

di **Tiziana Sabetta e Luca Valerio**



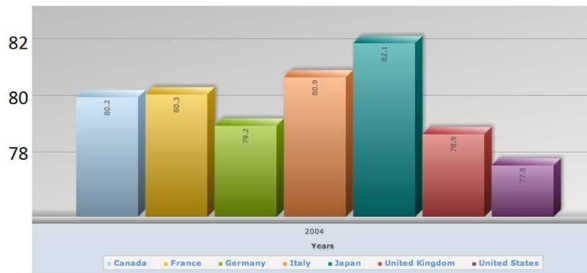
Il Canada è orgoglioso di avere un sistema sanitario universalistico, ben diverso da quello del suo ben più potente vicino, gli USA, con cui sono continui i confronti. “Il problema dell’assistenza sanitaria canadese non è il sistema, ma la quantità di denaro destinata ad esso. Il problema degli USA è il contrario. Non sono i soldi, è il sistema.”

Il Canada è una monarchia costituzionale, nominalmente sottoposta alla corona britannica, e una democrazia parlamentare.

Con i suoi 32 milioni di abitanti concentrati su 9 milioni di chilometri quadri, ha una densità estremamente bassa - circa 3 abitanti per chilometro quadro.

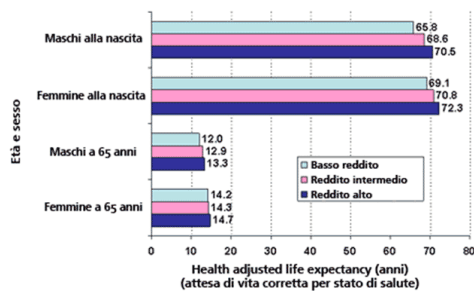
La speranza di vita alla nascita è in linea con la media dei paesi industrializzati (**Slide 1**). Nella **Slide 2** è riportata la speranza di vita in buona salute per sesso e fasce di reddito. Peculiarità della popolazione canadese è l’essere più giovane della media dei Paesi ad alto reddito: il suo “*Age Dependency Ratio*” - il rapporto fra la somma degli individui al di sotto dei 14 anni e al di sopra dei 65 e il totale della popolazione in età lavorativa, è il più basso rispetto ad altri Paesi comparabili al Canada per popolazione, ricchezza e caratteristiche del sistema sanitario (**Slide 3**). Attorno al 95% della popolazione canadese è costituito da discendenti dei coloni europei del XVIII e XIX secolo e da immigrati del XX secolo, in gran parte di origine asiatica. La restante parte è di origine autoctona.

Slide 1. Speranza di vita alla nascita, anni. Popolazione totale. Canada e altri paesi del G7. Fonte OECD Data 2008



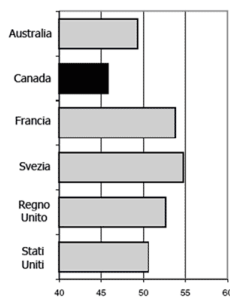
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 2. Speranza di vita alla nascita in buona salute, per sesso e livello di reddito, alla nascita e a 65 anni. Canada, 2001. Fonte: Canadian Vital Statistics, National Population Health Survey



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 3. Rapporto di Age Dependency per il Canada e Paesi selezionati, 2001. Fonte: OECD 2004



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Principi fondanti e architettura istituzionale [1, 2]

Se le linee essenziali del Sistema Sanitario Nazionale canadese (in particolare, la sua **base federale**) sono contenute nella stessa Costituzione, le sue caratteristiche attuali sono state determinate dall'ultima grande riforma, il Canada Health Act del 1984. Quest'ultima legge stabilisce che i piani sanitari di ciascuna delle dieci province e dei tre territori devono rispettare cinque principi fondamentali:

1. **Universalità**: devono riguardare tutti i cittadini.
2. **Globalità** (*Comprehensiveness*): devono coprire tutti i trattamenti "medicalmente necessari".
3. **Accessibilità**: devono essere fruibili da tutti i cittadini indipendentemente dal loro reddito.
4. **Portabilità**: la copertura deve proseguire anche durante i viaggi che i cittadini compiono all'interno del Paese o all'estero.

