



Chiara Milani

Altri paesi possono imparare molto dal Canada. La principale lezione è che un sistema sanitario pubblico troppo focalizzato sull'ospedale e sull'assistenza medica produrrà pochi risultati: anche aumentando in maniera massiccia la spesa non si risolveranno i problemi, a meno che non si introducano le riforme necessarie basate sull'integrazione dei servizi e sulla responsabilizzazione dei medici. In definitiva i medici devono diventare *full partner* del sistema, direttamente impegnati nel progettarne la direzione e pienamente impegnati nel migliorare l'accessibilità, la qualità e l'efficienza.

Nel maggio 2009 Saluteinternazionale.info dedicò un post al [sistema sanitario canadese](#) a cura di Tiziana Sabetta e Luca Valerio, dove all'inizio si spiegava che tale sistema è regolato da una riforma (*Canada Health Act*), approvata nel 1984. La legge stabilisce i cinque principi fondamentali del sistema sanitario canadese:

Universalità: devono riguardare tutti i cittadini.

Globalità (*Comprehensiveness*): devono coprire tutti i trattamenti "medicalmente necessari".

Accessibilità: devono essere fruibili da tutti i cittadini indipendentemente dal loro reddito.

Portabilità: la copertura deve proseguire anche durante i viaggi che i cittadini compiono

all'interno del Paese o all'estero.

Pubblica amministrazione: devono essere amministrati e gestiti da un'autorità pubblica senza scopo di lucro.

I principali attori del sistema sanitario sono:

il governo federale, responsabile della maggior parte del finanziamento tramite la fiscalità generale. Il governo federale eroga direttamente le prestazioni (cure primarie e di emergenza, oltre ad alcune prestazioni supplementari) a circa un milione di persone (indigeni, eschimesi, militari, rifugiati).

I governi delle dieci province e dei tre territori, che sono i destinatari dei fondi trasferiti dal governo federale e i responsabili della gestione dei servizi sanitari dell'area di competenza. Ciascuna provincia e territorio garantisce ai propri cittadini, tramite il programma assicurativo Medicare, l'assistenza ospedaliera e l'assistenza primaria tramite i medici di famiglia (ovvero le prestazioni medically necessary, erogate in forma completamente gratuita, previste nel *Canada Health Act*). Ciascuna provincia e territorio inoltre (entro i limiti posti dal governo federale) finanzia ed eroga prestazioni supplementari come assistenza domiciliare, assistenza residenziale a lungo termine, trasporti in ambulanza, assistenza protesica.

Si può dunque definire quello canadese come un sistema universalistico - modello Beveridge - di tipo decentrato.

Un recente articolo del *New England Journal of Medicine*[\[1\]](#) mette a fuoco la sanità canadese evidenziandone i punti di forza, ma anche le criticità, a partire dalle sue origini.

Il Canada Health Act del 1984 è infatti il frutto di lungo e anche contrastato percorso iniziato negli anni 40 nella provincia canadese del Saskatchewan (dove nel 1944 fu eletto il primo governo social-democratico del Nord America). Qui nel 1947 fu istituita **l'assicurazione universale ospedaliera** (con il consenso generale) e nel 1961 **l'assicurazione medica** che invece provocò un accanito scontro politico, che culminò in uno sciopero dei medici di 23 giorni e che ne rallentò l'attuazione. La durezza, il rancore e le divisioni dello sciopero possono essere paragonabili ad una guerra civile, per gli standard canadesi di ordine pubblico. A questo inizio teso, tuttavia, fece seguito una favorevole diffusione ed attuazione del nuovo modello. Anche le province che si erano dimostrate riluttanti a seguire l'esempio di Saskatchewan attuarono i piani per la copertura universale delle cure ospedaliere nel 1961 e quelli per la copertura medica nel 1971, facilitate dal fatto

che il governo federale si impegnava a pagare circa la metà dei costi di questi programmi.

È cambiato molto, tuttavia, negli anni - in primo luogo il ruolo del governo federale, che è stato gradualmente ridotto. Il governo federale cominciò a ridurre la sua quota di finanziamento negli anni settanta e cedette alcune tasse (conosciute come tax points) alle province come compenso. Oggi, Ottawa provvede a circa il 20% del totale della spesa sanitaria pubblica attraverso trasferimento in denaro alle Province. Il denaro è trasferito in larga parte senza obblighi di destinazione: le province devono solamente aderire al *Canada Health Act* (1984), che prevede che siano fornite le cure ospedaliere e i servizi medici a tutti i residenti senza pagamenti aggiuntivi, così da adempiere al principio dell'accesso universale alle cure sancito nella legge di istituzione del sistema sanitario.

