



Mauro Serapioni

Il Portogallo, grazie allo sviluppo socio-economico degli ultimi 30 anni e grazie anche ai risultati positivi ottenuti dal sistema sanitario, si è avvicinato alla media dei paesi dell'Unione Europea in molti indicatori di salute.

---

### **Origini ed evoluzione del sistema sanitario portoghese**

Il primo passo verso l'organizzazione di un sistema di assistenza sanitaria vero e proprio avviene nel 1946 quando viene istituita la *Federação das Caixas de Providência* che crea il primo servizio di sicurezza sociale a livello nazionale per i lavoratori, ispirandosi al modello bismarckiano. Solo nel 1971, con la riforma sanitaria conosciuta come "Riforma Gonçalves" nasce il primo abbozzo di un Servizio Nazionale di Salute che riconosce il diritto alla salute a tutti i cittadini e, per la prima volta, si pone l'accento sulla necessità di sviluppare strategie di prevenzione e promozione della salute, ben sette anni prima della conferenza di Alma Ata.

**La Rivoluzione di Aprile (1974) - ricordata come la "rivoluzione dei garofani" per il suo carattere pacifico - pose fine alla colonizzazione portoghese in Africa e al lungo regime dittatoriale di Salazar e Caetano, durato quasi mezzo secolo (1926-1974) e creò le condizioni politiche e sociali che permisero di rafforzare gli elementi innovatori della riforma Gonçalves.** Ai diritti civili e politici riconquistati con la rivoluzione dei Garofani si aggiunsero anche i diritti sociali e, in primo luogo, la protezione della salute riconosciuta dalla Costituzione del 1976. Successivamente, la legge 56/1979 istituì il Servizio Nazionale di Salute (SNS) sottolineandone la direzione unificata, la gestione decentrata e partecipata, la gratuità e il carattere suppletivo del settore privato. Altra tappa importante del processo di riforma è dettata dalla legge del 1990 (*Lei Base de Saúde*) e dallo *Statuto del Serviço Nacional de Saúde* del 1993 che ridefiniscono i principi fondamentali di politica sanitaria degli anni '90, incorporando alcuni elementi dell'orientamento neoliberale (maggior importanza al settore privato, enfasi sulle competenze manageriali, erogazione di incentivi fiscali per la stipula di polizze di

assicurazione sanitaria privata, ecc.), in voga in quel periodo nei paesi occidentali. Il maggior ruolo attribuito al settore privato nell'erogazione delle cure e nel finanziamento provocò una differenziazione di accesso ai servizi sanitari e pose nuovamente in primo piano il problema dell'equità.

Il periodo 1997-2002 si caratterizza per l'abbandono del dogma "più mercato nel sistema sanitario"[1] e per l'adozione dei principi del *New Public Management*, in sintonia con il processo di riforma avviato dal governo laburista britannico. Successivamente, tra il 2002 e il 2004, con l'obiettivo di rendere più efficiente il sistema sanitario vengono varate alcune norme volte a rafforzare il sistema sanitario misto, basato su presupposti di complementarità tra settore pubblico, settore sociale e settore privato.

Nel 2004 viene lanciato il nuovo Piano Nazionale di Salute 2004-2010 (ancora vigente) con cui il governo del partito socialista riprende il percorso di riforma che aveva avviato alla fine del millennio.

In questo periodo vengono realizzati diversi interventi:

- a livello ospedaliero viene adottato un nuovo statuto legale per i presidi pubblici e viene riorganizzata l'offerta ospedaliera che comportò la chiusura di diversi reparti e unità di parto, misura che sollevò notevoli proteste e la formazione di movimenti di opposizione in varie parti del paese.
- A livello di cure primarie vengono create, nel 2006, le prime Unità di Salute Familiare (USF) e, nel 2008, vengono istituiti i sistemi locali di salute (ACES - *Agrupamento de Centros de Saúde do Serviço Nacional de Saúde*), la cui missione è quella di erogare cure primarie alla popolazione di una determinata area geografica.
- Viene inoltre istituita (2006), grazie alla partnership tra Ministero della Sanità e Ministeri del Lavoro e della Solidarietà Sociale, la rete di Assistenza Integrata Continuata (*Cuidados Continuados Integrados*) volta a rispondere alle persone affette da malattie croniche e in situazione di dipendenza (soprattutto anziani), la cui situazione sanitaria non richiede il ricovero ospedaliero ma una serie di interventi sociali e sanitari di carattere preventivo, curativo o palliativo.

