medicina generale.

BUDGET

Il budget totale per l'assistenza sanitaria e l'allocatione delle risorse tra i vari settori della stessa sono decisi a livello parlamentare, secondo quelli che sono gli obiettivi di spesa sanitaria nazionale.

Il finanziamento dell'assistenza sanitaria si compone delle seguenti categorie e percentuali:

- imposte sul reddito: 53%;
- tassazione nazionale dedicata all'ambito sanitario: 34%;
- tasse dirette su tabacco, alcol, industria farmaceutica e assicurazione volontaria: 12%;
- sussidi statali: 1%.

Il budget è, quindi, suddiviso tra:

- assistenza ambulatoriale;
- assistenza ospedaliera, a sua volta suddivisa tra ospedali pubblici e privati, tra ospedali per l'assistenza emergenziale e per l'assistenza generica;
- assistenza per le cure a lungo termine.

Il budget per l'assistenza primaria è incluso nel budget per il settore ambulatoriale, e copre il 19% della spesa sanitaria totale che è garantita in larga parte (circa il 75%) da fondi pubblici provenienti da tassazione e ritenute fiscali (10). Rispetto alla spesa pubblica sanitaria totale pro-capite è risultato complesso reperire dati omogenei in riferimento a tutti gli anni. Ciò si evince chiaramente dalla Tabella 2 (10,11, 22).

¹³ L'istituzione della professione di assistente medico è un elemento portante della legge n. 2019-774 del 24 luglio 2019.

¹⁴ Il percorso di formazione in medicina prevede un primo ciclo biennale (PCEM) al termine del quale un esame finale consente l'accesso ad un ciclo quadriennale (DCEM). Al terzo anno è possibile scegliere tra la medicina generale o un'altra specialità tra le 30 disponibili. Dopo una residenza di tre anni e di tirocinio, gli studenti di medicina generale ricevono la laurea, chiamata DES o diploma di studi specializzati. Per gli specializzandi in altre specialità, la formazione dura dai quattro ai cinque anni.

Tabella 2 - Spesa sanitaria totale pro capite

	State of Health in the EU France Country Health Profile 2019	Eurostat	Health at a Glance - OECD
2015			2.627
2017	3.626		
2018		3.969	4.141
2019			3.644

ORGANIZZAZIONE

I medici di medicina generale non hanno una lista fissa di pazienti, considerato che questi ultimi sono liberi di registrarsi da qualunque medico desiderino (anche di altre specializzazioni) e cambiarlo in qualsiasi momento. Tendenzialmente lavorano da soli (23), in scarso coordinamento con i servizi rivolti all'assistenza di secondo livello. Non vi è infatti un vero e proprio collegamento tra cure di assistenza primaria e secondaria e nel suo complesso il sistema sanitario francese può dirsi frammentato.

Tuttavia, a partire dal 2007 sono state implementate strutture multidisciplinari dove i medici di medicina generale e altri professionisti possono lavorare insieme, con contratti di lavoro come dipendenti. Nel 2017, ad esempio, sono state create 910 strutture mediche multidisciplinari e ci si aspetta che raddoppino entro il 2022 (dalle ultime fonti disponibili, risulta che se ne stanno creando altre 300) (20,24); si tratta, comunque, per la maggior parte ancora di aggregazioni di medici di medicina generale (3/5) con qualche infermiere e, talvolta, fisioterapisti, senza connessione con altre specializzazioni. Inoltre, sono in fase di sperimentazione reti sperimentali di medici di medicina generale che forniscono coordinamento

delle cure croniche, servizi psicologici, servizi dietetici e altre cure non coperte dal sistema pubblico di assicurazione sanitario. Tali reti sono finanziate attraverso fondi stanziati dalle Agenzie Regionali della Salute (7).

Dal 2016 sono state sviluppate, inoltre, anche iniziative per stabilire comunità territoriali di professionisti per una collaborazione più integrata a livello locale con l'obiettivo di permettere agli operatori sanitari di organizzare le proprie attività. Si prevede che lo sviluppo di queste strutture potrà essere supportato anche dall'uso di strumenti digitali come le cartelle elettroniche condivise. Nel 2019 si contavano 200 comunità territoriali già attive o comunque in via di sviluppo. L'obiettivo è quello di raggiungere un numero pari a 1.000 comunità in tutta la Francia entro il 2022 (19).

STANDARD QUANTITATIVI

Secondo gli ultimi dati a disposizione (2019), i medici di medicina generale sono circa 1,4/1,5 per 1.000 abitanti; i posti letto si attestano ai 5,84 su 1.000 abitanti, di cui 3 per la cura delle acuzie e 1,8 per la riabilitazione (25).

La media di soggetti assegnati a un singolo medico di medicina generale è di 900 pazienti. Nel 2017 il 45% dei medici in Francia superava i 55 anni, con una previsione non particolar-

mente rosea rispetto al vicino pensionamento, soprattutto per la fascia dei medici di medicina generale (10). Per questo motivo, tra il 2017 e il 2018 il numero di luoghi dove procedere con la formazione per la medicina generale è incrementato, attestandosi al 40%, una percentuale più alta rispetto ad altri Paesi europei (10). Rispetto alla copertura del territorio nazionale, circa l'8% della popolazione francese vive in territori definiti come "deserti medici", localizzati soprattutto in zone rurali o i sobborghi di cittadine provinciali. In queste aree l'accesso alla *primary care* è potenzialmente limitato (10).

USO IT/AI

A differenza di altri Paesi, l'uso della telemedicina è stato definito a livello normativo nazionale (26) già nel 2009, ma solo negli ultimi anni ne è stato implementato l'utilizzo, assieme ad altri strumenti digitali come le cartelle clinica condivise.

Per quanto riguarda la cartella clinica elettronica, pur essendo stata lanciata già nel 2004 (10) per rendere più semplice la collaborazione tra diversi professionisti della sanità, è diventata realmente operativa in poche realtà soltanto nel 2011 per poi diffondersi a tutto il Paese nel 2018 (10). Tuttavia, la condivisione di informazioni risulta ancora limitata e solo il 10% della popolazione l'ha attivato entro la metà del 2019. La cartella clinica condivisa (*dossier medical partage*, DMP) (27) è una cartella clinica informatizzata e accessibile su internet, che archivia le informazioni sanitarie del paziente online. Il DMP è rivolto ad ogni persona che benefici di un sistema di sicurezza sociale e permette di trovare in un unico luogo: la storia di cura degli ultimi 12 mesi aggiornata automaticamente dall'assicurazione sanitaria; la storia medica (patologie, allergie ecc.); i risultati degli esami; i referti ospedalieri; i recapiti di familiari da avvisare in caso di emergenza; le direttive anticipate per il fine vita. La cartella clinica condivisa può essere consultata, oltre al paziente, solo

dagli operatori sanitari autorizzati. Il paziente ha inoltre la possibilità di modificare la cartella, ad esempio aggiungendo o nascondendo un documento. In tal caso solo il medico curante potrà accedere a tutte le informazioni contenute nella DPM. Il paziente può gestire l'accesso alla DMP, bloccando un operatore sanitario o rimuovendo una autorizzazione. Infine, la DPM può essere chiusa in qualsiasi momento e non è obbligatoria. La cartella clinica condivisa (DPM) non va confusa con la cartella clinica del paziente, che compendia tutte le informazioni raccolte da un praticante circa il suo paziente. Non si tratta di una singola cartella per ogni paziente, bensì di tante cartelle quanti sono i professionisti della salute con i quali il paziente è entrato in contatto (medico di medicina generale, specialisti, ospedale ecc.). Nel 2018 il sistema sanitario di assicurazione nazionale ha definito il prezzo e la copertura per la teleconsultazione e la telespecialistica; nel primo caso il costo equivale a una visita *face to face*. Dal settembre 2018, i pazienti che vogliono essere rimborsati per una tele visita in tempo reale, devono previamente avere consultato il proprio medico dal vivo nel corso dei 12 mesi precedenti (10).

Rispetto alla raccolta dati, essendo la Francia un Paese che si basa su un sistema sanitario assicurativo pubblico e su altre tipologie di assicurazioni complementari, con pagamenti rigidamente tracciati, vi è un gran numero di informazioni circolanti su database condivisi che possono dare conto di gran parte delle attività svolte: le visite presso i medici di medicina generale, gli accessi agli ospedali, gli accessi alla riabilitazione, alle cure di lunga durata etc. Si tratta quindi di un database ricco e usato spesso per ricerche statistiche e sociali.

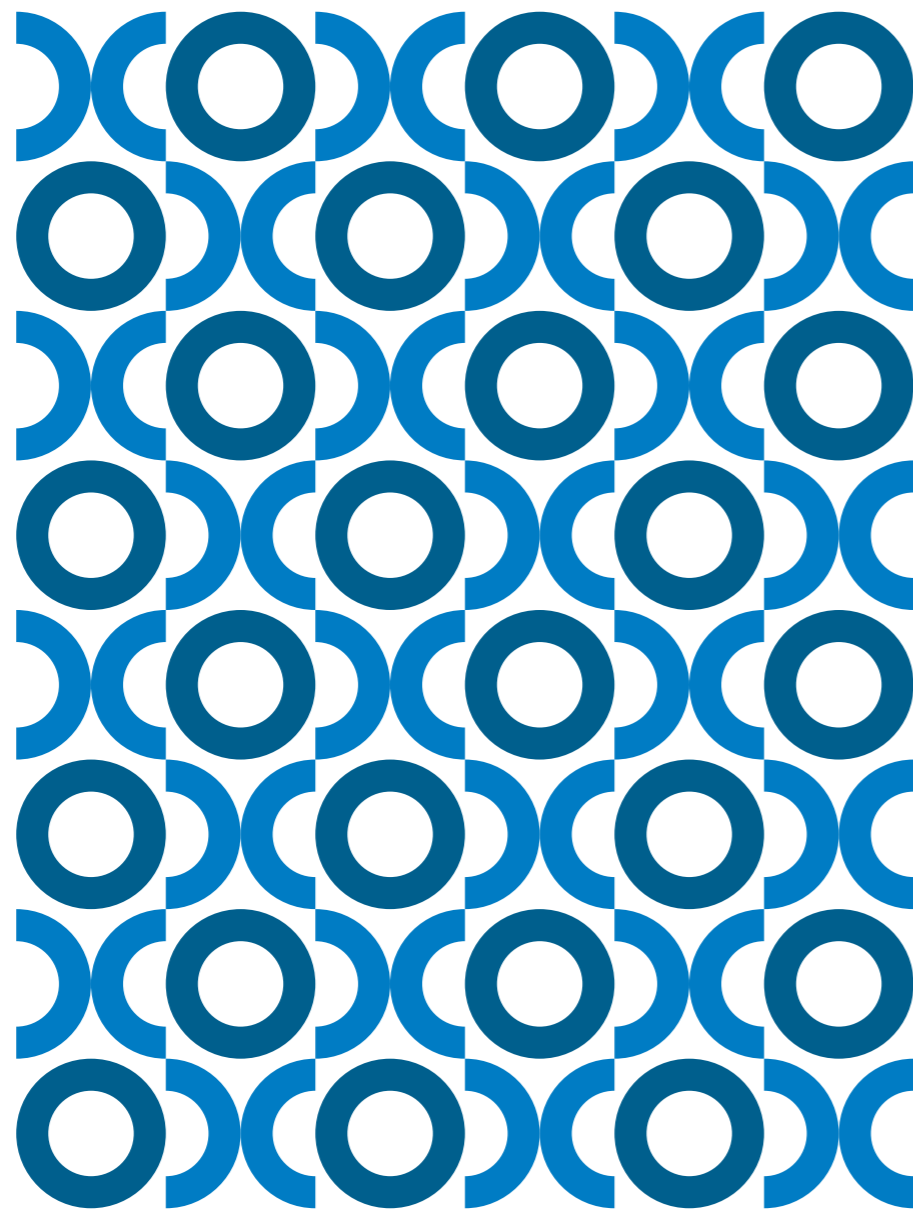
In Francia, vengono utilizzate più di 12 applicazioni software e questo spiega la difficoltà di creare una rete di raccolta dati di assistenza primaria a livello nazionale. La maggior parte dei progetti/reti fornisce regolarmente ai medici di medicina generale dei rapporti di feedback sulla registrazione dei dati (28).

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. <https://www.globalgeografia.com/europa/francia.htm>.
2. Prieur M. Droit de l'environnement. Dalloz. 2013.
3. Serges G. Il diritto alla salute nell'ordinamento costituzionale francese. Una rassegna della giurisprudenza del Conseil constitutionnel. Editoriale scientifica. 2018.
4. Laude A, Mathieu B, Tabuteau D, Mathieu B. Droit de la santé. Presses universitaires de France. 2012.
5. Markus J-P. Médecine personnalisée, ou l'implosion des notions classiques de droit de la santé. Biologie prédictive pour la santé Regards croisés sur les enjeux socio-économiques et scientifiques chez l'Homme, les animaux et les plantes.: 67.
6. https://www.cleiss.fr/particuliers/venir/soins/ue/systeme-de-sante-en-france_en.html.
7. Durand-Zaleski I., International Health Care System Profiles: France, in The Commonwealth Fund, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/france>.
8. <https://www.ars.sante.fr/quest-ce-qu'une-agence-regionale-de-sante?parent=4619>.
9. Chevreur K., Durand-Zaleski I., Bahrami S.B., et al, "France: Health System Review", Health Systems in Transition, vol. 12, no.6. 2010.
10. Commissione Europea, State of Health in the EU, 2019 Francia https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/state-of-health-in-the-eu_25227041.
11. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm#indicator-chart>.
12. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ve-14.pdf>.
13. https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/it_1.html.
14. Commissione Europea, Report dell'Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems, 2014. https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/expert_panel/docs/004_definitionprimarycare_en.pdf.
15. <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/etre-bien-rembourse/medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>.
16. Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B. Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities. Lancet. 2016 May 28;387(10034):2236-49.
17. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB editors. Building primary care in a changing Europe. Case studies. 2015.
18. https://info.doctolib.fr/?utm_button=header&utm_content-group=logo&utm_website=doctolib_blog.
19. Ma Santé 2022, Gouvernement.fr, Stratégie de transformation du système de santé. 2019.
20. Ministère des solidarités et de la santé, National Health Strategy 2018-22 – Summary. 2017.
21. Rosenberg-Wohl S, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Seven-day access to NHS primary care: how does England compare with Europe? Vol. 111, Journal of the Royal Society of Medicine. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 88-91.
22. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=File:Current_healthcare_expenditure_2018_SPS20.png.
23. Arat A, Burström B, Östberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2019.
24. <https://www.gouvernement.fr/en/health-system-transformation-strategy>.
25. https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230_en.pdf?expires=1630422133&id=id&accname=guest&checksum=AACDCCB4E3B43F010F-5C64E18BBBCE8F.
26. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE – OECD), Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries, OECD Health Working Papers No. 116, 2020 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/bringing-health-care-to-the-patient_8e56ede7-en.
27. <https://www.dmp.fr/patient/je-decouvre#Le-DMP-que-est-ce-que-c-est>.
28. Gentil ML, Cuggia M, Fiquet L, Hagenbourger C, Le Berre T, Banâtre A, Renault E, Bouzille G, Chapron A. Factors influencing the development of primary care data collection projects from electronic health records: a systematic review of the literature. BMC Med Inform Decis Mak. 2017 Sep 25;17(1):139.

GRAN BRETAGNA

Scheda sintetica - Gran Bretagna



Organizzazione Sistema Sanitario	Centralizzato con peculiarità organizzative nelle differenti nazioni (Inghilterra, Irlanda del Nord, Galles, Scozia).
Governance e gestione economico-finanziaria	Sistema universalistico.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Compartecipazione sulla prescrizione di farmaci. Esenzioni per alcune categorie. Previsione di spesa massima OOP.
Sistema di cure primarie	Regionalizzato attraverso l'Integrated Care System e le reti locali <i>Primary Care Networks</i> .
Soggetti	Medico di Medicina Generale; Infermiere; Personale amministrativo di supporto; Farmacista; Dentista; Fisioterapista; Psicologo (per interventi ad hoc); Paramedico; Operatori specializzati in fragilità mentali (rari); Social Prescriber; General practitioners with special interest.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Liberi professionisti o dipendenti di studi ma con contratti definiti a livello nazionale.
Formazione dei MMG	Laurea di cinque anni in medicina. 2 anni di corso base in medicina generale all'interno di diverse strutture ospedaliere che erogano servizi cardine della medicina generale. 3 anni di formazione specialistica in medicina generale.
Rapporto di lavoro degli infermieri	Liberi professionisti o dipendenti di studi.
Formazione degli infermieri	Non esiste un percorso chiaro di formazione.
Funzioni/servizi	Promozione della salute, prescrizioni mediche, profilassi vaccinali, cura dei pazienti cronici, assistenza domiciliare, screening della cervice uterina.
Budget per l'assistenza sanitaria	78% a carico della pubblica amministrazione. 22% OOP, assicurazioni private e finanziamenti no profit.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 3.154 euro.
Organizzazione	Studi privati in prevalenza multidisciplinari. Reti di ambulatori di assistenza primaria (<i>primary care networks</i>). Scarsa integrazione sociosanitaria.
Integrazione tra cure primarie e secondarie	In parte presente soprattutto per determinate patologie.
Standard quantitativi	1 letto per 390 abitanti. 1 medico di medicina generale per 1.750/3.000 abitanti. 0,1/1 infermiere per medico di medicina generale. Su 4 persone che lavorano in studi di medicina generale, solo uno è un medico.
Uso AI/IT	Televisite, e-mail, sms, app dedicate, prenotazioni online, connessione tra cure primarie e secondarie. Data share frammentario.

