

Ilaria Geddes e Marco Geddes

La riforma sanitaria cipriota dovrebbe aumentare la qualità e l'efficienza del sistema, grazie ai maggiori finanziamenti del sistema pubblico, alla riduzione di liste di attesa e al miglioramento delle infrastrutture.

**Dopo lunga gestazione il nuovo sistema sanitario nazionale cipriota (Gesys), su base universalistica, entrerà in vigore il 1° giugno.** Una riforma, votata all'unanimità, che suscita un'accesa discussione sui mezzi di informazione e nelle professioni sanitarie. Avrà un'applicazione progressiva e vari aspetti sono ancora da definire. Si tratta di un cambiamento significativo nel sistema di welfare, in controtendenza rispetto a quanto avviene in molte nazioni europee.

**Cipro è la terza isola del Mediterraneo come dimensione; una repubblica indipendente dal 1960, quando è cessata la sovranità britannica.** Nel 1974, a seguito di un golpe della Giunta greca e il conseguente intervento militare della Turchia, la parte settentrionale dell'isola è stata occupata dalle truppe militari turche. L'isola è tuttora divisa da un'area cuscinetto istituita dall'ONU lungo la linea del cessate il fuoco. Dal 1974 la maggioranza della popolazione cipriota, di etnia greca, risiede nella parte sud; la minoranza, di etnia turca, nella parte nord, auto-dichiarata Repubblica Turca di Cipro del Nord dal 1983, non riconosciuta da alcun Paese (esclusa la Turchia). La Repubblica di Cipro è membro dell'Unione Europea dal 2004. La moneta è l'Euro e la popolazione, nella parte sud, assomma a 864.200 (2017).

**Il primo sistema sanitario, tipo Beveridge con tassazione progressiva, fu introdotto nel 1957, quando Cipro era ancora una colonia britannica.** Il sistema ha avuto negli anni rilevanti modifiche, con l'inclusione dei disoccupati ed altre fasce della popolazione a rischio di povertà[1]. Il sistema sanitario pubblico, pur finanziato attraverso la tassazione, non garantiva una copertura universale: fino al 2013 l'accesso gratuito era riservato solo a fasce della popolazione con reddito al di sotto di un certo limite o con malattie croniche; accesso scontato ad una seconda fascia, ed accesso al costo del servizio al resto della popolazione residente; circa l'85%-90% della popolazione era coperta dal servizio. Per ragioni essenzialmente politiche l'assistenza gratuita era garantita anche alla popolazione turco-cipriota, indipendentemente dal reddito, anche se residente nell'area occupata e non contribuente.

La crisi economica ha avuto ripercussioni anche sulla spesa sanitaria (**Tabella 1**)[2].

**Tabella 1: Spesa sanitaria pro capite a Cipro 1995 - 2018 (US \$)**

<b>Anno</b>	<b>Spesa sanitaria totale</b>	<b>Spesa sanitaria pubblica</b>	<b>Out of pocket</b>
1995	773,2	268,5	490,4
2000	1019,7	424,9	561,9
2005	1112,2	445,0	563,2
2010	1371,0	633,0	613,1
2015	1212,8	527,2	544,4
2018	1288,8	556,8	577,2

A seguito di tale crisi, l'accesso a costo ridotto è stato eliminato e sono stati introdotti criteri supplementari di compartecipazione: solo i cittadini ciprioti ed europei che hanno pagato contributi per almeno tre anni hanno diritto alla gratuità in alcune fasce di reddito; i ticket per prestazioni e farmaci sono aumentati, così come i costi dei servizi per coloro che non hanno accesso gratuito. L'assistenza sanitaria ai turco-ciprioti è stata garantita solo in base agli stessi principi contributivi e di reddito applicati ai greco-ciprioti e a altri cittadini europei residenti; conseguentemente la copertura della popolazione con accesso gratuito o a costo del servizio era calata al 75%[\[3\]](#).

La **Tabella 2** e la **Tabella 3** offrono un confronto fra Cipro e Italia e, per alcuni parametri, con la EU [\[4\]](#).

