

PERIODICO A CARATTERE TECNICO-INFORMATIVO PROFESSIONALE - ANNO VII N°1 - SETTEMBRE 2010

MONDO SALUTE

PARIGI, 26-27-28 MAGGIO 2010

PERCHÉ L'EUROPA HA BISOGNO DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA

1° Congresso Europeo dell'Ospedalità Privata

7° CONVEGNO ANNUALE AIOP GIOVANI

La sanità del futuro

Tra diritti soggettivi ed interesse generale

**Verso un'Europa della sanità:
libera scelta, efficienza
e qualità delle cure**



ENZO PAOLINI INTERVISTATO A "BAOBAB" RADIOUNO RAI

La sanità punto centrale della manovra finanziaria

Atti della XLV Assemblea Generale AIOP
INSERTO



Sistemi Informativi
Ospedalieri

Contabilità e logistica

Laboratori
e servizi diagnostici

RIS-PACS

Sistemi di Reparto
e Cartella Clinica

Sale Operatorie
e percorsi di cura

www.dedalus.eu

**la vita scorre nei
nostri software**

Dedalus
SOFTWARE FOR HEALTHCARE

COME D'ACCORDO, CAMBIAMO

La stagione in cui l'AIOP è stata editore di un magazine in parte generalista, al quale avevamo affidato l'ambizione di trasmettere all'opinione pubblica la nostra immagine e le nostre idee, troppo spesso demagogicamente distorta dalla quasi totalità del mondo dell'informazione, si è chiusa. Ci siamo resi conto - dopo un periodo sufficientemente lungo e tale da consentire un bilancio oggettivo - che il rapporto costi/benefici dell'operazione era troppo sbilanciato dalla parte dei primi.

Intendiamoci: prodotto ben fatto, firme di primo piano ed un direttore in grado di captare umori e tendenze politiche, ingredienti ideali per un giornale da leggere, e quindi interessante per un editore puro. Meno utile, e relativamente molto oneroso, per un editore il cui beneficio deve valutarci solo in termini di visibile e verificabile incidenza del messaggio nelle dinamiche di governo del settore.

Poiché la valutazione che abbiamo dato di tale impatto è stata da tutti ritenuta irrilevante, o comunque non percepita, abbiamo deciso di cambiare.

E quindi eccoci qua. La nostra testata non si rivolgerà più all'universalità dei cittadini ma agli addetti ai lavori, i contenuti saranno calibrati solo su temi di stretta pertinenza del settore, la tiratura molto limitata, l'invio sarà realizzato solo nei confronti di destinatari "sensibili" (cioè governi, opinion makers, giornalisti, burocrazia, politica). Infine il Direttore. Che da questo numero coincide con il Presidente nazionale pro-tempore, il quale interpreterà e trasferirà, nell'impostazione del giornale, la linea politica che esprime l'Associazione.

I fondi e le risorse risparmiate saranno - sono già state - impiegate nel modo deciso dall'assemblea e cioè nella riorganizzazione di un settore comunicazione più specificamente e costantemente diretto ad intervenire nel dibattito in corso sulla carta stampata, sulle TV e in generale nel mondo dell'informazione. Dibattito che ci vede quasi sempre individuati come collettori di interessi opachi e, nella migliore delle ipotesi, come coloro che fanno profitto sulla salute dei cittadini.

Luoghi comuni idioti che naturalmente non perdo tempo a smentire qui. Dico solo che il compito - difficile - della nostra attività di comunicazione potrà dirsi assolto con risultati apprezzabili quando potremo valutare il raggiungimento di un sistema sanitario presentato da una informazione corretta e veramente basata su libertà di scelta e competitività tra strutture. ■

L'assemblea di Parigi è stata una **occasione straordinaria** per capire quanto l'Unione europea e Le sue Istituzioni siano ancora **una realtà virtuale molto distante** dalla quotidiane **esigenze** delle popolazioni del continente.



Al di là della bella cornice, delle buone organizzazione, della ospitalità e della importanza del dibattito svoltosi nella tre giorni parigina le questioni fondamentali, quelle della effettiva

liberalizzazione del mercato sanitario, della introduzione di principi di concreta competitività e di un quadro di regole chiare ed atte a garantire la libera scelta ed ad evitare gli sprechi sono rimaste sullo sfondo.

E questo perché - lo stiamo ormai sperimentando da tempo - le due Istituzioni fondamentali - il Parlamento europeo e la Corte di giustizia - non sono percepite come organismi realmente incidenti sulle nostre vite, ed a loro volta non percepiscono gli aspetti politici e sociali sui quali sintonizzarsi con il mondo del lavoro e delle imprese dei paesi membri.

Il caso della sanità - il nostro caso - è emblematico. Cinque anni fa abbiamo avviato - con tante aspettative - dinanzi alla Corte di Giustizia una procedura finalizzata ad accertare la clamorosa elusione del divieto di aiuti di Stato che l'Italia realizza ogni giorno nello svolgimento del Servizio Sanitario Nazionale.-

La prova inconfutabile, somministrata ai giudici della Corte, si sintetizza nella semplice constatazione che in Italia gli ospedali pubblici vengono pagati per ciò che costano (e quindi anche con il ripianamento da parte dello Stato, degli investimenti in conto capitale e degli sprechi documentati) mentre quelli a gestione privata sono remunerati a tariffa (peraltro spesso ridotta) solo per ciò che producono.

Lo squilibrio - evidente - conduce, a catena, alla negazione di tutti i principi



di cui l'Unione si dichiara portatrice ed interprete.

In questi cinque anni non è avvenuto niente se non risibili annunci di indagini da parte della alta burocrazia giudiziaria europea e tante promesse di interessanti da parte di parlamentari europei. Nel frattempo la Corte si è occupata di censurare la contraffazione delle borse Vuitton ed il Parlamento di regolamentare l'abuso della Nutella.

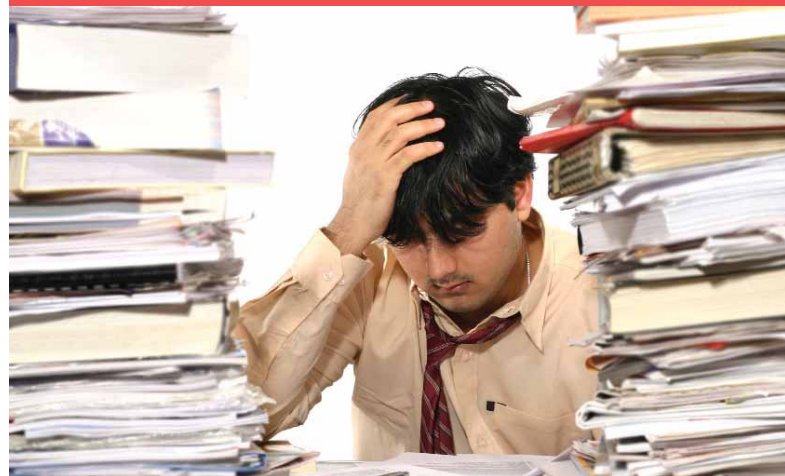
Sul fronte interno le cose non vanno affatto meglio. Nella mia relazione - pubblicata su questo giornale - ho detto qual è lo stato di salute in generale del nostro comparto concludendo che, se vogliamo smettere di vivacchiare, per sviluppare appieno la nostra potenzialità che è quella di diventare un motore di crescita del paese sul piano socio-economico, dobbiamo far soffiare un altro vento.

Il che è possibile solo con un nostro intervento diretto nel circuito e nel dibattito politico. Basta deleghe in bianco a chi non risponde al delegante - cioè a noi, popolo governato - ma al capo del partito che gli ha dato l'investitura di parlamentare. L'AIOP sta facendo la sua parte con una intensa attività di lobby. Ma non basta se non è sostenuta con convinzione e risorse dalla forza dei singoli.

Parafrasando la più bella delle frasi di Vasco Rossi: lo cambio io il sistema che non ce la fa a cambiare me. ■

Enzo Paolini

Finalmente l'opera che aspettavi



Ospedali & Lavoro

I CCNL dell'ospedalità privata dal 1956 al 2006 in formato elettronico

Quotidianamente le Case di cura e i professionisti sono obbligati a fare riferimento ai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro firmati dalle OO.SS. e da Aiop, Aris ed FdG che, assieme ad altre tipologie di accordi, disciplinano i rapporti di lavoro. A volte, la soluzione di problemi di contenzioso richiede l'esame di vecchi accordi che non sempre sono di facile reperimento.

Grazie all'opera promossa da Aiop e realizzata da Seop, puoi richiedere il CD che contiene 50 anni di accordi sindacali nazionali.



seop
società editrice ospedalità privata

SEOP s.r.l.
Società Editrice Ospedalità Privata
Via di Novella, 18 - 00199 Roma - RM
Tel. 06/3215653 - fax 06/3215703
Cod. fisc. / P.IVA / Registro Imprese 06749811003
R.E.A. DI ROMA N. 387409
Capitale Sociale i.v. € 50.000,00

fax 06-3215703

Scheda d'ordine CD "Ospedali&Lavoro"
Tutti i contratti di lavoro dell'ospedalità privata dal 1956 al 2006

Vi preghiamo inviarc:

n° _____ copie del CD "Ospedali&Lavoro"
al costo di € 39,00 a copia, comprensivo di IVA e spese di spedizione
Per il pagamento totale di € _____

SPEDIZIONE PER POSTA PRIORITARIA

Allegiamo fotocopia dell'ordine di bonifico bancario sul Vostro conto corrente n° 5432 presso la Banca Popolare di Novara - Ag.4 - ABI 05608 - CAB 03204 CIN G
IBAN IT72G0560803204000000005432

VOGLIATE FATTURARE A:

Società/nominativo _____
Indirizzo _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____
P.IVA _____ Cod. Fiscale _____

VOGLIATE INVIARE A:

Nome e cognome _____
Incarico/ufficio _____ Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
Società/nominativo/indirizzo _____
(se diversi da quelli della fatturazione)
CAP _____ Città _____ Prov. _____

INFORMATIVA AI SENSI DEL D. Lgs 196/2003
In riferimento al D.Lgs 196/2003 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali), Vi informiamo che con la firma apposta in capo, oltre a perfezionare il contratto, ci consentite il trattamento informativo e manuale dei dati da Voi sopra indicati per le necessarie finalità amministrative e fiscali e per la gestione commerciale del rapporto. Vi informiamo, inoltre, che siete titolari dei diritti di cui all'art.7 (accesso, modifica, cancellazione), Titolare e responsabile del trattamento è SEOP s.r.l.

Timbro e Firma _____

N.B. - Le copie del CD "Ospedali&Lavoro" verranno inviate solo a pagamento avvenuto.

so **sommario**



MONDO SALUTE

**PERIODICO A CARATTERE
TECNICO-INFORMATIVO
PROFESSIONALE**
Anno VII - n. 1 2010

Editore SEOP s.r.l.
via di Novella, 18 - ROMA

Direttore responsabile
Enzo Paolini

Comitato di direzione
Barbara Cittadini, Fabio Marchi,
Emmanuel Miraglia, Gabriele Pelissero,
Ettore Sansavini, Enzo Schiavone.

Grafica e impaginazione
Andrea Albanese

Autorizzazione Tribunale di Roma
n°533 23/12/2003

Direzione
00193 Roma - Via Lucrezio Caro, 67
tel. 063215653 - fax. 063215703
Internet: www.mondosalute.it

Stampa
Graficassia s.r.l.
Via Volusia, 61 - 00189 Roma
e-mail: uffstampa@aiop.it

Chiuso in redazione il
27/07/2010

1

EDITORIALE

**Assemblea di Parigi:
una occasione straordinaria**

ENZO PAOLINI

4

SPECIALE

A CURA DI ALBERTA SCIACCHÌ

PARIGI, 27-28 MAGGIO 2010

1° Congresso europeo
dell'ospedalità privata
**Verso un'Europa della sanità:
libera scelta, efficienza
e qualità delle cure**

RELAZIONI

Max Ponsellé
"L'ospedale, un luogo unico"5

Bachelot Narquin
**Il riconoscimento politico
del ruolo essenziale
dell'ospedalità privata**6

Grace-Marie Turner
**La convergenza tra USA ed Europa
è possibile?**8

Gabriele Pelissero
**I modelli sanitari europei
a confronto**12

TAVOLA ROTONDA17

RELAZIONI

Paolo Ponzano
Il Trattato di Lisbona e la sanità21

Sean Van Raepenbusch
**La Corte di giustizia
dell'Unione europea
e la politica sanitaria**22

TAVOLA ROTONDA24

RELAZIONI

Christina Gutierrez-Cortines
**Perché l'Europa ha bisogno
dell'ospedalità privata**31

TAVOLA ROTONDA33



42

INTERVISTA A ENZO PAOLINI

BAOBAB – Radiouno Rai
**La sanità punto centrale
della manovra finanziaria**

44

CONVEGNO ANNUALE AIOP GIOVANI

A CURA DI FABIO MIRAGLIA

PARIGI, 27 MAGGIO 2010

**La Sanità del futuro:
tra diritti soggettivi e interesse generale**
Esperienze internazionali a confronto

Averardo Orta45

Gary Filerman46

Anthony Hill49

Hirotooshi Nishizawa49

Tomonori Hasegawa49

PARIGI, 27-28 MAGGIO 2010 - 1° CONGRESSO EUROPEO

Verso un'Europa della sanità: libera

Perché l'Europa ha bisogno dell'ospedalità privata

A CURA DI ALBERTA SCIACCHÌ

In Europa il **sistema del welfare**, che pure costituisce una scelta irrinunciabile della società, è divenuto **più vulnerabile a causa della crisi** e gli Stati membri, per salvaguardare il modello europeo di solidarietà sociale, **sono chiamati ad affrontare una serie di sfide**, che in sanità si chiamano: invecchiamento della popolazione, centralità e sicurezza dei pazienti, **efficienza e qualità dei servizi**, innovazione tecnologica, razionalizzazione della spesa. A questo scopo, tutti i Paesi europei **hanno attuato e continuano ad attuare molte riforme**, spesso e non a caso ispirate ai principi del **welfare market**, per trovare **soluzioni efficaci in sede nazionale e coordinarle** a livello europeo.