Scheda completa - Gran Bretagna

INFORMAZIONI GENERALI (1)

Forma di governo	Monarchia costituzionale parlamentare
Superficie	242.495 Km ²
Popolazione	67.531.000 ab. (stime 2021)
Densità	278 ab/Km ²
Regioni	4 Stati (Inghilterra, Galles e Scozia e Irlanda del Nord)
Indice di sviluppo umano	0,932
Speranza di vita	M 79 anni, F 83 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO (2)

Il servizio sanitario inglese (NHS), nato nel 1946, prevede una copertura universale delle prestazioni e delle cure, si applica a tutti coloro che sono residenti nel Regno Unito (*ordinarily resident*), comprensivo dei suoi 4 Stati.

Dal 1999, la gestione e l'organizzazione dell'assistenza sanitaria sono state devolute ai singoli Stati (Inghilterra, Galles e Scozia e Irlanda del Nord); di conseguenza, ognuno di essi, pur ricalcando il modello dell'universalismo basato sul finanziamento pubblico della sanità, presenta politiche e priorità diverse, con differenti applicazioni del sistema applicato in Inghilterra. Rispetto alla contestualizzazione storico-istituzionale del diritto alla salute in UK è utile ricordare, innanzitutto che il Regno Unito è un Paese di Common Law, pertanto, siamo in assenza di un riconoscimento costituzionale diretto.

Il testo fondamentale a cui si ispirano i principi del sistema sanitario è il "Human Rights Act" del 1998 che obbliga le Autorità pubbliche, quindi, anche il National Health System al rispetto dei diritti umani fondamentali (3).

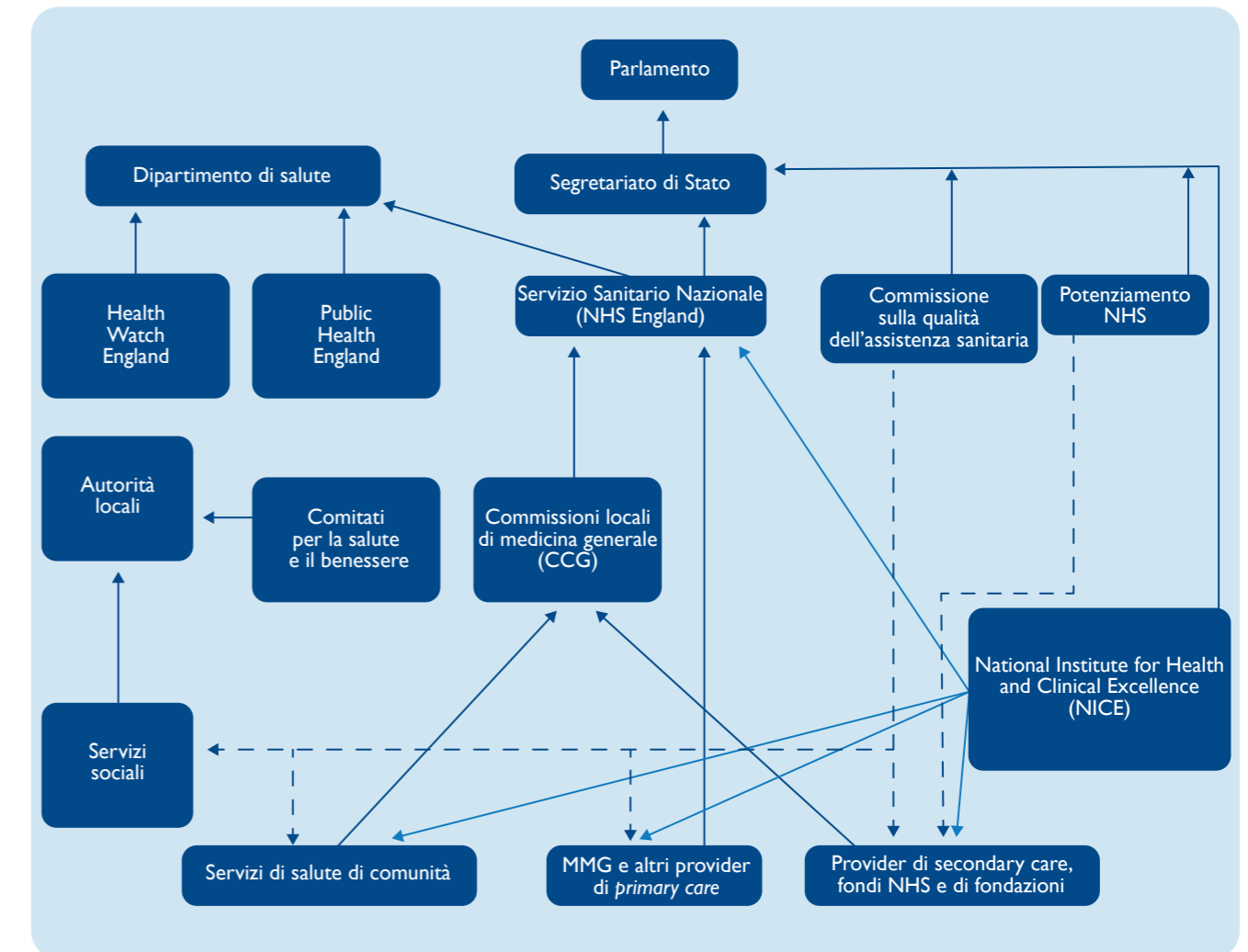
Pertanto, la produzione normativa è orientata al rafforzamento del diritto alla salute dando maggior rilievo alla dignità umana e al diritto alle cure, pertanto possiamo affermare che il NHS si colloca perfettamente nel solco dei sistemi contemporanei di piena tutela della salute dell'individuo rifacendosi agli standard internazionali stratificatisi a partire dalla Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo del 1948.

I fattori che possono ritenersi comuni tra i 4 Stati sono:

- il ruolo di *gatekeeping* dei medici di medicina generale;
- l'accesso gratuito al servizio di ambulanza per emergenze, per trasporti che necessitano il supporto di un team specializzato, per persone inabili a muoversi in autonomia;
- l'accesso ai servizi di assistenza di secondo livello in ospedale.

Per quanto riguarda la suddivisione della *governance* del sistema sanitario, al fine di facilitare la lettura del testo, si è preso come esempio l'organigramma afferente all'Inghilterra.

Figura 1. Organigramma del sistema sanitario nazionale inglese.



LEGENDA

→ Riferimento → Consulenza - - - - - → Regolamentazione

Note: Nostra rielaborazione e traduzione da Thorlby R., Arora S., *International Health Care System Profiles: England*, in *The Commonwealth Fund*, 2020 (2)

I servizi sanitari sono prevalentemente finanziati dalla tassazione generale, dalla previdenza sociale e da un piccolo ammontare di quote di compartecipazione fisse e non basate sul reddito da parte degli utenti su alcune prestazioni; a questo proposito, si tenga comunque conto del fatto che parte della popolazione è esentata – in tutto o in parte – dal versamento di contributi e compartecipazione come gli anziani (over 60), i

soggetti con un reddito basso, i disoccupati. Vi sono poi esenzioni come per le donne incinte e per le donne nel primo anno di maternità, per i malati di tumore, i bambini sotto i 18 anni, i malati di diabete.

Dagli ultimi dati disponibili (2017), si evince che il 78,8% della spesa per l'assistenza sanitaria proviene da risorse pubbliche, mentre le assicurazioni volontarie svolgono un ruolo marginale, con un range che varia tra il 3,1 e il 3,3% (4).

Tabella 1. La compartecipazione economica dell'utente nell'offerta sanitaria.

La compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria		
Servizio	Costo previsto	Tetto di spesa out-of-pockets e esenzioni
Visite di <i>primary care</i>	Nessuno	
Consulenza specialistiche	Nessuno	
Ospedalizzazione (per giorno o visita)	Nessuno	
Prescrizione di farmaci	8,80 sterline per prescrizione	Nessun esborso per bambini piccoli, anziani, persone con un reddito basso e altri. Spesa massima OOP: 104 sterline all'anno, se si è provveduto all'acquisto di un pacchetto annuale di prescrizioni; altrimenti, 29,10 sterline ogni tre mesi (pacchetti trimestrali)

Fonte ed elaborazione Thorlby R., Arora S., *International health care system profiles: England*, in The Commonwealth Fund, 2020. Nostra traduzione (2)

INGHILTERRA (2 e 5)

Il dipartimento della Salute è responsabile per la regolazione e la distribuzione delle risorse a livello statale e opera a livello regionale tramite dieci "Strategic Health Authorities". Le autorità locali (152 *Council*) sono invece responsabili dell'assistenza e dei servizi sociali per adulti. Tale assistenza è finanziata attraverso fondi pubblici (bilanci degli enti locali, provenienti da tasse comunali e aziendali) e privati (principalmente contributi assicurativi anticipati o privati). I "pagamenti diretti" sono un'altra forma di sostegno fornita dalle autorità locali agli individui per esigenze di assistenza; sulla base delle esigenze valutative, gli enti locali stanziavano budget individuali che vengono utilizzati dai destinatari per l'acquisto dei servizi sanitari richiesti. L'assistenza psicologica è invece erogata dal programma The Improving Access to Psychological Therapies (IAPT).

SCOZIA (5)

La direzione sanitaria del governo scozzese è responsabile sia del servizio sanitario nazionale (NHS) della Scozia sia dello sviluppo e dell'attuazione della politica sanitaria e di assistenza locale. I servizi di assistenza sanitaria primaria e secondaria sono pianificati attraverso quattordici enti regionali del SSN. I "Local Delivery Plans" sono concordati tra il governo e i consigli di amministrazione delle associazioni coinvolte; questi piani sono contratti di performance triennali che dovrebbero fornire una serie di obiettivi, denominati obiettivi HEAT (*Health Improvement; Efficiency and Governance Improvements; Access to Services; Treatment Appropriate to Individuals*). I consigli di amministrazione hanno obblighi statutari in materia di cooperazione e coinvolgimento degli organi pubblici che erogano servizi sanitari. È molto interessante l'organizzazione della *primary care* per "performance", fattispecie che

consente di implementare logiche assistenziali più ampie rispetto a quelle basate sul rimborso della singola prestazione facilitando, tra le altre cose, una presa in carico e valutazione del paziente nel medio periodo e non solo nel caso acuto.

GALLES (5)

Il governo gallese è responsabile del servizio sanitario nazionale. Il Dipartimento per i servizi sanitari e sociali fornisce consulenza al governo centrale in materia di strategie sanitarie e di assistenza sociale, politiche, questioni normative e di finanziamento. Dalla fine del 2009, il Dipartimento per i servizi sanitari e sociali è stato riformato per includere sette enti sanitari locali (*Local Health Board*) e tre NHS Trust (il *Welsh Ambulance Services Trust* per i servizi di emergenza; *Velindre NHS Trust* che si concentra sui servizi specialistici relativi al cancro; e il *Public Health Wales*). Gli Enti Sanitari Locali pianificano, assicurano e forniscono servizi di assistenza sanitaria nelle loro aree. L'assistenza primaria viene fornita tramite medici di base e altri professionisti della salute nei centri sanitari e negli ambulatori; l'assistenza secondaria e terziaria viene fornita attraverso gli ospedali. I servizi di assistenza comunitaria sono generalmente forniti in collaborazione con i servizi sociali locali.

IRLANDA DEL NORD (5)

L'*Health and Social Care Board*, che fa capo al Dipartimento della salute, dei servizi sociali e della sicurezza pubblica del governo dell'Irlanda del Nord ed è responsabile dall'aprile 2009, data di istituzione, di commissionare servizi sanitari e sociali, cooperare con le aziende sanitarie e socioassistenziali che erogano i servizi, distribuire e gestire i finanziamenti annuali ricevuti dal Governo Centrale dell'Irlanda del Nord. Questo ente opera attraverso dei *Local Commissioning Groups* che coprono le aree di competenza dei Trust assicurativi esistenti. Il sistema è indirizzato al coinvolgimento del Governo Centrale con i fornitori, il governo locale, gli utenti, le comunità locali, il settore del volontariato e altre parti interessate. La particolarità del Sistema Sanitario nazionale dell'Ir-

landa del Nord è che unisce amministrazione sanitaria e assistenza sociale. I servizi integrati di assistenza sanitaria e sociale sono forniti attraverso cinque *Health and Social Care Trusts* (HSC); un sesto Trust è l'*Ambulance Service*, che opera in tutta l'Irlanda del Nord. I Trust HSC gestiscono e amministrano ospedali, centri sanitari, case residenziali, centri diurni e altre strutture sanitarie e di assistenza sociale.

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA

La maggior parte degli aspetti relativi alla *governance* e alla gestione del *budget* vengono decisi a livello centrale, tanto quanto l'allocazione di risorse a livello regionale (6). Sempre a livello governativo statale, sono delineati i metodi di remunerazione per i medici e di pagamento per gli ospedali; per quanto attiene il finanziamento per la costruzione di nuove strutture ospedaliere, esiste un fondo statale di capitali, mentre il mantenimento delle strutture preesistenti è in capo alle regioni, anche se talvolta è necessario richiedere una percentuale di aiuti economici al governo. L'acquisto di nuova strumentazione ad alto costo è in parte centralizzata, in parte dipendente dai fondi di capitale regionali. Rispetto ai servizi di assistenza primaria e secondaria, per quanto riguarda l'Inghilterra, sono le commissioni locali di medicina generale (191 *Clinical Commissioning Groups - CCGs - gruppi di general practices*) (2,7) a prendere le decisioni organizzative, nella cornice del budget disponibile del NHS (di cui sono responsabili per il 60%) (8) e delle linee guida nazionali. I CCGs si ripartiscono il territorio per aree/numero di abitanti e partecipano, con le autorità locali, nella definizione delle priorità del territorio di riferimento e, in particolare, alla produzione di un "accordo di area locale" che fissa gli obiettivi di esito sanitario. I CCGs acquistano servizi per la loro comunità di riferimento da tutti gli erogatori (ospedali, associazioni no profit o erogatori privati) (9,10). La spesa sanitaria in Inghilterra è gestita localmente dalle 196 CGC che operano all'interno di aree geografiche localmente predefinite. I CCGs hanno il compito di commissionare l'assistenza secondaria e territoriale per popolazione che vanno dai 100.000 ai 900.000 utenti.

Allo stesso tempo il finanziamento dei medici di medicina generale e tutti i servizi di *primary care* (PC) sono gestiti da direttamente dal NHS England attraverso 27 team area (7). Da luglio 2019 il NHS ha introdotto 1259 strutture territoriali, simili ai cluster PC, chiamate Primary Care Networks (PCNs); dal 2020 queste unità forniscono servizi previsti a livello nazionale come, ad esempio, la diagnosi precoce del cancro, assistenza personalizzata, miglioramento delle case di cura. In Scozia invece, tutti gli studi GP fanno parte di uno dei 147 cluster di PC di diverse dimensioni a seconda delle condizioni geografiche e locali del territorio. L'Irlanda del Nord è l'unica parte del Regno Unito, che ha un modello unificato di federazioni governate da un accordo unificato dei membri che copre tutta la sua popolazione di circa 1,8 milioni di persone. In Galles esistono invece 64 unità di PC, che coprono tutti gli ambulatori generali esistenti dal 2014. Ogni cluster è costituito da un gruppo di ambulatori generali, altri erogatori di assistenza sanitaria e sociale ed infine organizzatori del terzo settore che servono una popolazione di 20.000/100.000 persone. I responsabili dei cluster sono per lo più medici di medicina generale, ma in altri casi anche Infermieri e coordinatori del terzo settore (7). Il NHS fornisce assistenza sanitaria per l'80% delle risorse ed è controllato dai *primary care trusts*, che contrattano con i medici e gli ospedali per la fornitura dei servizi sanitari in aree predefinite. Gli specialisti sono dipendenti degli ospedali, ma la maggior parte di loro ha anche assistiti privati. Gli erogatori di assistenza sanitaria ottengono un'abilitazione e sono controllati e supervisionati dalla Care Quality Commission (CQC); questo organismo determina i requisiti legali dei fornitori, compresi gli ospedali, l'assistenza domiciliare e gli uffici. Tutti gli erogatori di assistenza sanitaria devono necessariamente iscriversi al CQC e le loro prestazioni devono essere monitorate secondo gli standard nazionali di qualità (11). Per quanto invece attiene l'identificazione degli obiettivi di salute pubblica, questo avviene a tutti i livelli: statale, regionale e locale. Le pratiche cliniche in Inghilterra vengono gestite da una piccola partnership commerciale di medici di medicina generale in possesso di un contratto con il NHS attraverso un mix di pagamenti a quota capitaria, *pay for performance* e *fee for service* (12).

GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

Mentre le linee guida e le raccomandazioni sull'assistenza primaria sono di livello statale, gli aspetti maggiormente strategici sono devoluti al livello regionale, tramite l'*Integrated Care System*, basato su un concetto di salute che sia il più possibile centralizzato sulle necessità delle persone, abbattendo le barriere tra *primary* e *secondary care*, tra salute fisica e mentale, tra il NHS e servizi sanitari locali, al fine di assicurare la continuità di cura (13). In termini di maggior prossimità, per ciò che attiene l'Inghilterra, il *NHS Long Term Plan for England*¹⁷(14) e il nuovo piano contrattuale quadriennale con i general practitioner (GP) siglato nel 2019 (15), hanno previsto il potenziamento di quelle che sono definite *primary care networks* (PNC), ovvero le reti tra diversi ambulatori di medicina generale, create sia per facilitare la gestione delle pressioni finanziarie e patrimoniali dei singoli studi sia per fornire un più ampio e diffuso spettro di servizi per i cittadini.

Il finanziamento dei servizi di cure primarie è gestito "a piramide": l'importo complessivo del finanziamento sanitario pubblico viene deciso a livello statale, poi suddiviso tra budget regionali e, da ultimo, ripartito tra i *network* locali. Nonostante le differenze organizzative, tutti i quattro Stati hanno adottato le medesime politiche su aspetti rilevanti, incoraggiando anche l'integrazione sociosanitaria.

FOCUS

In Scozia l'idea è quella di far lavorare i medici di medicina generale in *partnership*, al fine di sviluppare relazioni di collaborazione anche con l'assistenza secondaria e sociale, per fornire agli utenti una cura personalizzata di alta qualità. In Galles e Irlanda del Nord, con le stesse finalità, sono stati istituiti cluster e/o team multidisciplinari, mentre in Galles esiste un piano di visione olistica integrata sociosanitaria dal 2018 (*A Healthier Wales*) (16).

SOGGETTI

I soggetti coinvolti attivamente nella *primary care* sono i medici di medicina generale, gli infermieri, lo staff amministrativo di supporto, i farmacisti, gli odontoiatri, i fisioterapisti (solo recentemente ma in aumento), gli ottici (non oftalmologi), gli psicologi ma solo per interventi *ad hoc*, i paramedici, alcuni operatori specializzati in fragilità mentali (rari ma in aumento) e i cosiddetti "*social prescriber*". Questi ultimi non sono clinici e vengono contattati dai general practitioner, per il supporto di coloro che hanno problematiche abitative o che hanno contratto debiti (17).

Esiste, poi, una classe di medici, detti *general practitioners with special interest*, che hanno svolto ruoli clinici di diverso tipo in passato (come ad esempio pediatria, ginecologia o dermatologia), per poi formarsi in medicina generale. Data questa preparazione supplementare, possono svolgere alcuni servizi specializzati per la comunità a livello di *primary care*. Negli ultimi dieci anni si sono sviluppate in Inghilterra nuove forme di collaborazioni su larga scala tra medici di base. Le organizzazioni di medicina generale contano dai 30 ai 50 mila utenti registrati (10).

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

Il modello principale di rapporto professionale per i medici di medicina generale prevede che i partner del consiglio direttivo dei singoli studi contrattino con l'NHS, oltre al finanziamento per il loro compenso, anche il pacchetto di servizi da erogare per l'assistenza primaria e le modalità organizzative di offerta¹⁸(18). Di fatto, quindi, non sono dipendenti del servizio sanitario nazionale, ma liberi professionisti. Tuttavia, da circa una quindicina d'anni, si è registrata una sempre maggior difficoltà nell'arruolamento di nuovi GP come partner, e di conseguenza, gli studi hanno deciso di assumerli come dipendenti. I termini per l'assunzione del personale dipendente sono comunque fortemente delineati a livello nazionale¹⁹(19).

Un aspetto interessante da sottolineare è che, sebbene la maggior parte del personale operante negli studi sia infermieristico, sono davvero pochi gli infermieri che arrivano a diventare soci al pari dei medici.

Per quanto riguarda la formazione, il percorso per i medici di medicina generale è il seguente:

- laurea di cinque anni in medicina;
- 2 anni di corso base in medicina generale all'interno di diverse strutture ospedaliere che erogano servizi cardine della medicina generale;
- 3 anni di formazione specialistica in medicina generale.

Alla fine del percorso deve essere concluso un anno di pratica all'interno di uno studio per poter essere registrato negli albi professionali. Al contrario dei GP, per gli infermieri non esiste un percorso chiaro di formazione, ma possono essere svolti corsi di aggiornamento durante l'orario lavorativo.

FUNZIONI/SERVIZI

Le funzioni dell'assistenza primaria anglosassone coprono un ventaglio molto ampio di servizi: promozione della salute, prescrizioni mediche, profilassi vaccinali, cura dei pazienti cronici, assistenza domiciliare, screening della cervice uterina. Rispetto ad altri screening oncologici, come quello al seno e al colon-retto, i servizi sono erogati da servizi paralleli, ma non rientranti nell'assistenza primaria.

Nel 2012 la Health and Social Care Act ha dato mandato per lo sviluppo di circa 200 organismi statuari del Servizio Sanitario Nazionale (NHS) guidati da medici di medicina generale (GO) chiamati Clinical Commissioning Groups (CCGs) (10).

Sono invece sostanzialmente esclusi la riabilitazione e il servizio di ecografia, come altri servizi di diagnostica normalmente non offerti nei servizi di cure primarie, ma a seguito di specifico invio da parte del GP. Rispetto a questo tema, negli ultimi tempi si sta discutendo se aumentare lo spettro di esami e test diagnostici anche al primo contatto con il SSN, per evitare un sovraccarico a livello ambulatoriale e ospedaliero. Tuttavia, considerato il calo del numero dei general practitioner²⁰, l'aumento dell'erogazione di alcuni servizi deve andare di pari passo con l'incremento di risorse umane. Il GP, fino allo scorso decennio, svolgeva una vera e propria "funzione filtro" in quanto la sua valutazione era necessaria per accedere ai servizi di medicina specialistica. Negli ultimi anni questa funzione è andata via via riducendosi

¹⁷ Il NHS Long Term Plan, documento di intenti pubblicato dal NHS England nel gennaio 2019, definisce le priorità dei 10 anni successivi per la salute pubblica e dà conto di come il budget di spesa per la stessa sarà utilizzato.

¹⁸ Ad esempio, l'ultimo contratto nazionale, prevede investimenti per potenziare le reti, una ridefinizione dei servizi, l'implemento di strumenti di telemedicina, l'aumento dell'organico con altre figure professionali.

¹⁹ Range di salario tra le 62.278/93.965 sterline l'anno (dati del 2021).

²⁰ Si veda il paragrafo "Standard quantitativi".

anche a seguito dello sviluppo del settore privato. È anche stato sottolineato come svolgere questo ruolo richieda risorse che spesso il GP non ha, in termini di tempo, di collaborazioni, di sostenibilità rispetto alla domanda. Inoltre, alcuni *stakeholder*, facenti parte del sistema stesso, hanno sottolineato come un possibile limite a un approccio fortemente basato sul *gatekeeping* possa individuarsi nel mancato invio ai servizi di assistenza di secondo livello con un rischio di ritardi nelle diagnosi di patologie anche gravi, come quelle oncologiche (20).

La qualità delle prestazioni è garantita mediante la Care Quality Commission, mentre la parte finanziaria è regolata al Monitor (21). Tuttavia, l'efficienza del sistema di assistenza primaria è ancora tra i migliori rispetto ad altre nazioni, soprattutto nella gestione dei fattori di rischio nella comunità, nel coordinamento di prossimità assistenziale e, genericamente, nel supporto costante al servizio sanitario nazionale nel suo complesso.

BUDGET

Dagli ultimi dati resi noti dall'*Office for National Statistics* (22) nel 2018, la spesa totale destinata all'assistenza sanitaria si attestava a £214,4 miliardi di sterline (il 10% del PIL), con una suddivisione pro-capite equivalente a £3,227. Il 78% del totale di spesa è a carico della pubblica amministrazione (NHS, amministrazioni locali e altri enti governativi); il resto, invece, proviene dalla spesa out-of-pocket, dalle assicurazioni private e da finanziamenti no profit.

Tra il 2018/19, il NHS dell'Inghilterra aveva a disposizione un budget di circa £114 miliardi, un terzo del quale (£38 miliardi) era destinato soprattutto all'assistenza specialistica e alla *primary care* (8).

Pur sapendo che il dato non è aggiornato e non essendone stati trovati di più recenti, si può valutare come indicativo il riferimento del 2007 alla percentuale del totale di spesa sanitaria dedicata ai servizi offerti dai medici di medicina generale, dai farmacisti e dagli optometristi, all'epoca attestatasi al 20% (23).

Quality Improvement Domain, solitamente focalizzati su due tematiche specifiche all'anno con standard specifici (nel 2020/21, i due focus si sono rivolti al supporto delle persone con difficoltà nell'apprendimento e alla diagnosi oncologica precoce) (27).

- I *Locally Enhanced Services* (LES), programmi concordati a livello locale tra i CCG e i GP per identificare bisogni e priorità specifici.
- I *National Designated Enhanced Services*, obiettivi nazionali specifici, definiti ad hoc (un esempio dell'ultimo periodo è la campagna di vaccinazione anti-Covid-19).

Storicamente l'assistenza primaria in Gran Bretagna è stata erogata per lungo tempo da moltissimi ambulatori di piccola dimensione, con massimo 2 *general practitioner* (GP) per presidio; negli anni queste realtà sono drasticamente diminuite, chiudendo o riunendosi tra loro (28). I medici di medicina generale, quindi, lavorano sempre più in gruppi da 3 a 10 specialisti, anche se il numero di ambulatori che ha più di 7 GP è ancora basso. Ciò che si verifica, nella maggior parte dei casi, è l'unione di 6/7 ambulatori che lavorano in rete, condividendo alcune figure, come farmacisti o fisioterapisti.

Il modello economico degli ambulatori di medicina generale, negli ultimi 10-12 anni, a causa di fattori connessi alla riduzione di fondi, all'entrata del settore privato nel mercato, all'aumento di domanda, all'incremento di aspetti burocratici e alla carenza di personale, si è rilevato nel tempo in gran parte insostenibile per le piccole realtà e questo ha portato al processo di aggregazione summenzionato. Queste informazioni provengono, in gran parte, da uno studio del Nuffield Trust del 2016 (29), che mostrava come almeno 3/4 degli studi di medicina generale in Inghilterra avesse cominciato a formare collaborazioni fattive sin dal 2014/2015.

Gli studi di medicina generale collaborano con la *community*, i servizi di salute mentale, l'assistenza sociale, le farmacie, gli ospedali e le associazioni di volontariato in gruppi denominati *Primary Care Networks* (PCNs). Dal 2019, i PCN hanno incluso nel loro staff i farmacisti ospedalieri, fisioterapisti, paramedici e *social prescriber*. Dagli ultimi dati disponibili, a maggio 2020, quasi tutti gli studi medici in Inghilterra

si sono riuniti in circa 1.250 reti che coprono una popolazione di 30-50.000 assistiti (18).

Per quanto riguarda i luoghi di lavoro vi sono diverse possibilità: in alcuni casi si tratta di strutture private, la cui proprietà è dei medici di medicina generale associati; in altri, invece, i GP lavorano in presidi di proprietà dell'NHS, affittandone gli spazi con altri specialisti (30). L'integrazione sociosanitaria non è forte, considerata anche la separazione dei budget destinati. Solo in alcune aree (es. Devon, Nottingham), dopo una prima sperimentazione pilota per tentare una maggiore connessione tra i due ambiti, si è registrata la stabilizzazione di attività integrate.

STANDARD QUANTITATIVI

Secondo dati aggiornati ad aprile 2020, il numero totale di letti ospedalieri è 170,548, equivalente a 1 letto per 390 abitanti (31). Per quanto, invece, attiene al numero di assistiti per ogni singolo general practitioner, il range varia dai 1750 ai 3000 abitanti (32).

I dati mostrano come vi sia un sempre maggior decremento nel numero di GP rispetto alla popolazione generale: se nel 2009 erano in media 67 per 100.000 abitanti, nel 2018 erano 60²¹(32). Il più alto numero di GP per 100.000 abitanti si ha in Scozia - 76 -, il minore nel Nord Ovest di Londra - 54 -.

Questo tema è stato affrontato da un manifesto inglese di impegno governativo del 2019 (33), che prevedeva l'aumento del numero di GP a 6.000 unità entro il 2025.

Il numero degli infermieri calcolato per singoli GP varia da 0,20 a 1. È anche interessante sottolineare come per ogni 4 persone che lavorano in uno studio di medicina generale, solo 1 è un medico (34).

Circa il 97% della popolazione è registrato presso un GP.

USO IT/AI

La Gran Bretagna considera la sua assistenza primaria estremamente digitalizzata rispetto ad altre nazioni.

Inoltre, i dati raccolti dai GP, contenendo moltissime informazioni utili anche alla valutazione per ottenere gli incentivi del QOF, sono in

Tabella 2 - Spesa sanitaria totale pro capite (22,24-26)

	Office for National Statistics	Health at a Glance - OECD
2015	n/a	2.437
2018	3.757,85 (equivalente 3.227 sterline)	3.138
2019	n/a	3.154

ORGANIZZAZIONE

Gli standard organizzativi per l'assistenza primaria in Inghilterra sono definiti da diversi enti e strumenti:

- Il *Care Quality Commission* (CQC), ente regolatore indipendente di livello nazionale.
- Il *Quality Outcomes Framework* (QOF),

che elenca gli indicatori da seguire per l'erogazione delle cure primarie, che servono anche per avere il rimborso da parte del NHS. Il 20% degli introiti degli studi di medicina generale deriva dalla capacità degli stessi di corrispondere agli standard del QOF. All'interno del QOF vi sono poi i

²¹ Per lo stesso anno l'Eurostat registrava un numero complessivo di 74.6 GP per 100.000 abitanti; va però precisato che tale riferimento comprende, oltre ai GP, altre figure coinvolte nell'assistenza primaria ed è questo il motivo che spiega la discrepanza con il dato elaborato dal Nuffield Trust.

parte diffusi ed estraibili. In alcune zone della Gran Bretagna i GP hanno dato il consenso per riunire i dati in un unico deposito dati, integrato con dati derivanti dagli ospedali e dall'assistenza sociale.

Le applicazioni tecnologiche (4) che si sono sviluppate negli ultimi anni dovrebbero permettere una raccolta dati per l'elaborazione di algoritmi che migliorino la diagnostica e che diano suggerimenti organizzativi. I data storage delle compagnie private dovrebbero essere quindi adeguatamente regolati in quanto a servizio del bene comune.

Durante la pandemia è stato creato un sistema di triage telematico obbligatorio e si è incrementato l'uso delle tele-consultazioni (più che delle tele-visite), l'e-mailing, la messaggistica e le prenotazioni online; tutto questo si sta monitorando per capire come nei prossimi mesi la "forzatura" verso la digitalizzazione dovuta alla crisi del Covid-19 verrà assorbita dal sistema.

Uno degli strumenti maggiormente innovativi e usati dai GP è l'accuRx, un provider di software che rende più facile agli erogatori di servizi sanitari la comunicazione tra loro, fornisce strumenti per la videoconsulenza e consente l'invio di prescrizioni e risultati di esami. Recentemente si sono anche sviluppati dei progetti per connettere da remoto i GP con gli specialisti: uno degli esempi più rilevanti è il *Community Renal Service*, una strategia di interconnessione tra professionalità, attraverso la quale vengono condotti alcuni esami direttamente a livello locale per poi inviarne i risultati alle cliniche di riferimento, le quali sono provviste di un algoritmo che ne permette la gestione e agevola le procedure per visite che siano davvero utili.