**Tabella 2.** Confronto Cipro - Italia.

<b>Parametro</b>	<b>Cipro</b>	<b>Italia</b>
Pil x abitante \$Usa 2017	24.976	31.984
Pil variazione annua (2017)	3,9%	1,4%
Fecondità	1,4	1,3
Natalità	11,1‰	7,6‰
Mortalità	6,4‰	10,7‰
Mortalità infantile	2,1‰	2,8‰
Speranza di vita	M 80; F 85	M 81; F 85
Di cui con limitazione	M 18%; F 22%	M 17%; F 21%
Speranza di vita a 65 anni	M 18,8; F 21,3	M. 19,4; F 22,9

Di cui con limitazioni	M 47%; F 42%	M 46%; F 56%
% fumo adulti	26	20
% bambini (6 -7 anni) obesi	20	18
% adulti obesi	14	10
Consumo antibiotici (DDD x 1.000 x day)	23	27

**Tabella 3. Confronto Cipro, Italia e Eu 28.**

<b>Parametro</b>	<b>Cipro</b>	<b>Italia</b>	<b>Eu</b>
Spesa sanitaria totale pro capite EUR (PPP)	1722	2551	2773
% sul Pil	6,8	8,9	9,6
Spesa sanitaria pubblica % sul Pil (2016)	2,9	6,7	-
Spesa ospedaliera EUR (PPP)	762	1149	1058
Spesa farmaceutica pro capite	316	447	417
Out of pocket %	45	23	18
Medici* x 1000 ab	3,8	4,0	3,6
Infermieri* x 1000 ab	5,3	5,6	8,4
Impianti Risonanza Magnetica (MR) x 1 milione di ab	20	28	17
Accertamenti MR x 1.000 ab.	7	67	76
Impianti TAC x 1 milione di ab	34	34	22
Accertamenti TAC x 1.000 ab.	132	81	122
Posti letto* x 1000 (2016)	3,4	3,2	5,1
Durata degenza ospedaliera	4,6	3,4	3,1
Durata degenza ospedaliera x Infarto Miocardico Acuto	5,2	7,9	7,1

\* Totale (dipendenti pubblici e privati) e posti letto pubblici e privati

**Nonostante che la popolazione coperta dal servizio sanitario pubblico sia oscillata fra il 75% e il 90%, più del 50% della spesa si indirizza su gestori privati**, un livello paragonabile agli Stati Uniti, ma non ad altre nazioni europee, dove nel 2016 era, nella maggior parte delle nazioni, inferiore al 30%[5]. Molti cittadini scelgono di usufruire dei servizi sanitari dal settore privato[6]; ciò indica che il sistema sanitario presenta inefficienze, conseguenti alla duplicazione nel privato di servizi coperti dal sistema pubblico. Questa problematica è esacerbata dal fatto che il sistema sanitario privato è “pienamente sviluppato” a tutti i livelli (medicina di base, specialistica, attività di ricovero), amplificando il problema di principale agente (*principle-agent problem*) ed incoraggiando l’*overtreatment* con conseguenti spese sanitarie sopra dell’ottimale[7]. L’asimmetria informativa è particolarmente alta a causa della bassa alfabetizzazione sanitaria (*health literacy*) della popolazione nonostante l’elevato livello di educazione terziaria.[8] Un paragone dell’infrastruttura del sistema pubblico e quello privato è presentata nella **Tabella 4.**[9]

**Tabella 4. Cipro. Confronto dell’infrastruttura sanitaria del sistema pubblico e quello privato.**

	<b>Pubblico</b>	<b>Privato</b>
Medici	800	2270
Farmacie	40	500
Laboratori	50	150
Posti Letto	1350	1360