L'ospedalità privata europea, rappresentata dall'Uehp (**Union Européenne de l'hospitalisation Privée**), desidera contribuire pienamente al dibattito europeo sulla sanità, arricchendolo della propria esperienza sanitaria, formativa, imprenditoriale e gestionale.

Tali capacità si sono sviluppate nell'esercizio di un ruolo essenziale e qualificante all'interno dei sistemi sanitari nazionali, svolto allo stesso titolo e con pari dignità del settore pubblico.

Le strutture ospedaliere, infatti, sono definite in sede comunitaria soggetti erogatori di servizi d'interesse generale, indipendentemente dalla loro natura pubblica o privata, in quanto svolgono una missione

di natura pubblica nell'interesse della collettività.

In questa prospettiva si comprendono sia la decisione di organizzare il **1° Congresso europeo dell'ospedalità privata**, svoltosi a Parigi il 27 e 28 maggio 2010, sia il titolo della manifestazione:

Verso un'Europa della sanità: libera scelta, efficienza e qualità delle cure. Perché l'Europa ha bisogno dell'ospedalità privata. Mentre la prima di queste affermazioni sintetizza i nodi fondamentali nell'elaborazione degli orientamenti di politica sanitaria a livello europeo – equità, qualità, sostenibilità - la seconda potrebbe apparire fin troppo ambiziosa. Che i Paesi europei abbiano necessità di ricorrere al



contributo insostituibile del settore privato è tuttavia provato proprio dai fattori critici, che i governi non possono risolvere efficacemente senza utilizzare al meglio l'intero patrimonio di strutture e professionalità di cui dispongono, superando la pregiudiziale ideologica in favore del pubblico.

È quanto ha sostenuto in apertura del Congresso il Presidente dell'Uehp, Max Ponceillé, per il quale l'ospedale è un luogo unico, sia esso pubblico o privato, perché, pur nella molteplicità degli aspetti che lo rendono complesso, resta ferma l'unicità della missione, delle competenze, dei valori professionali ed umani espressi nella sua attività. ■

scelta, efficienza e qualità delle cure



MAX PONSEILLÉ, PRESIDENTE DELL'UEHP:

“L'ospedale, un luogo unico”

Al centro del dibattito sulla sanità si pone, dunque, la struttura ospedaliera, che riveste un'importanza **fondamentale nell'ambito dei servizi sanitari** per la sua posizione all'incrocio di tutte le dimensioni fondamentali della sanità: **il livello scientifico e tecnologico vi è estremamente alto**, il costo economico degl'investimenti e della gestione è rilevante, ma soprattutto svolge **un ruolo essenziale il fattore umano**, perché l'ospedale, **sia esso pubblico o privato**, resta soprattutto il luogo dove la sofferenza dei pazienti e dei loro familiari viene lenita.



Attualmente in Europa, l'istituzione ospedaliera è confrontata a numerose sfide, proprio a causa della complessità di queste ragioni umane, morali, tecniche e finanziarie. Non può, infatti, essere trascurato il suo rilevante peso economico nell'ambito della crisi dei sistemi sanitari, che si riscontra in tutti i Paesi europei ed è accentuata dalla congiuntura economica in corso.

In considerazione, quindi, delle prospettive aperte dal contesto demografico ed economico attuale, la questione del ruolo del settore ospedaliero privato assume, se-

“Che i Paesi europei abbiano necessità di ricorrere al contributo insostituibile del settore privato è provato proprio dai fattori critici, che i governi non possono risolvere efficacemente senza utilizzare al meglio l'intero patrimonio di strutture e professionalità di cui dispongono, superando la pregiudiziale ideologica in favore del pubblico”.



condo il presidente Poneillé, particolare interesse, articolandosi in una serie di altre questioni, ugualmente importanti, da approfondire nelle giornate congressuali. La prestazione dei servizi deve essere affidata solo o prevalentemente a strutture pubbliche? In sanità, la libera scelta è un diritto, che si deve riconoscere a tutti i cittadini europei? La concorrenza, certo regolamentata, è un fattore di progresso per il miglioramento degli standard e per l'efficienza della spesa? Gli Stati europei hanno la possibilità d'investire in servizi di qualità? La sanità è una voragine, che fa aumentare il debito pubblico, o al contrario un fattore di ricchezza, di progresso, di sviluppo economico?

Una questione fondamentale, sottolineata ancora da Poneillé, è, infine, il ruolo che l'Unione Europea ha assunto e vuole assumere in sanità. È vero che l'Europa si è impegnata per la libera circolazione dei cittadini, per l'equivalenza dei diplomi, per la regolamentazione dei farmaci, dei dispositivi medici, dei prodotti di origine umana, per la tutela della salute pubblica, e per la lotta alle infezioni nosocomiali, che riguarda più direttamente gli ospedali.

E tuttavia, secondo il Presidente dell'Uehp, l'Unione resta poco presente in materia di protezione sociale e di organizzazione delle cure, per la volontà politica di rispettare l'autonomia degli Stati membri. Ci si chiede allora se l'UE, pur senza arrivare ad un'armonizzazione, debba realizzare una maggiore convergenza tra le iniziative nazionali, attraverso il metodo del coordinamento aperto... ma qui la parola passa ai politici! Il saluto inaugurale del Ministro della sanità francese ai congressisti ha assunto quindi un valore d'importanza capitale per chiarire la dinamica (e si potrebbe aggiungere la dialettica!) delle relazioni tra istituzioni centrali di Bruxelles e Paesi membri. ■

L'INTERVENTO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ FRAN

Il riconoscimento politico dell'ospedalità privata

Il Ministro francese della sanità, **Roselyne Bachelot Narquin** ha aperto il suo discorso inaugurale, affermando che **l'Unione è profondamente coinvolta in campo sanitario**, ma purtroppo la Francia è stata lungamente assente dalle grandi organizzazioni rappresentative europee attive nel campo della sanità. Quest'epoca è fortunatamente conclusa, come testimoniano anche **l'impegno dell'associazione francese dell'ospedalità privata** e delle altre associazioni nazionali in sede comunitaria e l'organizzazione del **primo congresso dell'ospedalità privata sui temi dell'Europa della sanità**.

Potere e democrazia devono sempre restare aspetti inscindibili, secondo il Ministro francese: è dunque essenziale portare, a Bruxelles come a Strasburgo, la voce dei professionisti e degli esperti sanitari, appartenenti al settore pubblico come a quello privato. Quest'ultimo ha senza dubbio contribuito efficacemente alla costruzione dell'Europa della sanità, in particolare relativamente alla direttiva sulla mobilità dei pazienti e sulle cure transfrontaliere, che lo concerne direttamente.

Nel ruolo svolto al Parlamento europeo, tra il 2004 e il 2007, e al Consiglio dei ministri della sanità, negli ultimi tre anni, il Ministro Bachelot ha potuto constatare con soddisfazione l'affermarsi delle problematiche sanitarie in seno alle istituzioni comunitarie: mobilità dei pazienti e rimborso delle cure transfrontaliere, lotta contro i farmaci contraffatti, donazione di organi, coordinamento in materia di sicurezza sanitaria e farmacovigilanza, sono solo alcuni dei numerosi dibattiti che occupano oggi il legislatore europeo. Non meno di quattro direttive sono attualmente in discussione.

L'Europa della sanità al servizio dei pazienti e delle loro famiglie è stata anche una delle priorità proposte da Madame Bachelot nel corso della sua Presidenza del Consiglio dei ministri della sanità nel



CESE, BACHELOT NARQUIN:

il ruolo essenziale

2008 e, dopo numerose peripezie, un accordo politico sembra finalmente raggiunto. La prima sfida della negoziazione tra Stati è la sicurezza giuridica, necessaria per garantire i diritti dei pazienti nell'accesso all'assistenza sanitaria in tutti i Paesi membri. È innegabile, a questo riguardo, che la Corte di giustizia della Unione Europea abbia fatto avanzare considerevolmente il processo di riconoscimento di tali diritti attraverso la sua giurisprudenza, ma resta comunque un imperativo politico fissare regole stabili, che abbraccino tutto il campo della mobilità dei pazienti nelle sue varie problematiche, e definire chiaramente le regole da seguire per ottenere i rimborsi.

Il Ministro non ha però mancato di menzionare un secondo aspetto politicamente sensibile - non solo difeso dalla Francia, ma legittimato da Trattato di Lisbona - vale a dire l'attribuzione agli Stati membri della competenza esclusiva nell'organizzare l'offerta nazionale di servizi sanitari. La direttiva deve, dunque, riconoscere alle autorità nazionali il potere di determinare la regolamentazione della spesa socio-sanitaria, in questo periodo di pressione budgetaria, perché la sfida finanziaria sottesa alla mobilità è immensa.

E tuttavia si deve assolutamente evitare, come ha sostenuto Madame Bachelot, di contrapporre diritti degli Stati e diritti dei



pazienti, in particolare per quanto concerne la spinosa questione dell'autorizzazione preventiva, imposta a questi ultimi per usufruire dei servizi ospedalieri erogati in un altro Stato membro. Contrariamente a quanto si sente affermare solitamente, tale autorizzazione non è, secondo il Ministro francese, "nemica" del paziente, bensì gli garantisce il rimborso delle cure, tenendo conto della suo stato di salute e della sua probabile evoluzione. Conformemente alla giurisprudenza costante della Corte di giustizia, poi, il posto dell'ospedalità privata è stato giustamente riconosciuto a pieno titolo nella futura Direttiva

La questione della sostenibilità dei sistemi sanitari e del loro finanziamento a lungo termine, in presenza dell'attuale crisi economica, finanziaria e budgetaria, si pone con forza a tutti i Paesi, come è emerso nell'Assemblea mondiale della sanità, organizzata di recente dall'OMS a Ginevra. I bisogni finanziari per garantire la protezione della salute ed il conseguente sviluppo economico-sociale sono enormi e in questo quadro generale, il settore privato può e deve essere un fattore di risposta alla sfida della modernizzazione dell'offerta di cure nell'ambito di un'organizzazione dei servizi aperta a tutti i cittadini, compresi i più sfavoriti.

"Non è il momento dell'opposizione tra settore ospedaliero pubblico e privato" ha affermato con forza il Ministro Bachelot - ma della loro alleanza e della loro complementarità, attraverso molteplici forme di cooperazione e di condivisione di attività nell'ambito di dotazioni tecniche comuni." In quest'ottica il modello francese, caratterizzato da un mix pubblico-privato,

LA CONFERENZA INAUGURALE DI GRACE-MARIE La convergenza tra USA

Per tentare di **rispondere alle questioni fondamentali**, che sia l'Unione sia i suoi Stati membri sono chiamati a fronteggiare, è stato giudicato interessante **uscire dall'Europa per riflettere su altri problemi ed altre soluzioni**. Grace-Marie Turner, Presidente dell'Istituto di ricerca Galen di Washington, che studia e propone **politiche sanitarie con orientamento liberale**, è stata perciò invitata a tenere la conferenza inaugurale, per illustrare l'evoluzione del sistema sanitario negli Stati Uniti e gli eventuali **elementi di convergenza con i modelli europei**.



"Il settore privato può e deve essere un fattore di risposta alla sfida della modernizzazione dell'offerta di cure nell'ambito di un'organizzazione dei servizi aperta a tutti i cittadini, compresi i più sfavoriti".

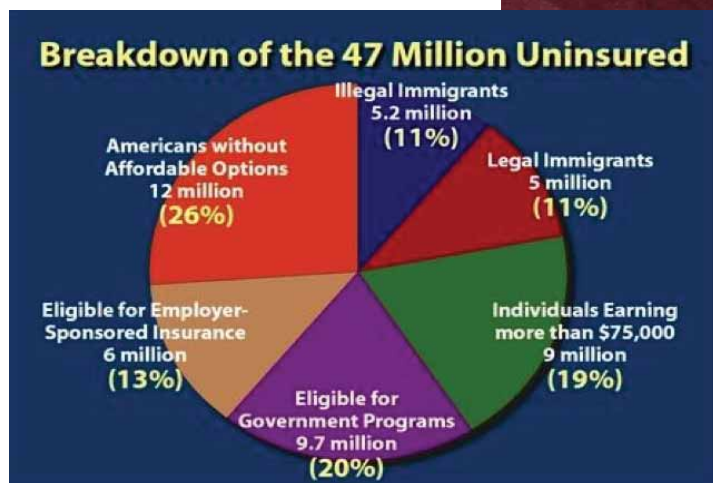
capace di garantire la libera scelta a vantaggio dei pazienti, avrà occasione di essere sempre più imitato in futuro dagli altri Paesi europei, costituendo così "un vero modello europeo da esportazione" e rendendo la sanità un vettore d'irradiazione europeo. ■

E TURNER:

A ed Europa è possibile?

La sua relazione si è aperta con una panoramica del complesso, e spesso criticato, modello sanitario americano. Negli Stati Uniti, in effetti, i sistemi sanitari interni sono estremamente diversificati, le strutture di cura e assistenza sono sia pubbliche sia private, ed esistono numerosi programmi pubblici gestiti dallo Stato e destinati a finanziare (con 1,5 trilioni di dollari!) attività di sostegno per bambini e giovani fino a 21 anni, persone anziane (programma Medicare) ed individui appartenenti alla classi povere (programma Medicaid). La maggior parte degli americani, tuttavia, possiede un'assicurazione privata, in generale pagata dal datore di lavoro, mentre in alcuni casi è prevista una partecipazione al 50% o totale da parte del lavoratore.