La conseguenza, in termini normativi, è che i *policy makers* devono rivalutare le modalità con cui i servizi di cure primarie sono offerti e di come possano essere rimborsati "da remoto", cosa che potenzialmente potrebbe concedere ai medici più flessibilità.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. https://www.globalgeografia.com/europa/regno_unito.htm.
2. Thorlby R., International Health Care System Profiles: England, in The Commonwealth Fund, 2020, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/england>.
3. Sanderson M, Allen P, Osipovic D. The regulation of competition in the National Health Service (NHS): what difference has the Health and Social Care Act 2012 made? Health Economics, Policy and Law. Cambridge University Press; 2017;12(1):1-19.
4. Commissione Europea, State of Health in the EU - Gran Bretagna, 2019 -https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/state-of-health-in-the-eu_25227041.
5. National Assembly for Wales, Research paper: The organisation of the NHS in the UK: comparing structures in the four countries, 2015 <https://senedd.wales/research%20documents/15-020%20-%20the%20organisation%20of%20the%20nhs%20in%20the%20uk%20comparing%20structures%20in%20the%20four%20countries/15-020.pdf>.
6. Arat A, Burström B, Östberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2019.
7. Stanciu MA, Law RJ, Myres P, Parsonage R, Hiscock J, Williams N, et al. The development of the Primary Care Clusters Multidimensional Assessment (PCCMA): A mixed-methods study. Health Policy. 2020 Feb 1;124(2):152-63.
8. Commons Library Briefing, NHS Funding and Expenditure, 2019 <https://researchbriefings.files.parliament.uk/documents/SN00724/SN00724.pdf>.
9. Walley P, Williams SJ. Failure demand: An evaluation of concept in UK Primary Care.
10. Pettigrew LM, Kumpunen S, Rosen R, Posaner R, Mays N. Lessons for 'large-scale' general practice provider organisations in England from other inter-organisational healthcare collaborations. Vol. 123, Health Policy. Elsevier Ireland Ltd; 2019. p. 51-61.
11. Seyedjavadi M, Jafari M, Ravaghi H, Aryankhesal A. Study of ambulatory care supervision mechanisms in health systems: A comparative study. Med J Islam Repub Iran. 2020;34.
12. OECD Health Working Papers No. 50, Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries, 2010 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/5kmfxfq9qbnr-en.pdf?expires=1636629411&id=id&accname=guest&checksum=03C70F4E7411AA7AFBC848C86F8B8F9C>.
13. <https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/>.
14. <https://www.longtermplan.nhs.uk/>.
15. <https://www.kingsfund.org.uk/blog/2019/02/general-practice-contract>.
16. Parlamento Gallese, A Healthier Wales: our Plan for Health and Social Care, 2018 <https://gov.wales/healthier-wales-long-term-plan-health-and-social-care>.
17. Cooper A, Edwards M, Brandling J, Carson-Stevens A, Cooke M, Davies F, et al. Taxonomy of the form and function of primary care services in or alongside emergency departments: Concepts paper. Emergency Medicine Journal. 2019 Oct 1;36(10):625-30.
18. <https://www.kingsfund.org.uk/publications/primary-care-networks-explained>.
19. <https://www.healthcareers.nhs.uk/explore-roles/doctors/pay-doctors/pay-doctors>.
20. Sripa P., Hayhoe B., et al., Impact of GP gatekeeping on quality of care, and health outcomes, use, and expenditure: a systematic review, in British Journal of General Practice, 2019, DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X702209>.
21. Greer SL. Devolution and health in the UK: Policy and its lessons since 1998. Vol. 118, British Medical Bulletin. Oxford University Press; 2016. p. 16-24.
22. Office For National Statistics, Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2018, 28 April 2020 <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/bulletins/ukhealthaccounts/2018>.
23. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB editors. Building primary care in a changing Europe. Case studies. 2015.
24. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE - OECD), Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, 2016 https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf.
25. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE - OECD), Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, 2019 <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/4dd50c09-en.pdf?expires=1636630847&id=id&accname=guest&checksum=387E9812D3E-3181CA49E6773AB1250F7>.
26. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle. OECD; 2020. (Health at a Glance: Europe).

27. NHS, QOF Quality Improvement domain 2020/21 – Supporting people with learning disabilities, 2021 <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/02/20-21-qof-qi-supporting-people-with-learning-disabilites.pdf>.
28. Rosenberg-Wohl S, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Seven-day access to NHS primary care: how does England compare with Europe? Vol. 111, Journal of the Royal Society of Medicine. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 88–91.
29. Rosen R., et al, Is bigger better? Lessons for large-scale general practice, 2016 <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/large-scale-general-practice-summary-web-final.pdf>.
30. Huddleston L, Turner J, Eborall H, Hudson N, Davies M, Martin G. Application of normalisation process theory in understanding implementation processes in primary care settings in the UK: A systematic review. Vol. 21, BMC Family Practice. BioMed Central Ltd.; 2020.
31. <https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>.
32. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/is-the-number-of-gps-falling-across-the-uk#the-scale-of-the-problem>.
33. <https://www.conservatives.com/news/more-gp-appointments>.
34. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/news-item/what-does-the-gp-workforce-look-like-now>.

SPAGNA

Scheda sintetica - Spagna

Organizzazione Sistema Sanitario	Il governo nazionale è responsabile per alcune aree strategiche di coordinamento e per il monitoraggio delle performance sanitarie, mentre il resto delle funzioni in ambito di salute sono devolute dal 2002 alle 17 comunità autonome.
Governance e gestione economico-finanziaria	Sistema sanitario di tipo universalistico (Il pacchetto di servizi gratuito del SNS in ambito di assistenza sanitaria prevede tutte le tipologie di prevenzione, diagnosi, trattamento e servizi riabilitativi come anche il trasporto per emergenze mediche). Fondi mutualistici per i dipendenti pubblici, le forze armate e l'apparato giudiziario. Mutualità per infortuni e patologie sul lavoro.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Limitata a farmaci e dispositivi medici ortopedici. Esenzioni per determinate categorie.
Sistema di cure primarie	Le cure primarie sono essenzialmente garantite dal lavoro di pubblici dipendenti, sia medici di medicina generale che infermieri.
Soggetti	Medico di Medicina Generale; Infermiere specializzato in medicina generale; Personale di supporto; Pediatra; Fisioterapista; Terapisti occupazionali; Oculista; Psicologo; Infermieri specializzati in nutrizione; Farmacista (pochi); Dentista; Levatrice; Assistenti sociali.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Dipendenti pubblici. Base salariale minima + negoziazione con i sindacati regionali + bonus/incentivi/livelli di responsabilità.
Formazione dei MMG	Corso di specializzazione per Medicina Generale.
Rapporto di lavoro degli infermieri	Dipendenti.
Formazione degli infermieri	Possono accedere allo stesso corso dei medici di medicina generale o accedere a concorsi dedicati dimostrando un minimo di anni di esperienza.
Funzioni/servizi	Servizi di assistenza per acuzie e per patologie croniche, a specifiche attività di prevenzione e promozione della salute rivolte a determinati target, come ad esempio bambini, donne e anziani.
Budget per l'assistenza sanitaria	La spesa pubblica è la fonte primaria di finanziamento per la salute. Non è prevista alcuna tassazione fissa per il finanziamento specifico dell'assistenza sanitaria, supportata, in modo proporzionale, da quanto raccolto a livello di imposte generali.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 2.451 euro di cui il 13,7 % (equivalente a euro 335,7) è dedicato all'assistenza primaria.
Organizzazione	Tre modelli: • "team base": medico di medicina generale, infermiere, personale di supporto; • gestione integrata tra servizi a più livelli, con un singolo referente che segue la continuità assistenziale; • esternalizzazione dei servizi di cure primarie a consorzi pubblici o a partnership con realtà profit.
Integrazione tra cure primarie e secondarie	L'integrazione tra livelli di assistenza è sistemica.
Standard quantitativi	Posti letto 2.95 per 1.000 abitanti. Medici di medicina generale 8 per 10.000 abitanti. Infermieri 7 per 10.000 abitanti.
Uso AI/IT	Non esiste una legislazione nazionale omogenea, ma compete alle singole comunità autonome. Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata.

Scheda completa - Spagna

INFORMAZIONI GENERALI (1)

Forma di governo	Monarchia parlamentare
Superficie	505.983 Km ²
Popolazione	47.352.000 ab. (2020)
Densità	94 ab/Km ²
Regioni	17 regioni autonome (<i>Comunidad</i>)
Indice di sviluppo umano	0,904
Speranza di vita	M 81 anni, F 86 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

La storia del diritto sanitario spagnolo è simile a quella italiana, sebbene con un importante scarto temporale dovuto al perdurare del regime franchista ben oltre il secondo dopoguerra. Il primo sistema di assistenza in Spagna risale al 1942 e si ispirava al modello *bismarkiano* articolato intorno al Seguro *Obligatorio de Enfermedad* (SOE). Il diritto alle cure era garantito ai soli assicurati, ai quali la legge si riferiva come a “productores económicamente débiles”, e ai familiari a loro carico. Nel 1974 furono modificate le condizioni di accesso per cui si richiedeva che si fosse iscritto (o congedato o in uno stato ad esso assimilabile) al regime generale di sicurezza sociale, ovvero pensionato o beneficiario di altre prestazioni periodiche o infine familiare economicamente dipendente da uno dei suddetti per avere diritto all'assistenza sanitaria (2). Il passaggio da un regime di assicurazione a un sistema sanitario nazionale è avvenuto a seguito dell'introduzione della Costituzione del 1978 (3).

Il principio di universalità si è imposto davvero solo a partire dal 1° gennaio 2012 con l'entrata in vigore della Ley General de Salud Pública (LGSP).

La legge prevedeva l'estensione dell'assistenza sanitaria pubblica a *todos los españoles residentes en territorio nacional, a los que no pudiera serles reconocido en aplicación de otras normas del ordenamiento jurídicos* (4).

L'estensione è stata dunque effettiva per tutti coloro che avevano acquisito diritto alla prestazione o al sussidio di disoccupazione alla data dell'entrata in vigore della legge; mentre per gli altri, come i professionisti o le persone prive di assicurazione, occorre attendere i decreti di attuazione (5).

Con andamento simile a quello osservato in Italia e in Francia, il perseguimento dei principi fondamentali del sistema sanitario pubblico è stato accompagnato da una politica di decentralizzazione della prestazione dei servizi sanitari e di conseguenza il trasferimento delle competenze in materia di salute alle comunità autonome.

Nel dettaglio, il diritto alla salute in Spagna trova legittimità costituzionale tramite gli articoli 43 e 49 Costituzione spagnola riconoscendo il diritto alla tutela della salute. Nel rispetto del dettato costituzionale e del principio di universalità, il sistema è stato riformato dalla Ley General de Sanidad (LGS) nel 1986, attraverso

la sostituzione del sistema contributivo con il finanziamento proveniente dalla fiscalità generale. Nasce così il *Sistema Nacional de Salud* (SNS) (3).

È importante ricordare ai fini di questa trattazione la problematica derivante dal c.d. Fiscal Compact, che nel 2012 ha portato alla modifica di diverse Costituzioni europee, tra cui quella spagnola, per introdurre un freno costituzionale all'indebitamento.

In Spagna, come in Italia, il fiscal compact è stato direttamente costituzionalizzato con la revisione dell'art. 135 Cost., poi attuato dalle leggi Organiche n. 2/2012 e n.4/2012. Queste ultime hanno stabilito tetti di spesa e limiti all'indebitamento delle Amministrazioni Pubbliche, delle Comunità Autonome e degli altri enti locali, con la conseguenza di abbassare drasticamente la spesa sanitaria e, con essa, il livello delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale, una delle principali competenze del sistema spagnolo delle autonomie (6).

Riguardo all'interpretazione di queste clausole costituzionali, che rendono il diritto alla salute, come tutti i diritti la cui protezione produce dei costi pubblici, condizionato e bilanciabile anche sotto il profilo della sua finanziabilità, risulta ovviamente decisivo l'atteggiamento dei tribunali costituzionali, che hanno mantenuto (in Spagna come in Italia) una posizione piuttosto rigida nel periodo più acuto della crisi economica e dei debiti sovrani.

Il servizio sanitario nazionale spagnolo è caratterizzato da 3 sottosistemi (7):

- il *Sistema Nacional de Salud* (SNS);
- i fondi mutualistici per i dipendenti pubblici, le forze armate e l'apparato giudiziario (MUFACE - *Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado*, MUGEJU - *Mutualidad General Judicial*, e ISFAS - *Instituto Social De Las Fuerzas Armadas*);
- le mutualità che si focalizzano sull'assistenza per incidenti e patologie legate al lavoro.

Il governo nazionale è responsabile per alcune aree strategiche del coordinamento e del monitoraggio delle performance sanitarie, mentre il resto delle funzioni in ambito di salute sono devolute dal 2002 alle 17 comunità autonome (7). Le responsabilità politiche, normative, di pianificazione e organizzative per i sistemi sanitari regionali spettano ai ministeri regionali della salute (*Consejería de Salud*) (7,8).

La spesa pubblica è la fonte primaria di finanziamento per la salute. Come in Italia, non è prevista alcuna tassazione fissa per il finanziamento specifico dell'assistenza sanitaria, supportata, in modo proporzionale, da quanto raccolto a livello di imposte generali (reddito, IVA e imposte specifiche su elettricità, benzina, etc.).

Ogni cinque anni circa il Governo centrale delinea la proporzione di tasse che devono essere devolute al welfare, nelle attività del sociale, dell'educazione e della salute. La legge finanziaria nazionale permette poi alle autonomie locali di allocare più risorse per i servizi di *welfare* aumentando le entrate, con una cessione parziale della gestione delle imposte (ad es. possono essere tassate le proprietà immobiliari).

Il pacchetto di servizi gratuito del SNS in ambito di assistenza sanitaria prevede tutte le tipologie di prevenzione, diagnosi, trattamento e servizi riabilitativi come anche il trasporto per emergenze mediche. Di fatto, quindi, comprende una serie di attività che sono previste sia a livello di *primary care* (come la cura delle cronicità, la promozione della salute, le cure della salute mentale – ai suoi primi sintomi –, la salute della madre e del bambino, le cure palliative, etc.) sia di assistenza di secondo livello. Esistono, poi, pacchetti di servizi supplementari come le prescrizioni farmaceutiche e i dispositivi medici ortopedici che prevedono una co-partecipazione al costo da parte degli utenti, proporzionale al reddito, con tetti massimi prestabiliti e con la possibilità di ottenere esenzioni legate a fattori socio-economici (es. disoccupazione di lungo periodo, disabilità, malattie gravi). Tutti gli altri servizi accessori rientrano in un non meglio specificato “pacchetto” che ancora non è stato regolamentato. Eventuali regimi di assicurazione volontaria consentono l'accesso a servizi per i quali ci sono lunghi tempi di attesa nel sistema pubblico o che non sono inclusi nel pacchetto di prestazioni, come le cure odontoiatriche per adulti.

Figura 1. Organigramma del sistema sanitario nazionale spagnolo.

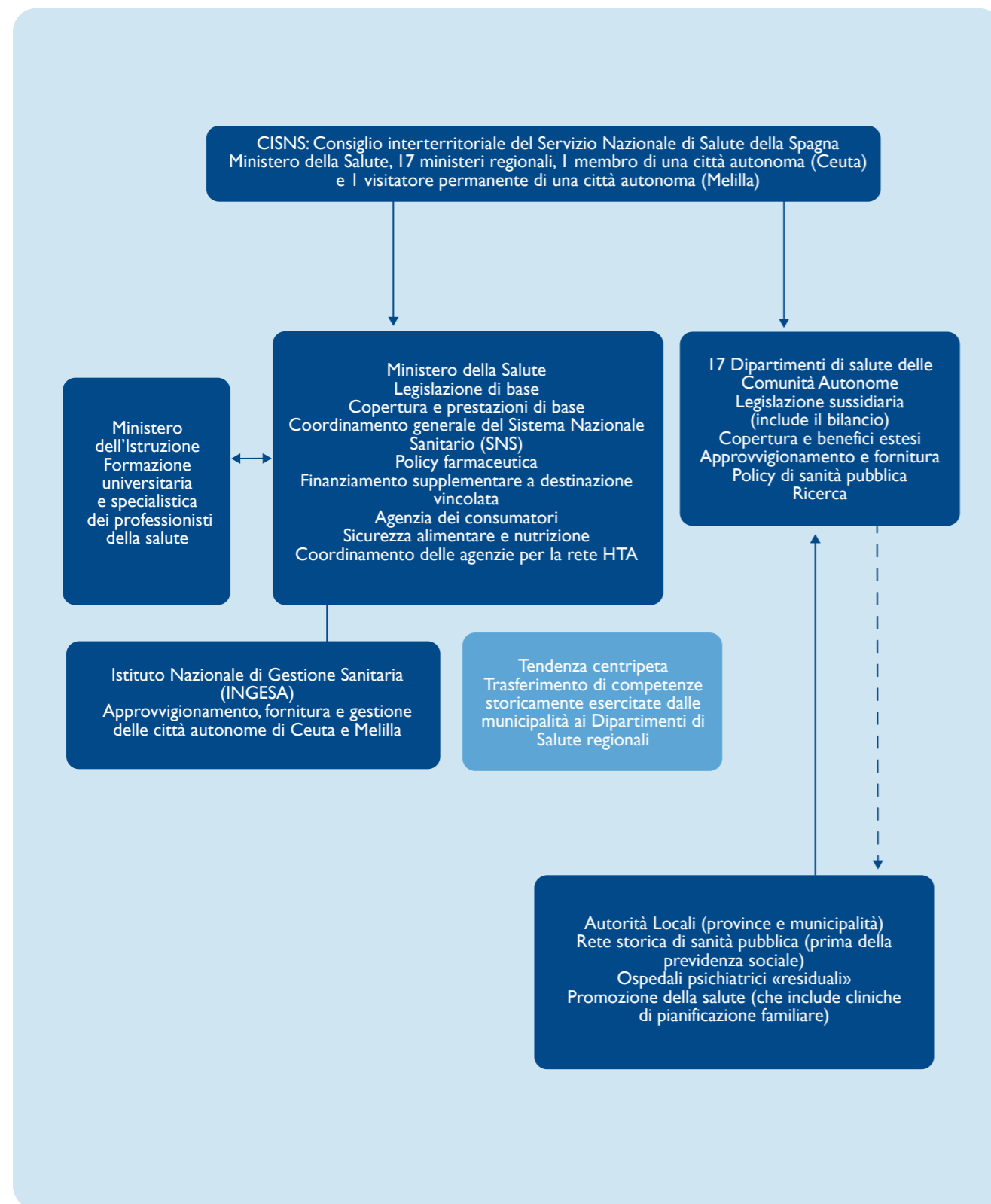


Tabella 1. La compartecipazione economica dell'utente nell'offerta sanitaria per i medicinali da prescrizione Ambulatoriale.