### **Situazione socio-demografica e stato di salute della popolazione**

Secondo i dati dell'Istituto Nazionale di Statistica[2], il Portogallo ha una popolazione di 10 milioni e 600 mila abitanti. Il 55% della popolazione vive nelle aree urbane, con due principali aree metropolitane: la Grande Lisbona con oltre due milioni di abitanti e la Grande Porto con circa un milione e trecentomila [2].

La popolazione immigrata legalmente residente nel paese è pari al 4,1% della popolazione

portoghese e la maggioranza si concentra nell'area metropolitana di Lisbona (52%)[2].

Il tasso di natalità ha subito un costante declino dal 1970, fino ad attestarsi al 9,8 per mille abitanti nel 2008 (lo stesso indice del tasso di mortalità), al di sotto della media dei paesi dell'Unione Europea. Nello stesso anno il tasso di fecondità è stato di 1,37.

Si assiste pertanto ad un processo di invecchiamento della popolazione, come conseguenza della diminuzione della fecondità e dell'aumento della longevità. La speranza media di vita alla nascita è cresciuta costantemente fino ad allinearsi alla media dei paesi dell'UE. Negli ultimi 30 anni è aumentata di quasi otto anni di vita e nel 2006 era di 78,9 anni, di cui 75,5 per gli uomini e 82,3 per le donne[3].

La mortalità infantile è diminuita costantemente, passando dal 25,9‰ del 1979 al 3,3‰ nel 2006[3], scendendo al di sotto della media dei paesi dell'UE[4]. L'indice di mortalità prematura (<65 anni) è diminuito negli ultimi decenni: nel 1979 furono notificati 343 decessi, mentre nel 2008 erano 214[5].

**Tabella 1. Portogallo. Indicatori di salute (1980-2006)**

	<b>1980</b>	<b>2006</b>	<b>Media UE-27</b>
Tasso natalità (‰)	16,1	10,3 (2005)	10,69 (2008)
Tasso di fecondità	2,18	1,36 (2006)	1,54 (2008)
Speranza di vita alla nascita	71,4	78,9 (2006)	79,06 (2006)
Mortalità infantile (‰)	24,2	3,3 (2006)	5,21 (2004)
Indice mortalità prematura (< 65 anni)	339	214	n.d.
N.° anni di vita potenzialmente perduti	22,7	16,2 (2005)	n.d.
Morti evitabili	47,1 (1990)	34,5 (2005)	n.d.

Fonte: Direção Geral da Saúde, 2009; Santana, 2010; WHO-Europe, database, 2010; OECD, Health Data, 2009