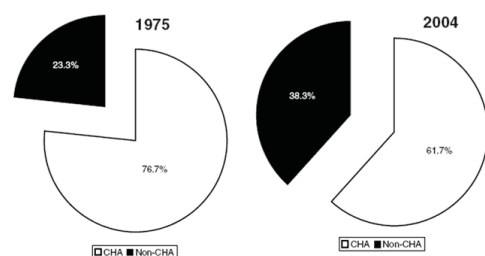
5. **Pubblica amministrazione:** devono essere amministrati e gestiti da un'autorità pubblica senza scopo di lucro.

Possiamo dunque definire quello canadese come un sistema **federale di tipo decentrato**, finanziato principalmente attraverso la **fiscaltà generale**, a **copertura universale e gratuita** e fondato sul principio del bisogno.

I principali attori del Sistema sono:

1. il **governo federale**, responsabile della maggior parte del supporto finanziario 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).
2. 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. Nel tempo la componente a carico di province e territori, non coperta dal *Canada Health Act*, si è notevolmente allargata come risulta dalla **Slide 4**.

Slide 4. Assistenza a carico di Medicare (CHA – Canada Health Act) come % dell'assistenza totale. Anni 1975 e 2004



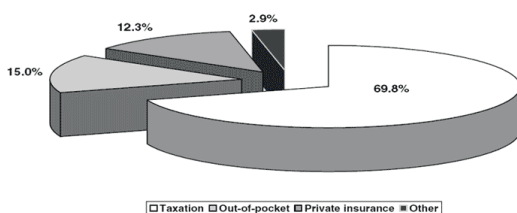
Source: CIHI 2004d.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Finanziamento e spesa sanitaria

Circa il 70% della spesa sanitaria deriva dal finanziamento pubblico, proveniente dalla tassazione a livello governativo centrale e provinciale/territoriale. La **spesa privata** si suddivide in due settori: quello dei **pagamenti diretti da parte degli utenti** (*out of pocket*) - **15%** -, e quello delle **assicurazioni private** - **12%** -. Il restante 3% deriva da contributi di assicurazioni sociali, donazioni per la ricerca e altre diverse fonti (**Slide 5**). **Il 65% dei canadesi acquista un'assicurazione privata** per coprire le prestazioni non garantite dall'assicurazione pubblica (es: alcune tipologie di farmaci, l'assistenza odontoiatrica, etc); la diffusione delle assicurazioni private varia notevolmente da provincia a provincia a seconda dei servizi supplementari offerti dal piano di ciascun governo provinciale rispetto a Medicare, nonché del reddito medio dei cittadini di ciascuna area. **La spesa sanitaria totale procapite nel 2006 è stata di 3.678 US\$, la spesa sanitaria pubblica procapite è stata di 2.591 US\$**; la spesa sanitaria totale ha rappresentato il **10% del PIL** (per i confronto con altri paesi industrializzati vedi in [Risorse](#) un file ppt)

Slide 5. Percentuali della spesa sanitaria totale per fonti di finanziamento. Canada 2002



Fonte: CIHI 2004

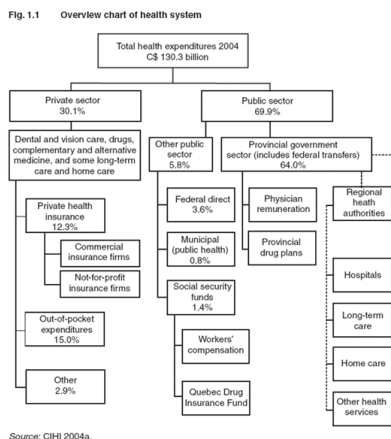
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Assetto organizzativo

Come abbiamo accennato in precedenza province e territori hanno la responsabilità della gestione del sistema sanitario. Tale funzione è svolta dalle **Regional Health Authorities** (RHAs), corrispondenti alle nostre aziende sanitarie locali. **Le RHAs hanno la responsabilità gestionale degli ospedali (finanziati tramite budget annuali globali), dell'assistenza domiciliare e dell'assistenza a lungo termine.** Rimangono di competenza diretta delle province e dei territori la remunerazione dei medici di famiglia e degli specialisti (pagati a prestazione) e l'assistenza farmaceutica (Slide 6).

