

Maria Assunta Veneziano, Maria Lucia Specchia



Il sistema sanitario spagnolo, nato nel 1986, è caratterizzato da libero accesso, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante del servizio pubblico. Nel panorama europeo, spicca per la marcata efficienza nel suo complesso e per le peculiarità organizzative dell'assistenza primaria.

La Spagna è popolata in massima parte da spagnoli appartenenti a diversi gruppi etnico-linguistici (castigliani, catalano-valenciani, galiziani, baschi) e da una minoranza di stranieri che, agli inizi del 2008, rappresentava oltre l'11% della popolazione globale: 5,2 milioni su 46 milioni circa[1].

Nel 2008, il PIL procapite era pari a \$30.588 PPP.

Come la maggior parte dei Paesi sviluppati, la Spagna presenta un elevato tasso di invecchiamento (il 16,5% della popolazione complessiva ha un'età superiore ai 65 anni)[1]. I più recenti indicatori demografici mostrano risultati invidiabili: la speranza di vita alla nascita risulta essere pari a 78 e 84 anni rispettivamente per gli uomini e per le donne e la mortalità infantile è fra le più basse in Europa (2 ogni 1000 nati vivi)[2](Tabella 1).

Tabella 1 - Principali indicatori demografici, 2007

	Spagna	Media OECD	Posizione OECD	Media EU19	Posizione EU19
Aspettativa di vita alla nascita - donne (anni)	84,30	81,89	4	81,89	2
Aspettativa di vita alla nascita - uomini (anni)	77,80	76,34	11	76,00	4
Aspettativa di vita alla nascita - entrambi i sessi (anni)	81,10	79,13	6	78,85	2**
Mortalità infantile (morti / 1.000 nati vivi)	3,70	5,14*	19*	3,88	8

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: OECD Health Data 2010

*dati del 2006

**il primo posto è occupato dall'Italia

Il servizio sanitario spagnolo è molto più snello rispetto agli altri Paesi: questo riguarda il personale impiegato, le strutture di assistenza primaria, e soprattutto il **numero di posti letto**, che negli ultimi vent'anni è sempre rimasto ben al di sotto della media europea, evitando le massicce campagne di tagli cui sono stati costretti altri Paesi, [2] (**Figura 1**). La performance non ne risente: gli indicatori di salute sono eccellenti, e anche l'indice di soddisfazione degli utenti è risultato essere in continua crescita[3].

Figura 1. Posti letto totali per 1000 abitanti, 2008



Fonte: OECD Health Data 2010

Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Principi fondanti e architettura istituzionale

Il sistema sanitario spagnolo, originariamente di tipo Bismarck e basato dunque su

un sistema di assicurazioni sociali, iniziò - dopo l'istituzione del Ministero della Sanità (INSALUD) e dell'entrata in vigore della Costituzione nel 1978 - una radicale transizione verso un modello di tipo Beveridge. L'articolo 43 della Costituzione spagnola stabilisce che: "È competenza dei poteri pubblici l'organizzazione e la tutela della salute pubblica con le misure preventive e con le prestazioni e i servizi che siano necessari."

Nel 1986, con l'approvazione della Legge Generale della Sanità, venne creato il sistema Nazionale di Salute definito come "l'insieme dei servizi di salute dell'amministrazione dello Stato e dei servizi di salute delle Comunità Autonome convenientemente coordinate".

La Costituzione stessa aggiungeva ai due tradizionali livelli di governo (centrale ed enti locali) un livello intermedio, le Comunità Autonome (ovvero Regioni autonome - **Figura 2**). Fra il 1981 e il 2002, un graduale processo di decentramento ha trasferito loro una significativa autonomia finanziaria, assieme all'autorità di gestire sempre più servizi pubblici, incluso quello sanitario. **Ogni Comunità Autonoma possiede dunque un Servizio de Salud** che è la struttura amministrativa e di gestione che integra tutte le strutture e i servizi della comunità, i governi comunali e tutte le altre amministrazioni territoriali intra-comunitarie[4].

Figura 2. Regioni autonome

Comunità Autonome



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

L'Amministrazione Centrale dello Stato, tramite l'Istituto Nazionale di Gestione Sanitaria - INGESA - si occupa di gestire la salute nelle città con statuto autonomo di Ceuta e Melilla.

