

STORIA della MEDICINA

6.

**(Organizzazione Mondiale della Sanità
e principali Sistemi Sanitari nel Mondo)**



**World Health
Organization**

Organizzazione Mondiale della Sanità

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS, o *World Health Organization*, *WHO* in inglese), agenzia speciale dell'ONU per la salute, è stata fondata il 22 luglio 1946 ed entrata in vigore il 7 aprile 1948 con sede a Ginevra.

L'obiettivo dell'OMS, così come precisato nella relativa costituzione, è il raggiungimento da parte di tutte le popolazioni del livello più alto possibile di salute, definita nella medesima costituzione come condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o di infermità. È membro del Gruppo per lo sviluppo delle Nazioni Unite.



Al momento della sua fondazione, la costituzione dell'organizzazione fu ratificata da **25 stati**. Il primo direttore generale dell'agenzia fu il medico canadese **Brock Chisholm**.

Attualmente l'OMS è governata da **194 stati** membri attraverso l'**Assemblea mondiale della sanità** (*World Health Assembly - WHA*), convocata annualmente in sessioni ordinarie nel mese di maggio.

Questa è composta da **rappresentanti** degli stati membri, scelti fra i rappresentanti dell'amministrazione sanitaria di ciascun paese (Ministeri della sanità). Le principali funzioni dell'Assemblea consistono nell'approvazione del programma dell'**organizzazione** e del **bilancio** preventivo per il biennio successivo, e nelle decisioni riguardanti le principali questioni politiche.

Dal punto di vista amministrativo si configura come un **soggetto di diritto internazionale**, vincolato, come tale, da tutti gli obblighi imposti nei suoi confronti da norme generali consuetudinarie, dal suo atto istitutivo o dagli accordi internazionali di cui è parte.

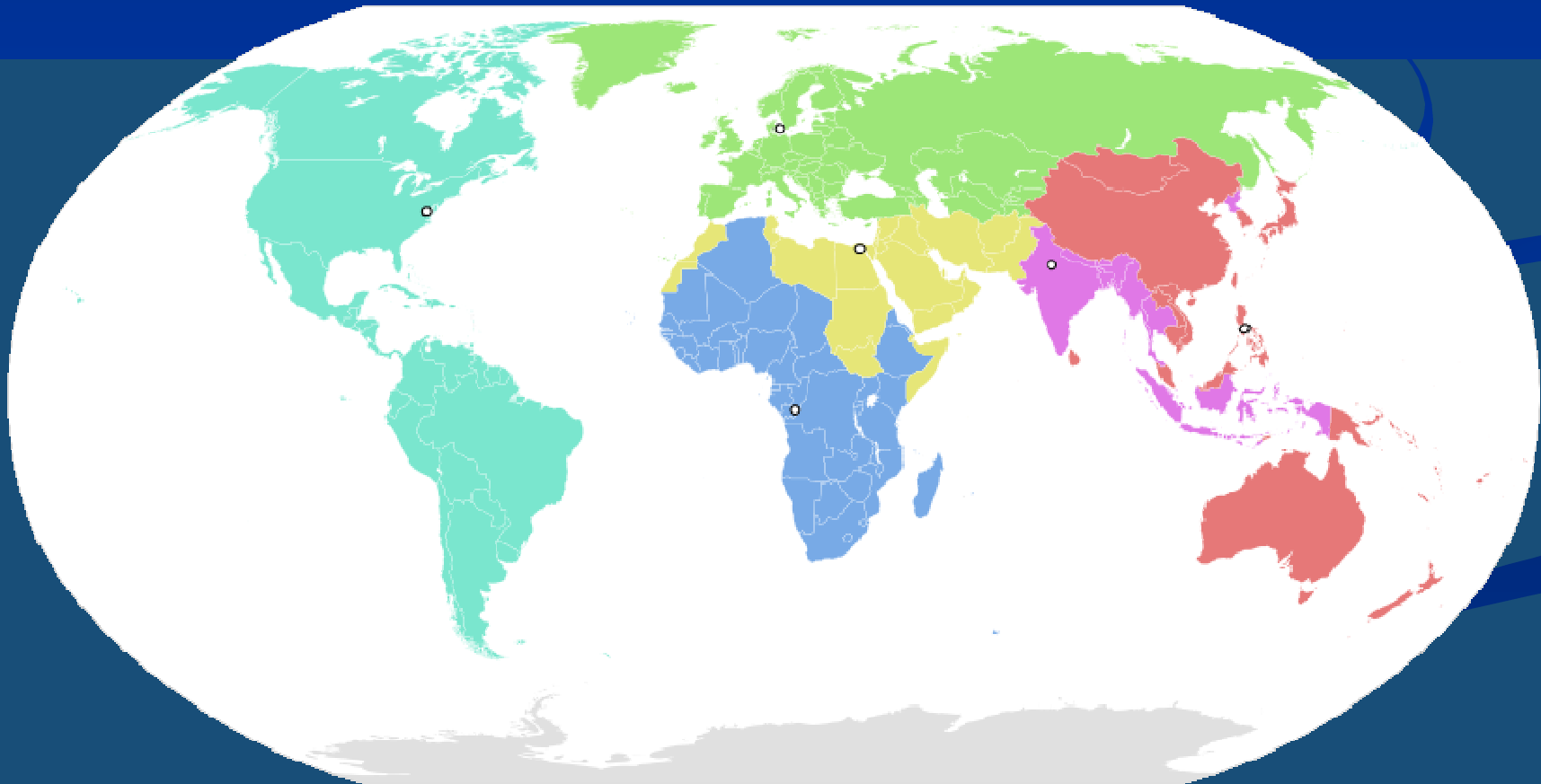
La **giurisprudenza** internazionale ha precisato che esiste, a carico degli stati, un "**obbligo di cooperare** in buona fede per favorire il perseguimento degli scopi e degli obiettivi dell'Organizzazione espressi nella sua costituzione".