La nuova legislazione tenta di rendere molto più efficaci tutti questi programmi e persegue molteplici obiettivi, condivisi da



tutti gli Stati federali: si vuole che l'assicurazione sia accessibile economicamente a tutti, che i costi siano contenuti, che migliori la qualità dei servizi, che i programmi pubblici siano finanziariamente sosteni-

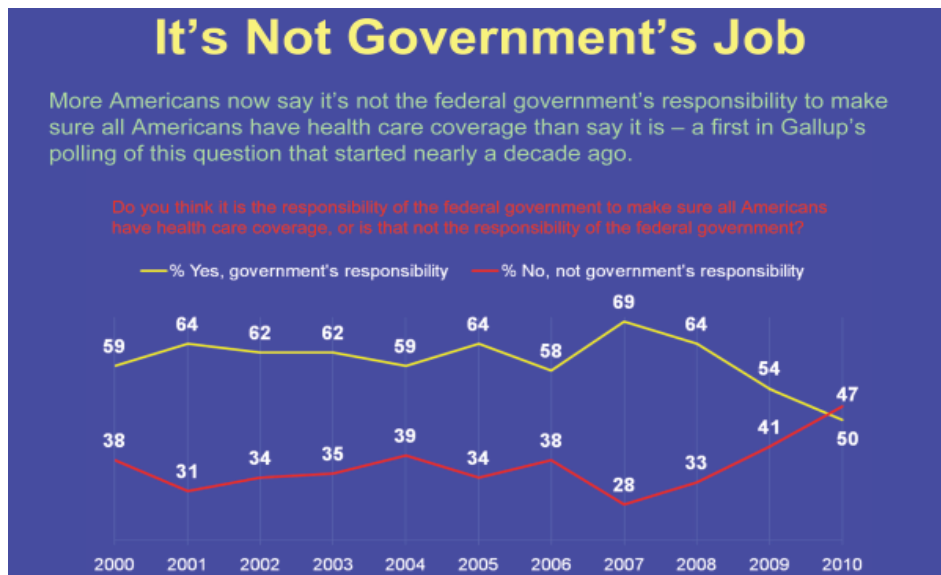
bili e soprattutto che sia garantita una copertura assistenziale universale. Effettivamente, una larga percentuale del PIL è attualmente destinata al settore sanitario e lo scopo della riforma è giustamente contenere i costi, senza abbassare gli standard, e tutelare tutti i cittadini. Si tratta di finalità, che gli USA condividono con tutti i Paesi industrializzati e appartengono all'opinione pubblica

generale. Per quanto riguarda però la specifica riforma sanitaria, proposta dal Presidente Obama, il nodo della questione sta nei grossi sacrifici necessari per raggiungere gli obiettivi indicati. La maggior parte degli americani, infatti, ritiene già buona o eccellente l'assicurazione di cui gode e desidera la stabilità, nella convinzione che i cambiamenti previsti dalla riforma non siano vantaggiosi rispetto alle condizioni attuali. Molti cittadini, in effetti, temono che la nuova legislazione finisca per costruire un sistema sanitario di scarsa qualità, più costoso e di difficile accesso. Ora, per quanto riguarda il noto e grave

problema dei 46 milioni di americani non assicurati, problema che richiede certo una soluzione, la Turner ha analizzato la composizione di questa fascia di popolazione, precisando che nell'11% circa dei casi (corrispondente a 5,2 milioni di persone) si tratta d'immigrati illegali, mentre all'estremo opposto si trovano 9 milioni di cittadini (pari all'11%), che guadagnano più di

nel programma Medicaid, che sarà finanziato del Governo federale e dai vari Stati, mentre altri 16 milioni avranno accesso ad assicurazioni sovvenzionate (si tratta di una novità) e potranno acquistare una polizza grazie ad alcuni "gruppi di acquisto condiviso". Sfortunatamente, però, ancora 24 milioni di americani (un numero ragguardevole!) resteranno non assicurati,

“Prima della votazione della riforma, sono giunte al Congresso circa centomila telefonate all'ora di cittadini contrari alla legge. Attualmente il 63% degli americani ne auspica l'abrogazione”.



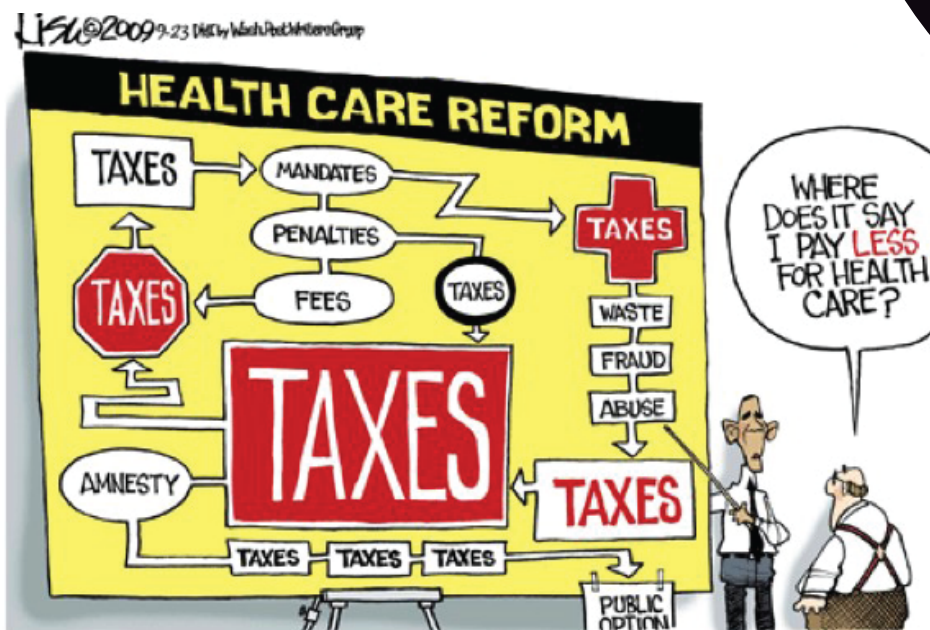
Source: Newport, Frank. "More in U.S. Say Health Coverage Is Not Gov't Responsibility." Gallup. 13 Nov 2009. Gallup, Web. 27 Jan 2010. <<http://www.gallup.com/poll/124253/Say-Health-Coverage-Not-Gov-Responsibility.aspx>>.

75mila dollari all'anno. Entrambe queste categorie, peraltro, non è sicuro che potranno essere comprese in una nuova forma di assicurazione sanitaria. Il 20% dei non assicurati, poi, (9,7 milioni d'individui) avrebbe diritto di usufruire dei programmi governativi di sostegno alla popolazione, ma molti non vi accontentano di fatto. Un altro gruppo è formato da 6 milioni di cittadini (il 13% circa), che non hanno aderito ai programmi assicurativi offerti dai loro datori di lavoro. Infine, 12 milioni di americani hanno registrato rischi sanitari superiori alla media ed hanno bisogno di opzioni personalizzate a costi contenuti.

In questo contesto generale, s'inscrive la nuova legislazione di cui la Presidente del Galen Institute ha delineato l'architettura: in conseguenza della riforma 16 milioni di cittadini rientreranno

anche quando il programma entrerà definitivamente in vigore nel 2019. In questa prospettiva, il governo obbligherà i cittadini a sottoscrivere un'assicurazione sanitaria e sono previste sanzioni in caso d'inadempienza, ma anche aiuti per acquistare polizze per circa 16 milioni di persone. Parallelamente a tale estensione della co-

pertura, sarà adottata una nuova regolamentazione federale, molto più severa nei confronti delle compagnie assicuratrici, che finora non sono state direttamente regolamentate dal Governo federale, il quale assumerà invece maggiori responsabilità con la nuova legge. I finanziamenti necessari per l'attuazione della riforma, che comporta una spesa di 1 trilione di dollari in 5



anni, saranno ottenuti non solo attraverso nuove imposte e sanzioni, ma anche tramite la riduzione dei fondi per il programma Medicare. Il sistema sanitario, infatti, rappresenta una buona fetta del deficit dello Stato e si sono perciò resi necessari alcuni dolorosi tagli. In questo ambito è stata inoltre prevista la proibizione di creare di nuovi ospedali privati gestiti dai medici, che pure sono positivamente concorrenziali, offrono le cure di migliore qualità e si sono affermati anche come modelli di gestione efficace per i grandi ospedali pubblici.

Analizzando poi più dettagliatamente le ragioni della forte resistenza che la nuova legislazione ha incontrato, la Turner ha innanzitutto rilevato che probabilmente la spesa sanitaria non solo non

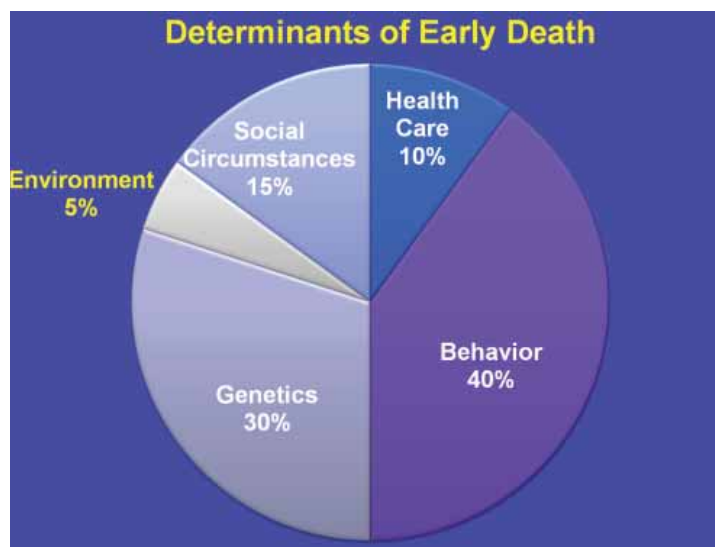
in conseguenza di quella che hanno battezzato l'Obama Care. Nel corso dell'elaborazione della nuova legislazione, inoltre, si è percepita un'ingerenza sempre più forte del governo federale nella sanità, mentre la maggioranza delle persone pensa che non sia compito dello Stato fornire una copertura sanitaria.

La riforma ha cambiato un sesto dell'economia americana, e, quando la notte di Natale è stata approvata dal Senato, si presentava in realtà come una proposta di legge, destinata solo a far avanzare il processo e ad essere modificata successivamente. A causa dell'elezione di un nuovo senatore, però, la prospettiva è cambiata radicalmente ed il testo è divenuto definitivo perché, una volta approvato dal Senato, ha potuto essere firmato dal Presidente. Il Congresso poi, in assenza di una procedura formale completa, è stato obbligato a votare la legge uscita dal Senato.

Il testo legislativo in questione, compo-

dalle compagnie e dai privati. In base al sistema di verifica dei costi delle nuove leggi, inoltre, l'Obama care produrrà per le famiglie un aumento del costo delle polizze, che nel 2016 crescerà di 2100 dollari, in confronto all'entità che avrebbe avuto se la riforma non fosse stata approvata.

La legge comporta altresì alcune conseguenze impreviste: i membri del Congresso dovrebbero rientrare, come tutti i cittadini, nei programmi di copertura sanitaria, la cui attuazione è prevista nel 2014, ma



J. Michael McGinnis, Pamela Williams-Russo, and James R. Knickman. The Case For More Active Policy Attention To Health Promotion. Health Affairs, March/April 2002; 21(2): 78-93.



Grace-Marie Turner

“Sicuramente la riforma in atto è d'importanza fondamentale, ma richiede alcune modifiche, per sostenere la stabilità delle assicurazioni, migliorare l'efficienza dei servizi ed offrire opportunità di scelta”.

diminuirà, ma aumenterà ulteriormente, lasciando insoddisfatte le attese generali. Basti pensare che prima della votazione della riforma, sono giunte al Congresso circa centomila telefonate all'ora di cittadini contrari alla legge. Attualmente il 63% degli americani ne auspica l'abrogazione e solo il 12% pensa che effettivamente la nuova normativa entrerà in vigore nella forma attuale. Uno dei motivi di questa reazione negativa è che il 71% dei cittadini, contrariamente alla diffusa aspettativa di pagare meno per l'assistenza sanitaria, teme una rilevante crescita delle imposte,

sto di ben di 2400 pagine, è stato peraltro modificato in più punti, perché entrambi gli schieramenti politici si sono resi conto che sussistevano forti problemi legali. Un analista del partito di Obama ha confermato i timori della maggior parte dei cittadini: molti americani avrebbero perso l'attuale copertura sanitaria per acquisire la possibilità di averne un'altra; molti iscritti a Medicare avrebbero incontrato difficoltà per accedere al nuovo sistema a causa dei tagli al budget; 120 bilioni di dollari sarebbero stati pagati sotto forma di sanzioni

nessuno sa se potranno goderne i benefici prima dell'approvazione definitiva e che cosa avverrà nel frattempo. Alcune compagnie di assicurazione stanno già valutando l'opportunità di uscire dai programmi previsti, perdendo i relativi benefici, per evitare di incorrere sanzioni e di dover abbassare i costi.

Per quanto riguarda gli aspetti positivi della riforma, ugualmente valorizzati da Grace-Marie Turner, Obama ha stabilito che tutti i giovani, fino all'età di 26 anni, rientreranno nelle polizze dei genitori, ci

saranno maggiori garanzie per le persone ad alto rischio sanitario, gli anziani riceveranno aiuti per l'acquisto delle polizze e dei farmaci. La nuova legge prevede, inoltre, programmi sperimentali per studiare il modo di spostare automaticamente la copertura assicurativa di quanti l'avrebbero persa nel sistema attuale, cambiando lavoro, e di coloro che si trasferiscono da uno Stato all'altro.