Spesa out-of-pocket nell'assistenza primaria			
Area di servizio	Tipo di tariffa per l'utente	Esenzioni	Limite massimo
Medicinali da prescrizione ambulatoriale	<p>La maggior parte dei farmaci per condizioni croniche: co-pagamento percentuale del 10% del prezzo al dettaglio fino a un importo massimo di € 4,24 per articolo di prescrizione (aggiornato annualmente in linea con l'inflazione)</p> <p>Tutti gli altri farmaci: Pensionati con un reddito annuo < 100.000 €: 10%. Pensionati con un reddito annuo > 100.000 €: 60% Persone coperte da Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS): 30%. Tutti gli altri con un reddito annuo < €18 000: 40% Tutti gli altri con un reddito annuo di 18.000-100.000 euro: 50%. Tutti gli altri con un reddito annuo > €100 000: 60%</p> <p>I farmaci forniti negli ambulatori ospedalieri per una serie di malattie gravi che richiedono una diagnosi ospedaliera o un follow-up intensivo (fibrosi cistica, sclerosi multipla, epatite C, HIV, chemioterapia orale, artrite reumatoide, ecc) sono esenti dal co-pagamento</p>	<p>-Persone che ricevono pensioni non contributive o reddito di integrazione sociale (<i>rentas de inserción social</i>);</p> <p>-Disoccupati che hanno esaurito le loro indennità di disoccupazione;</p> <p>-Persone che necessitano di cure a causa di malattie o infortuni professionali;</p> <p>-Persone con sindrome da shock tossico Un numero molto ridotto di persone con disabilità;</p> <p>-Dal 2020: persone che ricevono il reddito minimo garantito;</p> <p>-Dal 2021: i minori con un grado di invalidità riconosciuto pari o superiore al 33%;</p> <p>-Dal 2021: le persone che ricevono prestazioni per un figlio a carico o un minore in regime di affidamento familiare permanente;</p> <p>-Dal 2021: pensionati con redditi < 5.635 euro o 11.200 euro se non sono obbligati a pagare l'imposta sul reddito delle persone fisiche</p>	<p>Pensionati, esclusi i pensionati coperti da Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), Mutualidad General Judicial (MUGEJU) e Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS):</p> <p>- reddito annuo < 18 000€: 8,23€ al mese - reddito annuo 18 000-100 000€: 18,52€ al mese - reddito annuo > 100 000€: 61,75€ al mese</p>

Fonte ed elaborazione: Bernal-Delgado Enrique, Senior Health Services and Policy Researcher, Data Science for Health Services and Policy Research Group, Institute for Health Sciences. IACS. Nostra traduzione.

Note: Nostra rielaborazione e traduzione da Bernal-Delgado E., García-Armesto S., Oliva J., et al., Spain Health System Review, in Health Systems in Transition, vol. 20 n. 2, 2018 (partnership con OCSE – OECD, SESPAS, IACS) (9)

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SISTEMA SANITARIO

Tabella 2. Suddivisione delle competenze nei diversi ambiti sanitari tra governo centrale e comunità autonome.

	Legislazione	Pianificazione	Accreditamento delle licenze	Determinazione dei prezzi e delle tariffe	Garanzia di qualità	Finanziamento degli acquisti
Servizi di salute pubblica	CA (*)	CA	CA	CA	CA	CA
Assistenza sanitaria primaria (e cure odontoiatriche)	CA (*)	CA	CA	CA	CA	CA
Ospedali e centri ambulatoriali specializzati	CA (*)	CA	CA	CA	CA	CA
Farmaci (ambulatoriali)	CA (*)	CA + GC	GC	GC	CA (*)	CA (*)
Cure a lungo termine	CA (*)	CA	CA	CA	CA	CA
Formazione universitaria del personale	GC	CA + GC	GC	CA (*)	CA	CA

CA: Competenza delle Comunità Autonome; CA (*): il ruolo delle CA è mediato e inquadrato da un regolamento quadro nazionale comune a tutte le comunità; GC: Competenza del Governo Centrale.

Note: Nostra rielaborazione e traduzione da Bernal-Delgado E., García-Armesto S., Oliva J., et al., Spain Health System Review, in Health Systems in Transition, vol. 20 n. 2, 2018 (partnership con OCSE – OECD, SESPAS, IACS. (9).

Il modello di organizzazione è centralizzato (il controllo è svolto dallo Stato centrale, la gestione dei servizi da parte delle autorità decentrate. Il Governo, pertanto, fornisce, regola e finanzia i servizi sanitari) (10). Le raccomandazioni e le linee guida sono definite a livello nazionale in accordo con il *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS), che ha un ruolo più tecnico-operativo, le strategie locali sono assunte con forte autonomia regionale. Ad esempio, per quanto riguarda la definizione dei metodi di pagamento per gli ospedali, molto si basa su valutazioni retrospettive a livello regionale mentre a livello nazionale esi-

stono solo linee guida che hanno lo scopo di rendere omogenei gli approcci territoriali. Allo stesso modo, la costruzione di nuovi ospedali e l'approvvigionamento di strumentazione di alto livello sono appannaggio delle autonomie locali anche se, per quest'ultima voce di spesa, possono essere stilati programmi nazionali (solitamente biennali) che facilitino l'implementazione e la sostituzione di macchinari, programmi che si basano su fondi Europei. Il servizio sanitario regionale (*Servicio Regional de Salud*), nella gestione finanziaria, opera come fornitore di servizi, di solito attraverso due organizzazioni, una per l'assistenza primaria e

una per le cure secondarie (ambulatori e ospedali), sebbene strutture integrate che forniscono entrambi i tipi di assistenza siano in fase di sperimentazione nelle regioni. Il servizio sanitario regionale può acquistare servizi anche da terzi, appaltando a fornitori non pubblici (7).

IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

Nel 2019 il *Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social*, in accordo con il *Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud* (CISNS – formato dai ministri della salute regionali), ha adottato un piano strategico innovativo per l'assistenza primaria e di comunità che prevede obiettivi specifici, ciascuno dei quali è accompagnato da azioni da monitorare nel tempo (7,12). Tra queste è incluso il rafforzamento del ruolo di *governance* del Consiglio in ambito di assistenza primaria, il consolidamento di una nuova *policy* rispetto alle risorse umane e finanziarie, il miglioramento della qualità e del coordinamento dell'assistenza, il consolidamento dell'orientamento della *primary care* verso la comunità e l'implementazione delle tecnologie di comunicazione e circolazione dati.

FOCUS

In Catalogna il Servizio Sanitario Regionale (*CatSalud*) è l'acquirente dei servizi attraverso la Rete Ospedaliera Catalana di Utilizzo Pubblico (XHUP). Tale Rete comprende operatori sia pubblici sia privati, che costituiscono enti a base associativa (*Entitats de Base Associativa - EBAs*), ossia gruppi di professionisti delle cure primarie costituiti come imprese con personalità giuridica propria, che, sulla base di contratti stipulati con i servizi sanitari regionali, gestiscono servizi sanitari di base, diventando, in pratica, il *Primary Care Team* di riferimento (7,11).

Sul territorio sono presenti due tipologie di strutture di assistenza: ambulatori di assistenza primaria (PCC), che sono centri in cui opera l'equipe di assistenza primaria (MMG, IFeC e personale ausiliario) e uffici sanitari locali (LHO), collegati funzionalmente agli ambulatori nelle aree isolate. Gli ambulatori rurali sono aperti 24 ore al giorno; quelli urbani osservano un orario variabile (generalmente 8-20) (13,14). Un ultimo aspetto riguarda l'igiene pubblica che è, invece, appannaggio delle municipalità attraverso agenzie di salute locali.

SOGGETTI

Le cure primarie sono essenzialmente garantite dal lavoro di pubblici dipendenti, sia medici di medicina generale sia infermieri (7,8). Il team di base è formato da medico di famiglia, infermiere specializzato e personale a supporto. Vi si può poi aggiungere il pediatra e in altri casi anche altri professionisti: il tutto dipende molto da regione a regione e da area ad area. Per quanto riguarda le altre professioni e specializzazioni coinvolte nel *primary care*, vi sono pochi farmacisti, alcuni odontoiatri, ostetriche, fisioterapisti e terapisti occupazionali (non in gran numero), oculisti, psicologi, infermieri con una specializzazione in nutrizione, assistenti sociali.

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

Dal punto di vista contrattuale, tutti i professionisti della salute che lavorano all'interno del SNS sono dipendenti pubblici (8). Esiste una legislazione nazionale che, a livello di linee guida, rende omogenei i criteri che definiscono le diverse professionalità operanti nel SNS e determinate caratteristiche del rapporto di lavoro, come il fatto che possano stipularsi contratti che si basano su differenze nell'orario di servizio (es. full e part time). Data la normativa nazionale di massima, che prevede una base salariale minima, a livello regionale, una parte dello stipendio è negoziata con i sindacati, mentre ve n'è un'altra variabile che dipende da incentivi, bonus e livelli di responsabilità. Per quanto riguarda la figura dei medici di medicina generale, il compenso include una quota capitaria, equivalente al 10/15% del tota-

le, che considera fattori demografici inerenti alla popolazione cui afferiscono (tipologia della popolazione, densità e percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni).

Rispetto alla contrattazione, di norma i sindacati del *primary care* siglano un contratto annuale programmatico con il servizio sanitario regionale, basato sia sulle quote capitarie che sulle specifiche priorità del dipartimento di salute locale. La contrattazione, poi, investe a cascata tutti i livelli sottostanti, delineandosi in accordi legati ai singoli team di cure primarie. Per quanto riguarda la formazione dei *general practitioner*, dalla fine degli anni '70 esiste un corso di specializzazione per medicina generale offerto dal Ministero dell'Educazione, ma gestito dal Ministero della Salute.

Anche per gli infermieri esiste una specializzazione in medicina generale medicina di famiglia e possono partecipare allo stesso corso dei medici. Gli infermieri, che vantano un lungo excursus lavorativo con molta esperienza, possono essere inseriti nell'organico dei team di *primary care* direttamente attraverso bandi e concorsi.

FUNZIONI/SERVIZI

L'assistenza primaria è essenziale per il sistema sanitario nazionale spagnolo. I medici di medicina generale e gli infermieri forniscono a tutta la popolazione servizi di assistenza per acuzie e per patologie croniche, oltre a specifiche attività di prevenzione e promozione della salute rivolte a determinati target, come ad esempio bambini, donne e anziani (7).

I medici di medicina generale vengono considerati veri e propri filtri e giocano un fondamentale ruolo nella continuità assistenziale tra il livello primario e secondario di cura, essendo professionisti di altissimo livello ed estremamente preparati.

Ad affiancare i medici risulta fondamentale la figura degli infermieri che, dal 2018, possono anche prescrivere medicinali e le vaccinazioni incluse nel calendario di profilassi nazionale (7). Le persone vengono assegnate a un medico di medicina generale che lavora in un *primary care center*; ogni centro è a sua volta connesso con una serie di ospedali nell'area geografica d'afferenza. L'integrazione tra livelli di assistenza è sistemica e molto apprezzata dalla cittadinanza che considera il *gatekeeping* un servizio di qualità ineludibile.

BUDGET

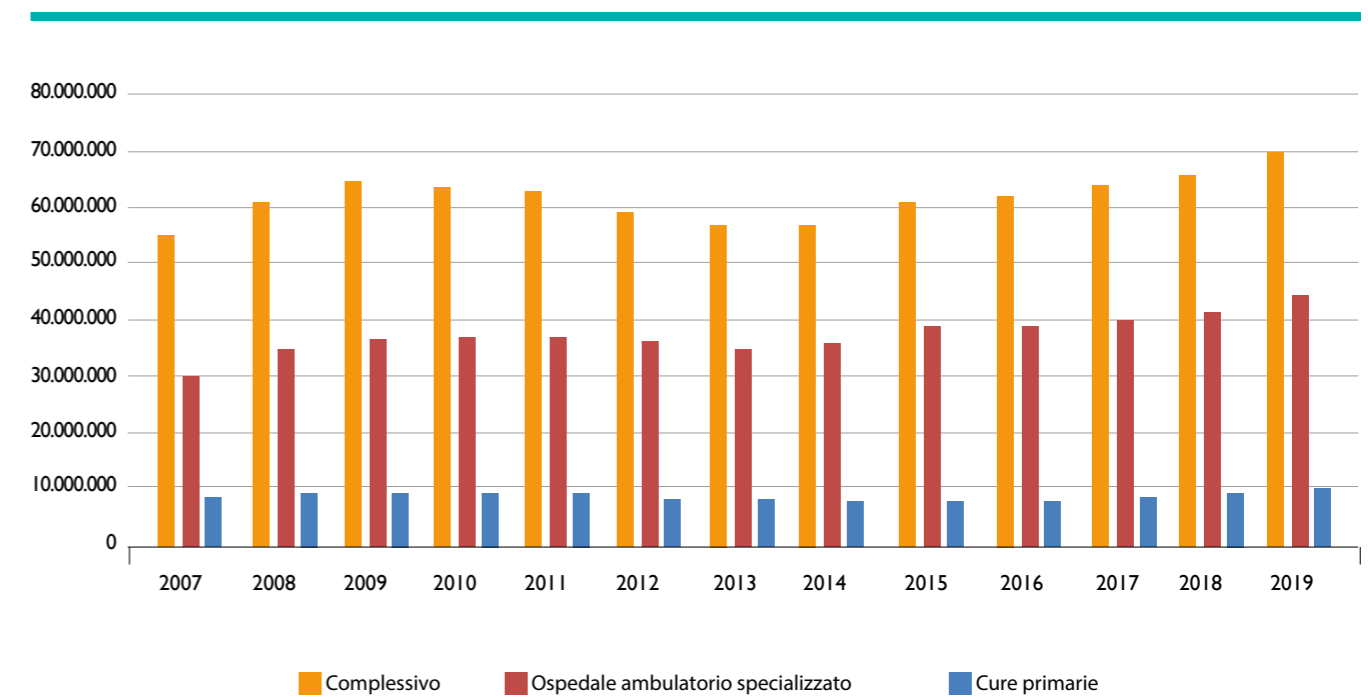
A livello di governo centrale, il 30 dicembre di ogni anno, viene deciso il budget totale proveniente da fondi pubblici da allocare in salute. A livello regionale, le autonomie hanno la funzione di definire come suddividere il budget nei diversi settori di pertinenza di assistenza sanitaria. Tutto questo è fonte di accordi tra le Regioni e il Ministero delle Finanze, principalmente in base a criteri di densità di popolazione o per specificità tipiche geografiche (come per le isole).

Come in altri Paesi, a seguito della crisi del 2008, dal 2009 al 2015 la spesa pubblica per la salute è diminuita del 5,3% (68,870 milioni di euro nel 2009, 65,199 nel 2015). Rispetto alla *primary care* la spesa pubblica tra il 2002 e il 2014 è diminuita dal 38% al 31% del totale. Il periodo di maggiore contrazione dei finanziamenti ha impattato in modo diverso sull'allocatione dei fondi per ospedali/assistenza secondaria e per la *primary care*: infatti, l'ammontare di spesa per i primi è aumentata del 4,3% (39,251 milioni di euro nel 2009, 40,942 nel 2015), mentre il finanziamento per l'assistenza primaria è diminuito del 13,3% (da 10,775 milioni di euro nel 2009, a 9,336 nel 2015) (15,16).

Nella Figura 2 è rappresentato l'andamento della spesa pubblica nell'ambito delle comunità autonome, con un confronto sui finanziamenti per la *primary care* e le cure ospedaliere/outpatient. Come si evince, la curva tende anche in questo caso a contrarsi negli anni immediatamente successivi alla crisi economica per poi risollevarsi soltanto dal 2017 in poi. Se, infatti, nel 2009 si registrava un totale di investimenti pari a 64,500 milioni di euro (*primary care* 9,317 milioni circa; ospedali e *outpatient* 36,846 milioni circa), nel 2013 si aveva il finanziamento più basso (56,759 milioni circa), mentre nel 2019 si è calcolato un budget complessivo di 69,743 milioni di euro (*primary care* 9,873 milioni circa; ospedali e *outpatient* 44 milioni circa) (17).

Negli anni successivi, si è invece potuto constatare un aumento della spesa pubblica totale in ambito sanitario, così come espresso nella Tabella 3. Secondo gli ultimi dati disponibili, nel 2019 la spesa sanitaria totale pro capite si è attestata sui 2,451 euro, di cui il 13,7% (equivalente a euro 335,7) è dedicato all'assistenza primaria (15,16,18).