### **Spesa sanitaria, offerta di servizi sanitari e risorse umane**

**Negli ultimi 30 anni, dall'istituzione del SSN ad oggi, l'offerta dei servizi sanitari**

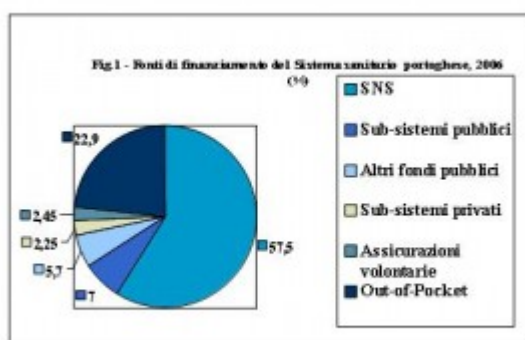
**(centri di salute e ospedali) è aumentata quantitativamente e qualitativamente, di pari passo con l'aumento della spesa sanitaria che nel 2006 ha raggiunto il 9,9% del PIL [3], rispetto al 2,5% del 1970 (Tabella 2).** Considerando il peso della spesa sanitaria sul PIL, il Portogallo ha superato, a partire dal 2006, la media dei paesi dell'Unione Europea che in questo anno era pari al 9,2%[6]. Bisogna tuttavia considerare che il PIL pro capite portoghese è inferiore a quello di altri paesi, per cui la spesa annuale, in termini assoluti, risulta più bassa della media dell'Unione Europea. La spesa pubblica rappresentava il 71,5% di quella totale nel 2006, valore al di sotto della media dei paesi dell'UE dei Quindici (77,2%) [3]. Nel 2006, il SSN era il maggiore finanziatore del sistema sanitario portoghese (57,5% del totale), mentre il sub-sistema sanitario pubblico (ADSE, un fondo che copre solamente i dipendenti della Pubblica Amministrazione - 10% della popolazione - e gestito dal Ministero delle Finanze) contribuiva per il 7,1% ed altri fondi pubblici finanziavano il 5,7%. Nonostante il significativo aumento di copertura del SSN, la spesa effettuata dalle famiglie (*out of the pocket*) nel 2006 era pari al 23,5% (**Figura 1**). **Nelle Figura 2 e 3 i dati dei paesi OCSE sulla spesa sanitaria riferiti al 2008.**

**Tabella 2 - Portogallo - Evoluzione della spesa sanitaria (1970-2006)**

	1970	1980	1990	1995	2000	2004	2006
Spesa sanitaria in rapporto al PIL (%)	2,5	5,3	5,9	7,8	8,8	10,0	9,9
Spesa sanitaria pubblica in rapporto alla spesa totale (%)	59,0	64,3	65,5	62,6	72,5	72,0	71,5
Spesa totale pro capite US\$ PPP	40	276	636	1.035	1.509	1.912	2.150

Fonte: OECD, Health Data, 2009

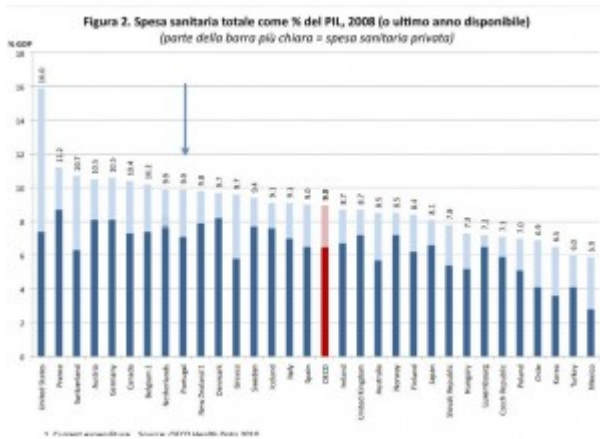
**Figura 1. Fonti di finanziamento del Sistema sanitario portoghese, 2006**



Fonte: OCDE, Health Data, 2009, INE, 2009

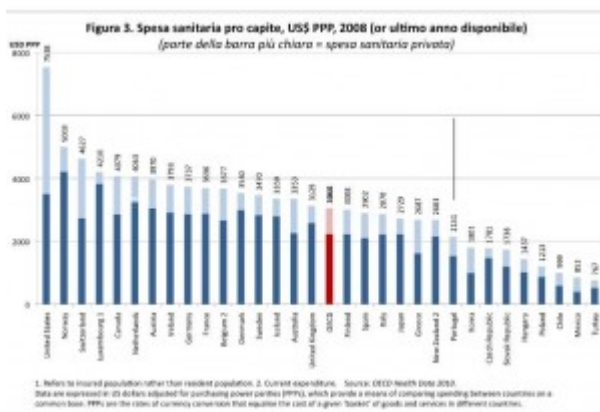
Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 2. Spesa sanitaria totale come % del PIL, 2008 (o ultimo anno disponibile)**  
(parte della barra più chiara = spesa sanitaria privata)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Figura 3. Spesa sanitaria pro capite, US\$ PPP, 2008 (o ultimo anno disponibile)**  
(parte della barra più chiara = spesa sanitaria privata)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