L'OMS suddivide il mondo in sei strutture organizzative regionali, ognuna facente capo ad un proprio Comitato Regionale. Le regioni sono:

1. **Europa** (EURO), con sede a **Copenaghen** in **Danimarca** Oltre all'intero continente, comprende anche la **Russia** e **Israele**.
2. **Africa** (AFRO), con sede a **Brazzaville** nella **Repubblica del Congo**
3. **Mediterraneo orientale** (EMRO), con sede al **Cairo** in **Egitto**
4. **Sud-est asiatico** (SEARO), con sede a **Nuova Delhi** in **India**
5. **Americhe** (AMRO), con sede a **Washington, D.C.** negli **Stati Uniti**
6. **Pacifico occidentale** (WPRO), con sede a **Manila** nelle **Filippine**

strutture organizzative regionali dell'OMS

1. Europa (EURO), con sede a Copenaghen in Danimarca Oltre all'intero continente, comprende anche la Russia e Israele.
2. Africa (AFRO), con sede a Brazzaville nella Repubblica del Congo
3. Mediterraneo orientale (EMRO), con sede al Cairo in Egitto
4. Sud-est asiatico (SEARO), con sede a Nuova Delhi in India
5. Americhe (AMRO), con sede a Washington, D.C. negli Stati Uniti
6. Pacifico occidentale (WPRO), con sede a Manila nelle Filippine



Definizione di Salute



Definizione OMS

- *"stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia"*

Salute come un diritto alla base di tutti gli altri diritti fondamentali che spettano alle persone.

Questo principio assegna agli Stati e alle loro articolazioni compiti che vanno ben al di là della semplice gestione di un sistema sanitario. Essi

dovrebbero farsi carico di individuare e cercare, tramite opportune alleanze, di modificare quei fattori che influiscono negativamente sulla salute collettiva, promuovendo al contempo quelli favorevoli.

- Salute come risorsa di vita quotidiana che consente alle persone di condurre una vita produttiva a livello individuale, sociale ed economico.

L'OMS, nella sua funzione di vigilanza sanitaria, può emettere avvisi alle autorità sanitarie dei paesi membri relativi ai rischi pandemici.

Le fasi di allarme per i pericoli di pandemia utilizzate dall'OMS sono le seguenti:

Fase 1: nessuno dei virus che normalmente circola fra gli animali è causa di infezione per l'uomo

Fase 2: un virus che sta circolando fra animali domestici o selvatici ha infettato persone venute a stretto contatto con animali infetti

Fase 3: un virus animale ha infettato un gruppo di persone, ma la trasmissione fra uomo e uomo è assente o fortemente limitata

Fase 4: per un virus è possibile la trasmissione umana

Fase 5: per un virus è possibile la trasmissione umana e sono presenti gruppi di persone infette in almeno due stati appartenenti alla stessa regione OMS (vedi sezione precedente)

Fase 6: per un virus è possibile la trasmissione umana e sono presenti gruppi di persone infette in almeno due regioni, oltre alla condizione della fase 5.

Le fasi successive avvengono a pandemia conclusa, e sono quelle di post-picco e post-pandemia.

Sistemi di Welfare



Sistemi di Welfare (1)

I **sistemi di welfare** sono composti da programmi pubblici attraverso i quali lo **Stato** persegue l'obiettivo di migliorare il benessere dei cittadini, e in particolare di fornire protezione sociale ad alcune categorie di cittadini a rischio, quali i meno abbienti, gli infermi, i disabili, i disoccupati, gli anziani.

Da ciò nasce il termine "**Welfare State**" ("Stato del benessere" o "Stato Sociale") che sta ad indicare un **orientamento politico** in cui la promozione della sicurezza e del benessere socioeconomico dei cittadini è assunta dallo **Stato**, nelle sue articolazioni istituzionali e territoriali, come propria prerogativa e responsabilità.

Così lo **Stato** provvede all'**assistenza** e all'**assicurazione** se rientra nel **contratto sociale** con i cittadini. Per esempio, secondo il presidente statunitense Theodore D. Roosevelt «l'obiettivo dello Stato è il benessere dei cittadini. Il progresso materiale e la prosperità della nazione sono desiderabili nella misura in cui conducono al benessere morale e materiale di tutti i cittadini » ('Portland Speech', 21 settembre 1932). Inoltre è bene considerare che l'azione esclusiva dei singoli individui, delle famiglie e del libero mercato **non sono sufficienti** a garantire queste funzioni di assicurazione e di assistenza.

(2)

I programmi che compongono i sistemi di *welfare* si diversificano in funzione della tipologia di rischio che coprono e dell'assistenza che offrono. Alcuni prevedono dei trasferimenti monetari ai beneficiari, altri garantiscono dei benefici in natura. I principali programmi comprendono:

- sistemi pensionistici;
- sanità;
- sussidi di disoccupazione
- altre politiche attive del mercato del lavoro, quali:
 - *training e apprendistato*;
 - politiche familiari,
 - assegni per i figli a carico,
 - spesa per asili nido,
 - periodi di maternità e paternità;
 - edilizia pubblica;
 - sistemi di reddito minimo garantito.

(3)

I primi sistemi di **Welfare State** nascono in Europa, alla fine del 19° secolo, come risposta ai seguenti **problemi sociali** portati dalla prima industrializzazione:

- emergere delle contraddizioni dell'economia capitalista,
- distruzione della civiltà contadina e della solidarietà familiare e di villaggio,
 - nascita del proletariato,
 - urbanizzazione ed emigrazione,
 - estensione del diritto di voto,
- avvento al potere dei partiti socialdemocratici

Tali eventi fanno emergere **nuove forme di povertà**, con difficoltà crescenti per la famiglia, ed esigenze di tutela nei confronti di fenomeni quali la disoccupazione, l'invalidità e le morti per cause lavorative.

Così lo Stato **si sostituisce** progressivamente alle istituzioni religiose negli interventi di Assistenza.