Va osservato, però, che il mercato delle assicurazioni sanitarie private è stato fino ad oggi estremamente innovativo e moderno: i datori di lavoro, in particolare, si rivelati molto creativi nella proposta di programmi assicurativi, per offrire buone presta-

zioni ed opportunità di scelta ai loro impiegati, pur contenendo le spese. I costi assicurativi sono rimasti infatti abbastanza stabili negli ultimi cinque anni, mentre, a seguito della riforma, essi registreranno aumenti sensibili.

Concludendo questa interessante presentazione dell'Obama care, la relatrice ha sottolineato alcuni aspetti di carattere sociale. Gli americani, a suo dire, sono favorevoli al cambiamento ed all'innovazione, ma amano anche la pluralità delle opzioni e l'opportunità di scegliere in maniera libera ed autonoma, possibilità che ora si rischia di perdere in un mercato di trecento milioni di persone. Si teme, infatti, che il

Governo federale scelga al posto dei cittadini e che diminuisca la centralità del paziente, fortemente tutelata negli ospedali privati. Sul fronte opposto dei risultati positivi, va segnalato che i non assicurati potranno accedere ai servizi attraverso forme di sostegno per l'acquisto della loro polizza e le persone affette da malattie croniche otterranno garanzie di un'adeguata tutela. Non si tratta di obiettivi di poco conto!

La preoccupazione maggiore restano però i costi, perché una riforma così ampia farà aumentare il deficit, senza poter evitare il rischio di fallire sugli obiettivi fissati, come quello della copertura globale. Si dovrà quindi cercare di raggiungere un maggiore

LA RELAZIONE DEL PROF. **GABRIELE PELISSERO**

I modelli sanitari europei a confronto

In parallelo alla presentazione del panorama americano, con i suoi chiaroscuri, **Gabriele Pelissero**, Professore d'igiene e organizzazione sanitaria all'Università di Pavia e Vice Presidente dell'AIOP, ha presentato **un quadro globale dei sistemi sanitari europei**, quale emerge da un lavoro universitario di ricerca, condotto in collaborazione con **Alberto Mingardi**, Direttore generale dell'Istituto Bruno Leoni, un ente di ricerca che **promuove il dibattito pubblico sulla riforma dello Stato sociale**.

Aprendo la sua relazione, Pelissero si è ricollegato all'affermazione di Grace-Marie Turner, la quale ha sottolineato come gli americani desiderino che le loro decisioni in merito all'assistenza sanitaria siano prese da medici e pazienti, e non dai governi. È forse qui la vera convergenza tra l'Europa e gli Stati Uniti, anche se poi la storia del Vecchio Continente è leggermente diversa.

Per risalire alle origini dei sistemi europei, il prof. Pelissero ha ricordato che proprio a Parigi nel 1789 il contratto sociale, in materia di diritti dell'uomo e in particolare di sanità, stabilì che lo Stato avrebbe assunto un impegno diretto per la tutela della salute. Lo sviluppo più recente di tale vicenda prende avvio alla fine dell'800 e

nella prima metà del '900 con la nascita di due grandi modelli, che in letteratura sono indicati con i termini Bismarck e Beveridge. Il primo dei due per anzianità prese il nome dal cancelliere tedesco Otto von Bismarck e nacque intorno al 1883-89. Esso si fonda sul concetto di assicurazione sociale ed è interessante il suo carattere pluricentrico sul versante del finanziamento, costituito dai contributi sociali, mentre lo Stato vi svolge essenzialmente funzioni di regolatore, pur potendo partecipare all'erogazione delle prestazioni. A distanza di più di un secolo, gli eredi di questo modello sono presenti nell'Unione europea in grandi Stati come Austria, Francia, Germania, Lussemburgo, ed una sua versione innovativa è applicata in Olanda.

L'altro modello fondamentale europeo lo si deve a Lord Beveridge, che nel 1942, e poi in attuazione definitiva nel 1948, elaborò e realizzò un modello monocentrico e statalistico in cui il single payer è appunto lo Stato ed i servizi sono offerti di norma da strutture pubbliche, anche se è possibile una presenza occasionale del privato. Nell'idea centrale di Beveridge, però, il settore privato non è contemplato e lo Stato resta l'ente che assicura, paga, eroga e controlla tutte le prestazioni sanitarie. Questo sistema si applica in molti Paesi dell'Unione: Svezia, Danimarca, Finlandia, Regno Unito, Grecia, Irlanda, Islanda, Norvegia, Portogallo. L'Italia è l'unico Paese europeo che abbia cambiato il proprio model-

equilibrio nelle previsioni di legge per ottenere un miglior rapporto costi-benefici, che del resto era già stato raggiunto dalle soluzioni assicurative offerte dai datori di lavoro.

Sicuramente la riforma in atto è d'importanza fondamentale, ma richiede alcune modifiche, per sostenere la stabilità delle assicurazioni, migliorare l'efficienza dei servizi ed offrire opportunità di scelta. Esistono, infatti, un movimento verso il "consumerismo", una forte esigenza dei pazienti, diffusa in tutti i Paesi industrializzati, di essere protagonisti delle loro decisioni, una volontà comune di scegliere che i governi non potranno ignorare. ■

nto

lo, passando nel 1968 da un modello di tipo Bismarck a quello Beveridge.

Nonostante tale diversità dei sistemi, si registrano tuttavia molti problemi comuni, perché la diversità di finanziamento non costituisce oggi il fattore chiave. In effetti, l'assicurazione sociale obbligatoria, in tutti gli Stati che attuano il modello di tipo Bismarck, è considerata dai lavoratori come pressoché identica alla tassazione. Oggi nell'Unione europea il sistema assicurativo tende poi a coprire la totalità della popolazione, anche laddove è presente un model-



Gabriele Pelissero

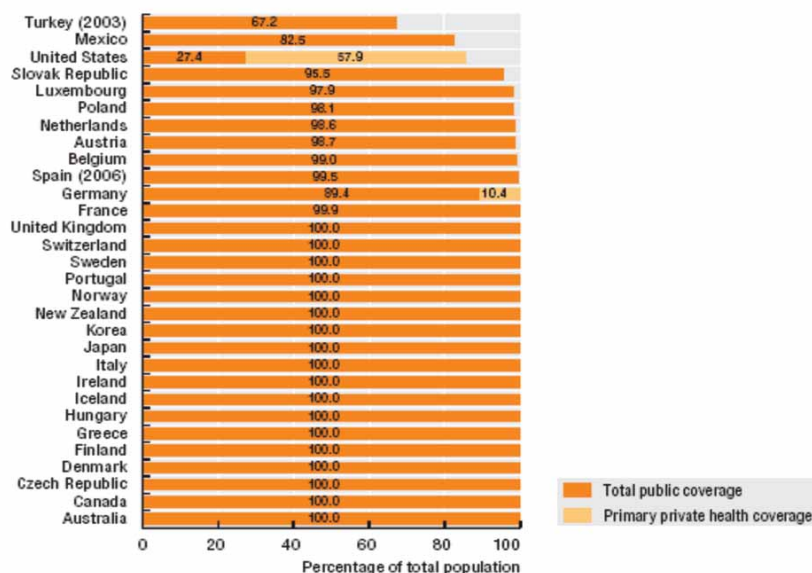
Dopo Beveridge e Bismarck
Quale futuro per la sanità europea?



lo pluralistico Bismarck, esattamente come avviene nei modelli di tipo Beveridge. In Europa, inoltre, è praticamente impossibile per i cittadini uscire da forme di assicurazione obbligatoria, nei sistemi sanitari appartenenti ad entrambi i modelli.

Questi sistemi diversi ma con un unico punto di partenza, la tassazione, e un unico punto di arrivo, la copertura universale, incontrano due problemi uguali: la sostenibilità finanziaria e la complessità. Per il primo aspetto, il dato OCSE 2009 mostra che in tutti i Paesi europei sviluppati la copertura ha un valore tendenzialmente corrispondente al 100% ed il pagamento è a carico dello Stato, o comunque avviene attraverso denaro pubblico, intermediato

Tutti i paesi europei hanno realizzato una copertura sanitaria universale o quasi



Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>). [2007]

dallo Stato stesso in larghissima quantità. Esiste quasi ovunque, una quota di spesa out of pocket, ma la sua entità non è essenziale per la tutela della salute dei cittadini europei. “Quali sono allora i problemi fonamen-

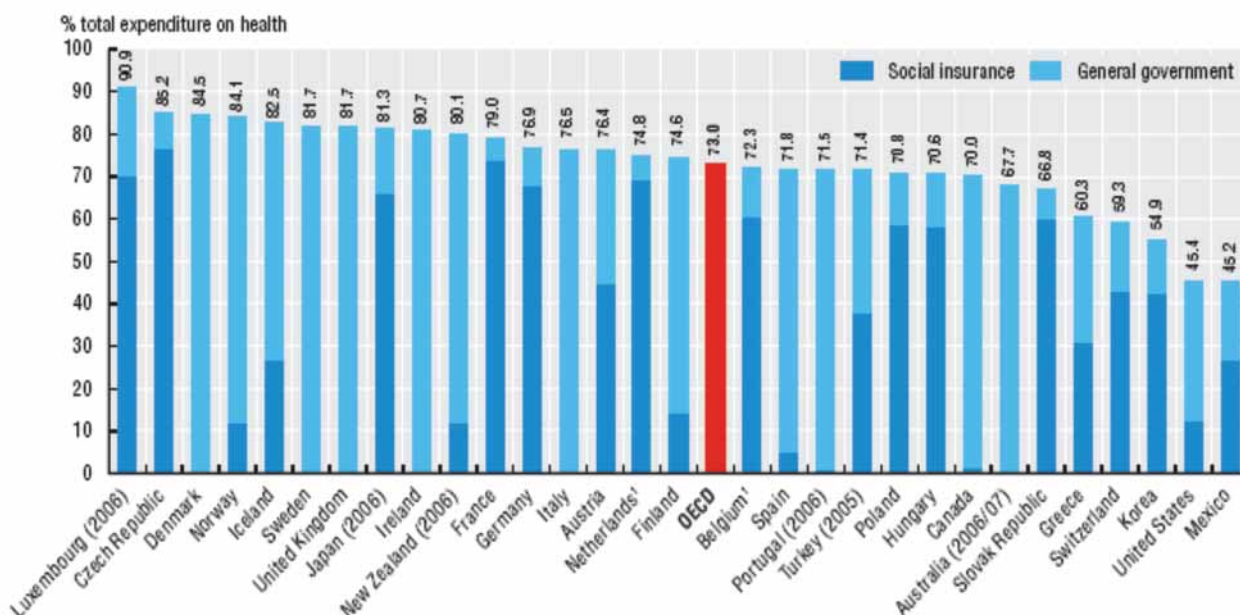
tali di questo nostro continente, che ha raggiunto l’obiettivo straordinario di dare compimento al patto sociale, ottenendo per tutti i cittadini la copertura dei problemi sanitari a carico dello Stato?” si è chiesto il prof. Pelissero.

La risposta è che la questione comune a tutti i sistemi sanitari nazionali è sostanzialmente quella della sostenibilità, che nasce dallo sviluppo della complessità. Al riguardo, bisogna ricordare che, fino agli anni '60 o '70, i sistemi sanitari di welfare europei non hanno incontrato gravi problemi, pur essendo sostanzialmente pubblici ed assicurando tutte le prestazioni ai propri cittadini. Si trattava, però, delle prestazioni fruibili in quegli anni, cioè di una tipologia di farmaci, cure, metodi diagnostici ancora elementari rispetto ad oggi. Successivamente, i sistemi sanitari hanno attraversato nell’UE una seconda rivoluzione, rappresentata dalla innovazione tecnologica, che ha prodotto risultati sanitari estremamente positivi, un miglioramento importante della durata della vita delle popolazioni europee e quindi un livello di soddisfazione sociale molto elevato. Questa situazione ha determinato tuttavia una crescita progressiva dei costi, assorbita dai sistemi di welfare europei fino a quando è stato possibile utilizzare il debito pubblico.

Verso gli anni '80, tale debito ha cessato però di funzionare come possibilità di espansione infinita anche per i ricchi Paesi dell’UE ed è stato proprio tale fenomeno, secondo Pelissero, ad aprire una prospettiva concreta ed interessante per un

Lo stato è il principale pagatore dei servizi sanitari

Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>). [2007]



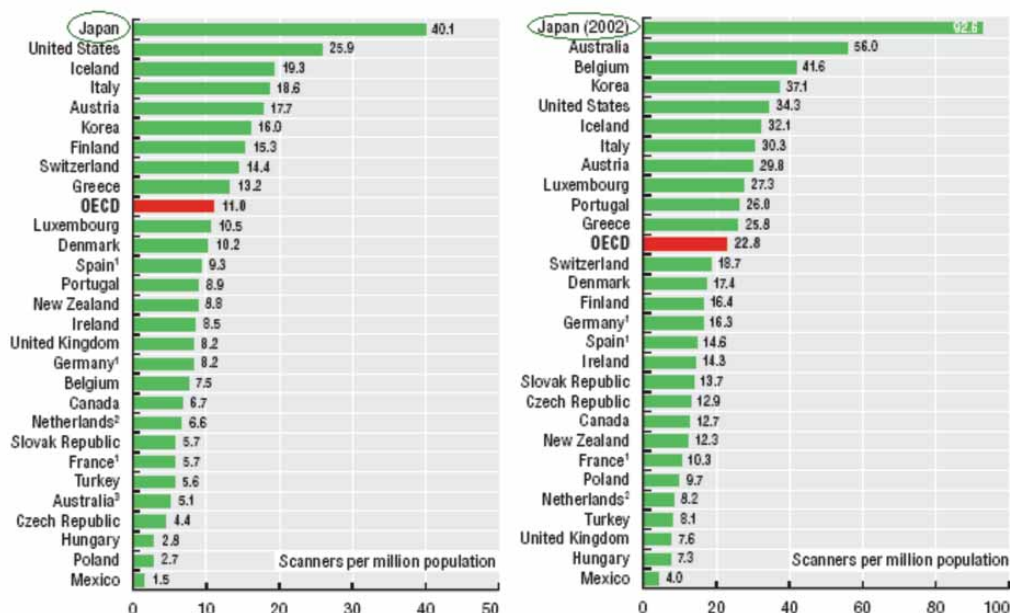
settore privato, ritenuto fino a quel momento secondario e marginale nelle concezioni di welfare. Si è quindi affermata con sempre maggiore evidenza la necessità del contributo privato e, in particolare, del contributo imprenditoriale privato, in considerazione della sua capacità di attrarre capitali dal libero mercato dentro i sistemi sanitari, fino ad allora governati e gestiti in modo sostanzialmente pubblicistico, cioè con denaro amministrato dai governanti.