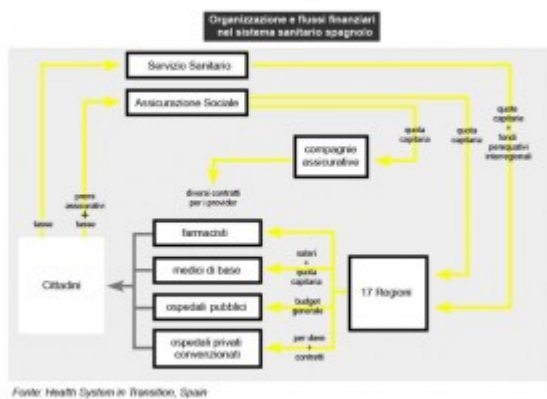
Le competenze sanitarie appaiono suddivise come segue:

1. **Amministrazione dello Stato:** Coordinamento della Sanità, Sanità internazionale, politiche sui farmaci, gestione dell'INGESA.
2. **Comunità Autonome:** Pianificazione sanitaria, Salute pubblica, Gestione dei servizi di salute.
3. **Corporazioni locali:** salute ambientale e collaborazione con la gestione dei servizi pubblici.

La legge Generale della Sanità ha stabilito inoltre l'articolazione del Sistema Sanitario Pubblico in **Aree di Salute**, figure fondamentali del sistema di salute nazionale e che hanno responsabilità dei Centri di Salute e delle loro prestazioni. Ogni Area di Salute ha un bacino di utenza che varia dai 200.000 ai 250.000 abitanti ed è legata ad almeno un ospedale generale. Le Aree di salute a loro volta si suddividono in **Zone Basiche** dove si trovano i **Centri di assistenza primaria**, all'interno dei quali operano le **Equipe di assistenza primaria**[5].

Il decentramento del sistema è particolarmente evidente se si considerano i flussi finanziari, il cui punto nevralgico sono proprio le Comunità Autonome (Regioni) (**Figura 3**)

Figura 3. Organizzazione e flussi finanziari nel sistema sanitario spagnolo

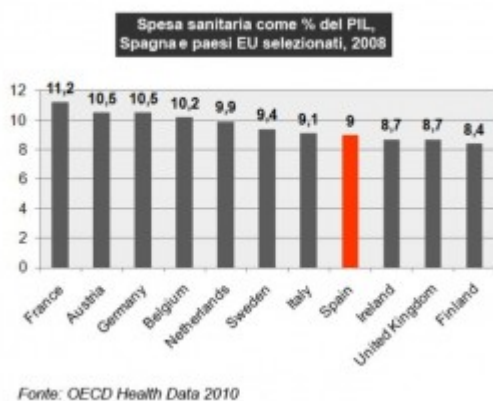


Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Finanziamento e spesa sanitaria

La spesa sanitaria pro-capite nel 2008 è stata pari a \$2.217, mentre la spesa sanitaria totale è risultata pari al 9% del PIL: entrambi i valori sono fra i più bassi fra i grandi Paesi europei[3](Figura 4).

Figura 4. Spesa sanitaria come % del PIL, 2008



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Nel 1976, la struttura del Sistema Sanitario era preminentemente pubblica e finanziata attraverso i contributi sociali dei lavoratori. Con l'entrata in vigore della Legge 37/88 di *Presupuestos Generales del Estado* (PGE), si è passati ad un finanziamento basato sulle imposte.

Quando, nel 2002, le 17 regioni autonome sono divenute totalmente responsabili della pianificazione e dell'organizzazione dei servizi, esse hanno ricevuto anche una corrispondente autonomia di spesa. Questa si basa in gran parte su trasferimenti dallo Stato centrale, principalmente sulla base delle dimensioni e l'età della popolazione. L'autonomia fiscale delle comunità autonome è però in crescita.

Una seconda fonte di finanziamento è rappresentata dai fondi mutualistici, residuo dell'epoca precedente al 1986, da allora in continua diminuzione.