→ I Paesi membri



I 32 MEMBRI E L'ANNO DI ADESIONE

Austria	1961	Irlanda	1961	Turchia	1961	Messico	1994
Belgio	1961	Lussemburgo	1961	Regno Unito	1961	Rep. Ceca	1995
Canada	1961	Olanda	1961	USA	1961	Ungheria	1996
Danimarca	1961	Norvegia	1961	ITALIA	1962	Corea Sud	1996
Francia	1961	Portogallo	1961	Giappone	1964	Polonia	1996
Germania	1961	Spagna	1961	Finlandia	1969	Slovacchia	2000
Grecia	1961	Svezia	1961	Australia	1971	Cile	2010
Islanda	1961	Svizzera	1961	Nuova Zelanda	1973	Slovenia	2010

→ I compiti

Favorire una crescita economica sostenibile	Sviluppare l'occupazione e il benessere	Mantenere la stabilità finanziaria
Contribuire alla crescita del commercio mondiale	Identificare standard e prassi internazionali	Elaborare statistiche e analisi economico-sociali

OECD/OCSE/IS

OCSE - Parigi

Tra il 1880 e la fine della Seconda guerra mondiale, moderni **sistemi di welfare** vengono istituiti, o largamente riformati, in quasi tutti i paesi della **Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE)**. Nato formalmente nel 1960 ha sede a Château de la Muette, a Parigi, e 32 Paesi membri attivi l'OCSE ha superato ormai da molto tempo il ruolo di organismo europeo e rappresenta un punto di riferimento per i paesi sviluppati aventi in comune un sistema di governo di tipo democratico ed un'economia di mercato.

I principali compiti dell'OCSE sono quelli di assistere i suoi membri nel favorire una crescita economica sostenibile, nello sviluppo della occupazione e del benessere. Tra le altre funzioni dell'OCSE ve ne sono alcune che riguardano poi l'economia a livello globale come il mantenimento della stabilità finanziaria, lo sviluppo dell'economia di altri paesi e il contributo alla crescita del commercio mondiale.



Sistemi Sanitari



Sistema Sanitario (1)

Un **sistema sanitario** (detto in modo più generico **servizio sanitario**) è l'organizzazione di persone, istituzioni e risorse finalizzata a fornire servizi di assistenza sanitaria a tutela della salute della popolazione.

Nel mondo è presente una grande quantità di sistemi sanitari. In alcuni paesi la sanità è completamente liberalizzata e/o privatizzata, in altri dove questa è prerogativa unica dei governi all'interno del cosiddetto stato sociale, in altri ancora dove concorrono sistemi sanitari di tipo misto ovvero sia pubblico che privato.



Sistemi Sanitari in area OCSE

I sistemi sanitari dei Paesi dell'area **OCSE** sono classificabili secondo tre diverse configurazioni:

Modello BISMARCK

Olanda, Francia, Germania sono serviti da sistemi sanitari fondati originariamente su di una struttura decentralizzata, di tipo mutualistico-assicurativo ad **orientamento privato**, che affonda le sue radici nel sistema *previdenziale* istituito dal cancelliere **Bismarck** alla fine del secolo scorso.

Modello BEVERIDGE

• Regno Unito, Paesi Scandinavi, Spagna e Italia si avvalgono di un sistema originariamente a struttura fortemente centralizzata ad **orientamento pubblico**, il cui prototipo è il modello di *welfare state universalistico* ideato nel 1943 da Lord **Beveridge**.

Modello LIBERISTA

USA sistema basato sul libero mercato, libera contattazione tra gli utenti e le strutture produttrici, per lo più privata con un modesto settore pubblico.

Modello BISMARCK

Alla fine dell'800 in **Germania**, Otto von **Bismarck** istituisce un regime di leggi sociali a favore dei ceti più bisognosi.

Ma solo dagli anni 1920 tali misure raggiungono un'estensione e un'organicità tali da poter parlare di vere e proprie politiche sociali, con **assicurazioni obbligatorie** contro i maggiori rischi (povertà, malattia, vecchiaia ed infortuni sul lavoro).

È un modello di welfare basato sul **principio assicurativo** che garantisce a chi lavora ed alla sua famiglia la copertura finanziaria da rischi quali la malattia, l'invalidità, la morte e la disoccupazione, in relazione al contributo versato dal lavoratore stesso.

Questo tipo di configurazione, con successive modifiche e riorganizzazioni volte ad attualizzarne il contesto, rappresenta l'ossatura dei sistemi sanitari di alcuni Paesi quali la **Germania**, l'**Austria** e la **Francia**.

Modello BEVERIDGE

Dopo la depressione del 1929 si inasprisce il conflitto sociale ed il modello di **welfare** fino ad allora conosciuto non viene ritenuto più **sufficiente** e si teorizza un intervento più forte dello Stato.

In Europa va ricordata la politica sociale inglese dopo il Rapporto di Lord Beveridge del 1942, che diviene il manifesto teorico-programmatico del **Welfare State**.

Alla sua base c'è il **diritto sociale** del cittadino di avere buone condizioni di vita, l'assistenza diviene generalizzata e copre una vasta gamma di rischi. Con esso vengono disposte azioni volte a prevenire condizioni di **povertà estrema** e fenomeni di **emarginazione** sociale.

Le risorse, ottenute ricorrendo alla fiscalità generale, vengono orientate a rispondere alle condizioni di **maggior bisogno**, indipendentemente dalle capacità economiche e contributive dei singoli. Su tali principi è stato costituito il Servizio Sanitario Britannico attuale e da tale sistema ha preso spunto il nuovo assetto del nostro SSN.