A partire dagli anni '80, come ha spiegato ancora il relatore, le iniziali difficoltà economiche, unite all'espansione della spesa, dovuta al passaggio alla fase "industriale", aperta dall'innovazione tecnologica, hanno generato un processo evolutivo, in cui si pone per la prima volta il problema dell'efficienza, che i grandi sistemi europei di welfare sanitario pubblico avevano creduto di poter considerare soltanto come uno slogan, fino alla fine degli anni '70. Per quanto riguarda specificamente la tecnologia, un dato OCSE 2009 indica un'introduzione diseguale ma imponente dei nuovi strumenti diagnostici: la risonanza magnetica e la tomografia assiale si diffondono in Giappone, negli Stati Uniti e in molti Paesi europei, dove si rileva però una grande fatica dei sistemi di welfare, sostenuti da denaro pubblico e caratterizzati prevalentemente da bassi livelli di efficienza, ad acquisire la tecnologia più avanzata. Nel contempo la domanda di salute delle popolazioni europee non si è fermata, anzi sta continuando a svilupparsi. Il ruolo del privato nei sistemi sanitari europei si disegna allora in modo crescente con possibilità diverse, come contractor o come partner, a seconda dei modelli esistenti nei diversi Stati.

Complessità e sostenibilità

In tutto il mondo si stanno sempre più diffondendo MRI e TAC

Fonte: OECD Health Data 2009, OECD (<http://www.oecd.org/health/healthdata>). [2007 data]



Nei modelli Beveridge si è registrato negli ultimi vent'anni un movimento verso il ricorso a ospedali privati, come elemento di benchmark o di razionalizzazione. Sono state anche realizzate alcune esperienze in-

zione verso sistemi pluralistici di enti pagatori, processo intrinsecamente impossibile nei sistemi dell'altro tipo. L'esempio estremo è quello olandese, in cui il versante dei finanziatori si è completamente diversifica-

to e privatizzato.

La situazione europea per quanto riguarda i sistemi sanitari e il rapporto pubblico-privato riproduce oggi le caratteristiche della pelle maculata di un leopardo, in quanto non è riscontrabile alcuna omogeneità, le politiche sono differenti da un Paese all'altro, da una regione all'altra, anche se si nota che, laddove è presente nei sistemi di welfare ed è usata correttamente una quota significativa di ospedalità privata, questa circostanza determina la riduzione dei costi e l'aumento del

consenso degli utilizzatori.

Alcuni trend evolutivi dei sistemi sanitari europei sono legati poi alla nascita della competizione, della concorrenza, che nei modelli Beveridge si esprime sul versante dell'offerta, come unico meccanismo di privatizzazione possibile, mentre nei modelli Bismarck si attua sia sul versante

“La situazione europea per quanto riguarda i sistemi sanitari e il rapporto pubblico-privato riproduce oggi le caratteristiche della pelle maculata di un leopardo, in quanto non è riscontrabile alcuna omogeneità, le politiche sono differenti da un Paese all'altro, da una regione all'altra”.

interessanti di quasi-mercato, pur all'interno di un sistema Beveridge finanziato da un single payer, come nel caso della Lombardia.

Nei modelli Bismarck, oltre alla presenza di una quota di ospedalità privata come benchmark o come fattore di stimolazione dell'efficienza, si registra anche l'evolu-

Modelli in evoluzione



dell'offerta sia su quello del finanziamento, sviluppando forme di competizione estremamente interessanti, come nel sistema olandese.

Concludendo Gabriele Pelissero ha giudicato lo scenario attuale assai instabile, perché in esso agiscono fattori interni ed esterni, costituiti sicuramente dai vincoli

frirne una sanità centrata sul consumatore. È dunque auspicabile in avvenire una minore predominanza del ruolo dei governi e delle burocrazie ed una maggiore attenzione alla domanda, che costituisce la caratteristica portante dei sistemi imprenditoriali.

mente? In Italia, ad esempio, abbiamo sperimentato un grande fenomeno di mobilità tra i diversi sistemi sanitari delle Regioni, rilevando effetti importanti sul sistema.

In che modo, infine, l'invecchiamento della popolazione influirà sulla domanda politica di sanità? In questo ambito, un fattore determinante è il progresso della medicina, in particolare di quella rigenerativa con le sue applicazioni. Quando gli studi sul genoma umano consentiranno d'intervenire su cellule ed organi per migliorarli e modificarli, come si comporteranno la domanda e l'offerta, come varieranno i costi in un futuro, che potrebbe non essere tanto lontano quanto come possiamo immaginarci?

La relazione del prof. Pelissero si è conclusa, dunque, con una serie d'interrogativi, poi dibattuti nella successiva tavola rotonda, in cui tutti questi aspetti, complessi e problematici, sono stati approfonditi con particolare attenzione al ruolo del settore ospedaliero privato ed al suo rapporto con quello pubblico all'interno dei sistemi sanitari europei, che sono in numerosi casi misti quanto a composizione. ■

“Il futuro dei sistemi sanitari europei non potrà che giovare di una migliore cooperazione tra settore pubblico e privato, perché la presenza di quest'ultimo consente di migliorare la sostenibilità finanziaria”.

economici, che la crisi finanziaria, e forse anche industriale, impone a tutti gli Stati europei. Non è dato sapere come evolverà la crisi, ma in un continente come il nostro dove il welfare sanitario è comunque in larghissima misura finanziato dal denaro pubblico, l'intermediazione degli Stati rappresenta in ogni caso un fattore di criticità.

In questa prospettiva, il futuro dei sistemi sanitari europei non potrà che giovare di una migliore cooperazione tra settore pubblico e privato, perché la presenza di quest'ultimo consente di migliorare la sostenibilità finanziaria, avendo i suoi servizi un costo sempre minore rispetto a quello del pubblico, a parità di prestazione. Il privato, inoltre è, per sua natura, più adatto a gestire l'innovazione, nonché ad of-

Esistono, però, alcune domande che, secondo Pelissero, è importante porci, anche se non siamo in grado di darvi risposta. In che modo e in quale misura il ruolo dell'Europa potrà influire sui servizi sanitari? Possiamo pensare ad un modello unico per tutti i Paesi dell'Unione? La mobilità tra i Paesi europei che cosa genererà, quando si svilupperà ulterior-



TAVOLA ROTONDA



I rapporti tra settore **pubblico e privato**: le esperienze nazionali e gli orientamenti politici

L'attività portata avanti nell'UEHP ha rafforzato la consapevolezza del fatto che **gli ospedali privati sono, nei Paesi dell'UE, frutto della storia specifica del servizio sanitario nazionale**, di cui ognuno è esperto in patria, e che, nondimeno, tutti i sistemi incontrano gli stessi problemi, come ha sottolineato il prof. **Paul Garassus**, Vice Presidente della Società francese di economia sanitaria ed animatore della tavola rotonda sui modelli sanitari europei. Da questa duplice osservazione è nata l'idea di suscitare il dibattito e di condividere le difficoltà, per tentare di **emergere insieme nel nuovo spazio europeo della sanità, ricercando soluzioni comuni**.

In realtà il primo intervento, ad opera del **Direttore del Dipartimento sanità dell'OCSE, Mark Pearson**, ha dato alla discussione un respiro ancora più ampio. Da buon economista, egli ha infatti rettificato un aspetto centrale della mentalità più diffusa, affermando: "Riguardo agli ospedali privati, molti pensano che non sia giusto guadagnare erogando servizi sanitari, ma non è questo l'approccio giusto; ritengo invece che una visione più corretta del ruolo del settore ospedaliero privato potrebbe aiutare molto i governi dei nostri Paesi."

LE DIMENSIONI DELL'OSPEDALITÀ PRIVATA EUROPEA

Il nodo problematico, come ha sottolineato lo stesso Pearson, dipende dal fatto che spesso l'attenzione si concentra sulla spesa, mentre si deve piuttosto affermare l'idea dell'efficacia dei servizi offerti dall'ospedalità privata, studiano i risultati, ottenuti finora ad esempio negli Stati Uniti, che potrebbero essere utilmente rielaborati ed



Paul Garassus, Vice Presidente della Società francese di economia sanitaria

applicati anche in Europa. Per quanto concerne le dimensioni dell'ospedalità privata europea, l'OCSE sta attualmente raccogliendo dati più precisi. In particolare, nei Paesi dell'Europa occidentale e centrale si registra circa il 20% dei letti privati per acuti, tenendo però conto del fatto che esistono anche molte istituzioni non profit. In alcuni Paesi, come la Germania, poi, si potrebbe verificare un ulteriore aumento dei posti-letto privati: all'inizio degli anni '80 la presenza del privato era del 15%, mentre ora è arrivata al 25% e si prevede che nel 2020 potrebbe salire al 40%. Anche nei Paesi dell'Europa centro-orientale si sta sviluppando una buona presenza percentuale di ospedali privati e nel Nord - Europa, ad esempio in Danimarca (roccaforte di un sistema di welfare totalmente pubblico) un 4% dell'attività del servizio sanitario è oggi assicurato dai provider privati.

MAGGIORE EFFICACIA COSTI CONTENUTI

Lo sviluppo dell'offerta privata in Europa è stato, secondo Pearson, determinato da diversi fattori: la maggiore efficacia, i costi più contenuti, la migliore qualità, senza dimenticare poi il problema delle liste di attesa. D'altro canto, anche la libertà di scelta, resa possibile dalla presenza di strutture private, ne ha decretato il successo, sociale, mentre, sul piano economico, sono stati trasferiti al privato i costi del settore pubblico, attraverso la privatizzazione o la vendita alcuni ospedali pubblici, come è avvenuto in Germania.

In quale direzione andranno, allora, le politiche del futuro? In primo luogo è da rilevare, a parere di Pearson, che le politiche sanitarie dovranno affrontare problematiche fiscali ed alti livelli di debito pubbli-

co in alcuni Stati. Tali aspetti avranno un forte impatto nei prossimi cinque anni e le disposizioni, che dovranno essere prese, potranno presentare opportunità interessanti per il settore privato. Fenomeni di questo genere si sono del resto già verificati in Paesi come l'Olanda e fanno prevedere un'estensione dei servizi offerti dal privato.

ACCESSO AI SERVIZI

Concludendo il proprio intervento il Direttore del Dipartimento sanità dell'OCSE ha auspicato che i risultati del Congresso possano influenzare in futuro le decisioni delle autorità pubbliche e dei governi. A completamento di tale analisi economico-politica del ruolo del settore privato, **Alain Sommer**, già **Presidente della Task force per la sanità del BIAC** (il Comitato consultivo di parte datoriale presso l'OCSE), ha rilevato che l'aspetto, su cui si è più insistito nell'ultimo decennio, è quello dell'accesso ai servizi: nelle posizioni della



Mark Pearson, Direttore del Dipartimento sanità dell'OCSE

parte datoriale, in effetti, non si è sottolineato tanto l'economicità o la migliore qualità, pur dimostrabili, quanto l'effetto della presenza degli ospedali privati nel superamento delle liste di attesa e nella garanzia di un accesso rapido alle prestazioni. Nei suoi lavori, il BIAC ha provato che in alcuni Paesi il sistema presentava carenze dovute appunto all'assenza del settore privato e che, al contrario, in altri Stati, come la Germania, si riusciva a contenere la spesa sanitaria e nello stesso tempo ad assicurare l'accesso a cure di buona qualità con azioni politiche decise e aperte al contributo del privato. Sono state queste le linee di azione del BIAC presso l'OCSE che hanno esercitato



Alain Sommer, Presidente della Task force per la sanità del BIAC

una reale influenza. Riferendosi poi alla sua esperienza professionale in una multinazionale, Sommer ha rilevato che il problema maggiore consiste nell'evitare di pagare due volte le spese sanitarie dei lavoratori e delle loro famiglie: una volta attraverso la fiscalità (ma in alcuni Paesi, ad esempio dell'Europa dell'Est, gli ospedali pubblici non sono veramente di qualità adeguata) e un'altra volta per accedere a servizi che non presentino rischi. Si tratta di un problema, che la parte datoriale non può più sopportare, e pertanto i Governi non devono più esigere questo doppio pagamento, perché influenzerà negativamente lo sviluppo economico nel prossimo decennio, che sarà comunque critico.

SETTORE PRIVATO E INNOVAZIONE

Un'ultima nozione, che il Presidente della Task force ha puntualizzato è quella di profitto nelle strutture sanitarie. Su tale argomento il BIAC ha collaborato più volte con l'OCSE, arrivando sempre alla conclusione che il settore privato non è speculativo, proprio perché i margini di utile sono ridotti rispetto ad altri campi dell'economia. Il profitto realizzato, inoltre, serve a rinnovare le infrastrutture e le tecnologie, in un contesto che richiede sempre maggiori investimenti di capitali e in cui i tassi d'interesse dovrebbero restare bassi appunto per consentire tali investimenti. In questa prospettiva, l'ospedalità privata ha due vantaggi competitivi: la capacità di rendere disponibili rapidamente i capitali su progetti validi e la migliore efficienza di gestione.