*Fonte dati: Health Insurance Organisation di Cipro.*

**Il nuovo sistema sanitario universale è stato approvato dal Parlamento nel 2001, ma la normativa per l’attuazione è stata votata, all’unanimità, solo nel 2017.** La prima fase inizia il 1° giugno 2019, la seconda fase di completa implementazione è prevista per il giugno 2020. La prima fase include: medicina di base per adulti e bambini, specialistica ambulatoriale, farmacie e farmaci, esami di laboratorio. La seconda fase riguarda: pronto soccorso, le attività ospedaliere, attività infermieristiche, ostetriche ed altre professioni, l’odontoiatria preventiva, cure palliative e riabilitazione. Per finanziare il nuovo sistema sono stati introdotti, dal 1° marzo 2019, contributi aggiuntivi per tutti i lavoratori, liberi professionisti, datori di lavoro, residenti che percepiscono altri introiti e pensionati. La percentuale di contributi è fissa; non vi è un reddito minimo per applicare i contributi; il reddito massimo su cui si può applicare è di €180,000. Una serie di ticket, di modesta entità, è prevista per mitigare un eccessivo consumo di prestazioni.

**Il nuovo servizio sanitario dovrebbe alleviare lo spreco del precedente sistema e, dato che sia il sistema pubblico che quello privato opereranno all'interno dello stesso Servizio, è previsto un aumento dell'efficienza economica grazie all'acquisto all'ingrosso di farmaci, presidi e attrezzature.** La competizione tra il pubblico e il privato dovrebbe accrescersi grazie ai maggiori finanziamenti del sistema pubblico, riduzione di liste di attesa e miglioramento delle infrastrutture, cosa che dovrebbe aumentare generalmente la qualità ed efficienza di tutto il sistema[10]. L'avvicinarsi della data di avvio del nuovo servizio sanitario sta suscitando dibattiti e controversie: i mezzi di comunicazione ciprioti relazionano giornalmente gli sviluppi delle trattative tra il Governo e le organizzazioni professionali. I medici privati motivano la loro sostanziale opposizione all'implementazione del sistema ritenendo che il finanziamento preventivato non sia sufficiente e che la remunerazione offerta ai professionisti non sia abbastanza elevata per offrire un servizio "di qualità". Nonostante le iniziali difficoltà a raggiungere accordi, questi sono stati trovati sia con le farmacie che con i laboratori.

**Le richieste dell'Associazione Medici di Cipro (CyMA) di aumentare la retribuzione per i medici privati e di permettere l'attività privata all'interno del nuovo sistema è stata fermamente rifiutata dal Governo** (posizione definita dai medici come "incostituzionale"), ma accordi parziali sono stati raggiunti, per esempio sul prezzo garantito per i servizi specialistici[11]. Il CyMA ha anche richiesto ai medici di rifiutare ogni cooperazione con il nuovo sistema ed il suo presidente ha mandato una controversa lettera a tutti i membri affermando che coloro che decidono di registrarsi per i servizi pubblici sono "traditori"[12]. Una certa incertezza rimane in merito al successo dell'implementazione del sistema soprattutto riguardo al numero di medici e delle case di cura che aderiranno; comunque, dato che gli accordi sono con i singoli medici e case di cura e non con le associazioni professionali, lo scontro di opinioni tra il governo e il CyMA ha più rilevanza per l'opinione pubblica che sui numeri finali di adesioni.[13] Al 16 maggio si erano registrati 340 medici generici e 86 pediatri. Il numero di cliniche private che si sono registrate o ne hanno intenzione è in aumento[14]. Non è chiaro quale sia il numero di medici generici e specialisti, ed il numero di case di cura, cliniche e posti letto sufficienti per implementare in maniera efficace il nuovo sistema(a). Il Governo ha imposto un massimo di 2500 pazienti per medico di base, ma ipotizza una media di 1300 pazienti per medico. I medici generici saranno retribuiti in base al numero degli assistiti e potranno svolgere attività private (come gli altri medici dipendenti) per servizi non coperti dal sistema (agopuntura, omeopatia etc.) o per consulenze (seconda opinione).