Dunque, il finanziamento pubblico, come in tutti i sistemi Beveridge, prevale nettamente su quello privato. Eppure, analizzando la composizione della spesa (**Figura 5**), si osserva che la

quota della spesa sostenuta da fonti pubbliche rappresenta nel 2008 il 72,5% del totale; dato inferiore a quello dell'Italia, che supera il 77%, e, ancor più, a quelli di Regno Unito e Svezia, dove arriva all'82%[2]. **Questo accade principalmente perché un quinto dei costi sono coperti da spese out-of-pocket**, mentre l'adesione alle assicurazioni volontarie integrative, che coprono le uscite dovute al cost-sharing o alla spesa sanitaria privata, è sì molto bassa, ma non trascurabile.

Figura 5. Fonti di finanziamento come percentuale della spesa sanitaria totale, Spagna 2008



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Organizzazione del sistema

Il sistema sanitario spagnolo è organizzato in due livelli: assistenza primaria e assistenza specializzata. L'assistenza primaria risulta essere organizzata in maniera molto peculiare e differente rispetto agli altri Paesi Europei (**Tabella 2**).

Tabella 2. Caratteristiche del Medico di Medicina Generale in sei Paesi

Tabella 2. Caratteristiche del Medico di Medicina Generale in sei Paesi

PAESI SECONDO MAGGIORE SPESA SANITARIA	GATEKEEPING	CONTRATTO	ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO	PAGAMENTO
FRANCIA	NO	SELF-EMPLOYED	SINGOLI (38% IN TEAM)	FEE-FOR SERVICES
GERMANIA	NO	SELF-EMPLOYED	SINGOLI	FEE-FOR SERVICES
DANIMARCA	SI	SELF-EMPLOYED	1/3 SINGOLI	FEE-FOR SERVICES + 30% quota capitaria
ITALIA	SI	SELF-EMPLOYED	SINGOLI (ALCUNI IN FORME DI ASSOCIAZIONE)	QUOTA CAPITARIA
UK	SI	SELF-EMPLOYED	ASSOCIATI	QUOTA CAPITARIA (88 £ per services, income)
SPAGNA	SI	DIPENDENTE	TEAM MULTIDISCIPLINARI	SALARIO + (15% quota capitaria)

Clickcare sull'immagine per ingrandirla

Modificato da: Pilar Fernández M et al., 2008

I principali siti di assistenza primaria sono i **Centri di assistenza primaria** (*Centre d'atenció primària* - CAP), che presentano un'elevata accessibilità: sono distanti da qualsiasi residenza al massimo 15 minuti, sono operativi 24 ore su 24 con un pronto soccorso ambulatoriale integrato, e non è richiesto ai cittadini il pagamento di alcun ticket, fatta eccezione per i farmaci (40% del prezzo)[5]. **Nei CAP lavorano equìpe multidisciplinari costituiti da medici di medicina generale, pediatri, personale infermieristico e amministrativo, ma è prevista anche la presenza di assistenti sociali, ostetriche e fisioterapisti.** L'assistenza primaria è la sede privilegiata anche delle attività di prevenzione e promozione della salute, assistenza e salute della donna, assistenza al paziente terminale e salute del cavo orale[6].

Peculiare nel panorama europeo anche il sistema di remunerazione: **tutti i membri del team multidisciplinare sono dipendenti dello Stato** - ad eccezione delle equìpe di assistenza primaria private presenti in Catalogna - e **ricevono un salario fisso a cui si aggiunge una quota capitaria variabile** (pari a circa il 15% del totale), che tiene conto della natura della popolazione, della sua densità e della percentuale di popolazione di età superiore ai 65 anni. In Catalogna, un ulteriore adeguamento viene effettuato sulla base

delle condizioni socio-economiche del bacino di utenza.

Questa organizzazione è il risultato di una lunga storia di investimenti

sull'assistenza primaria: a differenza di molti Paesi europei, fra cui l'Italia, in Spagna la Medicina di Famiglia è un titolo specialistico sin dall'inizio degli anni '80, mentre risale al 1988 il lancio del *Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud* (PAPPS), uno dei primi tentativi sistematici in Europa di integrare nell'assistenza primaria le attività di promozione e prevenzione, con tanto di valutazione periodica dei risultati[7,8].

Al secondo livello vi è l'assistenza specialistica con i centri di specializzazione (i poliambulatori presenti nei Centri di Salute) e gli ospedali[6].