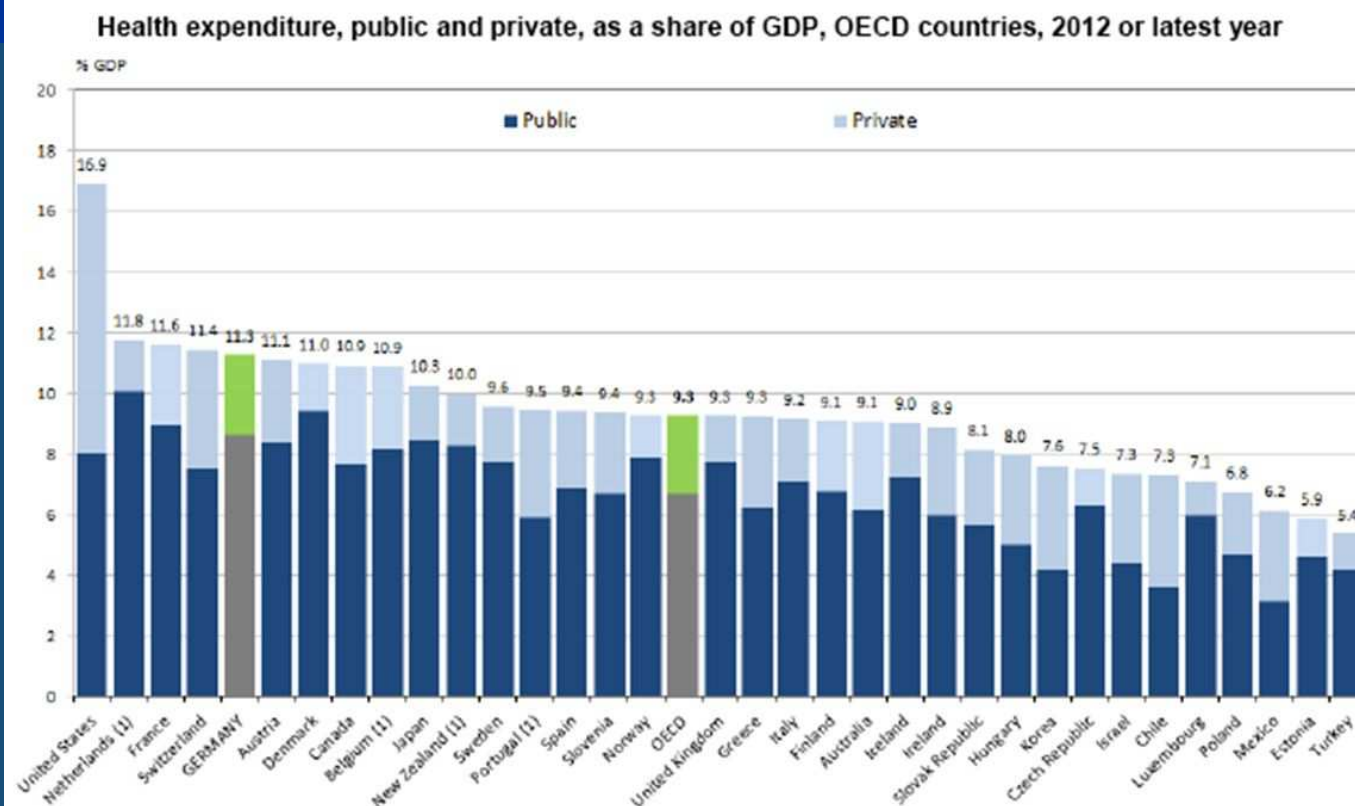
La sua espressione più riuscita è rappresentata dalla socialdemocrazia dei Paesi Scandinavi, incentrato sulla riduzione delle disuguaglianze in senso lato e, quindi, non solo sulla lotta alla povertà estrema.

Principali Sistemi Sanitari



Spesa Sanitaria nei Principali Sistemi Sanitari in area OCSE

Figura 1. Spesa sanitaria, pubblica e privata, come % del PIL.
Paesi OCSE. 2012.



Sistema Sanitario: ITALIA

(Modello Beveridge)



La sanità in Italia fino agli anni 70:

Fino alla metà degli anni settanta, la sanità in Italia era costituito da un **servizio pubblico non statale**, fatto in grande maggioranza di ospedali costituiti come enti morali, governati localmente, e di un numero piccolo di cliniche private.

Tra le **infermiere** forte presenza di **personale religioso**, che lavorava molte ore per salari molto bassi. Ciò rappresentava l'esito di una tradizione che, nei secoli, aveva visto nascere i servizi pubblici non dallo Stato, ma dalla iniziativa dei singoli e, più frequentemente, di forme associative, soprattutto di **matrice cattolica**.

Il sistema assicurativo era sostenuto da enti del parastato, come l'**INAM**, e da **mutue private** a sfondo corporativo. I medici di famiglia fornivano la loro opera come professionisti, pagati a "notula", ovvero a prestazione, nell'ambito delle assicurazioni di cui sopra.

Istituzione del SSN (Sistema Sanitario Nazionale) legge 833/1978:

Nel 1978 con la legge 833 venne istituito il **Sistema Sanitario Nazionale** (SSN) i cui principi ispiratori facevano riferimento al sistema sanitario britannico "**National Health System**" già in vigore dal 1948.

Il SSN si ispira quindi ad un "**Modello BEVERIDGE**" spinto anche dalla trasformazione in senso socialista del Paese:

I punti caratterizzanti del SSN furono:

- volontà di favorire l'**integrazione** tra servizi sanitari e prevenzione;
- lo Stato si afferma come il soggetto che **definisce** il bisogno di salute e **fornisce** la risposta complessiva a questo bisogno;
- lo Stato si afferma altresì come **il garante verso tutti** di tutta l'assistenza sanitaria necessaria
- vengono create le Unità Sanitarie Locali (USL) e la loro gestione, come degli Ospedali, viene affidata a "**politici**";
- i medici di famiglia sono pagati a "**quota capitaria**"

La crisi del SSN (Sistema Sanitario Nazionale)

Alla fine degli anni 80 il sistema istituito dalla 833 denuncia una crisi profonda caratterizzata dalle seguenti criticità:

- non è possibile garantire **risorse adeguate** a una domanda sempre in crescita;
- il grado di efficienza del servizio sanitario pubblico viene giudicato **decisamente insufficiente** anche a causa di una gestione definita dispersiva.

Inoltre da oltre 10 anni, con la liberalizzazione degli accessi universitari, le facoltà di medicina avevano cominciato a sfornare medici senza nessun controllo.