**Nel corso degli ultimi trenta anni è quindi aumentata l'offerta di centri di salute e degli ospedali sia in aree urbane e sia nelle aree rurali, migliorando le condizioni di lavoro e la qualità delle cure.** Molti centri sanitari e ospedali furono costruiti o ristrutturati aumentando significativamente l'accessibilità geografica alle cure. Nel 1979 esistevano 284 centri di salute e 79 ospedali; nel 2009 si contavano 360 centri e 103 ospedali[5]. Non vanno tuttavia messe in secondo ordine alcune situazioni di carenza di servizi ospedalieri e di determinate specialità cliniche che riguardano alcune aree geografiche all'interno del paese. Il 60% delle visite specialistiche e delle attività diagnostiche e di laboratorio (e il 31% delle di tutte le visite mediche), per esempio, è erogato dal settore privato - concentrato prevalentemente nei grandi centri urbani e nelle zone costiere - sia tramite convenzioni con il SSN e sia attraverso il pagamento diretto dei pazienti (*out of pocket*)[7]. Ancora più preoccupante è il caso delle cure dentarie che a tutt'oggi non sono erogate e neanche finanziate dal SSN. Difatti, circa il 92% delle visite odontoiatriche avvengono nel settore privato[7].

**Per quanto riguarda le risorse umane impiegate nel SSN, bisogna rilevare il significativo aumento del numero di infermieri, personale tecnico e medici.** La *ratio* infermieri/abitanti è cambiata significativamente tra il 1979 e il 2007, passando da 2,05 a 3,7 per 1000 abitanti. Il numero dei medici operanti nel SSN, è passato da 1,87 per 1000 abitanti del 1979 a 2,30 nel 2007[8,4]. Considerando tutti i medici del settore pubblico e di quello privato, il Portogallo ha potuto contare, nel periodo 2000-2007, con 3,4 medici per ogni mille abitanti, attestandosi appena al di sotto della media dell'UE15[9]. Le regioni dell'Alentejo e dell'Algarve sono quelle che presentano una *ratio* inferiore rispetto alle altre regioni del centro-sud e del nord: rispettivamente 0,97/1000 e 0,79/1000[5].

### **Problemi aperti e nuove priorità**

Lo sviluppo economico e sociale del paese insieme alle politiche sanitarie messe in atto a partire dalla creazione del SSN (1979) sono riusciti a migliorare importanti indicatori di salute e a soddisfare molti bisogni sanitari della popolazione. Tuttavia, ancora permangono alcuni elementi di criticità, tra i quali è importante segnalare i seguenti:

- iniqua distribuzione delle risorse sanitarie
- segmentazione del sistema sanitario, ancora suddiviso in diversi sub-sistemi
- scarsa partecipazione dei cittadini nel sistema sanitario.

### **Disuguaglianze di salute**

Vari studi [10, 11] hanno evidenziato situazioni di disuguaglianze, sia per quanto riguarda

l'accesso e l'utilizzazione delle cure specialistiche e sia in relazione allo stato di salute. L'inequità di accesso dipende dalla concentrazione di specialità mediche nei distretti di Porto, Coimbra e Lisbona.

Anche uno studio portoghese ha confermato le disuguaglianze nella distribuzione della medicina specialistica[12]. Le ricerche hanno indicato come possibili fattori all'origine delle disuguaglianze il reddito delle persone, la regione di residenza e il grado di urbanizzazione. Le disuguaglianze regionali inerenti l'accesso alle specialità mediche non sembrano essere diminuite nell'arco di tempo 2004-2008.

Altri studi hanno messo in luce il contributo dei diversi sub-sistemi sanitari alla generazione di disuguaglianze di salute. I beneficiari dei sub-sistemi privati hanno infatti una maggior possibilità di far uso dei servizi sanitari o di utilizzarli più intensamente rispetto ai beneficiari del SSN[12]. Analizzando le politiche sanitarie realizzate tra il 1985 e il 2002, Oliveira e Gouveia Pinto[13] hanno individuato poche politiche che avevano come obiettivo specifico quello di migliorare l'equità del sistema sanitario. Anzi le disuguaglianze si sono accentuate con l'introduzione, nel 1995, delle deduzioni fiscali sulle spese sanitarie private e, più recentemente, sull'acquisto di assicurazioni private.