Dal 2004 il governo ha preso l'impegno di rafforzare il **sistema di cure primarie** attraverso l'istituzione di **team formati da medici di famiglia e altri operatori sanitari e sociali**. L'obiettivo è che entro il 2011 il 50% della popolazione sia assistita da questo tipo di organizzazione, dove il medico si dedica alla diagnosi e alla gestione delle malattie, mentre gli altri operatori - infermieri, dietisti, operatori sociali - lavorano con i pazienti per migliorare le abitudini di vita e risolvere i problemi quotidiani [3].

Slide 6.
Assetto organizzativo
del sistema sanitario
canadese



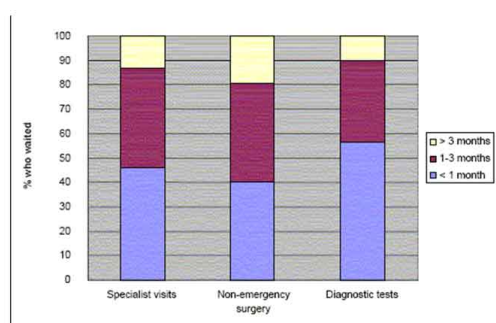
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Problemi aperti e sfide future

Gli ultimi anni hanno visto aprirsi un intenso dibattito sull'opportunità di riformare il sistema canadese aumentando il ruolo del settore privato. A scatenarlo soprattutto l'**allungamento dei tempi delle liste di attesa (Slide 7)** che ha prodotto **vistoso calo della percezione della qualità del servizio** da parte della popolazione (**Slide 8**). In seguito alla crescente pressione da parte del pubblico e alle ripetute campagne della stampa, ha trovato sempre più seguito l'opinione che si potesse risolvere il problema permettendo ai cittadini di rivolgersi ai privati. Lo scontro ha raggiunto il suo apice nel 2005, quando **la sentenza della Corte Suprema** nella causa *Chaoulli vs Québec*, in cui un cittadino protestava per l'eccessivo tempo di attesa per un intervento ortopedico, **si è pronunciata contro la legge del Quebec che inibiva i cittadini dalla possibilità di contrarre un'assicurazione privata a copertura di servizi erogati da Medicare**. La decisione della Corte Suprema sancisce che liste d'attesa troppo lunghe violano i diritti umani garantiti dal Québec, e che proibire le assicurazioni private è incostituzionale quando

il sistema pubblico non assicura i servizi in tempi ragionevoli.

Slide 7. Tempi di attesa per procedure mediche e chirurgiche. Anno 2005.
Fonte: Statistics Canada, Canadian Community Health Survey, 2005



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 8. Percezione da parte dei canadesi della qualità complessiva del sistema sanitario, 1991-2000

	1991	1993	1995	1996	1998	1999	2000
Excellent/very good	61%	55%	41%	40%	30%	28%	29%
Good	25%	29%	30%	31%	38%	32%	34%
Fair/poor/very poor	12%	13%	15%	21%	32%	41%	34%

Source: Mendelsohn 2002.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Slide 9. Differenze nell'assistenza sanitaria tra Canada e USA.
Fonte: Angell M. CMAJ 2008; 179(9).

Measure	Canada	United States
Total health care spending per capita (2005) [†]	US\$3326	US\$6697
Government spending per capita (2005) ^{††}	US\$2322	US\$4048
Life expectancy, yr [‡]	80.2†	77.8‡
Infant mortality per 1000 births (2004) [‡]	5.3	6.8
Amenable mortality* per 100 000 (2002–2003) [§]	77	110
Physician visits per capita [‡]	6.1§	3.9¶
Hospital acute care beds per 1000 [‡]	3.0#	2.8†
Bed-days per capita [‡]	1.0§	0.7#
Physicians per 1000 [‡]	2.2‡	2.4†
Nurses per 1000 [‡]	9.9#	7.9¶
MRI units per million population [‡]	5.5†	26.6‡

Note: MRI = magnetic resonance imaging.
*Deaths before the age of 75 years from diseases amenable to treatment.
†2005 data.
††2004 data.
‡2003 data.
§2002 data.