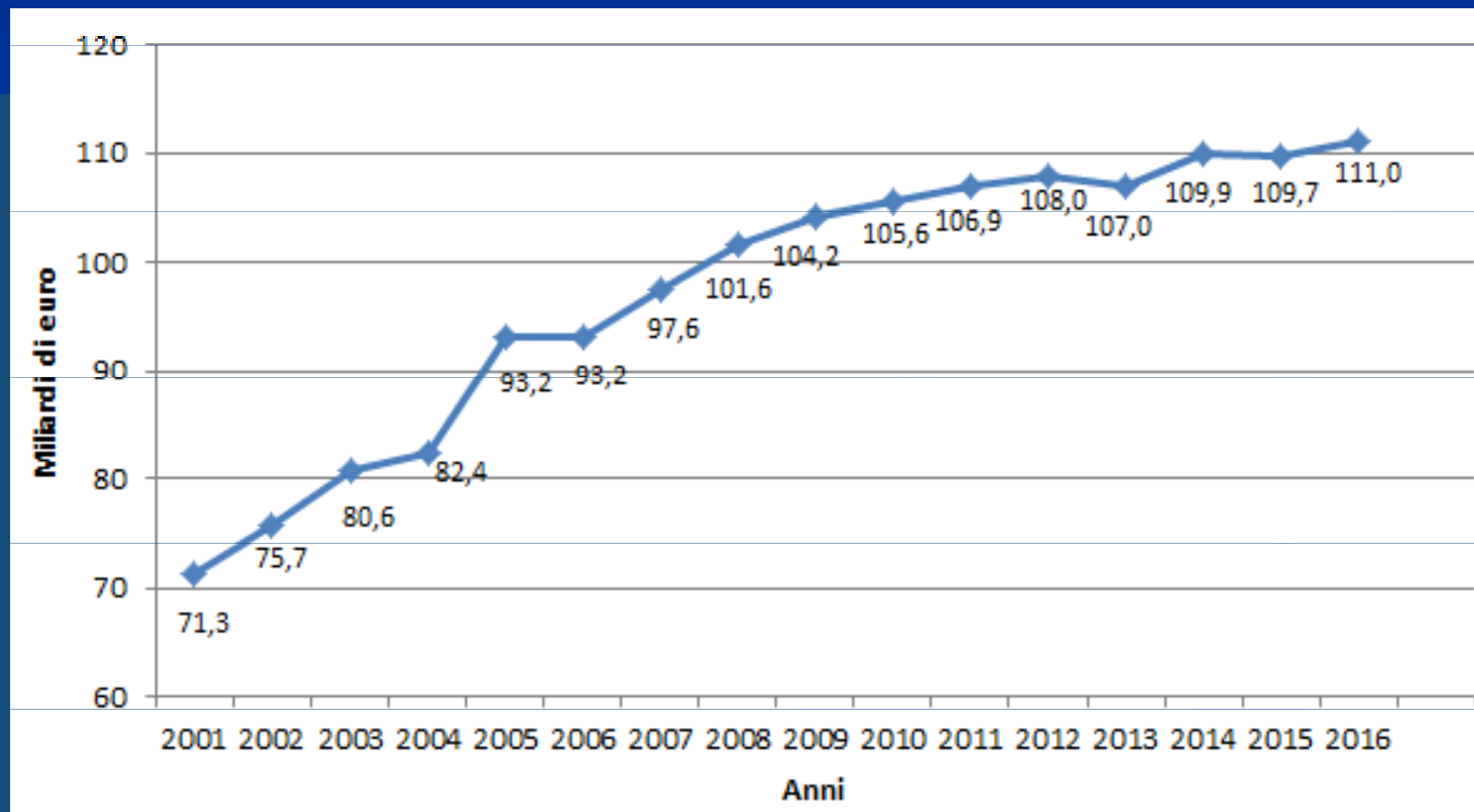
Aziendalizzazione della Sanità in Italia leggi 502/1992, 517/1993:

Si avviò così negli anni novanta una revisione rilevante del SSN con l'avvio di un processo di **aziendalizzazione delle USL e degli ospedali** nel tentativo di aumentare i livelli di efficienza. Il processo prevedeva altresì:

- L'introduzione degli standard minimi di assistenza garantiti (**LEA**) Livelli Essenziali di Assistenza;
- La partecipazione dei cittadini alla **spesa** sanitaria;
- L'esclusione dei "**politici**" dalla gestione che viene affidata a tecnici (ma anche questi di nomina politica);
- L'esaltazione del **ruolo delle regioni**;
- Il finanziamento delle ASL con **quota procapite**;
- Il finanziamento delle **aziende ospedaliere** finanziate per **prestazioni** (DRG per ricoveri e tariffario per prestazioni ambulatoriali).

Finanziamento della Sanità in Italia

Il FSN (Fondo Sanitario Nazionale) per il **2017** è stato determinato in **113,0 MILIARDI di Euro**



**le Regioni e il Ministero hanno concordato i
seguenti LEA da finanziare (e le relative quote
percentuali del FSN):**

prevenzione (5%);
assistenza distrettuale (51%);