La larga autonomia concessa alle Province ha prodotto la creazione di tredici sistemi sanitari diversi, per le dieci province e i tre territori, il cui budget è per 35-50% destinato alla sanità. Le differenze tra le varie aree del paese non riguardano tanto l'assistenza ospedaliera e l'assistenza medica, quanto per quei servizi che vengono finanziati con risorse proprie delle province e dei territori come la fornitura dei farmaci, i servizi socio-sanitari comunitari, l'assistenza domiciliare e residenziale agli anziani, la riabilitazione. La loro accessibilità è molto variabile in relazione alle scelte e alle politiche locali, più o meno generose. In generale però la fruizione di questi servizi prevede forme più o meno pesanti di compartecipazione alla spesa. Tutto ciò negli ultimi tempi ha prodotto due conseguenze: lo sviluppo di un settore privato for-profit (soprattutto nel campo dell'assistenza agli anziani) e delle assicurazioni private integrative. La spesa sanitaria privata rappresenta il 30% della spesa sanitaria totale ed è suddivisa equamente tra spesa diretta delle famiglie (out-of-pocket) e spesa intermediata dalle assicurazioni (vedi tabella 1 che riassume i principali indicatori di spesa sanitaria e di salute della sanità canadese).

La fornitura dei farmaci è un aspetto particolarmente problematico: solo la metà del prezzo di questi è pagato dallo Stato. Sono stati molti i tentativi per l'approvazione di un programma nazionale dei farmaci, ma c'è poco interesse nell'attuarlo. La copertura varia notevolmente tra le province. Alcune hanno generosi programmi per tutti gli anziani, con una bassa compartecipazione di spesa e una non considerazione del reddito. Altri restringono i finanziamenti all'assistenza sociale.

La conseguenza di questo approccio frammentato sono alti costi, percentuali

importanti di non aderenza ai piani terapeutici e utilizzo inappropriato. Uno sviluppo positivo è stato la collaborazione tra le province per la riduzione dei prezzi dei farmaci generici, precedentemente tra i più alti al mondo, al 18% del costo del farmaco originale (ancora più alto del necessario secondo alcuni analisti).

Tabella

Selected Characteristics of the Health Care System and Health Outcomes in Canada.*	
Variable	Value
Health expenditures	
Per capita (\$ U.S.)	5,741
Percentage of GDP	10.9
Out-of-pocket (% of private expenditures on health)	50.1
Public sources (% of total)	70.1
Health insurance	
Rate in population (%)	100
Source of funding	Federal and provincial taxes for public portion
Generalist–specialist balance (%)	
Generalists	47
Specialists	53
Access	
No. of hospital beds per 10,000 population in 2010	27
No. of physicians per 1000 population	2.5
Percentage of total government health expenditures spent on mental health care in 2011	7.2
Primary care physicians using electronic medical records exclusively in 2014 (%)	42
Life and death	
Life expectancy at birth (yr)	81
Additional life expectancy at 60 yr (yr)	25
Annual no. of deaths per 1000 population	7
Annual no. of infant deaths per 1000 live births in 2013	5
Annual no. of deaths of children <5 yr of age per 1000 live births in 2013	5
Annual no. of maternal deaths per 100,000 live births in 2013	11
Fertility and childbirth	
Average no. of births per woman	1.6
Births attended by skilled health personnel in 2011 (%)	98
Pregnant women receiving any prenatal care in 2007 (%)	100
Preventive care	
General availability of colorectal-cancer screening at primary care level in 2010	Yes
Children 12–23 mo of age receiving measles immunization in 2013 (%)	95
Prevalence of chronic diseases (%)	
Diabetes (% of 2013 population 29–79 yr old)	7.9
HIV	0.2
Prevalence of risk factors (%)	
Obesity in adults >20 yr of age in 2008	24.3
Overweight in children 5–17 yr of age in 2011	31.5
Smoking in 2013	19.3

* Data are from the World Bank, the Organization for Economic Cooperation and Development, the Commonwealth Fund, the National Physician Survey, the Public Health Agency of Canada, Statistics Canada, and the World Health Organization, and are for 2012 except as noted. GDP denotes gross domestic product, and HIV human immunodeficiency virus.

Nonostante tali recenti successi, il sistema sanitario canadese - nota l'articolo del *NEJM* - continua a mostrare molte criticità, come dimostrato da una ricerca del Commonwealth Fund che pone il Canada nelle posizioni di coda quanto a performance tra i paesi più ricchi[2] . Tra queste il sistema di pagamento a prestazione che è ancora la modalità principale di pagamento dei medici in molte province e l'eccessivo grado di autonomia nella pratica clinica da parte dei medici, che esita in importanti e non giustificate differenze nella stessa. Il Canada inoltre ha introdotto solo recentemente la cartella clinica elettronica, ma manca una cultura clinica della ricerca e dell'utilizzo dei dati di performance per attuare dei miglioramenti.

