

Il sistema sanitario cileno

2016-07-06 10:07:09 Redazione SI

pubblicato su:
SSANIA



Sergio Cinocca e Giovanni Moser

Il Cile è stato tra i primi paesi latino-americani a attuare riforme sanitarie innovative, prima il modello Bismarck, in seguito quello Beveridge. Poi sono arrivate le riforme liberiste del governo Pinochet. Attualmente il sistema sanitario cileno è un mix di pubblico e privato, che non funziona molto bene e lascia insoddisfatta la maggioranza della popolazione. Un sistema da tenere sott'occhio, perché una cosa simile potrebbe capitare in Italia.

“In America Latina il Cile è stato spesso un innovatore in ambito sanitario”, si legge nel paper dedicato ai cambiamenti del sistema sanitario cileno pubblicato sul *NEJM* lo scorso gennaio^[1]. Il Cile è stato tra i primi paesi ad adottare un sistema di sicurezza sociale di tipo Bismarck, che fornisce ai dipendenti una copertura assicurativa finanziata con i contributi dei lavoratori e delle imprese. Negli anni '50 il Cile creò un servizio sanitario nazionale gestito dallo stato e basato sul modello britannico del National Health System e finanziato dalla fiscalità generale.

Fino agli anni '80, il sistema sanitario cileno era prevalentemente pubblico sia dal punto di vista del finanziamento che di erogazione dell'assistenza; esisteva anche un settore privato, a cui si rivolgevano i cittadini più ricchi, occupando però uno spazio marginale. Un sistema molto efficiente per gli standard latinoamericani e con risultati evidenti, essendo gli indicatori di salute tra i migliori della regione. Il tasso di mortalità infantile era passato dai 136 per 1000 nati vivi del 1950 ai 33 per 1000 del 1980 e la prevalenza di malnutrizione tra i bambini sotto i 6 anni era diminuita dal 37% al 11,5%.

Negli anni '80 il governo militare di Augusto Pinochet, giunto al potere con il sanguinoso colpo di stato del 1973 (che vide l'assassinio del presidente Allende), attuò anche in sanità politiche liberiste che promuovevano le assicurazioni private e lo sviluppo di un forte sistema privato di erogazione dei servizi. I lavoratori dipendenti potevano uscire dal sistema di sicurezza sociale e utilizzare il 7% previsto per legge del loro stipendio per acquistare polizze sanitarie da assicurazioni private, le quali stipulavano accordi con fornitori privati, promuovendo così una rapida crescita di ospedali e cliniche private. Si venne così a creare un doppio sistema sanitario: uno pubblico, finanziato attraverso un'agenzia statale, il *Fondo Nacional de Salud* (FONASA), e uno privato che arrivò a coprire il 26% della popolazione, la quale spendeva in servizi sanitari fino a due volte tanto rispetto alla popolazione FONASA.

Il governo militare decentrò i servizi di cure primarie, portandoli gradualmente negli anni '80 sotto il controllo municipale. Nonostante il sistema dipenda tuttora sostanzialmente dal finanziamento del governo centrale, il decentramento ha migliorato l'equità di allocazione tra municipalità ricche e povere, in termini sia di trasferimenti di budget dal governo centrale sia di tasse locali destinate ai servizi di cure primarie.

Con il ritorno alla democrazia nel 1989, il nuovo governo, formato da una coalizione di partiti di centrosinistra, non riformò il sistema di Pinochet, limitandosi solo a incrementare i fondi pubblici, soprattutto per gli ospedali. Ciò però non fu accompagnato da un miglioramento dell'efficienza. Così la cattiva gestione nei servizi pubblici portò a un peggioramento nella qualità delle cure e a un allungamento delle liste d'attesa, a tutto vantaggio del sistema privato che cresceva e attraeva sempre più personale qualificato. Dato però che i costi delle cure aumentavano più rapidamente dei salari, la classe media aveva sempre più difficoltà a ottenere l'assicurazione privata con il solo 7% obbligatorio di contributi, quindi o pagava una tariffa addizionale (arrivando a contribuire in media col 10% del proprio stipendio) o ritornava al sistema pubblico. Col tempo, sempre meno famiglie sono riuscite a permettersi un'assicurazione privata, che ora copre solo il 19% della popolazione.

Il Cile ha continuato a fare progressi nell'ambito delle malattie trasmissibili e della mortalità, ma nel 2003 una survey nazionale sullo stato di salute, ha rivelato che i tassi di prevalenza di condizioni croniche come obesità, diabete, cancro e malattie cardiache erano comparabili con quelli dei Paesi ad alto reddito: il 61% della popolazione era sovrappeso o obesa, il 33,7% aveva l'ipertensione, il 6,3% aveva il diabete e il 17,5% aveva avuto sintomi depressivi nell'anno precedente. La migliorata situazione economica del Cile, l'invecchiamento della sua popolazione e la mancanza di attenzione alla prevenzione di malattie non trasmissibili hanno cominciato ad avere i loro effetti negativi sulla salute.