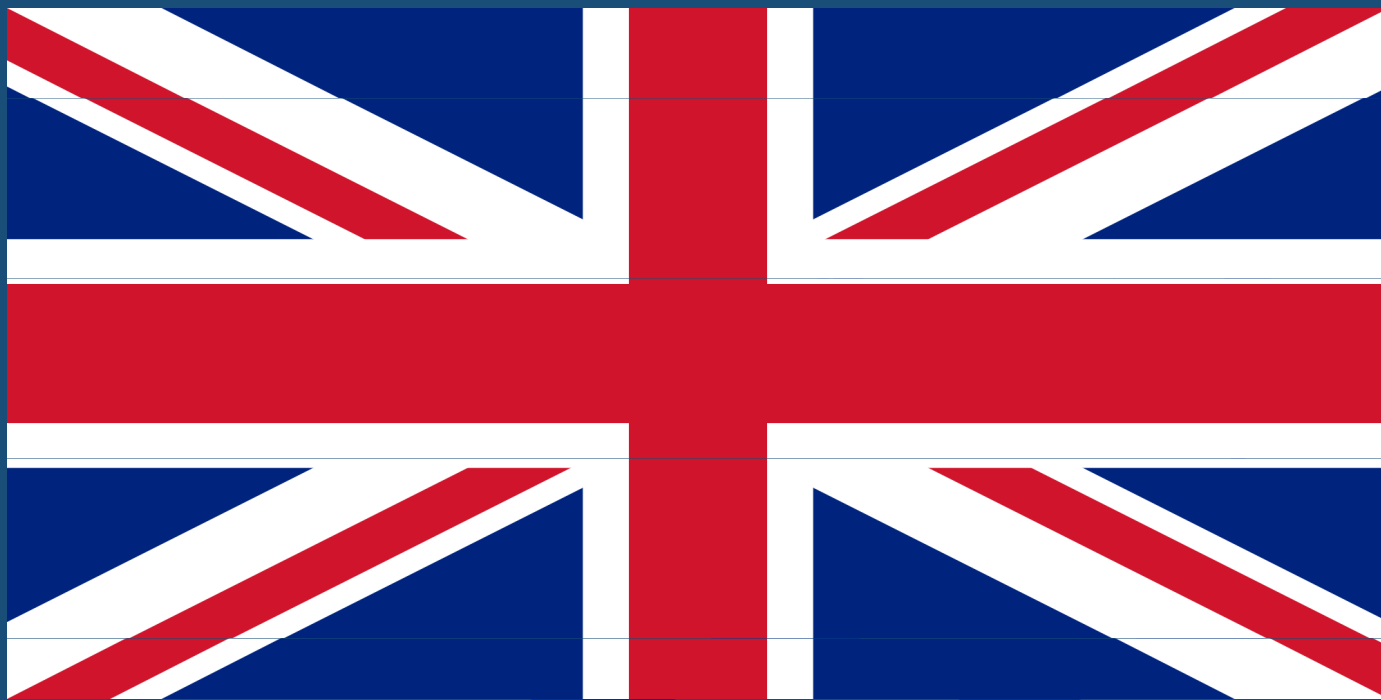
Così suddivisa:

assistenza territoriale (17%);
medicina di base (7%);
assistenza farmaceutica (14%);
assistenza specialistica (13%),

assistenza ospedaliera (44%).

Sistema Sanitario: Regno Unito

(Modello Beveridge)



E' un sistema sanitario statale (*National Health Service, NHS*) di lunga tradizione, essendo stato istituito nel 1948.

Copre il 100% della popolazione residente.

E' fortemente centralizzato sia in termini di offerta che di finanziamento, il quale proviene per il 85% dalla tassazione generale, il 13% da contributi sociali, il 3% da privati.

La spesa complessiva assomma al 6% del PIL ed è una tra le più basse in Europa.

Così la spesa sanitaria pro-capite, nell'Europa occidentale, è superiore solo a quella della Spagna.

E' un sistema caratterizzato da lunghi tempi di attesa. Nel 1990-91 è stata realizzata un'importante riforma i cui principi fondamentali sono:

- decentramento delle responsabilità, attraverso la pianificazione locale dei servizi sanitari (DHA, *District Health Authority*) e la trasformazione di questi, ospedali o servizi territoriali, in aziende autonome (*trust*)
- separazione tra acquisto e offerta dei servizi: le DHA acquistano i servizi contrattando con gli ospedali pubblici o privati; gli ospedali ricevono il pagamento in base alle prestazioni fornite secondo il prezzo e la qualità concordati
- incentivazione della iniziativa privata.

- Di particolare importanza è il ruolo dei medici di **base (General Practitioner, GP)**:
- ogni cittadino deve registrarsi presso un GP, che agisce in genere in associazione con altri;
 - il GP decide tutte le prestazioni sanitarie non di emergenza di cui hanno bisogno i suoi pazienti (**funzione gatekeeper**);
 - il GP contratta le prestazioni con gli ospedali e gli altri servizi sanitari;
 - questo crea una competizione con i DHA nella contrattazione con i fornitori di servizi e tra i diversi GP nell'acquisire i pazienti.

Nel 1999, con la **riforma Blair** sono stati introdotti i **Primary Care Groups**, con il compito di utilizzare un budget assegnato dalle autorità sanitarie locali per garantire l'assistenza di base e quella ospedaliera ai cittadini di un determinato ambito.

I Primary Care Groups hanno la responsabilità di commissionare i **servizi sanitari** per l'intera comunità locale e la possibilità di diventare indipendenti e di gestire essi stessi servizi sanitari pubblici, di **prendere decisioni** sull'uso delle proprie risorse cercando di ottenere il meglio sulla base delle necessità individuali o collettive dei pazienti ad essi afferenti.

Sistema Sanitario: **GERMANIA**

(Modello Bismak)



Si basa su due principi fondamentali, **sussidiarietà e solidarietà**.

Il primo principio afferma che lo Stato non può assumere funzioni che “l’individuo, la famiglia, le loro organizzazioni e gli Enti più vicini a loro” riescono meglio ad assolvere.

Per questo lo Stato delega l’amministrazione del settore sanitario alle GKV (*Gesetzliche Krankenversicherung o Assicurazioni Sanitarie Obbligatorie*), alle Associazioni delle Casse dei Medici, a livello di *Laender*, Comune o Distretto.

Il secondo principio prevede che con contributo assicurativo alle GKV di coloro che producono un reddito si finanziano le prestazioni per tutti i cittadini.

E’ fondato su un modello federalista che delega l’amministrazione e la programmazione (soprattutto ospedaliera) a livello regionale (*Laender*).

Il governo federale: **definisce le competenze e i doveri** delle Assicurazioni Statali Obbligatorie; garantisce lo sviluppo e la finanziabilità di queste; emana gran parte delle leggi concernenti il finanziamento degli ospedali.

Le GKV negoziano contratti con le associazioni di medici e di ospedali e che assicurano la copertura del 90% della popolazione. Il resto del mercato assicurativo è lasciato ai privati.

La contribuzione assicurativa è fissata in base al reddito.