**Tali provvedimenti non solo incentivano il ricorso al settore privato a detrimento di quello pubblico, ma sono ulteriormente inique perché non possono essere usufruite dal 40% delle famiglie non soggette alla dichiarazione delle imposte[12].** Una politica che invece, secondo Barros e Simões[7], ha contribuito alla riduzione delle disuguaglianze di salute è l'istituzione, nel 2006, delle Unità di Salute Familiare (USF), con il proposito di migliorare l'accessibilità all'assistenza di base. Alla fine del 2009 erano operanti circa 250 USF che potevano garantire il medico di famiglia a circa 370.000 persone, impiegando 4.800 professionisti (medici e infermieri). E' intenzione dell'attuale governo di sviluppare ulteriormente tale riforma in modo da coprire, entro il 2013, tutta la popolazione.

### ***Segmentazione del sistema sanitario***

Dopo trenta anni dall'istituzione del SNS permangono alcune caratteristiche del sistema sanitario preesistenti alle riforme degli anni '70 e precisamente la presenza, a fianco del SSN, di diversi **sotto-sistemi sanitari**:

1. **il settore delle assicurazioni sanitarie pubbliche che copre tutti i dipendenti dell'amministrazione pubblica** (circa il 10% della popolazione);
2. **l'assicurazione sanitaria volontaria di cui è beneficiaria circa il 10% della popolazione**, che include sia le polizze offerte dai datori di lavoro e sia i contratti assicurativi stipulati individualmente;



3. **L'assicurazione sanitaria privata per i dipendenti delle Telecomunicazioni e delle Poste;**
4. **il sub-sistema dei funzionari delle banche e delle assicurazioni;**
5. altri fondi assicurativi privati offerti da organizzazioni senza fini di lucro che coprono circa il 7% della popolazione;
6. le spese dirette della famiglia (*out-of-pocket*).

Molti di questi sub-sistemi, tuttavia, svolgono un ruolo supplementare al SSN, anziché erogare un'assistenza alternativa ad esso. Il risultato di tale situazione è il rischio di una sempre maggiore difficoltà di coordinare i diversi sub-sistemi con preoccupanti conseguenze sui livelli di disuguaglianze sanitarie. **Una parte consistente della popolazione (tra il 25 e il 30%) può infatti contare con una doppia o addirittura tripla copertura sanitaria.** E' superfluo dire che tale situazione offre migliori servizi e una maggior possibilità di scelta dei vari prestatori rispetto ai cittadini che possono usufruire solamente delle prestazioni garantite dal SSN. In effetti, l'accesso a tale varietà di sistemi assicurativi è associato con una migliore percezione del proprio stato di salute e con un maggior uso delle risorse sanitarie[13]

### ***Partecipazione dei cittadini***

Altro punto critico del sistema sanitario portoghese riguarda il coinvolgimento dei cittadini. Il piano sanitario 2004-2010, dopo aver rilevato la "povertà di meccanismi formali e informali" idonei a rafforzare la cittadinanza attiva [14], aveva raccomandato l'adozione di una serie di interventi volti a promuovere l'*empowerment* degli utenti dei servizi. A tal fine, il Ministero della Salute ha utilizzato le nuove tecnologie informatiche per migliorare la comunicazione con i cittadini. Ha messo in funzione, in tutte le strutture sanitarie, il *Gabinete do Utente* (una sorta di URP) e vari meccanismi che permettono agli utenti di inoltrare reclami e suggerimenti circa gli aspetti critici del sistema. Il punto debole rimane quello della partecipazione dei cittadini ai processi decisionali. Nonostante esistano alcuni meccanismi, previsti dalla normativa vigente, per promuovere la partecipazione - a livello nazionale, regionale, negli ospedali e nei centri di salute - essi generalmente non sono implementati nella prassi operativa dei servizi. D'altra parte va anche segnalata la debolezza delle associazioni dei pazienti e la loro difficoltà a rappresentare la voce e le istanze di tutti gli utenti dei servizi sanitari.