Degli 804 ospedali presenti sul territorio, circa il 42% è di proprietà del Sistema Nacional de Salud: 315 strutture, cui se ne aggiungono 4 di proprietà del Ministero della Difesa e 20 controllate dalle *Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales*. La quota restante, un assai consistente 58%, è di proprietà privata (465) e conta circa 53.000 posti letto. **La regione con la maggiore percentuale di ospedali privati sul totale è la Catalogna, dove si raggiunge il 70%:** qui vige un sistema di competizione regolata fra i più studiati in Europa per la sua efficienza. Una quota non trascurabile di questi ospedali è però di proprietà di organizzazioni non a scopo di lucro, per lo più di natura religiosa[5].

Come i medici di medicina generale, anche gli operatori sanitari ospedalieri sono dipendenti dello Stato. Gli obiettivi definiti nelle politiche sanitarie come prioritari sono collegati agli incentivi del personale[6].

Le strutture ospedaliere vengono finanziate attraverso un budget globale, stabilito in base a voci individuali di spesa. Un sistema che ha sostituito il rimborso "a piè di lista", privo di negoziati tra terzo pagante (*INSALUD* o servizi sanitari regionali) e senza alcuna valutazione formale[2].

Questioni aperte e prospettive

Già alla vigilia della crisi globale, la Spagna stava facendo i conti con la pressione finanziaria causata dal continuo aumento della spesa: lo stesso problema di buona parte dei Paesi europei, ma senza i loro margini di manovra, data l'ampia decentralizzazione delle decisioni in tema finanziario e date le difficoltà di razionalizzare un sistema già piuttosto snello, con un basso numero di posti letto e una forza lavoro carente e di età relativamente avanzata[8].

L'arrivo della crisi ha reso necessari provvedimenti severi: il debito sanitario spagnolo a fine 2009 aveva raggiunto il livello di 11 miliardi di euro. Già dalla prima metà del 2010 il

Governo ha proceduto a tagli significativi sulla spesa farmaceutica e, in giugno, a un piano di austerità che sta costringendo le Comunità Autonome a limitare investimenti infrastrutturali e ridurre le attività di ospedali e poliambulatori [9,10]. Tutto, però, dovrà essere finito entro primavera 2011, quando avranno luogo elezioni regionali che il partito al governo teme molto: molti dei governatori cui toccherà valutare e gestire la sanità spagnola del dopo-crisi potrebbero essere dunque di un diverso orientamento politico, e non è da escludere che il 2011 spagnolo ricorderà il 2010 britannico.

Maria Assunta Veneziano, Maria Lucia Specchia. Istituto di Igiene. Università Cattolica di Roma

Risorse

Duran A, Lara JL, Waveren MV. (2006). **Spain: Health System Review, Health Systems in Transition.** Organisation for Economic Co-operation and Development. 8.4: 1-208. [PDF: [1,7 Mb](#)]



Bibliografia

1. Istituto Nacional de Estadística. **Nota de prensa, 20 junio 2008.** [PDF: [50 Kb](#)]
2. European Observatory on Health Systems and Policies. Spain, 2005.
3. [OECD Health Data](#) 2010.
4. Meneguzzo M, Cuccurullo C, Campero T, et al. **La regionalizzazione dei sistemi sanitari: l'analisi del caso spagnolo.** [PDF: [95 Kb](#)] (Ultimo accesso: 15.09.2010)
5. [Sistema Nacional de Salud](#), Espana 2010.
6. Pilar Fernández M, Arduini R, Solari L. **Modelli di gestione dei servizi sanitari di base in una prospettiva di confronto tra sistemi sanitari diversi: le peculiarità del caso spagnolo.** [PDF: [387 Kb](#)]
7. Borrell Carrio F, Gene Badia J. 23 La atención primaria española en los albores del siglo XXI [Spanish primary care at the beginning of the 21st century]. *Gest Clin Sanit* 2008;10:3-7.
8. Martín-Moreno M. Spain: a decentralized health system in constant flux. *BMJ* 2009, 338: 883-886.
9. El PP cifra en 90 millones el recorte del gasto sanitario. *El País*, Sevilla, 13.07.2010.
10. Los hospitales prevén medidas "drásticas" si Salud no asegura su financiación. *El País*, Barcelona, 27.09.2010.