Agli assicurati viene riconosciuto il diritto di **libera scelta del medico** e dell’ospedale dove curarsi. Né nella scelta, né nell’offerta vi sono differenze tra pubblico e privato.

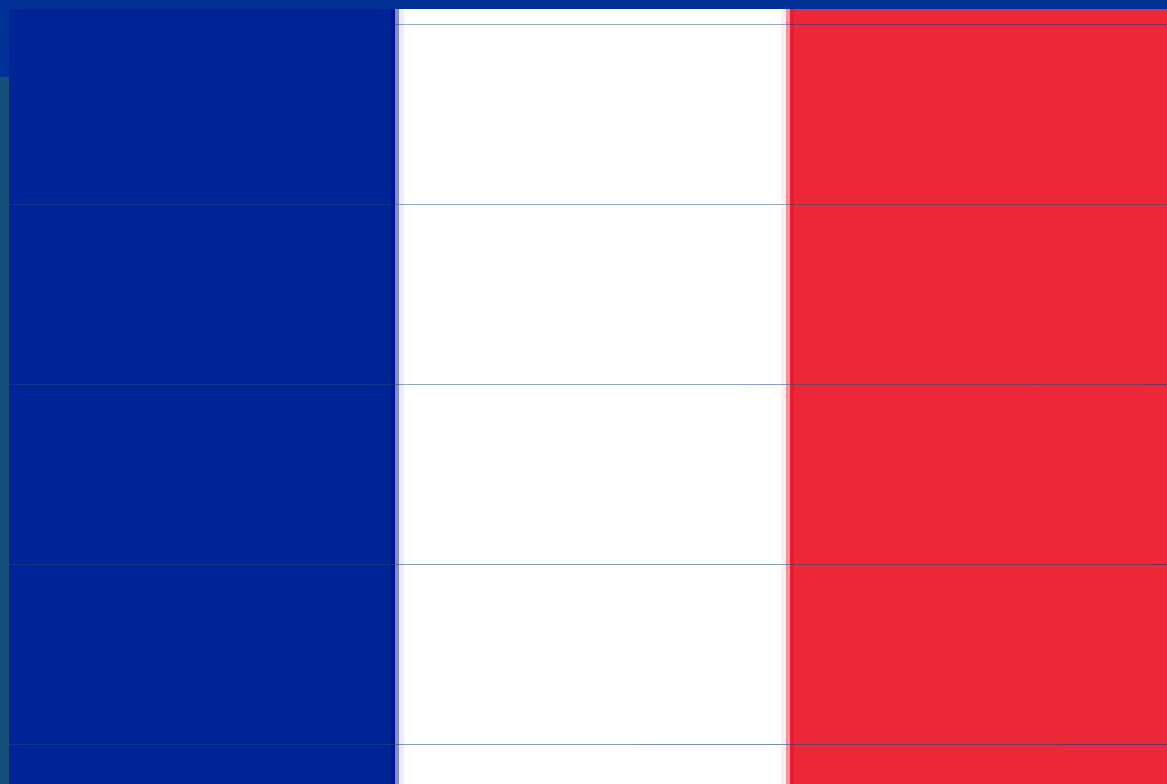
La struttura sanitaria presenta un eccesso di offerta e produce una spesa complessiva che è tra le più alte d’Europa (circa 11% del PIL).

Il pagamento delle spese ospedaliere viene contrattato con le assicurazioni, **secondo DRG**, tariffe speciali per interventi complessi, rette di degenza per i non acuti.

Si deve tenere conto che gran parte delle prestazioni di pronto soccorso viene svolta dai medici curanti, i quali agiscono in genere in associazione.

Sistema Sanitario: FRANCIA

(Modello Bismark)



E' un sistema a finanziamento prevalentemente **pubblico** basato sull'assicurazione sociale obbligatoria presso varie casse mutua che coprono circa l'80% della popolazione.

Lo **stato** si preoccupa di proteggere le fasce a **reddito più basso**. Rispetto a Italia e UK da una parte e Germania dall'altra la Francia è caratterizzata da **un modello intermedio** che prevede la libera scelta del medico di medicina generale, così come dello specialista, con un pagamento diretto della prestazione che viene rimborsata dall'assicurazione al netto del *ticket modérateur* (pari al 20% della spesa).

In questo tipo di organizzazione il medico di medicina generale non svolge funzione di *gatekeeper*. Gli ospedali **godono di ampia autonomia** e nel 35% dei casi sono **privati** anche se dimensioni generalmente più piccoli dei pubblici. Sono controllati da *l'Agence Regionale de l'Hospitalisation l'Agence Nationale d'Accreditation*.

Gli ospedali pubblici vengono finanziati sulla base **di budget annuali** (in genere con contratti pluriennali). Gli ospedali privati no profit nello stesso modo, quelli **for profit** a prestazione.

Il livello di spesa sanitaria francese è uno dei più elevati in Europa (9.9% del GDP nel '97) e ciò viene attribuito a una relativamente grande libertà di scelta dei medici, degli ospedali e delle prestazioni..

Sistema Sanitario: SPAGNA

(Modello Beveridge)



Dopo la fine del regime franchista, il sistema è evoluto **in senso nazionale**, con un finanziamento dell'80% derivato dalla fiscalità generale, il resto da contributi privati.

La spesa sanitaria complessiva si aggira sul 7.5% del PIL. Recentemente è stata incoraggiata **l'iniziativa privata** che copre circa il 44% dei servizi sanitari.

Gli ospedali sono finanziati per DRG, variamente corretti dal *case mix*. Interessanti sono gli esperimenti di autonomia in itinere con l'attribuzione di budget completamente gestiti da associazioni di medici di medicina generale.

Sistema Sanitario: STATI UNITI

(Modello Liberista)



I governo statunitense, preoccupato delle crescenti istanze, verso la nazionalizzazione del sistema sanitario, sponsorizzò la nascita delle **Health Maintenance Organisation** (“Organizzazioni per il Mantenimento della Salute”, HMO). Queste organizzazioni si basano sulla cosiddetta “*managed competition*” (competizione controllata), in cui le prestazioni sanitarie sono poste in competizione per prezzo e qualità, affidando la progettazione e lo sviluppo della assistenza a un sistema di mercato.