Passando dal piano delle analisi economico-politiche a quello delle esperienze concretamente realizzate in diversi Paesi europei, di particolare interesse è stata

la testimonianza di **Wolfgang Pfohler**, Vice Presidente dell'associazione degli ospedali tedeschi, rappresentante di **Rhön Klinikum**, primo gruppo tedesco per dimensioni ed europeo per attività, che comprende 53 ospedali federali, 6 centri di assistenza medica, con un personale di 37 mila addetti, 1,8 milioni di pazienti annualmente e un fatturato di tre miliardi di euro. I profitti sono



Wolfgang Pfohler, Vice Presidente dell'associazione degli ospedali tedeschi, rappresentante di Rhön Klinikum

utilizzati essenzialmente per essere reinvestiti, introducendo le innovazioni necessarie per progredire, garantendo al contempo la qualità medica e la presenza capillare sul territorio. In effetti il gruppo, che segue il 37% dei pazienti ed impiegherà in futuro numerosi nuovi addetti, è un anello importante di sviluppo e un fattore di contenimento dei costi, pur essendo questi ultimi difficilmente riducibili.

GERMANIA: RALLENTAMENTO NEGLI INVESTIMENTI PUBBLICI

In Germania, il settore pubblico ha registrato un certo ritardo negli investimenti e deve affrontare ora l'ulteriore problema di un rallentamento negli investimenti stessi, mentre non è possibile accettare un sistema a due velocità, ma lo si deve adattare alla velocità effettiva dell'evoluzione. L'in-



Fernando Mesa del Castillo, Presidente della Federazione spagnola delle cliniche private

tero settore sanitario deve essere riorganizzato in modo ragionato e ragionevole per ottenere performance più elevate ed in questo processo il ruolo dello Stato è di stabilire i requisiti relativi alla qualità delle prestazioni offerte, interessando sia il pubblico sia il privato in un progetto, che deve avere carattere trasversale.

Se la Germania sembra orientata verso una maggiore compattezza interna del sistema nei suoi due comparti, pubblico e privato, il modello sanitario spagnolo è, invece, molto eterogeneo ed è sottoposto attualmente ad una crisi importante, illustrata da **Fernando Mesa del Castillo**, Presidente della Federazione spagnola delle cliniche private. La Spagna ha un sistema sanitario a copertura universale, in cui il settore pubblico è apprezzato, ma l'efficacia-efficienza risulta migliore in quello privato. Il problema maggiore è, però, che il sistema non è più sostenibile finanziariamente, nonostante il fatto che molti spagnoli paghino due volte lo stesso servizio: attraverso le imposte quello pubblico e direttamente quello privato. Sono già stati operati alcuni tagli importanti, ad esempio per i farmaci, e nel corso dei prossimi anni bisognerà usare con maggiore efficienza le risorse (tenendo conto anche dell'aumento della percentuale destinata alla sanità in rapporto al PIL) perché esse diventeranno probabilmente ancora più inadeguate a causa dell'invecchiamento della popolazione, delle esigenze di qualità, della crescita della spesa pro capite.

SPAGNA: DA UN SISTEMA DI RESPONSABILITÀ AD UNO DI CORRESPONSABILITÀ

Si renderà quindi necessario finanziare il deficit e poi la ripresa del sistema sanitario ed in questa prospettiva sarebbe prudente, secondo il Presidente spagnolo, passare da un sistema di responsabilità ad uno di corresponsabilità. Il sistema privato, infatti, in Spagna ha una responsabilità complementare con il pubblico, che risulta inefficace riguardo al rapporto costi-benefici, nonostante l'intervento di esperti, che però non hanno prodotto miglioramenti sensibili.

L'assicurazione privata è molto valorizzata dai lavoratori e, quando sono redatti i contratti, una delle clausole richieste è appunto quella assicurativa; a questo riguardo, il 72% degli spagnoli ritiene che si dovrebbe poter scaricare il costo della polizza dalla dichiarazione dei redditi. Datori di lavoro e lavoratori sono dunque i principali clienti del settore privato.

IL RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO

Al termine della sua panoramica sul sistema sanitario in Spagna, Mesa del Castillo si è detto convinto che il potenziale di sviluppo della sanità privata sia buono: basti pensare che l'aumento della cifra di affari del settore è stata del 5% nel 2009 rispetto del 2008 e che tale cifra di affari corrispondeva nel 2009 a circa 5 miliardi di €, di cui solo il 26% deriva da accordi con la pubblica amministrazione. Nell'ambito del dibattito pubblico-privato, costantemente in atto in Spagna, il settore privato, che gode



Geert Jan Hamilton, Segretario generale del Senato dei Paesi Bassi

di un'ottima reputazione, dovrebbe essere dunque in grado di presentare offerte di qualità, per divenire sempre più complementare con quello pubblico.

I rapporti tra i due settori sono strutturati in maniera particolarmente interessante in Olanda, in conseguenza della recente riforma sanitaria, illustrata da **Geert Jan Hamilton**, Segretario generale del Senato dei Paesi Bassi. In passato, esisteva nel suo Paese un tipologia di assicurazione obbligatoria, che copriva solo il 60% della popolazione e l'assistenza sanitaria privata non faceva parte del sistema pubblico. Chi accedeva al settore privato era libero di sottoscrivere o no un'assicurazione sanitaria, ma le compagnie assicuratrici erano libere, da parte loro, di concedere o no le poliz-

ze a chi aveva problemi sanitari complessi. Si è posto quindi il problema di garantire l'accesso alle cure alle fasce svantaggiate e alle persone affette da particolari patologie. Prima della riforma, il flusso finanziario era complesso ed il pagamento delle assicurazioni, obbligatoria o privata, dipendeva dal reddito dei cittadini. Si trattava di un sistema problematico e complicato non solo sotto l'aspetto finanziario, ma anche sotto il profilo gestionale, in cui i consumatori non si rendevano conto dei costi del servizio, non pagando di persona. Gli erogatori erano privati, ma dovevano domandare l'autorizzazione del governo per molte iniziative, a cominciare dagli investimenti, e in questo senso si comportavano con le modalità degli ospedali pubblici, operando con scarsa efficienza. Il sistema assicurativo era frammentario e tutti gli assicuratori avevano regole diverse, applicate direttamente al mercato.

OLANDA: MODELLO SANITARIO PLURICENTRICO

Nel quadro di un modello sanitario pluricentrico sul piano del finanziamento, come quello olandese, la riforma ha realizzato un nuovo sistema di assicurazione sanitaria, remunerato in modo corretto per fornire un servizio di qualità. L'intero sistema, poi, è stato privatizzato, evitando un'eccessiva regolamentazione centrale, un'interferenza troppo pesante dello Stato, ed accrescendo invece la concorrenza, per offrire un'ampia possibilità di scelta e responsabilizzare così tutti i soggetti. L'obiettivo del nuovo sistema assicurativo è in primo luogo, ottenere la stessa assicurazione per tutti e stabilire regole del gioco uguali sia per i finanziatori sia per gli erogatori. I cittadini sono ora liberi di scegliere la forma assicurativa desiderata e di cambiare compagnia assicuratrice, di conseguenza gli assicuratori tendono ad essere competitivi tra loro riguardo a premi, qualità e offerta di servizi. L'acquisto di un'assicurazione è stato poi reso obbligatorio nell'ambito di un ventaglio di scelta molto ampio, caratterizzato da precise garanzie. Alle compagnie, infatti, sono state imposte regole comuni per l'offerta di servizi sanitari essenziali con premi identici, lasciando altresì aperta l'opportunità di diversificare l'offerta di servizi ulteriori, per i quali la trattativa tra assicuratore e cliente resta libera. L'acquisto della polizza è peraltro coperto, in misura abbastanza importante, dal datore di lavoro. Esiste anche un fondo centrale di perequazione dei rischi ed una parte della popolazione, ad esempio i bambini o chi soffre di particolari patologie, è



assicurata a spese dello Stato. Le compagnie, da parte loro, sono libere di contrattare con gli erogatori e la competizione si estende così anche al versante dell'offerta, in cui i provider si stanno orientando per fornire prestazioni di qualità. Il successo della riforma è dimostrato, secondo Hamilton, dalla circostanza che, alla vigilia delle nuove elezioni, non si registrano discussioni importanti sulla sanità perché, pur con qualche leggera differenza di opinione, tutti sono favorevoli alla situazione attuale, in cui vige un eccellente sistema competitivo e nel contempo paritario sul piano della garanzia dei diritti.



Arne Bionberg, Direttore dell'Istituto Consumer Health Powerhouse

Il commento conclusivo è spettato ad **Arne Bionberg, Direttore dell'Istituto Consumer Health Powerhouse**, che negli ultimi anni ha pubblicato ricerche di benchmarking dei sistemi sanitari in Europa. A suo parere, la migliore prova del successo dei sistemi sanitari moderni è proprio l'invecchiamento della popolazione, che viene a torto ritenuto uno dei grossi

problemi della sanità. Esistono, a suo avviso, due modi per risolvere la questione: lavorare più a lungo, perché è aumentata la durata media della vita, ed accogliere l'immigrazione. Nella maggior parte dei Paesi europei, invece, abbiamo preso un settore, come la sanità, che aveva le maggiori possibilità di sviluppo, e l'abbiamo costretto in una camicia di forza. Il settore sanitario in sé costituisce, infatti, secondo Bionberg, la migliore industria di consumo al mondo, perché ha caratteristiche uniche come prodotto, crea molto lavoro, non ha un forte impatto ambientale ed è a carattere nazionale, per cui la produzione e la fruizione del servizio avvengono nello stesso contesto, producendo sviluppo.

VERSO UN'EUROPA DELLA SANITÀ

Il processo d'integrazione europea si svolge a due diversi livelli, che non sempre seguono le stesse logiche o una traiettoria convergente: da un lato l'Europa della sanità come realtà concreta viene costruendosi dal basso, indipendentemente dalle politiche comunitarie e nazionali, dall'altro, le istituzioni centrali dell'Unione assumono iniziative e presentano proposte di normativa, che - nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle resistenze degli Stati membri molto gelosi dei loro poteri - cominciano a delineare una prospettiva di politica ed economia sanitarie di livello sovranazionale. Eppure ancora oggi l'Europa, che, nel bene e nel male, ha profondamente inciso in tanti altri settori, appare come "ingessata" in quello sanitario. Stiamo veramente andando verso un'Europa della sanità? E quali sono gli ostacoli, i tempi e i traguardi di questo lungo cammino? Nel corso del Congresso due relazioni hanno cercato d'inquadrare tale questione fondamentale, partendo da una solida base legislativa: il nuovo Trattato di Lisbona e la giurisprudenza della Corte di giustizia europea nell'applicazione dei Trattati costitutivi e della normativa comunitaria. ■

PAOLO PONZANO, CONSIGLIERE PRINCIPALE DELLA COMMISSIONE EUROPEA

Il Trattato di Lisbona e la sanità

Nell'ambito della **democratizzazione dei processi decisionali** nell'Unione europea, il nuovo **Trattato di Lisbona** rappresenta un significativo passo avanti, come ha chiarito **Paolo Ponzano**, Consigliere principale della Commissione europea e Senior Fellow della Fondazione Robert Schuman dell'UE. Esso tende, infatti, a **ridurre il deficit democratico** attualmente lamentato, perché i **Parlamenti nazionali** hanno perso il loro potere legislativo nelle materie di competenza comunitaria, mentre il trasferimento di tali competenze a livello europeo non è stato compensato da una crescita parallela del **potere legislativo del Parlamento europeo**.

Tale problema è stato ora superato attraverso l'applicazione al 90% delle future leggi europee della procedura di codecisione (già oggi richiesta per le norme sanitarie), in cui il Parlamento è competente insieme con la Commissione ed il Consiglio. L'unico organo elettivo dell'Unione dovrà quindi dare il suo accordo su argomenti fondamentali, quali la politica agricola e commerciale comune, la conclusione di accordi interna-



Paolo Ponzano

zionali, le misure di cooperazione di polizia e la giustizia. In effetti, con il nuovo Trattato le leggi europee si applicheranno direttamente ai cittadini, per quanto concerne la loro libertà e sicurezza personali, e le istituzioni europee diverranno direttamente responsabili del rispetto dei diritti fondamentali della persona: un grosso passo in avanti, almeno sulla carta, nella costruzione dell'Europa sociale. I critici del deficit democratico dell'UE

ritengono, però, che per superarlo non basti rafforzare le competenze del Parlamento europeo, di cui rilevano peraltro la scarsa rappresentatività, dovuta all'assenza di veri partiti politici. Di conseguenza, il nuovo Trattato prevede anche una serie di disposizioni destinate ad informare meglio i Parlamenti nazionali sui documenti di consultazione, le proposte legislative ed il programma di lavoro della Commissione. I Parlamenti degli Stati membri, inoltre,

avranno un diritto di veto sulla revisione delle competenze dell'Unione e un diritto d'intervento specifico in merito al rispetto del principio di sussidiarietà... sembra quasi che l'Europa sia una "sorvegliata speciale"!

Al di là dell'efficacia dei nuovi meccanismi di controllo, su cui molti commentatori avanzano dubbi, le nuove disposizioni aprono tuttavia la strada ad una migliore cooperazione tra Parlamento europeo e Parlamenti nazionali, che saranno quindi maggiormente coinvolti nel processo legislativo europeo.