**Quando sono apparsi, alla fine del 2018, i primi dettagli del nuovo servizio sanitario i commenti critici, e talora apocalittici, erano diffusi, ma ora sono notevolmente**

**diminuiti**, a seguito della campagna informativa e con le regolari notizie che, alla fin fine, gli accordi sono stati trovati e i medici hanno iniziato a registrarsi. Il periodo di transizione sarà comunque delicato e problematiche pratiche nella registrazione dei pazienti potrebbero rinvigorire le critiche. Come si svilupperà in futuro il sistema dipenderà molto dal numero di medici in attività nel servizio sanitario e da quanto si ridurrà, di conseguenza, la richiesta dei servizi privati. Anche se il Governo deve procurarsi il supporto dell'opinione pubblica, dovrà cercare qualche forma di sinergia con il sistema privato nei settori in cui il servizio pubblico non è totalmente adeguato e contemporaneamente operare per ridurre l'asimmetria dell'informazione e promuovere l'equità di accesso ai servizi,[15]

**Al di là degli aspetti pratici e tecnici del nuovo sistema, resta l'imperativo morale di implementare un servizio universale in una nazione che ha una classifica assai bassa fra le nazioni europee** (ventiseiesima su trentacinque, con uno score di 635) nell'*Euro Health Consumer Index*. [16] Cipro ha il più basso tasso di spesa sanitaria pubblica in Europa, il più alto tasso di parti cesarei nel mondo (circa il 60%), e un bassissimo numero di visite mediche (probabilmente a causa della sotto segnalazione per evasione fiscale), oltre ad essere una delle tre nazioni europee che ancora non hanno legalizzato l'aborto [17]. Il nuovo sistema sanitario universale offre una speranza di migliorare questi indicatori oltre a permettere una copertura sanitaria più equa per tutti i residenti.

### Nota

a) Il sistema di pagamento dei ricoveri non è stato ancora definito, anche per il fatto che tale attività entrerà in funzione nella seconda fase (2020). Il Ministero della salute sta da tempo definendo i nomenclatori, per adottare il sistema basato sui DRG.

### Bibliografia

1. Golna C, Pashardes P, Allin S, Theodorou M, Merkur S and Mossialos E. Health Care Systems in Transition: Cyprus. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
2. Supplement to: Global Burden of Disease Health Financing Collaborator Network. Past, present, and future of global health financing: a review of development assistance, government, out-of-pocket, and other private spending on health for 195 countries, 1995–2050. *Lancet* 2019; published online April 25. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30841-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30841-4).
3. [Health Insurance Organisation](#). General Health System (GHS), 2019. Retrieved on 18.04.2019
4. Health at a Glance: Europe 2018 Date of Health in the EU Cycle. OECD European

Union 2018; Calendario Atlante De Agostini, 2019; WHO - Global Health Expenditure Database.

5. Garel P and Notarangelo I. Hospitals in Europe: Healthcare Data. Hospital Healthcare Europe 2018 -The Official HOPE Reference Book. Brussels: European Hospital and Healthcare Federation, 2018.
6. Andreou M, Pashardes P and Pashourtidou N. Cost and Value of Health Care in Cyprus. Cyprus Economic Policy Review 2010; 4(1), pp. 3-24.
7. Ibid.
8. Conversazione privata con Ourania Kolokotroni, Professore Clinico Associato e Preside del Dipartimento di Medicina Primaria e Salute della Popolazione, Università di Nicosia; 14.03.2019.
9. [Health Insurance Organisation](#). General Health System (GHS), 2019. Retrieved on 18.04.2019
10. Andreou M, Pashardes P and Pashourtidou N. Cost and Value of Health Care in Cyprus. Cyprus Economic Policy Review 2010; 4(1), pp. 3-24.
11. Ioannidou L. [Private practice ban on Gesy doctors could be unconstitutional](#). Cyprus.mail.com, 09.01.2019
12. Theodorou M and Charalambous C. [Uncertainty over whether private providers will participate in the new health system](#). The Health Systems and Policy Monitor. European Observatory on Health Systems and Policy, 10.01.2019. Retrieved 19/04/2019
13. Ibid.
14. Ioannidou L. [Growing number of private clinics say they will join Gesy](#). Cyprus.mail.com, 03.04.2019
15. Andreou M, Pashardes P and Pashourtidou N. Cost and Value of Health Care in Cyprus. Cyprus Economic Policy Review 2010; 4(1), pp. 3-24.
16. Björnberg A. Euro Health Consumer Index 2018. Report. Health Consumer Powershouse Ltd, 2018.
17. Ibid.