Nel 2010, una sentenza della Corte Costituzionale ha messo in crisi il sistema assicurativo privato, bollando come discriminatori i suoi meccanismi di calcolo dei premi aggiustati per genere e età, ma non proponendone di alternativi. A seguito di ciò un numero crescente di iscritti alle compagnie assicurative private (*Instituciones de salud previsual, ISAPRE*) sta facendo causa per contrastare l'aumento dei premi assicurativi. La Corte generalmente accoglie queste richieste, minacciando così la sostenibilità finanziaria di ISAPRE.

La popolazione cilena è sempre meno soddisfatta del proprio sistema sanitario: lo sono sia gli iscritti alle assicurazioni private (meno del 50% è soddisfatto), che – e ancor più – quelli che fruiscono dei servizi pubblici (qui il livello di soddisfazione scende al 25%). E ciò mette in luce le profonde disuguaglianze nell'accesso e nella qualità delle cure che riflette le altrettanto profonde disuguaglianze economiche all'interno del paese: secondo la Banca Mondiale, infatti, in Cile il reddito medio del quintile più ricco è 17,5 volte maggiore quello del quintile più basso e il 20% più ricco della popolazione detiene quasi il 60% della ricchezza nazionale.

È urgente riformare il sistema per renderlo più equo, sostiene la commissione istituita dal Presidente del Cile. La proposta è quella di ritornare a un unico sistema assicurativo pubblico (a *single-payer public insurance system*), sul modello Canadese. Non tutti sono d'accordo e la discussione è in corso.

Nella **Tabella 1** sono riportati i principali indicatori di salute, di struttura e di spesa sanitaria.

Nei **Box A e B** i percorsi assistenziali standard per infarto miocardico e assistenza al parto, tratti dal citato articolo del *NEJM*.

Tabella 1. Sistema sanitario cileno. Indicatori di salute, di struttura e di spesa.

Variable	Value
Health expenditure	
Per capita (US\$)	1,217
Percentage of GDP	7.8
Out-of-pocket (% of private health expenditure)	10.0
Public sources (% of total)	46.1
Health insurance	
Percentage of population covered in 2014	100% private, 70% public
Source of funding	Private: 7% of wages, voluntary contribution (average 3%) Public: 7% of wages (34% of total) + state subsidy (30% of total)
Average physician visits in 2014 (US\$) (range of average (median) range)	
Subtotal general practitioners	40,000 (4.0)
Subtotal specialists	11,300 (6.3)
Comorbidity, upper limb (balance in 2014) (%)	39.8
Specialists	52.1
Access	
No. of hospital beds per 10,000 population in 2014	22.7
No. of physicians per 10,000 population in 2014	1.28
Total government health expenditure spent on mental health care in 2012 (%)	2.8
Life and death	
Life expectancy at birth (yr)	79.8
Additional life expectancy at 60 yr (yr)	14.2
No. of deaths per 1,000 population in 2012	11.7
Annual no. of infant deaths per 1,000 live births	7.0
Annual no. of deaths of children <15 yr of age per 1,000 live births	12.2
Annual no. of maternal deaths per 100,000 live births	22
Fertility and maternal	
Average no. of births per woman	1.8
Births attended by skilled health personnel in 2010 (%)	99.7
Prevalence of disease	
General availability of voluntary cancer screening of patients (rate found in 2010)	No
Prevalence of chronic diseases (%)	36
Diabetes in persons 20–79 yr of age	9.5
HIV infection in 2012	0.2
Prevalence of risk factors (%)	
Obesity in adults <18 yr of age in 2014	27.8
Underweight in children <5 yr of age in 2008	0.5
Underweight in children <5 yr of age in 2008	0.5
Smoking in 2011	41

¹ Data are from the Organization for Economic Cooperation and Development, Chile's Superintendencia de Salud, Fondo Nacional de Desarrollo, Ministerio de Salud, and Dirección de Salud. For World Bank and the World Health Organization and data for 2012, except as noted. The data are available for physicians in the private system, GDP, domestic gross domestic product, and HIV human immunodeficiency virus.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

BOX A. Infarto miocardico

Un uomo di 55 anni, senza altre patologie gravi, ha un infarto miocardico moderatamente severo.