LA NUOVA DEMOCRATICITÀ DELL'UE

La nuova democraticità dell'UE riguarda però non solo gli organi istituzionali, ma anche gli stessi cittadini, che saranno avvicinati all'Europa attraverso tutti gli strumenti disponibili, come, ad esempio, le consultazioni pubbliche della società civile e delle organizzazioni rappresentative,

rese ora obbligatorie. È stato, inoltre, introdotto un diritto d'iniziativa legislativa relativo a proposte, che ricevano la firma di almeno un milione di cittadini, originari di un numero significativo di Stati membri. In effetti, si tratta più propriamente di un diritto di petizione, perché la Commissione avrà l'obbligo morale ma non legale di presentare, sulla base dell'iniziativa in questione, una eventuale proposta di legge. Si deve tuttavia considerare che la Commissione dà seguito alla grande maggioranza delle domande che le sono rivolte, comprese quelle di determinati gruppi d'interesse, e non sarà quindi troppo reticente su questioni d'interesse generale, sollevate dalla presentazione di un progetto di legge da parte di soggetti accreditati, come i sindacati europei, le organizzazioni di protezione dei consumatori o dell'ambiente. Per tali ragioni, anche se la procedura deve ancora essere regolamentata dal Parlamento europeo, Ponzano ha suggerito la pos-

sibilità che le organizzazioni rappresentative del settore sanitario usufruiscano di tale opportunità, presentando proposte su materie di competenza comunitaria.

Per quanto riguarda tali competenze comunitarie, è significativo il fatto che il nuovo articolo 168, relativo alla sanità pubblica, non ne prevede un'estensione in questo delicato settore, confermando così il principio di sussidiarietà, cioè il rispetto delle responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e l'organizzazione dei servizi sanitari nazionali. Nello stesso tempo, però, viene incoraggiata e sostenuta la cooperazione degli Stati membri, tra loro e con la Commissione, in materia di complementarità dei servizi sanitari nelle regioni di frontiera, nonché d'iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e d'indicatori comuni, all'organizzazione di scambi delle migliori prassi ed alla valutazione periodica dei risultati. ■

SEAN VAN RAEPENBUSCH, GIUDICE ALLA CORTE DI GIUSTIZIA DELL'UNIONE

La Corte di giustizia dell'Unione eu

Un principio costantemente **ribadito in sede comunitaria** è che il diritto dell'Unione **non deve ledere la competenza degli Stati membri** per l'organizzazione dei loro sistemi di sicurezza sociale e per la determinazione dell'estensione della solidarietà nazionale. **In assenza di un'armonizzazione a livello europeo**, è competenza della legislazione di ogni Paese determinare le condizioni del diritto o dell'**obbligo d'isciversi ad un regime di protezione sociale**, così come le condizioni di offerta delle prestazioni.

Ma non è meno vero che gli Stati membri devono, nell'esercizio della loro competenza, rispettare il diritto comunitario. Quando, infatti, quest'ultimo si limita ad indicare l'obiettivo fondamentale da raggiungere, **le competenze nazionali sussistono**, ma sono inquadrate dalle regole del Trattato o del diritto derivato, con cui esse **non possono entrare in conflitto**.

Tale criterio fondamentale di distinzione delle competenze nazionali e comunitarie è stato illustrato da **Sean Van Raepenbusch, Giudice alla Corte di giustizia dell'Unione europea**, e si applica anche all'argomento specifico della sua relazione: la libera circolazione delle persone e l'uguaglianza di trattamento in funzione della nazionalità. Le famose sentenze Decker e Kohll, che riguardano la libera prestazione di servizi (cure sanitarie) e di beni (prodotti medici), hanno avuto una vasta eco non solo negli ambienti specializzati, ma anche nell'opinione pubblica, fungendo da catalizzatori per numerosi ricorsi. La successiva giurisprudenza della Corte di giustizia, poi, ha confermato e precisato lo stesso orientamento fondamentale in numerosi casi successivi. Si spiegano così facilmente le ragioni all'origine dell'azione legislativa del Parlamento e del Consiglio concernenti la proposta di una Direttiva sull'applicazione dei diritti dei pazienti nelle cure transfrontaliere, provvedimento che riprende l'orientamento giurisprudenziale consolidato, ma sul quale il Consiglio non



Sean Van Raepenbusch

IONE EUROPEA

Europa e la politica sanitaria

ha potuto ancora raggiungere un accordo politico.

In quest'ottica, la giurisprudenza della Corte è stata presentata da Van Raepenbusch come il risultato di un difficile arbitraggio, che il giudice europeo è stato obbligato a compiere, tra l'imperativo della libera circolazione delle persone e la necessità di salvaguardare l'equilibrio finanziario dei regimi di assicurazione malattia degli Stati membri, controllando la spesa sanitaria ed assicurando nel contempo un servizio medico ed ospedaliero equilibrato ed accessibile a tutti.

DUE SISTEMI PARALLELI

In realtà, esistono attualmente in Europa due sistemi paralleli di presa a carico delle cure sanitarie, fruite in uno Stato membro diverso da quello d'iscrizione alla sicurezza sociale, poiché restano in vigore le precedenti disposizioni riguardanti il soggiorno temporaneo all'estero e l'accesso alle prestazioni in un altro Stato, legittimate dall'autorizzazione preventiva dell'autorità nazionale competente. Il problema esaminato dalla Corte si pone allora, anche

relativamente alle cure ospedaliere, per l'accesso e soprattutto il rimborso delle prestazioni. È innegabile, infatti, sul piano del diritto, come ha ribadito il relatore, che una legislazione nazionale, la quale subordini il rimborso delle spese mediche riferite a cure offerte in un qualsiasi Stato membro alla concessione di un'autorizzazione preventiva, rappresenti un ostacolo alla libera prestazione di servizi medici. Il vero problema sta allora nell'ammissibilità delle giustificazioni a tale ostacolo, perché, secondo una giurisprudenza costante della Corte, obiettivi di natura puramente economica non possono legittimare un impedimento al principio fondamentale della libera prestazione di servizi. Nondimeno serie conseguenze sul livello generale di protezione della salute pubblica ovvero un rischio grave di pregiudizio dell'equilibrio finanziario del sistema nazionale di sicurezza sociale possono costituire ragioni imperative d'interesse generale, suscettibili di giustificare un simile ostacolo.

Nel caso della prestazioni rese in ambiente ospedaliero, la Corte ha ritenuto legittima la necessità di autorizzazione preventiva,

in ragione della necessità di assicurare in ogni Paese un servizio ospedaliero equilibrato ed accessibile agli iscritti alla protezione sociale.

AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA

L'autorizzazione preventiva, tuttavia, non deve diventare oggetto di un comportamento discrezionale da parte delle autorità nazionali, come ha più volte confermato la Corte, e può pertanto essere rifiutata legittimamente solo nel caso in cui un trattamento identico - o tale da presentare lo stesso grado di efficacia in base ad elementi oggettivi di valutazione medica - possa essere erogato sul territorio dello Stato competente a tempo opportuno. Quest'ultima nozione implica poi la considerazione dell'insieme di circostanze, che caratterizzano ogni caso concreto, con un'interpretazione ampia della nozione di situazione clinica del paziente. Il tempo di attesa non deve eccedere, infatti, quello ritenuto accettabile tenendo conto dei bisogni clinici dell'interessato in vista del suo stato patologico, dei suoi precedenti, dell'evoluzione probabile della malattia,



del grado di dolore, dell'eventuale peggioramento dello stato di salute nonché degli eventuali ostacoli allo svolgimento dell'attività lavorativa.

MECCANISMI DI RIMBORSO A POSTERIORI

In questo quadro generale, la Corte ha sempre ricusato di prendere in considerazione le caratteristiche peculiari dei regimi nazionali di assicurazione malattia. Per quanto riguarda ad esempio la qualificazione di "prestazione di servizi" non è rilevante la circostanza che una prestazione sia fornita nell'ambito di un servizio sanitario nazionale, non esigendo tale qualificazione che il servizio sia pagato direttamente dai beneficiari. Gli Stati membri che abbiano istituito un regime di prestazioni in natura o un servizio sanitario nazionale devono, infatti, prevedere meccanismi di rimborso a posteriori delle cure dispensate in un altro Paese dell'UE.

In conclusione, secondo il giudice Van Raepenbusch, la realizzazione delle libertà fondamentali garantite dal Trattato obbliga inevitabilmente gli Stati membri ad adattare i loro sistemi di sicurezza sociale per conformarli alla regolamentazione dell'Unione, senza che venga in tal modo lesa la loro competenza sovrana in materia, dato che conservano intatto il loro potere decisionale in merito alla copertura garantita ed al grado di solidarietà nazionale, stabilito in favore delle persone più svantaggiate o vulnerabili. ■

TAVOLA ROTONDA



Mentre avanza con fatica il processo politico-normativo, come illustrato dai precedenti relatori, è da rilevare che la libera circolazione nel mercato interno di persone, beni, capitali e servizi (le quattro libertà fondamentali sancite dai Trattati) diventa inevitabilmente in sanità libera circolazione di medici, operatori, pazienti, prodotti tecnologici e farmaceutici, prestazioni sanitarie e assicurative, investimenti ospedalieri. Proprio questa realtà, dinamica, com-

plexa e vitale nella sua concretezza, è stato oggetto della successiva tavola rotonda, animata dalla **Vice Presidente dell'UEHP Alberta Sciachi**, il cui tema è stato introdotto da **John Bowis, ex Ministro della sanità del Regno Unito e Presidente di Health First Europe**, una delle maggiori organizzazioni di lobbying attive a Bruxelles. Questi, dopo aver sottolineato che la sanità è un tema molto importante oggi in Europa, anche se il bilancio relativo alle politiche sanitarie non è ancora del tutto positivo, ha riferito in merito ad un grande numero di attività, realizzate in sede comunitaria, sulla ricerca, la diffusione di buone prassi sanitarie, la formazione dei medici, i programmi di salute pubblica e gli stili di vita sani. D'altro canto, già il Trattato di Amsterdam ha introdotto la promozione della salute e la valutazione dell'impatto sulla salute delle politiche comunitarie come uno dei campi principali d'intervento delle istituzioni centrali. Grazie a tale scelta politica, oggi si è in grado di fare la mappatura dei bisogni sanitari e di gestire le urgenze a livello europeo, anche tramite un'organizzazione sanitaria ad hoc, rivelatasi già molto efficiente.

RIFLETTERE INSIEME SULLE VERE SFIDE

Malgrado tutto ciò, si deve ammettere, a parere di Bowis, che l'Unione e gli Stati membri devono ancora riflettere insieme sulle vere sfide, con cui tutti si trovano



Alberta Sciachi, Vice Presidente dell'UEHP

Libero accesso e qualità delle cure

Al di là della **strenua difesa delle scelte**, delle tradizioni e della cultura proprie di ogni nazione, particolarmente sentite in un **settore "socialmente e politicamente sensibile"** come la sanità, resta il fatto che nell'Unione Europea i servizi sanitari degli Stati membri **si trovano davanti alla sfida comune** di conseguire un triplice obiettivo: **equità di accesso alle cure, qualità delle prestazioni erogate, sostenibilità finanziaria** dei sistemi sanitari. Questi tre fattori, sono stati assunti progressivamente come **pilastri fondamentali per l'elaborazione di una visione europea della sanità**, rendendo possibile dibattere tutte le principali questioni di politica e di economia sanitarie, sempre nel rispetto del **principio di sussidiarietà**.

confrontati, all'Est come all'Ovest. Qualunque sia il modello fondamentale scelto, Beveridge o Bismarck, infatti, i sistemi sanitari europei continuano a dover affrontare le stesse difficoltà e soprattutto le crescenti esigenze dei cittadini. Lo sviluppo sociale, da un lato, e la velocità del progresso medico-scientifico, dall'altro, offrono nuove possibilità, ma creano nello stesso tempo nuovi problemi, soprattutto di carattere finanziario, per affrontare quali si rendono necessarie nuove forme di partenariato, nuove tecnologie, nuove strutture. In questo scenario, in rapida evoluzione, gli ospedali, le società farmaceutiche, ed il personale medico-sanitario sono partner importanti, che devono essere coinvolti nelle attività comunitarie. Riferendosi poi al quadro giuridico, formatosi in seguito alle sentenze emanate dalla

Corte di giustizia, Bowis ha difeso il diritto dei pazienti di farsi curare in altri Stati membri, se esistono difficoltà nell'offerta sanitaria del proprio Paese. Bisogna dunque tenere conto, a suo avviso, del diritto di accesso ai servizi sanitari più adatti alle necessità mediche di ognuno e questa libertà di scelta non deve essere limitata dalla capacità del paziente di pagare, perché tutti dovrebbero poter scegliere senza incontrare problemi di tipo economico.

È evidente che, in questa complessa materia, "i politici devono essere responsabili degli orientamenti e delle decisioni fondamentali - ha sostenuto con forza Bowis - evitando di lasciare tutto in mano agli avvocati!" A tale riguardo, si è quindi dichiarato molto soddisfatto nel constatare che il Parlamento europeo ha accolto certi argomenti del suo rapporto sulla Direttiva in materia di mobilità dei pazienti, eliminando alcuni ostacoli. At-

tualmente la Presidenza spagnola cerca di sviluppare una modifica della proposta per fare avanzare la direttiva in questione, di cui è prevista a breve la seconda lettura in Parlamento.

RISPONDERE IN MODO ADEGUATO AL SINGOLO PAZIENTE

È importante, secondo Bowis, comprendere quale sia la migliore soluzione per rispondere in modo adeguato alle questioni, che la popolazione ed il singolo paziente si pongono. A questo proposito, nel rapporto sulla Direttiva, si è proposta una soluzione per tutta una serie di problematiche: la procedure, che il paziente dovrebbe seguire per accedere ad un trattamento in un altro Stato membro; le possibilità di scelta, il ruolo dei medici trattanti, le modalità d'integrazione del costo di una prestazione ricevuta all'estero; lo scambio d'informazioni sul paziente; la presentazione di eventuali reclami; i termini di corresponsione del rimborso; le problematiche inerenti al passaggio tra servizi sanitari di modello diverso. Si devono studiare approfonditamente anche altre numerose questioni, come quelle legate alla telemedicina o al riconoscimento reciproco delle prescrizioni mediche.