Un mantra del movimento per il miglioramento della qualità è che noi possiamo imparare di più dai fallimenti che dai successi. Se questo è vero - conclude l'articolo del *NEJM* - altri paesi possono imparare molto dal Canada. La principale lezione è che un sistema sanitario pubblico troppo focalizzato sull'ospedale e sull'assistenza medica produrrà pochi risultati: anche aumentando in maniera massiccia la spesa non si risolveranno i problemi, a meno che non si introducano le riforme necessarie basate sull'integrazione dei servizi e sulla responsabilizzazione (*accountability*) dei medici. In definitiva i medici devono diventare *full partner* del sistema, direttamente impegnati nel progettare la direzione e pienamente impegnati nel migliorare l'accessibilità, la qualità e l'efficienza.

INFARTO MIOCARDICO

Un uomo di 55 anni senza gravi problematiche sanitarie manifesta un infarto del miocardio abbastanza importante.

Mr. Smith, un dipendente pubblico della classe media, è il tipo di paziente per il quale il sistema sanitario canadese svolge al meglio la sua funzione. Nel momento in cui egli manifesta il forte dolore toracico, la moglie chiama il 911 (il numero di emergenza), un'ambulanza giunge a domicilio del paziente e lo trasporta tempestivamente al pronto soccorso più vicino. La totalità degli esami diagnostici, quali l'angiografia, l'angioplastica con posizionamento di stent, la riabilitazione ospedaliera e la somministrazione di farmaci durante la degenza, sono forniti gratuitamente, ma anche tutte le visite mediche di follow-up e i servizi clinici e le consultazioni ambulatoriali. Se Mr. Smith necessitasse di un'assistenza domiciliare post-ricovero di due settimane, lo stato pagherebbe, allo stesso modo,

interamente le spese.

Quando i pazienti necessitano di trattamenti farmacologici per un lungo periodo, di assistenza domiciliare per le attività della vita quotidiana o di una riabilitazione più intensa, l'onere del pagamento varia in base alla provincia di residenza. L'assistenza integrativa, che fa parte di un benefit a favore dei dipendenti pubblici, consente a Mr. Smith di quasi azzerare la sua spesa out-of-pocket e di garantirgli l'accesso a un maggiore supporto domiciliare e riabilitativo di quello che gli sarebbe fornito dal solo servizio sanitario pubblico.

Se fosse stato disoccupato o un lavoratore a basso reddito, non facente parte di una categoria, in assenza di assistenza sanitaria integrativa, si sarebbe trovato nella condizione di dover pagare da centinaia a qualche migliaio di dollari di tasca propria (*out-of-pocket*), in base al costo dei servizi non forniti gratuitamente dallo stato, che nel suo caso avrebbero potuto includere farmaci, trasporto in ambulanza e altre forme di assistenza domiciliare e di riabilitazione.

GRAVIDANZA, NASCITA E PUERPERIO

Una ragazza di 21 anni si trova è in gravidanza per la prima volta.

Quando Ms. Li rimane incinta, ha diritto a tutte le visite mediche in modo gratuito. Nella provincia British Columbia, dove lei vive, come in altre sei province, lei ha accesso gratuito all'assistenza di un'ostetrica, se lo desidera. Tutti gli esami prescritti dal medico - ecografia prenatale, screening genetici, altri esami di laboratorio - sono pagati dallo stato. Se la gravidanza non è complicata e in assenza di fattori di rischio conosciuti, sarà visitata periodicamente dal suo medico di famiglia o, soprattutto nelle grandi aree urbane, da un ostetrico-ginecologo, in accordo con le linee guida nazionali di cure prenatali e di salute materno-infantile.

Il bambino sarà fatto nascere sia dal medico di famiglia (circa un quarto di tutte le nascite) o da un ostetrico-ginecologo; a volte, anche se più raramente, i parti sono assistiti da sole ostetriche. Quasi tutte le donne partoriscono in ospedale con una degenza di una o due notti, tre notti in caso di parto cesareo (che riguarda più di un quarto del totale delle nascite). Nel corso di 24 - 48 ore dal rientro a domicilio, la neo-mamma e il bambino saranno contattate o visitate da un'infermiera di sanità pubblica. Saranno previste molte

visite mediche nel periodo post-partum (anche con un medico di famiglia e un pediatra) e controlli dello sviluppo regolare del bambino nei primi anni di vita.

Se Ms. Li dovesse manifestare delle complicanze, la totalità delle cure specialistiche, gli esami aggiuntivi che non sono parte di quelli routinari, l'ospedalizzazione di controllo, i servizi specialistici post-partum saranno interamente coperti dal sistema sanitario pubblico. Sono presenti ospedali pediatrici in molte province e programmi estensivi specifici per neonati con ritardo nello sviluppo.

Chiara Milani. Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Firenze

Bibliografia

Lewis S. A System in Name Only — Access, Variation, and Reform in Canada's Provinces. *N Engl J Med* 2015; 372; 497-500.

Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. [**Mirror, mirror on the wall: how the performance of the U.S. health care system compares internationally.**](#) New York: Commonwealth Fund, 2014 [PDF: 1,7 Mb]

Facebook

Twitter

LinkedIn