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nonostante l'impegno dei politici e delle autorità sanitarie a ridurre le liste d'attesa queste rimangono elevate per alcune procedure chirurgiche elettive e sono anche un **puntuale argomento di polemica politica, soprattutto da parte di coloro che hanno interesse alla trasformazione in senso privatistico della sanità canadese**. Sul tema interviene Marcia Angell, già editor del *New England Journal of Medicine*, dalle pagine di CMAJ (*Canadian Medical Association Journal*): chi propone la privatizzazione della sanità canadese non può ignorare cosa succede in USA, l'unico paese industrializzato a considerare l'assistenza sanitaria come un bene di consumo e non come un servizio sociale [4]. A causa di ciò la sanità americana è meno efficiente, più costosa e meno efficace rispetto agli altri paesi e, in particolare, rispetto al Canada (Slide 9) [5, 6]. **M. Angell sostiene che l'introduzione della privatizzazione, anche parziale, del sistema sanitario canadese distoglierebbe risorse dal settore pubblico, farebbe lievitare i costi e introdurrebbe le iniquità del sistema americano**. Coloro che sono a favore della privatizzazione del sistema portano come prova del miglior funzionamento del mercato in sanità il fatto che negli USA i tempi di attesa per un intervento di protesi d'anca sono molto più brevi che in

Canada. Cosa non vera. Negli USA gli interventi protesi d'anca sono effettuati soprattutto all'interno di Medicare, il programma pubblico di assistenza agli anziani. Così, quando confrontiamo i tempi di attesa tra USA e Canada - sostiene M. Angell - , noi non compariamo un sistema pubblico rispetto a uno privato, ma tra due sistemi pubblici di cui uno, quello americano, è meglio finanziato. In conclusione: **“Il problema dell’assistenza sanitaria canadese non è il sistema, ma la quantità di denaro destinata ad esso. Il problema degli USA è il contrario. Non sono i soldi, è il sistema”**.

Il **Romanow Report** del 2003 [7] aveva contribuito a sfatare alcuni miti sfruttati dai sostenitori del sistema privatistico: che i canadesi abbiano livelli di assistenza sanitaria sotto gli standard occidentali, che le liste d’attesa aumentino il rischio di morte e che un grande numero di canadesi si rechino negli Stati Uniti per le cure sanitarie. Nonostante questo, i conservatori del governo Harper, in carica dal 2006, sembrano tentati dall’avvicinamento della sanità canadese a quella USA, sebbene la *Taming of the Queue Conference* del 2007, con una serie di accordi con i Territori e un piano d’incremento della spesa pubblica, riflettesse piuttosto la decisione di conservare il sistema attuale. Recentemente è stato nominato un nuovo Ministro della sanità, Leona Aglukkaq, a cui si è rivolto il direttore di CMAJ con un editoriale del 28 aprile: **“La nostra più grande paura è che la crisi economica porti un’altra serie di tagli ai fondi federali per sanità destinati ai governi provinciali. Siamo molto preoccupati perché la salute è scomparsa dall’agenda del governo”** [8].

Risorse

1. Health Systems in Transition - Canada. European Observatory on Health Systems 2005 [[PDF: 1.3 Mb](#)].
2. Canada’s Health Care System [[PDF: 443 Kb](#)].
3. Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadian [[PDF: 8.5 Mb](#)].
4. Canada. Slides G7 [[ppt: 542 Kb](#)]

Bibliografia

1. Marchildon GP. **Health Systems in Transition: Canada**. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.
2. Canada Health, **Canada’s Health Care System**, Published by authority of Ministero of Health, 2005
3. Health Council of Canada, **Teams in Action: Primary Health Care Teams for Canadians**.

4. HealthcarePapers, 6(4) 2006: 8-26. George H. Pink, Adalsteinn D. Brown, Melanie L. Studer. Pay-for-Performance in Publicly Financed Healthcare: Some International Experience and Considerations for Canada.
5. Angell M. Privatizing health care is not the answer: lessons from the United States. Canadian Medical Association Journal. 2008; 179(9).
6. Organization for Economic Co-operation and Development. OECD health data 2008: statistics and indicators for 30 countries. Paris (France): The Organization; 2008. Available: www.oecd.org/health/healthdata (accessed 2008 Aug 27).
7. Schoen C, Osborn R, Doty MM, et al. Toward higher-performance health systems: Square, adults' health care experiences in seven countries, 2007. Health Aff (Millwood)2007;26:w717-34.
8. [Building on Values: The Future of Health Care in Canada](#). (ultimo accesso marzo 2009).