Figura 2. L'andamento della spesa pubblica totale, per l'assistenza primaria e per l'assistenza ospedaliera a carico delle comunità autonome.



Note: Nostra elaborazione da Ministerio De Sanidad, *Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público, 2019*

Tabella 3 - Spesa sanitaria totale pro capite

	Indicadores clave Sistema Nacional De Salud	Health at a Glance - OECD
2015	2,147 euro	2,366 euro ²²
2019	2,451 euro	2,451 euro

ORGANIZZAZIONE

Per quanto attiene l'organizzazione dei servizi di *primary care*, esistono due tipologie di presidi:

- i centri di *primary care*, dove svolgono il proprio lavoro in team i medici di famiglia, gli infermieri il personale di supporto;
- gli uffici locali di salute, collegati ai primi ma operanti in aree più isolate, con professionisti che offrono servizi di base.

Rispetto alla collaborazione con professionisti che operano nell'assistenza di secondo livello si tratta di casi molto rari perché, di fatto, questi ultimi, sono legati gerarchicamente agli ospedali. Tuttavia, vi sono alcuni esempi di multidisciplinarietà primaria specializzata, come ad es. la neuropsichiatria infantile.

Il team di *primary health care* rappresenta la base del SNS; il team deve essere composto almeno da medici, infermieri e personale di supporto, ma, a seconda dei casi e della programmazione sanitaria locale, può essere implementato da altre figure più specialistiche come pediatri e infermieri pediatrici, fisioterapisti, odontoiatri, psicologi e assistenti sociali. Questo assetto, originario degli anni '90 è il più frequente e omogeneo a livello nazionale. Tuttavia, oggi, si può dire che coesistono tre modelli:

- il primo corrisponde al "team base" appena raffigurato: nella stessa area territoriale, i servizi di *primary care* sono gerarchicamente dipendenti dai ministeri della salute regionale, ma diretti separatamente rispetto all'assistenza specializzata;
- il secondo prevede una gestione integrata tra servizi a più livelli, con un singolo referente che segue la continuità assistenziale;
- il terzo prevede l'esternalizzazione dei servizi di *primary care* a consorzi pubblici o a partnership con realtà profit (es. le Entidades de Base Asociativa della Catalonia).

Negli ultimi anni molte comunità autonome hanno adottato riforme strutturali e organizzative proprio al fine di rafforzare l'assistenza integrata.

Alcuni esempi: i Paesi Baschi hanno creato nuove istituzioni amministrative, che si basano sulla collaborazione tra ospedali e centri di assistenza primaria; in Andalusia esistono 14 aree di "controllo" che gestiscono l'assistenza

sanitaria tra servizi ospedalieri e primari. Solitamente le sedi delle cure primarie sono di proprietà pubblica (nazionale, regionale o municipale). In alcune realtà (ad es. Valencia e Galizia), enti profit, in partnership con le regioni, concedono l'uso di strutture private per erogare, in regime pubblico, parte dei servizi sanitari. Con la pandemia, una problematica già presente, ovvero la mancanza di coordinamento e di condivisione di informazioni tra assistenza sanitaria e sociale, si è fatta più evidente. Questa assenza di dialogo non è nemmeno rafforzata dalla presenza di assistenti sociali in alcuni team di cure primarie, rappresentando un link molto debole con l'area socioassistenziale. Inoltre, a creare ancora più distanza tra le due realtà, è il fatto che nel sociale il settore privato è preponderante e, quindi, vi vigono più regole di mercato e di competitività che non riescono a conciliarsi con l'ottica maggiormente universalistica del sistema sanitario.

STANDARD QUANTITATIVI

Dai dati resi disponibili dal Ministero della Salute spagnolo sul sito *Indicadores Claves Sistema Nacional de Salud* (19) aggiornati al 2019, risulta che:

- i medici di medicina generale sono circa 8 per 10.000 abitanti, con un range che varia dai 6 agli 11 a seconda della regione;
- gli infermieri sono 7 su 10.000, con un range tra i 5 e i 10;
- per quanto invece attiene ai posti letto, ve ne sono 3 su 1.000 abitanti, con una variabilità dal 1,9 al 3,6.

Un altro dato interessante riguarda il numero di visite di *primary care* nell'arco di un anno: sempre per il 2019, la media è di 5,06 visite per persona, con un range che varia da 3,8 a 6,8.

USO IT/AI

In Spagna sono le singole comunità autonome ad essere responsabili dei servizi di telemedicina, non esistendo una legislazione nazionale omogenea (19), pur sviluppandosi a livello normativo sin dagli anni 2000.

Al fine di abbattere le barriere geografiche per l'accesso ad alcuni servizi specialistici e per migliorare la continuità di cura, alcune regioni autonome hanno promosso l'implementazio-

ne dell'uso della telemedicina, soprattutto per assistiti con patologie croniche (7).

Per quanto invece riguarda la condivisione di dati, le cartelle cliniche tenute dai medici di medicina generale sono in parte condivise con altri livelli di presa in carico ed erogatori di servizi.

Ogni assistito ha, infatti, una cartella elettronica all'interno della quale i medici di famiglia possono lavorare quando trattano il paziente. Per finalità cliniche un dottore può anche vedere i risultati di laboratorio, le decisioni e le diagnosi degli specialisti dell'assistenza di secondo livello, nonché fare teleconsulti per analizzare i referti e gli esami svolti ad altri livelli di assistenza.

Inoltre, i cittadini sono anche forniti di una tessera sanitaria valida per tutta la Nazione che

permette di accedere ai servizi del pacchetto base e all'interno della quale sono inseriti alcuni dati, come ad esempio il trattamento terapeutico che si sta seguendo, che diventa così reperibile in ogni farmacia del territorio. Esistono poi programmi specifici di digitalizzazione, come la cartella clinica elettronica delle persone affette da diabete, nella quale sono racchiuse tutte le informazioni utili per garantire la continuità delle cure.

Un problema che ancora sussiste è il fatto che non sempre si riesce a estrapolare dall'uso dei dispositivi e della digitalizzazione la loro maggiore potenzialità; i dati, infatti, si raccolgono ancora in modo imperfetto e sicuramente non sono ancora pronti per un vero utilizzo gestionale a livello di *policy*.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. <https://www.globalgeografia.com/europa/spagna.htm>.
2. Perpiñán JMA, Artero CC. Economía de la salud.
3. Macchia P. Bismarck e Beveridge in Italia: rottura o eredità di una "patologia" irreversibile? Le situazioni di emergenza tra principio di uguaglianza e "frontiere interne". 2021.
4. Ramón Fernández F. El derecho a la vida ya la protección de la salud en las medidas adoptadas en España como consecuencia de la covid-19: Una reflexión sobre su oportunidad. Estudios constitucionales. Universidad de Talca. Centro de Estudios Constitucionales; 2020;18(2):51-86. .
5. Castaño Verdejo E. Procesos de selección del profesorado de primera enseñanza en el distrito universitario de Valladolid (1931-1939). 2021.
6. Fuschi D. I vincoli di bilancio in alcuni ordinamenti degli Stati europei e negli Stati Uniti. Dans: Costituzione Economica e Democrazia Pluralista. Milano; 2017. p. 83-93.
7. Commissione Europea, State of Health in the EU, 2019 – Spagna, https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/state-of-health-in-the-eu_25227041.
8. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB editors. Building primary care in a changing Europe. Case studies. 2015.
9. Bernal-Delgado E., García-Armesto S., Oliva j., et al., Spain health system review, in Health systems in transition, vol. 20 n. 2, 2018 (partnership con OCSE – OECD, SESPAS, IACS).
10. Arat A, Burström B, Östberg V, Hjern A. Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia - A systematic review. Vol. 19, BMC Public Health. BioMed Central Ltd.; 2019.

²² Questo dato, secondo quanto riportato nel documento Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, è rappresentativo di una stima compiuta dall'OECD, ed è quindi plausibile la sottile differenza con il dato reperibile dal sito degli Indicatori Chiave del Ministero della Salute spagnolo

11. Euregha: European Regional and Local Health authorities, Primary Care A SHOWCASE OF BEST PRACTICES FROM EUREGHA'S MEMBERS, 2018 <http://www.euregha.net/wordpress/wp-content/uploads/2018/12/2018-Primary-care-final-pdf.pdf>.
12. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, in accordo con il Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, Marco Estratégico Primaria y Comunitaria, 10 aprile 2019.
13. Rosenberg-Wohl S, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Seven-day access to NHS primary care: how does England compare with Europe? Vol. 111, Journal of the Royal Society of Medicine. SAGE Publications Ltd; 2018. p. 88–91.
14. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Ingles.pdf.
15. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE - OECD), Health at a Glance: Europe 2016 STATE OF HEALTH IN THE EU CYCLE, 2016 https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/health_glance_2016_rep_en.pdf.
16. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle. OECD; 2020. (Health at a Glance: Europe).
17. Ministerio De Sanidad, Cuentas satélite del gasto sanitario público, 2019.
18. <http://inclasns.msssi.es/main.html?permalink=65de968e7f78ea2cfb62bd53dd2b1be1>.
19. Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE – OECD), Bringing health care to the patient: An overview of the use of telemedicine in OECD countries, OECD Health Working Papers No. 116, 2020 https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/bringing-health-care-to-the-patient_8e56ede7-en.

ITALIA

Scheda sintetica - Italia

Organizzazione Sistema Sanitario	Iniziativa legislativa e regolatoria centralizzata. Regolamentazione e gestione regionalizzata.
Governance e gestione economico-finanziaria	Sistema universalistico.
Compartecipazione dell'utente alla spesa sanitaria	Compartecipazione sulla prescrizione di farmaci e prestazioni sanitarie. Esenzioni per alcune categorie sulla base del reddito e/o età e/o patologia.
Sistema di cure primarie	Il sistema si basa sulla libera scelta del paziente del Medico di Medicina Generale.
Soggetti	Medico di Medicina Generale; Pediatra; Infermiere; Medici specialisti; Altri operatori sanitari.
Rapporto di lavoro dei medici di medicina generale	Libero professionista convenzionato con il SSN. Retribuzione costituita da una quota fissa su base capitaria e una quota variabile basata sull'erogazione di prestazioni aggiuntive e raggiungimento di obiettivi aziendali.
Formazione dei MMG	Laurea in Medicina (6 anni). Corso di formazione in medicina generale (3 anni).
Rapporto di lavoro degli infermieri	Liberi professionisti o dipendenti del SSN.
Formazione degli infermieri	Laurea in Infermieristica (3 anni).
Funzioni/servizi	Promozione della salute, prescrizioni mediche, vaccinazioni, cura della cronicità, assistenza domiciliare.
Budget per l'assistenza sanitaria	Il fabbisogno sanitario nazionale standard è finanziato dalle seguenti fonti: <ul style="list-style-type: none"> • entrate proprie degli enti del SSN (ticket e ricavi derivanti dall'attività intramoenia dei propri dipendenti); • fiscalità generale delle regioni: IRAP (nella componente di gettito destinata alla sanità) e addizionale regionale all'IRPEF; • compartecipazione delle Regioni a Statuto speciale e delle PA; • bilancio dello Stato. Il budget di spesa è suddiviso tra i tre Livelli essenziali: 51% assistenza distrettuale/territoriale, 5% prevenzione, 44% assistenza ospedaliera. A sua volta l'assistenza distrettuale/territoriale è articolata in 4 sottolivelli: Medicina di base: 7%; Farmaceutica: 11,84% del fabbisogno indistinto; Specialistica: 13,3%; Altra territoriale: 18,86%.
Spesa sanitaria totale pro capite	2019: 2.599 euro.
Organizzazione	Prevalenza di singoli studi privati di MMG. Parziale attivazione di studi medici aggregati come le Medicine di Gruppo. Attivazione di forme organizzative mono-professionali con almeno 20 MMG (2.198 AFT); attivazione di forme organizzative multiprofessionali in strutture spesso pubbliche (490 Case della Salute o similari).
Integrazione tra cure primarie e secondarie	Sistema frammentato.
Standard quantitativi	Posti letto: 3,16 per 1.000 abitanti per acuti e post acuti; Medici di Medicina Generale: 0,88 per 1.000 abitanti.
Uso AI/IT	Cartella clinica elettronica. Tessera sanitaria digitalizzata. Telemedicina. Fascicolo sanitario elettronico.

Scheda completa - Italia

INFORMAZIONI GENERALI

Forma di governo	Repubblica parlamentare
Superficie	302.068 Km ²
Popolazione	59.434.000 ab. (2021)
Densità	196 ab/Km ²
Regioni	19 Regioni e 2 Province Autonome
Indice di sviluppo umano	0,892
Speranza di vita	M 80 anni, F 84 anni

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA SANITARIO

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, istituito dalla Legge n. 833 del 1978, è un sistema di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l'accesso universale all'erogazione equa delle prestazioni sanitarie (1), in attuazione dell'art.32 della Costituzione, che recita: *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"* (2).

I principi fondamentali su cui si basa il SSN sono:

- l'universalità, intesa come l'estensione delle prestazioni sanitarie a tutta la popolazione in quanto la salute viene concepita non solo come un bene individuale, ma anche come una risorsa della comunità;
- l'uguaglianza, vale a dire che tutti gli individui possono accedere alle prestazioni del SSN senza distinzione di condizioni individuali, economiche e sociali;

- l'equità, vale a dire che a tutta la popolazione viene garantita parità di accesso alle cure in rapporto a uguali bisogni di salute, garantendo a tutti qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio senza disparità (3).

Il SSN, così come concepito nel 1978, ha rappresentato la prima grande riforma post-bellica del sistema sanitario italiano. Esso ha infatti sostituito il vecchio schema basato sull'offerta dei servizi sanitari mediante casse mutue, unificando e armonizzando i sistemi di erogazione.

Tuttavia, nei primi decenni successivi la sua istituzione, il SSN ha mostrato alcune debolezze, per le quali, seguentemente, è stato più volte necessario riformarlo con nuove normative. Pertanto, agli inizi degli anni '90 sono stati approvati importanti cambiamenti in materia di regolamentazione sanitaria (legge n. 421/92; decreto legislativo n.502/92; decreto legislativo n.517/93). Tale riforma, spesso definita come la "seconda riforma sanitaria", ha interessato alcuni principali aspetti come l'aziendalizzazione, l'orientamento al mercato, la creazione dei dipartimenti, la distribuzione di responsabilità alle regioni (4).

A seguire, è stata approvata un'ulteriore riforma, con il decreto legislativo n. 229/99, definita anche come "terza riforma sanitaria", che riaffermava la salute quale diritto dell'individuo e responsabilità collettiva, sottolineando anche che il SSN era un sistema universale gestito dal governo, volendo orientare lo sguardo verso una maggiore centralizzazione del SSN.

La componente peculiare della riforma del 1999, invece, ha riguardato la regolamentazione della professione medica, secondo cui i medici impiegati nel SSN avevano la possibilità di scegliere fra due forme di attività per la pratica privata: i medici che esercitavano in intramoenia, cioè quei professionisti che erano autorizzati ad avere attività privata, ma solo utilizzando le strutture del SSN corrispondente la gestione all'Azienda Sanitaria Locale (ASL) o all'Azienda Ospedaliera (AO). I medici che operavano in extramoenia erano, invece, quei professionisti che esercitavano in forma indipendente al di fuori delle strutture del SSN; ai primi era dato come incentivo la possibilità di accedere a posizioni dirigenziali, rispetto ai secondi che viceversa erano impossibilitati ad avere posizioni dirigenziali e ricevevano un corrispettivo economico inferiore (4).

Nel 2001 una grande riforma costituzionale (legge costituzionale n. 3/2001), recante il titolo "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione", ha ridistribuito le competenze legislative tra il governo nazionale e i governi regionali. Le politiche pubbliche erano state divise in tre livelli:

- politiche svolte esclusivamente sotto la giurisdizione del governo nazionale;
- politiche svolte esclusivamente sotto la giurisdizione dei governi regionali;
- politiche svolte sotto la giurisdizione congiunta di entrambi i livelli di governo, nell'ambito della quale al governo nazionale sono delegati i poteri generali e alle regioni i poteri limitati da leggi nazionali (4).

Di conseguenza, il "diritto alla salute" è diventato di competenza congiunta di Stato e Regioni. In questo modo, le Regioni hanno ottenuto un'ampia autonomia legislativa in materia di sanità, ma contestualmente resta in capo al governo nazionale l'autorità di definire le prestazioni che rientrano nei cosiddetti Livelli Essenziali di Assistenza – LEA (un pacchetto di servizi erogati in maniera universale

e garantiti in egual misura su tutto il territorio nazionale) (4).

Nel 2012 è stata introdotta un'ulteriore riforma, il cosiddetto "decreto Balduzzi", con la quale sono state introdotte misure per incentivare i medici specialisti con attività privata a svolgere il loro servizio all'interno delle strutture del SSN. È stato inoltre previsto che l'assistenza primaria deve essere riorganizzata in team di professionisti per una copertura del servizio 24 ore su 24, garantendo la continuità assistenziale delle cure (attività di gruppo). Sono state introdotte maggiori restrizioni sul fumo e sul consumo di alcol per i minori e una serie di politiche per contenere i costi farmaceutici con una revisione della lista dei prodotti farmaceutici rimborsabili e l'introduzione della valutazione delle tecnologie sanitarie per negoziarne i prezzi in base all'efficacia, secondo le migliori pratiche internazionali (4).