**A conclusione non possiamo non accennare, sia pure brevemente, alla crisi economica e finanziaria che sta colpendo tutti i paesi europei e in particolare quelli dell'Europa del Sud.** Anche il Portogallo è infatti sotto pressione per il suo debito pubblico (circa 85,9% del PIL) e per il suo deficit (8,3% del PIL)[15]. La crescita della spesa sanitaria

è stata di circa il 3% negli ultimi cinque anni a fronte di una crescita economica molto debole. Dinanzi a questo scenario il Ministro della Sanità ha annunciato (il 24 maggio) una serie di interventi volti a ridurre la spesa sanitaria di 100 milioni di euro, di cui 50 entro la fine del corrente anno. Tra le misure adottate si segnalano le seguenti:

1. tutti gli ospedali pubblici sono tenuti a presentare, entro 20 giorni, un piano di riduzione delle spese, includendo la riduzione del 5% delle ore di lavoro straordinario;
2. la contrattazione di nuovo personale sia negli ospedali e sia nelle altre strutture sanitarie dovrà essere autorizzata direttamente dal Ministro della Salute;
3. creazione di una lista di farmaci a prezzi più bassi rispetto a quelli attualmente prescritti dai medici.

Questi provvedimenti hanno ovviamente generato molte preoccupazioni nell'opinione pubblica e forti critiche da parte dei partiti all'opposizione, soprattutto dei partiti di sinistra.

Mauro Serapioni, Centro de Estudos Sociais, Università di Coimbra, Coimbra

## **Bibliografia**

1. Simões J e Dias A. Política e governança em saúde. In: Simões J, editor. Trinta anos do serviço nacional de saúde. Coimbra: Almedina; 2010. p. 175-193.
2. Instituto Nacional de Estatística (INE). Anuario Estatístico de Portugal, 2008. Lisbona: Instituto Nacional de Estatística; 2009.
3. OECD Health Data 2009, June 2009. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development, 2003.
4. Direção Geral da Saúde. Natalidade, Mortalidade Infantil, Fetal e Perinatal (Dados definitivos), 2004/2008. Lisbona: Ministério da Saúde; 2009.
5. Santana P. Os ganhos em saúde e no acesso aos serviços de saúde. In: Simões J, editor. Trinta anos do serviço nacional de saúde. Coimbra: Almedina; 2010. p. 21-81.
6. Silva SN. Gasto, financiamento e eficiência. In: Simões J, editor. Trinta anos do serviço nacional de saúde. Coimbra: Almedina; 2010. p. 113-143.

7. Barros P, Simões J. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(5): 1-140.
8. Instituto Nacional de Estatística (INE). *Estatística da Saúde 1979*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 1982.
9. OPSS. *Relatório de Primavera 2009, 10/30 Anos: razões para continuar*. Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Coimbra: Mar de Palavras, 2009.
10. Van Doorsler E, Koolman X, Jones AM. Explaining income-related inequalities in health care utilization in Europe. *Health economics* 2004; 13(7): 629-647.
11. Oliveira M, Bevan G. Measuring geographic inequities in the Portuguese health care system: an estimation of hospital care needs. *Health Policy* 2003; 66: 277-293.
12. Bago D'Uva T. Equidade no sector da saúde em Portugal. In: Simões J, editor. *Trinta anos do serviço nacional de saúde*. Coimbra: Almedina; 2010. p. 83-112.
13. Oliveira M, Gouveia Pinto G. Health Care Reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health economics* 2005; 14 Suppl 1:203-220.
14. Ministério da Saúde. *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção Geral da Saúde; 2004.
15. Instituto Nacional de Estatística (INE) *Procedimentos dos défices excessivos*. Serial online. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Available: <http://www.ine.pt/xportal/xmain> [PDF], accessed 5 june 2010; 2010.