Vengono tendenzialmente eliminate le cure inutili e viene incentivato il controlli dei costi, non solo come si fa tradizionalmente attraverso **budget fissi**, pre-pagamento, regole di accesso, criteri guida e verifica della qualità della pratica e dell'utilizzo delle risorse, ma anche chiamando i medici a partecipare del management e del rischio economico delle HMO.

Nel 1980 la sanità statunitense costava 250 miliardi di dollari, corrispondenti al 9,2% del prodotto nazionale lordo. Dichiarando che “**le regole non funzionano**” il Presidente Reagan accentuò ancora di più le tendenze liberistiche nel governo della sanità. Nel 1990, la spesa sanitaria aveva raggiunto i 666 miliardi di dollari, ovvero il 12,1% del prodotto interno lordo. Nel 2000 è stata 1750 miliardi di dollari, circa il 15% del PIL, praticamente il doppio della percentuale europea.

La sanità americana è un universo in cui coesistono la più elevata spesa pro capite del mondo, un'insoddisfazione degli utenti vicina al 90%. Più di un cittadino americano su sette è privo di assicurazione contro le malattie -mediamente, circa il 13% della popolazione- e questa proporzione sale a uno su quattro nelle classi lavoratrici più povere.

La mancanza di assicurazione sembra dovuta all'elevato costo dei contratti, a volte negati quando si tratti di **persone anziane** o già ammalate, e a una politica di polizze a “formaggio svizzero”, ovvero piene di buchi nella **copertura del rischio**. Si arriva al paradosso che la **prima potenza del mondo** si trova solo in **ventiduesima posizione** nei confronti della mortalità infantile..

La Costituzione **non considera** la salute un diritto del cittadino, né l'assistenza sanitaria un dovere dello Stato, in quanto la malattia viene valutata soltanto come uno dei possibili rischi connessi alla vita.

Esiste una forma di copertura pubblica delle spese mediche (46.7% della spesa totale), costituita da programmi finanziati e gestiti dallo Stato centrale o dai singoli Stati federati. I più importanti sono **Medicare**, riservato ai cittadini che hanno superato i 65 anni di età (circa 37 milioni) e **Medicaid**, per le famiglie che dispongono di entrate inferiori alla soglia di povertà (38 milioni di cittadini).

I fondi per il finanziamento di questi programmi derivano da trattenute sulla busta paga dei lavoratori (*pay-roll tax*), *dalla tassazione generale e dalla* compartecipazione ai costi sanitari richiesta agli assistiti per un elevato numero di prestazioni. La stragrande maggioranza dei cittadini americani si copre dal rischio di malattia ricorrendo al sistema assicurativo privato (**53.7% della spesa totale**). Accanto a compagnie for profit esistono le cosiddette *Blues*, che operano esclusivamente nel ramo della salute senza scopo di lucro. I sistemi assicurativi più utilizzati sono quelli delle HMO. Le assicurazioni tradizionali sono diffuse soprattutto nelle grandi aziende, che trattengono una quota di retribuzione dei propri dipendenti e trattano direttamente, per i servizi sanitari, con medici e ospedali. Le HMO, invece basano la loro gestione sull'accorpamento in una sola struttura dell'entità finanziatrice e di quella erogatrice dei servizi, forniti da medici e strutture sanitarie in convenzione o proprie.

Negli Stati Uniti, sono sorti centinaia di programmi di *"managed care"* (cure organizzate), nell'ambito delle HMO e non solo, e le compagnie private di assicurazione hanno diminuito i premi solitamente pagati dagli imprenditori a favore dei loro dipendenti. Una quota dei costi della sanità è stata spostata direttamente sui lavoratori, che possono dover pagare fino a **2000-2500 dollari** delle parcelle presentate dai medici e dagli ospedali alle loro compagnie assicuratrici. E' stato valutato che i cittadini americani pagano circa **il 25% in più dei cittadini degli altri paesi industrializzati** come contributo diretto alle spese della sanità.

Uno studio recente, condotto sui reparti di emergenza di cinque ospedali universitari dell'area di Boston, ha dimostrato che su 2.562 pazienti di età inferiore a 65 anni, ricorsi alle prestazioni di tali reparti, il **15% non era assicurato** e che, a parità di problemi sanitari presentati, questa quota di pazienti aveva molte meno probabilità di essere ricoverata.

Gli ospedali americani sono per il 20% pubblici, per il 70% centri privati senza scopi di lucro e per il 10% centri privati for profit. Le HMO sono oggi la forma di copertura sanitaria più diffusa: più di cinquanta milioni di americani vi appartengono e già nel 1995 più del 83% di tutti i medici praticanti negli Stati Uniti aveva almeno un rapporto contrattuale con una di queste organizzazioni. Le HMO contrattano con coloro che vogliono essere assicurati, singoli o rappresentanti di gruppi (come gli imprenditori che vogliono offrire l'assicurazione ai dipendenti), il tipo di servizi previsti in cambio di una quota fissa, prepagata annualmente o a intervalli minori.

Il sistema è capitarario: la HMO si impegna a fornire le prestazioni eventualmente richieste anche quando il loro costo superi l'entità della quota prepagata negli anni precedenti o da pagarsi in futuro. Tale perdita operativa è compensata dal fatto che in un gruppo sufficientemente vasto di assicurati, circa l'80%, ogni anno, non soffre di disordini della salute tali da richiedere assistenza sanitaria. La contrattazione viene tendenzialmente realizzata ai costi minori possibili per la compagnia assicuratrice e per l'assicurato, soprattutto quando questo agisce per conto di gruppi relativamente vasti di individui.

La maggior attenzione è prestata a eliminare le cure non necessarie o inappropriate con l'accordo che i risparmi non sono solo guadagni per la compagnia assicuratrice, ma anche per l'assicurato, che si vedrà ridotti i premi.