Nel 2017 è stato emanato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 che ha definito i nuovi LEA, sostituendo integralmente il DPCM 29 novembre 2001 di prima definizione dei LEA. A livello centrale, lo Stato determina i LEA, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, e stabilisce gli obiettivi del sistema sanitario. Mentre le Regioni programmano e gestiscono in piena autonomia la sanità nell'ambito territoriale di loro competenza, svolgendo un ruolo di responsabilità nell'organizzazione dei servizi sanitari primari, secondari, terziari e dei servizi di prevenzione e promozione della salute (4). A livello locale, alle Aziende Sanitarie (quali ASL, ASP, AO etc.), è affidata l'erogazione diretta delle attività assistenziali di sanità pubblica e dei servizi sanitari di comunità e cure primarie. Alle aziende sanitarie, inoltre, è attribuita la funzione di fornire cure specialistiche sia in maniera diretta sia per il tramite di ospedali pubblici o di fornitori privati accreditati dalle regioni (4).

Il SSN è composto da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che concorrono al raggiungimento degli obiettivi di tutela della salute dei cittadini. Il Ministero della Salute è l'organo centrale (4), vi sono poi Enti ed organi di livello nazionale (tra cui ISS - Istituto Superiore di Sanità; IIZZSS - Istituti Zooprofilattici Sperimentali; Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA; Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regio-

nali – AGENAS, etc.) ed Enti ed organi territoriali (Regioni e Province autonome; Aziende Sanitarie Locali).

GOVERNANCE E GESTIONE ECONOMICO-FINANZIARIA DEL SISTEMA SANITARIO

Una legge dello Stato determina annualmente il fabbisogno sanitario, vale a dire il livello complessivo delle risorse del SSN, finanziato dallo Stato.

Il fabbisogno sanitario prevede una quota “indistinta” e una quota “vincolata”. Quest’ultima è relativa al perseguimento di determinati obiettivi sanitari. La quota “indistinta” invece viene alimentata dalle seguenti fonti:

- entrate proprie delle aziende del SSN (ticket e ricavi derivanti dall’attività intramoenia), in un importo che è stato definito da un’Intesa Stato-Regioni;
- fiscalità generale delle Regioni, attraverso l’imposta regionale sulle attività produttive - IRAP (nella quota destinata al finanziamento della spesa sanitaria) e l’imposta sul reddito delle persone fisiche – IRPEF;
- compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;
- bilancio dello Stato, che finanzia il fabbisogno sanitario non coperto dalle altre fonti di finanziamento sia attraverso la compartecipazione all’imposta sul valore aggiunto - IVA (destinata alle Regioni a statuto ordinario), sia attraverso le accise sui carburanti e il fondo sanitario nazionale (5).

La riforma costituzionale del 2001 ha disposto un federalismo fiscale, che si è tradotto con una riprogettazione del sistema fiscale italiano, reso più decentralizzato e dipendente dai contesti Regionali (4).

I fondi nazionali sono distribuiti alle regioni utilizzando formule che mirano a garantire la copertura di tutta la spesa sanitaria pubblica, comprese le cure primarie, i servizi ospedalieri e i servizi comunità (4).

La ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale avviene in base alla popolazione delle varie regioni.

I “riparti” sono le assegnazioni del fabbisogno alle singole Regioni con individuazione delle fonti di finanziamenti, proposti dal Ministero della Salute e sui quali si raggiunge un’Intesa

in sede di Conferenza Stato-Regioni. Così le Regioni assegnano le risorse finanziarie alle aziende, allo scopo di garantire l’erogazione delle prestazioni individuate nei LEA, tenuto conto della mobilità passiva e attiva (vale a dire, i flussi di cittadini che si servono dei servizi prestati da strutture/aziende extraregionali e dei cittadini che vengono curati all’interno della regione ma provenienti dall’esterno) (5). Le tariffe di pagamento, sia per le cure ospedaliere sia per i servizi ambulatoriali, sono determinate da ciascuna Regione, con riferimento alle aliquote nazionali, a loro volta stabilite dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell’Economia e delle Finanze. Il pagamento per i servizi ospedalieri, quali i ricoveri ordinari e in day hospital, si basa sostanzialmente sulle tariffe Diagnosis Related Groups - DRG (raggruppamenti omogenei di diagnosi, ROD) (4).

Nel 2009 è stata adottata una legge quadro per il federalismo fiscale (legge n. 42/2009), che ha delineato la ripartizione delle entrate per i livelli sub-nazionali di governo, stabilendo i principi per la redistribuzione delle risorse ai governi con entrate inferiori. Tra gli altri, un elemento fondamentale per il finanziamento dei servizi sanitari è stato l’istituzione di un fondo di perequazione, strumento che sostiene le regioni con capacità fiscali basse a garantire la soddisfazione dei bisogni sanitari standard dei propri cittadini, allo scopo di mitigare le disuguaglianze fra regioni (4).

Il SSN è in gran parte finanziato attraverso contributi fiscali nazionali e regionali, integrati con la compartecipazione di spesa dell’utente per i farmaci e le cure ambulatoriali. Ai cittadini, che non appartengono a categorie esenti (esenzione sulla base del reddito e/o età e/o patologia e/o condizione sanitaria, come la gravidanza), è richiesto il pagamento di un ticket che varia per ogni singola prestazione prevista dai LEA (3, 4). I fondi pubblici hanno sostenuto, nel 2018, il 74% della spesa sanitaria totale (6). Mentre, sempre nel 2018, la spesa out-of-pocket rappresentava il 24% della spesa sanitaria, ed era principalmente investita per procedure diagnostiche (indagini di laboratorio e diagnostica per immagini) e visite specialistiche. Solo il 2% della spesa sanitaria era finanziato dalle assicurazioni sanitarie volontarie (Voluntary Health Insurance - VHI) (6).

IL SISTEMA DI CURE PRIMARIE GOVERNANCE E CURE PRIMARIE

L’assistenza primaria rappresenta in Italia il primo punto di contatto per la persona con il SSN (4). Il termine “assistenza primaria” è usato per indicare la Primary Health Care, intesa come fulcro del servizio sanitario, quale insieme degli aspetti clinici di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione nonché degli aspetti assistenziali e organizzativi (7). Il SSN, in un’ottica di sistema decentrato, riconosce come unità di gestione le ASL che a loro volta si avvalgono dei Distretti Sanitari, intesi come “strutture tecnico-funzionali per l’erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento”. Il distretto garantisce l’assistenza primaria, l’integrazione delle attività sanitarie con quelle sociali degli enti locali e i servizi di assistenza primaria. Ogni distretto sanitario è tenuto a pianificare e fornire assistenza sanitaria e sociale in base alle esigenze della popolazione (4, 7). Nell’ambito di queste attività, il distretto orienta i propri servizi verso le esigenze di salute globale della popolazione, governando la domanda sanitaria, attraverso la valutazione sistematica dei bisogni sanitari. Il distretto, quindi, costituisce struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio (7).

SOGGETTI

A livello territoriale operano nel campo delle Cure Primarie (CP) i medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS), gli infermieri (anche di cure domiciliari), i medici di continuità assistenziale (MCA), gli specialisti ambulatoriali, i Farmacisti Territoriali, altri professionisti sanitari, oltre al personale amministrativo che deve assumere un ruolo di facilitatore dell’integrazione dei servizi e della comunicazione (8).

L’emergente figura dell’Infermiere di famiglia e comunità si pone come professionista capace di integrare le varie competenze degli attori coinvolti nel processo di cura come medici, fisioterapisti e altri specialisti. Tra gli attori dell’assistenza territoriale è individuata anche la figura del “Case Manager” che si fa garante della continuità assistenziale. Spesso il ruolo di Case Manager è assolto dall’infermiere o dal MMG, in virtù delle caratteristiche professionali che li contraddistinguono.

RAPPORTO DI LAVORO E FORMAZIONE

Il percorso formativo per i medici prevede il conseguimento di una laurea magistrale a ciclo unico della durata di sei anni, che a partire dal 2020 (decreto legge 18 del 17 marzo 2020) è stata resa abilitante alla professione medica e all’iscrizione all’ordine professionale (4).

Per poter esercitare come MMG, i laureati devono completare un corso di formazione specifica in medicina generale (istituito con D.lgs. n. 368/1999, in applicazione della direttiva 93/16/CEE), attualmente di durata triennale regionale dal 2003 (D.lgs. 227/2003). L’accesso al corso è subordinato al superamento di una prova concorsuale pubblica e l’attivazione del corso è gestita e organizzata dalle regioni in accordo con i relativi ordini professionali provinciali (9). I MMG, che esercitano nell’ambito delle cure primarie, sono attivi come liberi professionisti in convenzione con il SSN, in base ad un accordo collettivo nazionale stipulato fra Conferenza Stato-Regioni e le organizzazioni sindacali di categoria. Sono le Regioni a stabilire l’organizzazione/modalità di erogazione delle prestazioni incluse nei LEA dell’assistenza distrettuale (7).

Il trattamento economico dei MMG in convenzione avviene su una quota fissa, su base capitaria (per assistito ponderata), e una quota variabile, basata sull’erogazione di prestazioni aggiuntive (quota per i servizi, es. assistenza domiciliare) e sul raggiungimento di obiettivi e standard di performance regionali/aziendali, a cui possono aggiungersi diverse indennità (es. indennità di personale infermieristico). Quindi, la retribuzione del MMG è prevalentemente su base capitaria, ricevendo un importo costante annuo per ogni suo iscritto, onnicomprensivo di tutte le spese necessarie per l’esercizio delle attività professionali (7).

La formazione degli infermieri in Italia prevede il conseguimento di una laurea di primo livello, abilitante, (durata triennale- 180 Crediti Formativi Universitari, CFU; 1 CFU = 30 ore) (10) appartenente alla classe delle professioni sanitarie L-SNT/1 e l’accesso al corso di laurea in infermieristica è previsto a numero programmato (11). Durante il percorso accademico viene svolto il tirocinio clinico-assistenziale nei diversi setting di cura (intra ed extra ospedalieri). A conclusione del percorso formativo, per poter essere abilitati all’esercizio della professione

infermieristica, è necessario sostenere con esito positivo l'esame di Stato (12), propedeutico per l'iscrizione all'Ordine professionale. Conseguita la laurea, gli infermieri possono proseguire la formazione universitaria, iscrivendosi a un master di primo livello (ad esempio, master in infermiere di famiglia e comunità), a un corso di perfezionamento o alla laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche (10). Gli infermieri impegnati nei servizi di cure primarie possono essere sia liberi professionisti che dipendenti del SSN (13).

FUNZIONI/SERVIZI

La rete di cure primarie ha diverse funzioni: la promozione del mantenimento dello stato di salute; l'educazione sanitaria; diagnosi, riabilitazione e cura delle malattie acute e croniche in contesti diversi (setting domiciliare, ambulatoriale territoriale, etc.); aspetti organizzativi di coordinamento della continuità assistenziale, dei percorsi di cura e della presa in carico del paziente (7).

I medici delle cure primarie sono il primo punto di contatto con il sistema e svolgono la funzione di *gatekeeper*, quindi di filtro (7).

In Italia, le ore di apertura degli ambulatori dei MMG variano sulla base del numero degli assistiti (non inferiori a 5 ore settimanali fino a 500 assistiti; 10 ore settimanali da 500 a 1000 assistiti; 15 ore settimanali da 1000 e 1500 assistiti; per 5 giorni la settimana) (7).

BUDGET

Sin dai primi anni 2000 il sistema sanitario ha subito un processo di decentramento fiscale dal livello centrale al livello regionale (4).

Nel 2019, in Italia la spesa sanitaria rappresentava l'8,7% del PIL a fronte di una media europea dell'8,3% (6) e la spesa sanitaria totale pro-capite era di 2.599 euro (14). Nel 2018, il 32% della spesa sanitaria era dedicato all'assistenza ambulatoriale (6).

In Italia, il budget di spesa è suddiviso tra i tre livelli essenziali: 51% assistenza distrettuale/territoriale, 5% prevenzione, 44% assistenza ospedaliera (16). L'assistenza distrettuale/territoriale, che a sua volta è articolata in 4 sottolivelli, è così distribuita: medicina di base: 7,0%; farmaceutica: 11,6%; specialistica: 13,3% (include tutte

le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio erogate in regime ambulatoriale); territoriale: 19,1%. In quest'ultimo livello troviamo anche i servizi domiciliari agli anziani e ai malati gravi, i servizi territoriali consultoriali, quali: i consultori familiari, i servizi per la salute mentale, i servizi di riabilitazione per i disabili, le strutture semiresidenziali e residenziali, i centri diurni, le case famiglia e le comunità terapeutiche (16).

ORGANIZZAZIONE

Il Distretto sanitario si configura come una macrostruttura aziendale, che costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi sociosanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'ASL (7). I MMG e i PLS, in Italia, hanno un ruolo di filtro (4) e, oltre ad essere responsabili della prescrizione di farmaci, dopo aver diagnosticato un problema di salute, indirizzano gli assistiti verso la consultazione specialistica e/o verso ulteriori livelli di cura, se ritenuto necessario (4).

I MMG e i PLS, infatti, rappresentano il primo punto di accesso al SSN per gli assistiti che li hanno liberamente e personalmente scelti. Alla base di tale scelta sussiste il rapporto fiduciario, quale elemento fondante e insostituibile della medicina di famiglia. Tale scelta può essere revocata o modificata in qualsiasi momento e si traduce con la creazione di una lista di assistiti, afferente ad ogni MMG. Il massimale di iscritti ad ogni lista è di 1500 persone, salvo specifiche deroghe. I pediatri, invece, sono responsabili di assicurare il primo livello di assistenza pediatrica ai bambini, obbligatoriamente fino ai 6 anni di età e comunque di garantirla fino ai 14 (4, 7). In alternativa, se il pediatra non è disponibile o quando un bambino raggiunge i 6 anni, i genitori possono scegliere di registrarlo con un MMG. I pediatri possono avere 800 bambini iscritti nelle proprie liste, fino a un massimo di 880 (4).

In Italia i servizi di cure primarie sono prevalentemente organizzati da singoli studi privati di MMG e da una parziale attivazione di studi medici aggregati come le "Medicine di Gruppo". I MMG possono operare in forme di organizzazione mono-professionali o multiprofessionali.

STANDARD QUANTITATIVI

Nel 2019, in Italia, il numero di medici era 6,16 e di infermieri era 4,05 ogni 1.000 abitanti (14), rispetto alla media dell'UE del 2018, rappresentata da 3,83 medici e 8,16 infermieri per 1.000 abitanti (6); e sempre nel 2019, i MMG erano 0,88 per 1.000 abitanti (14).

Il rapporto infermieri/medici nel 2019 era di 1,5 infermieri per medico ogni 1.000 abitanti.

Nel 2018, il 17,89% dei medici lavorava come MMG, a fronte del 21,47% rappresentato dalla media dell'UE (6).

Nel 2019, erano presenti 3,16 posti letto ogni 1.000 abitanti (14).

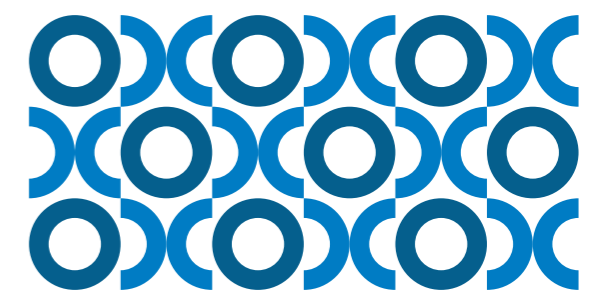
USO IT/AI

In Italia l'importanza e l'uso della tecnologia in ambito sanitario è cresciuta nel tempo ed è in costante aumento come negli altri Paesi europei (4).

Le iniziative di E-health sono promosse a livello statale e l'impiego attuale si concentra sul potenziamento dei servizi online, sull'implementazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS – strumento di governance, monitoraggio e supervisione di tutti i livelli primari dei servizi sanitari), sulla digitalizzazione delle prescrizioni mediche e dei certificati (4), sull'uso di tessera sanitaria digitalizzata, di cartelle cliniche elettroniche (CCE), sull'utilizzo del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e sullo sviluppo della telemedicina e della transizione digitale.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Legge 23 dicembre 1978, n. 833 Istituzione del servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario)
2. Art. 32, Costituzione della Repubblica Italiana.
3. Ministero della Salute. I principi del Servizio sanitario nazionale (SSN). [consultato il 22 novembre 2021]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=5073&area=Lea&menu=vuoto>
4. Ferrè F, de Belvis AG, Valerio L, Longhi S, Lazzari A, Fattore G, Ricciardi W, Maresso A. Italy: health system review. *Health Systems in Transition*. 2014;16(4):1-168.
5. Ministero della Salute. Il finanziamento del servizio sanitario nazionale; [consultato il 23 novembre 2021]. Disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4752&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto
6. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU cycle. OECD; 2020. (Health at a Glance: Europe).
7. Guzzanti E, Mazzeo MC, Milillo G, Cicchetti A, Meloncelli A. L'assistenza primaria in Italia: dalle condotte mediche al lavoro di squadra: la proposta del GISAP, Gruppo indipendente per lo studio dell'assistenza primaria. Roma: Edizioni iniziative sanitarie: GISAP; 2009. 974 p.
8. Scarcella C, Lonati F, a cura di. Metodologie e strumenti per la gestione delle cure primarie: modelli ed esperienze a confronto. San Marino: Maggioli Editore; 2012. 374 p.
9. Decreto Legislativo 8 luglio 2003, n. 277. Attuazione della direttiva 2001/19/CE che modifica le direttive del Consiglio relative al sistema generale di riconoscimento delle qualifiche professionali e le direttive del Consiglio concernenti le professioni di infermiere professionale, dentista, veterinario, ostetrica, architetto, farmacista e medico. (GU n. 239 del 14 ottobre 2003 - Supplemento Ordinario n. 161).