Il signor Lopez si sveglia sentendosi stanco e debole con difficoltà respiratorie. Sua moglie lo porta al centro di salute più vicino a San Fabián de Alico, una piccola città rurale, a 20 minuti di cavallo, dove sono accolti da un medico ecuadoriano che hanno visto varie volte in precedenza. Il dottore ordina un ECG, che viene analizzato da un cardiologo a 400 km di distanza, a Santiago, che fa diagnosi di infarto miocardico. Vengono immediatamente somministrati ossigeno, aspirina e clopidogrel e il signor Lopez viene trasferito con l'ambulanza all'ospedale Las Higueras a Talcahuano, a due ore di distanza, per cure avanzate.

L'ospedale Las Higueras è stato designato centro di riferimento cardiovascolare di riferimento per la regione del signor Lopez. Egli viene prontamente ricoverato presso l'unità coronarica e diretto verso il laboratorio di emodinamica, dove vengono impiantati due stent dopo, che l'angiografia aveva mostrato una riduzione critica del flusso in due arterie coronarie (19 ospedali pubblici in Cile possono eseguire l'angioplastica primaria per una popolazione di 14 milioni pazienti FONASA -il sistema pubblico-). Tre giorni dopo, il signor Lopez viene dimesso a domicilio con alcune medicine, completamente coperte dall'assicurazione sanitaria pubblica.

Due giorni dopo la dimissione, viene visitato da un'infermiera cardiovascolare all'ospedale San Carlos, un ospedale di comunità non lontano dal centro di salute. L'infermiera esegue un'ecocardiografia e manda le immagini all'ospedale di riferimento. Vedendo un versamento pericardico moderato, si mette in contatto con un cardiologo reperibile all'ospedale Las Higueras, che immediatamente riguarda le immagini ed esclude un tamponamento cardiaco. Il cardiologo decide di confrontarsi con il paziente, usando una connessione video ad alta definizione, che gli permette di aggiustare la terapia del signor Lopez e concordare un piano di riabilitazione cardiaca, seguendo le linee guida nazionali.

Due mesi dopo, il signor Lopez racconta, rispondendo ad un sondaggio, di essere stato molto soddisfatto delle cure che ha ricevuto, sottolineando che, nonostante il centro di salute sia vecchio di 15 anni e bisognoso di ristrutturazione, il medico ha fatto una diagnosi corretta e lo ha trasferito immediatamente da un cardiologo. "Mi hanno salvato la vita" conclude.

BOX B. Gravidanza e parto

Una donna di 23 anni, in buona salute, è incinta per la prima volta.

La signora Perez riceve le cure prenatali al centro di salute. In qualità di paziente dell'assicurazione pubblica, non paga le cure prenatali, che includono test di laboratorio e due ecografie. Protocolli clinici indicano quali supplementi vitaminici deve ricevere una donna incinta e quali attività educative lei e il suo partner possono frequentare. Le cure prenatali sono eseguite da ostetriche, ma le pazienti ad alto rischio vengono seguite da un ginecologo in una clinica specializzata.

La quasi totalità dei parti in Cile è assistita da professionisti sanitari e gli outcome clinici delle cure ostetriche sono simili tra i due sistemi, pubblico e privato. C'è un 50% delle possibilità che la signora Perez sia assistita da un'ostetrica. Generalmente un ginecologo verrebbe chiamato per una gravidanza ad alto rischio o per un parto complicato o nel caso sia necessario un parto cesareo, ma la signora Perez ha meno probabilità di partorire con parto cesareo nel sistema pubblico (40% dei parti) rispetto a un ospedale privato (70%) dove tutti i parti prevedono la presenza di un ostetrico-ginecologo.

La signora Perez ha scelto di usare il programma di voucher FONASA e andare in un ospedale privato, dove c'è maggiore supporto clinico al parto, con rapido accesso all'eventuale specialista necessario. Nell'ospedale privato, è potuta rimanere per due giorni in una stanza privata.

Quando il bambino ha compiuto 10 giorni, la signora Perez ha effettuato la prima visita neonatale con un'infermiera al centro di salute e ha fissato un appuntamento con un dottore per la visita del primo mese. Visite neonatali, attività educative, vaccini, integratori e anche il latte in polvere per bambini più grandi sono forniti gratuitamente nei centri di salute. Ad ogni modo, molti bambini sono portati presso cliniche private per essere assistiti da medici piuttosto che da infermieri e alcune famiglie possono permettersi di pagare vaccinazioni aggiuntive, incluso il rotavirus, l'epatite A e la varicella.

Sergio Cinocca e Giovanni Moser, Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina preventiva, Università di Bologna

Bibliografia

Bossert TJ, Leisevitz T. Innovation and Change in the Chilean Health System. N Engl J Med 2016; 347.

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-