10. Fnopi. Laurea in Infermieristica [consultato il 22 novembre 2021]. Disponibile all'indirizzo: <https://www.fnopi.it/come-diventare-infermiere/laurea-in-infermieristica-infermieristica-pediatria/>.
11. Legge 2 agosto 1999, n. 264. Norme in materia di accessi ai corsi universitari. (GU n.183 del 06-08-1999).
12. Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. (GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137).
13. Decreto 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. (GU Serie Generale n.6 del 09-01-1995).
14. OECD Statistics. OECD statistics; Disponibile all'indirizzo: <https://stats.oecd.org/>.
15. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Rapporto Osservasalute 2019.
16. Cergas Bocconi. Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario italiano. Rapporto OASI 2020. Milano: Egea; 2020.

CONCLUSIONI

L'obiettivo dello studio è stato quello di effettuare un'analisi comparativa dei modelli organizzativi dell'assistenza primaria adottati in alcuni Paesi europei, attraverso l'individuazione dei principali elementi relativi alla governance, all'organizzazione, alle funzioni e servizi, nonché al rapporto di lavoro e formazione degli operatori coinvolti. Dallo studio proposto emergono, infatti, alcuni aspetti significativi da valutare sia in prospettiva futura per indirizzare le policy e le normative di settore in Europa, sia per delle valutazioni di indirizzo in Italia.

L'Italia con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha intrapreso un percorso di riorganizzazione dell'assistenza territoriale in generale e dell'assistenza primaria, in particolare, che la porterà ad approvare un documento di riforma entro il 2022, nel quale verranno affrontati modelli e standard del territorio (1).

I servizi sanitari cambiano significativamente da un paese all'altro e possono avere variazioni regionali all'interno dello stesso, come ad esempio in Italia, in cui è possibile apprezzare differenze tra i servizi sanitari delle diverse regioni. Tutti i servizi sanitari, a prescindere dalla modalità di erogazione, organizzazione e finanziamento, sono chiamati ad affrontare in egual misura una serie di sfide emergenti. Prima tra tutti, il fenomeno della transizione epidemiologica, che si osserva a livello mondiale, è la risultante di una diminuzione della mortalità in età avanzata e un calo della natalità, determinando così un forte aumento della percentuale di popolazione anziana, con maggiori esigenze sanitarie e un notevole impatto in termini di risorse. Le altre sfide che i sistemi sanitari dovranno affrontare sono: lo sviluppo delle tecnologie in medicina; i cambiamenti degli stili di vita della società contemporanea; le responsabilità dei servizi sanitari nel dare una risposta alla crescente aspettativa dei cittadini; i fattori controllabili di matrice non

sanitaria, quali: lo stato finanziario, l'istruzione, lo standard di alfabetizzazione, le infrastrutture e la logistica della popolazione assistita. In tale contesto risulta fondamentale un approccio basato sul concetto di valore, che tenga conto di tutte le sfide presenti con un occhio alla sostenibilità e alla transizione digitale (2). D'altro canto, è ormai noto che servizi sanitari caratterizzati da un'assistenza sanitaria di base (*primary care*) forte e ben strutturata presentano migliori risultati in termini di salute della popolazione che assistono, aumentata efficienza, migliore qualità dell'assistenza nonché aumentata soddisfazione da parte delle persone assistite (3, 4).

Lo studio condotto ha evidenziato che l'erogazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria rappresentano una sfida per tutti i sistemi sanitari analizzati a prescindere dalla tipologia di sistema sanitario: universalistico, assicurativo o misto. Le soluzioni organizzative messe in campo nei diversi contesti studiati per rispondere alle sfide presenti, infatti, possono essere diverse, sebbene le complessità che i sistemi sanitari affrontano nei Paesi studiati siano risultate sovrapponibili.

I principali aspetti su cui tutti i Paesi sono impegnati riguardano, in particolare, lo sviluppo di équipe multiprofessionali e multidisciplinari di assistenza primaria e l'individuazione di modalità organizzative a garanzia della integrazione ospedale-territorio. La maggior parte dei Paesi, infatti, a prescindere dal ruolo di filtro o meno del medico di medicina generale, individua come obiettivo la costituzione di équipe multiprofessionali e multidisciplinari di assistenza primaria, che condividano spazi e attrezzature al fine di prendere in carico i pazienti cronici più complessi. È interessante notare che il modello organizzativo adottato nel contesto dell'assistenza primaria non risente delle modalità contrattuali del personale sanitario, il quale può lavorare in

équipe o nei singoli studi, puntando all'integrazione e alla condivisione della presa in carico.

Le funzioni e la composizione delle équipe di assistenza primaria nei diversi Paesi è simile e un ruolo importante è svolto dai MMG. La formazione di quest'ultimi, pur con alcune differenze, rimane un fattore molto importante nei sistemi sanitari analizzati e viene gestito prevalentemente in modo unitario a livello universitario.

Un altro fattore critico comune tra le diverse realtà internazionali è la necessità di dover garantire l'integrazione ospedale-territorio e lo scambio di informazioni tra professionisti afferenti a servizi diversi. Lo sviluppo di sistemi informativi integrati e l'adozione di soluzioni tecnologiche innovative è fortemente frammentata in tutti i Paesi oggetto di indagine, anche se la loro implementazione e messa a regime è un obiettivo condiviso. Inoltre, i Paesi analizzati mostrano diversi gradi di maturità nel coinvolgimento del paziente e del caregiver nel percorso di cura, nonché nell'attivare tutte le risorse formali e informali presenti nella comunità di riferimento. La maggior parte dei Paesi, pertanto, affianca alla tradizionale figura del MMG quale soggetto deputato all'attivazione dei percorsi assistenziali, anche la figura dell'infermiere.

I cambiamenti epidemiologici e tecnologici, che riguardano tutto il servizio sanitario, richiedono una governance di sistema proattiva a tutti i livelli decisionali. Pertanto, il processo di riorganizzazione dell'assistenza primaria deve tener conto di tali cambiamenti, disegnando un modello assistenziale che risponda ai diversi bisogni riferibili al più ampio concetto di salute, con una chiara e condivisa definizione dei casi complessi per i quali è necessaria l'attivazione di équipe multiprofessionali e multidisciplinari per la loro presa in carico. Una grande sfida per i sistemi sanitari del futuro sarà inoltre il tema dell'innovazione tecnologica e, in particolare, della transizione digitale in sanità. Questo processo, attualmente in fase iniziale in molti dei contesti analizzati, richiede un'attenzione particolare sia in termini di implementazione nelle strutture sanitarie sia a livello organizzativo dello Stato di riferimento, poiché una normativa ad hoc, che non abbia

valutato in profondità quali siano gli aspetti da riformare rispetto alla "sanità analogica" tradizionale, potrebbe arrestare il progresso scientifico in quel campo. Tuttavia, il ruolo di regia che l'Unione europea ha in questo settore, riduce al minimo il rischio di vedere, almeno nei Paesi dell'Unione, normative che non colgano la portata rivoluzionaria di questo settore e che lo riducano, come successo già in altri ambiti sottoposti a digitalizzazione, ad un mero trasferimento di dati dai registri di carta ai registri informatici. Un limite riscontrato in questo studio, colmabile nel futuro, e strettamente legato ad una piena implementazione di sistemi c.d. *digital native*, è la mancanza di data-set uniformi. Fattispecie, questa, ascrivibile ai diversi metodi di raccolta dei dati. Se dal punto di vista della valutazione e studio delle leggi, degli atti, dei regolamenti e, in ultima istanza, di tutto il *corpus* normativo in materia di sanità abbiamo trovato un filo conduttore chiaro, lo stesso non si può affermare per quegli indicatori di carattere statistico che offrono indici sintetici per valutare i singoli parametri presi in considerazione.

In Italia, un'opportunità fondamentale è oggi rappresentata dal PNRR. Gli interventi previsti nella Missione 6 componente 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" sono infatti destinati a rafforzare i servizi sanitari territoriali, attraverso un approccio multidisciplinare e su più livelli, dalla creazione di strutture e presidi destinati alla definizione della rete territoriale, al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, puntando anche su una più efficace integrazione tra servizi sanitari e sociosanitari. Coerentemente con i principi del PNRR, inoltre, trasversalmente nelle due componenti della Missione 6 si punta alla digitalizzazione del servizio sanitario nazionale, potenziando il concetto di sanità digitale con particolare attenzione alla telemedicina.

Si tratta di un'occasione unica per dar vita ad un sistema sanitario nazionale più equo e sostenibile, che sia realmente organizzato intorno ai bisogni di salute della popolazione, mantenendo elevati standard di qualità ed efficienza anche grazie allo sviluppo tecnologico e scientifico.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Next Generation Italia. Approvato con la decisione del Consiglio ECOFIN del 13 luglio 2021 e notificato con nota LT161/21 del 14 luglio 2021 dal Segretariato generale del Consiglio.
2. Galluzzo L, Gandin C, Ghirini S, Scafato E. L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?. EpiCentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica, Istituto Superiore di Sanità. Febbraio 2021.
3. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005; 83 (3): 457-502.
4. World Health Organization. The world health report 2008: primary health care now more than ever.

L'Agenda Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali rientra tra gli **enti di ricerca sanitaria**.

Per devolvere in suo favore una quota del 5 per mille destinato a finalità di interesse sociale, è possibile apporre la propria firma e inserire il codice fiscale dell'Agenda **971 136 905 86** nell'apposito riquadro dei modelli 730, CUD e Unico.

 **AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI**



APPENDICE





N. art.	Autori	Titolo	Anno di pubblicazione/rivista	Paese/i di interesse
I	Arat A, Burström B, Östberg V, Hjerm A	Social inequities in vaccination coverage among infants and pre-school children in Europe and Australia – a systematic review	2019 BMC Public Health	Francia, Germania, Spagna, Svezia, UK
II	Bernal-Delegado E, Garcia-Armesto S, Oliva J, Sanchez-Martinez FI, Repullo JR, Pena-Longobardo LM, Ridaio-Lopez M, Hernandez-Quevedo C	Spain: Health System Review	2018 Health Systems in Transition, European Observatory on Health Systems and Policies	Spagna, Germania, Spagna, Svezia, UK
III	Bümel M, Busse R, The Commonwealth Fund, 2020	International Health Care System Profiles: Germany	2020 The Commonwealth Fund	Germania
IV	Castaño Verdejo E.	Procesos de selección del profesorado de primera enseñanza en el distrito universitario de Valladolid (1931-1939).	2021	Spagna
V	Chevreau K, Durand-Zaleski I., Bahrami SB., et al	France: Health System Review	2010 Health Systems in Transition, vol. 12, no.6	Francia
VI	Cooper A, Edwards M, Brandling J, Carson-Stevens A, Cooke M, Davies F, Hughes T, Morton K, Sinwardena A, Voss S, Bengler J, Edwards A.	Taxonomy of the form and function of primary care services in or alongside emergency departments: concepts paper	2019 Emerg Med J	England e Wales
VII	Commissione Europea	Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems	2014 Report dell'Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH)	Francia
VIII	Commissione Europea	State of Health in the EU	2019 State of Health in the EU	Francia
IX	Commissione Europea	State of Health in the EU	2019 State of Health in the EU	Spagna
X	Commissione Europea	State of Health in the EU	2019 State of Health in the EU	UK
XI	Commons Library	NHS Funding and Expenditure	2019 Emerg M2019 Commons Library Briefing ed J	UK
XII	Durand-Zaleski I.	International Health Care System Profiles: France	2020 The Commonwealth Fund	Francia
XIII	Euregha: European Regional and Local Health authorities	Primary Care A SHOWCASE OF BEST PRACTICES FROM EUREGHA'S MEMBERS	2018	Spagna
XIV	European Observatory on Health Systems and Policies	Building primary care in a changing Europe	2015 Building primary care in a changing Europe	Francia, Spagna, UK
XV	Feroni GC.	IL SISTEMA SANITARIO TEDESCO ALLA PROVA DELLA IMMIGRAZIONE. :23	2017 FERONI GC, BACCI ML, PETRETTO A, PUBBLICO E PRIVATO NEL SISTEMA DI WELFARE, pag. 55 e successive 2017	Germania
XVI	Fuschi D.	I vincoli di bilancio in alcuni ordinamenti degli Stati europei e negli Stati Uniti	2017 COSTITUZIONE ECONOMICA E DEMOCRAZIA PLURALISTA, Milano; p. 83-93.	Spagna



N. art.	Autori	Titolo	Anno di pubblicazione/rivista	Paese/i di interesse
XVII	Greer SL	Devolution and health in the UK: policy and its lessons since 1998	2016 Br Med Bull.	UK
XVIII	Gentil ML, Cuggia M, Fiquet L, Hagenbourger C, Le Berre T, Banâtre A, Renault E, Bouzille G, Chapron A.	Factors influencing the development of primary care data collection projects from electronic health records: a systematic review of the literature	2017 BMC Med Inform Decis Mak	Francia
XIX	Huddleston L, Turner J, Eborall H, Hudson N, Davies M, Martin G.	Application of normalisation process theory in understanding implementation processes in primary care settings in the UK: a systematic review	2020 BMC Family Practice	UK
XX	Laudé A, Mathieu B, Tabuteau D, Mathieu	Droit de la santé.	2012 B Presses universitaires de France;	Francia
XXI	Ma Santé 2022	Stratégie de transformation du système de santé	2019 Gouvernement.fr	Francia
XXII	Macchia P.	Bismarck e Beveridge in Italia: rottura o eredità di una "patologia" irreversibile? Le situazioni di emergenza tra principio di uguaglianza e "frontiere interne".	2021	Spagna
XXIII	MARKUS J-P. Biologie prédictive pour la santé Regards croisés sur les enjeux socio-économiques et scientifiques chez l'Homme, les animaux et les plantes. :67.	Médecine personnalisée, ou l'implosion des notions classiques de droit de la santé	2020 Biologie prédictive pour la santé Regards croisés sur les enjeux socio-économiques et scientifiques chez l'Homme, les animaux et les plantes.	Francia
XXIV	Ministère des solidarités et de la santé	National Health Strategy 2018-22	2017 Summary	Francia
XXV	Ministerio de Sanidad	Consumo y Bienestar Social, in accordo con il Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud	2019 Marco Estratégico Primaria y Comunitaria	Spagna
XXVI	Ministerio De Sanidad	Cuentas satélite del gasto sanitario público	2019	Spagna
XXVII	National Assembly for Wales	Research paper: The organisation of the NHS in the UK: comparing structures in the four countries	2015	UK
XXVIII	Nay O, Béjean S, Benamouzig D, Bergeron H, Castel P, Ventelou B.I.	Achieving universal health coverage in France: policy reforms and the challenge of inequalities	2016 Lancet	Francia
XXIX	NHS	QOF Quality Improvement domain 2020/21 – Supporting people with learning disabilities	2021	UK
XXX	OECD	Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries	2010 Health Working Papers No. 50	UK
XXXI	OECD	Spending on primary care services as share of total health spending among 22 OECD countries	2016-2018	Germania
XXXII	Office For National Statistics	Healthcare expenditure, UK Health Accounts: 2018	2020	UK



N. art.	Figure professionali	Funzioni	Rapporto di lavoro (contratto)	Servizi erogati	Copertura finanziaria	Standard territoriale	Modello di integrazione	Sistema informativo	Formazione	Implementazione IT/AI	Governance
XXIV		x		x				x			x
XXV					x						
XXVI					x						
XXVII	x	x		x			x				x
XXVIII											x
XXIX						x					
XXX	x	x		x							x
XXXI					x						
XXXII					x						
XXXIII								x		x	
XXXIV					x						
XXXV					x						
XXXVI					x						
XXXVII	x	x					x				
XXXVIII											
XXXIX											x
XL											x
XLI											
XLII						x					
XLIII		x									
XLIV											x
XLV											x
XLVI	x	x									
XLVII											x
XLVIII											x
XLIX											x
L	x	x	x	x	x	x	x				



ANALISI
COMPARATA
DELLE CURE
PRIMARIE
IN EUROPA

SUPPLEMENTO
ALLA RIVISTA
SEMESTRALE
MONITOR • 2022

monitor

agenas.



AGENZIA NAZIONALE PER
I SERVIZI SANITARI REGIONALI