Questo sistema generale, nella sua complessità, avrà inoltre bisogno di una gestione sotto il profilo finanziario, perché evidentemente fa emergere problemi di



John Bowis, ex Ministro della sanità del Regno Unito e Presidente di Health First Europe

budget. Per assicurare sia i pazienti sia le autorità responsabili, che temono forti aumenti e pesanti aggravii dei bilanci degli Stati, bisogna però tenere conto del fatto che la maggior parte delle persone preferiscono farsi curare vicino al proprio domicilio.

Nel quadro di quello che Bowis ha definito "il nuovo sistema sanitario transfrontaliero", si deve, a suo parere, riconoscere al paziente la libertà di scegliere e la possibilità di rivolgersi anche al settore privato. Esistono molte soluzioni pratiche al riguardo, alcune già in atto, come l'offerta di "pacchetti sanitari", altre immaginabili, come l'ipotesi di una specie di voucher da mettere a disposizione dei pazienti. D'altro canto, però, non si può neppure trascurare l'impatto della crisi economica sul settore sanitario, né eludere il problema di come si potranno pagare le spese sanitarie in un prossimo avvenire. La soluzione potrebbe arrivare dai pazienti stessi, i quali devono e vogliono diventare partner attivi, anche se sfortunatamente alcuni sono dell'avviso che i cittadini non debbano avere accesso a tutte le informazioni ed a tutte le novità sanitarie reclamizzate, lasciandosi invece guidare dal proprio medico.

INCORAGGIAMENTO A MIGLIORARE LA QUALITÀ

Al di là di questi pur importanti aspetti di carattere economico e sociale, il nuovo sistema potrebbe costituire un efficace incoraggiamento a migliorare la qualità dei servizi a livello nazionale, a sviluppare la necessaria specializzazione, a creare centri di eccellenza o di cura delle malattie rare. Quali potrebbero essere allora le prospettive per i prossimi anni? Secondo il relatore, saranno dati innanzitutto maggiori poteri e responsabilità ai cittadini, i pazienti saranno meglio informati e potranno scegliere con maggiore consapevolezza un'alternativa ai servizi, che non siano di buona qualità nei loro Paesi d'origine. Si verificherà, inoltre, una sorta di fusione tra i due sistemi di finanziamento, attualmente vigenti, e l'assistenza sociale finirà per diventare di competenza europea. La definizione dell'impatto delle politiche sulla sanità poi sarà sempre più effettuata a livello comunitario.

La diversità di situazioni e tradizioni dei diversi Paesi europei saranno rispettate, ma il problema dovrà essere affrontato nel quadro generale della definizione dei servizi d'interesse generale, superando la distinzione tra strutture pubbliche e private, per porsi invece dal punto di vista dei cittadini, ai quali dovrà essere assicurate una



Isabel de la Mata, Consigliere capo della Direzione generale sanità e consumatori della Commissione europea

maggiore libertà di scelta anche nell'ambito del settore privato.

Attualmente però la discussione sulla Direttiva resta ancora aperta e su alcuni aspetti nodali non è ancora stato raggiunto una posizione comune né in sede europea né, a maggior ragione, all'interno dei singoli Stati Membri: è quanto è emerso dalla relazione di **Isabel de la Mata, Consigliere capo della Direzione generale sanità e consumatori della Commissione europea**. Riferendosi alla Dichiarazione fondamentale sui valori comuni dei sistemi sanitari europei, sottoscritta nel 2006, ed alla Carta europea dei diritti fondamentali, la relatrice ha ricordato che già nel 2002 si parlava di creare, dopo medici senza frontiere... sfortunatamente otto anni dopo si continua ancora a discutere, nella speranza

di trovare un qualche accordo nel prossimo Consiglio di giugno!

Dopo l'esclusione della sanità dalla Direttiva generale sui servizi, la Corte di giustizia dell'Unione europea ha continuato ad emettere sentenze sulla materia ed i Ministri della sanità sono stati molto contrariati dal fatto che fossero i giudici a decidere la politica sanitaria. È difficile, però, per i politici accettare di concedere nuovi diritti, che sarà poi impossibile togliere, dal momento che anche il nuovo Trattato ha confermato la competenza degli Stati membri nell'organizzazione dei propri sistemi sanitari. È questa la ragione per cui, dopo anni di trattative, il testo attuale non ha niente a che vedere con il progetto iniziale, pur cercando di preservarne i principi.

LA MOBILITÀ DEI PAZIENTI

Fino ad ora, i cittadini hanno il diritto di risiedere in qualsiasi Stato, di studiare dove vogliono, di comprare l'automobile che desiderano, ma non di andare a farsi curare dove ritengono giusto. Perché ci si trova in questa situazione, si è chiesta Isabel de la Mata, perché si è discusso tanto sulla questione della mobilità, se poi è solo l'1% dei pazienti a spostarsi dal proprio Paese? La ragione sta nella fatto che la questione implica l'affermazione di un principio di diritto e molti paletti sono stati fissati per quanto riguarda la sanità, mentre in altri campi si sono nel frattempo sviluppate la cooperazione e l'armonizzazione a livello europeo.

Uno dei temi, che hanno maggiormente attirato l'attenzione del Consiglio e del Parlamento nel corso del dibattito, è quello della qualità delle cure: è molto difficile far





Licia Ronzulli, europarlamentare, membro della Commissione lavoro e affari sociali

comprendere che se i pazienti circolano, se ci sono contatti tra medici, tra le strutture sanitarie, se la scienza medica è condivisa da tutti, si devono poter stabilire regole di qualità, che tutti dovrebbero accettare. La normativa in questo campo è, però, di competenza nazionale e per gli Stati membri è complicato trovare un equilibrio tra tale competenza, gelosamente difesa, ed il “valore aggiunto” dell’azione comune, condotta ad un livello più elevato, dove si può agire con maggiore efficacia.

QUESTIONI ANCORA APERTE

Tale difficoltà è provata dalla circostanza che, per la prima volta nel caso della Direttiva in discussione, si è arrivati ad una decisione del Consiglio con certe questioni (riguardanti ad esempio il ruolo dei soggetti privati o l’informatizzazione delle cartelle cliniche) ancora aperte, a causa della resistenza di alcuni Stati membri, che invece, secondo la relatrice, hanno bisogno di risolvere i problemi, utilizzando tutte le risorse disponibili, pubbliche e private. In linea generale, però, la Commissione è abbastanza soddisfatta del testo emendato, pur avendo domandato formalmente l’autorizzazione a presentare una dichiarazione al Consiglio, per poter continua-

re a discutere col Parlamento europeo in merito agli emendamenti, che saranno approvati in seconda lettura.

Il ruolo fondamentale del Parlamento europeo, con particolare attenzione alle future prospettive in campo sanitario, è stato poi oggetto dell’intervento dell’**europarlamentare Licia Ronzulli, membro della Commissione lavoro e affari sociali**, nonché membro supplente di quella per l’ambiente e la sanità. Come rappresentante dell’unico organo elettivo dell’Unione, l’on. Ronzulli ha dichiarato di sentirsi al servizio dei cittadini e di ritenere che l’intero Parlamento europeo debba muoversi per difendere i diritti della popolazione, se è vero che la politica è un servizio.

DIRITTO PRIORITARIO E FONDAMENTALE: LA LIBERTÀ DI SCELTA

Nel campo della sanità, il diritto prioritario e fondamentale è, a suo parere, quello della libertà di scelta e di accesso al luogo di cura. A tale proposito, il Parlamento europeo ha un forte dovere nei confronti dei pazienti, che non hanno la possibilità di farsi curare nel loro Paese di origine, perché gli standard qualitativi non sono soddisfacenti o non possono garantire la sicurezza, come in un ospedale moderno. In questo senso, è assolutamente da abbandonare, secondo Licia Ronzulli, la brutta espressione “shopping sanitario”, perché i pazienti che vogliono farsi curare in un altro Paese, vanno incontro a difficoltà, dal punto di vista sia linguistico sia logistico, e dunque sono spinti dalla necessità reale di ottenere determinate cure.

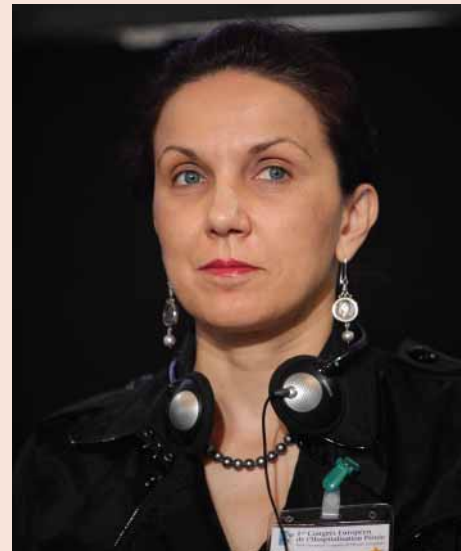
Il dovere del Parlamento europeo è allora di promuovere la qualità del settore sanitario nei Paesi dell’Unione, sollecitando tutti i soggetti interessati a migliorare i propri standard. La qualità dei servizi ospedalieri in tutto il mondo rappresenta, infatti, l’indice di civilizzazione di un Paese ed un servizio di qualità, oltre ad offrire prestazioni di buon livello, deve garantire l’accesso a tali prestazioni in tempi di attesa non troppo lunghi. Attualmente l’Europa sta utilizzando tutte le risorse disponibili, per migliorare lo stato di salute e la qualità di vita dei cittadini. In quest’ottica, è possibile ipotizzare anche un sistema sanitario organico, che sia accessibile, stabilendo gli standard qualitativi minimi da garantire.

LA LIBERA CIRCOLAZIONE

In un’Europa, in cui si assiste quotidianamente alla caduta delle barriere, in cui si sviluppa sempre più la libera circolazione di beni, il servizio sanitario resta ancora sottoposto ad ostacoli, che devono essere

rimossi per lasciare ai pazienti la possibilità di farsi curare dove vogliono. Tra le libertà fondamentali garantite di Trattati è essenziale, infatti, quella della libera circolazione dei servizi e delle persone. Se poi si dice che il principio della mobilità dei pazienti è accettato, ma da un punto di vista finanziario non può essere attuato se non sono soddisfatte le condizioni per ottenere l’autorizzazione preventiva, si cade, secondo l’europarlamentare italiana, in una grave contraddizione. “Se poi la Corte di giustizia europea diventa la soluzione ultima per bypassare l’ostacolo, “l’ultima spiaggia” – ha concluso Licia Ronzulli - ciò vuol dire che il ruolo del Parlamento europeo è carente e manca una irrinunciabile presa di posizione per orientare la politica sanitaria.”

Riprendendo il tema della qualità e della gestione dei rischi in relazione alla libera circolazione dei pazienti e degli operatori, un’altra **europarlamentare, Antonya Parvanova**, medico ed esperta di sanità,



Antonya Parvanova, europarlamentare, medico ed esperta di sanità

ha illustrato le iniziative e le tendenze destinate a garantire standard omogenei e la sicurezza dei pazienti in tutta Europa, superando le forti ineguaglianze sanitarie esistenti attualmente.

Tutte le discussioni che hanno animato in questi anni il dibattito nelle istituzioni europee sono legate ad un problema di sussidiarietà, ma per l’on. Parvanova oggi è arrivato il momento di smettere di discutere, cominciando invece a chiedere una legislazione per il settore sanitario ed accogliendo nella discussione il contributo di tutti i soggetti interessati - pazienti, rappresentanti del settore ospedaliero, esper-



ti di sanità, ecc. - per poter poi agire di concerto.

Alcune decisioni importanti sui diritti dei cittadini sono già state prese a livello parlamentare, ma non ne è stato ancora valutato pienamente l'impatto né sono stati risolti i problemi reali da affrontare. Nella maggior parte dei Paesi abbiamo una tecnologia di avanguardia in sanità, ma siamo altrettanto all'avanguardia nelle nostre normative? A livello di competenza medica, come garantire l'esatta comprensione di una cartella clinica, che in alcuni casi deve essere tradotta da un'altra lingua? Al di là delle questioni di qualità, ci possiamo permettere un'assistenza sanitaria di buon livello e al tempo stesso sostenibile sulla base delle risorse a disposizione? Tali



Jacques Domergue, deputato francese e Presidente della Società di chirurgia

problematiche, sottolineate dall'europarlamentare, entrano talvolta in contrasto con i diritti dei pazienti e con la loro esigenza di un'assistenza sanitaria migliore, a cui vogliono accedere anche in altri Stati membri.

“Dovremo legiferare su questi punti nodali, prima di arrivare alla libera circolazione – ha sostenuto Antonya Parvanova - ma finora non siamo riusciti a fare le valutazioni necessarie. Come medico, mi chiedo se siamo pronti a perseguire tutti questi obiettivi, se siamo pronti a cercare di arrivare ad una regolamentazione, perché in certi Paesi la medicina e il servizio medico sono considerati piuttosto l'espressione di un'arte professionale. Dobbiamo dimenticare questa percezione della scienza medica come “arte medica” e cercare di fissare standard, per garantire la sicurezza dei pazienti? Anche questa è una scelta fondamentale, legata all'etica del mestiere

più che alla standardizzazione dei processi. Accanto ad essa si pone l'altra questione fondamentale relativa ad un'etica di accesso all'assistenza sanitaria per tutti i cittadini.”

Per garantire poi tale accesso in condizioni di sicurezza, un'altra questione centrale da non trascurare è quella della formazione continua del personale medico e paramedico, perché molti Paesi si trovano ad affrontare una forte carenza di professionalità, anche per l'invecchiamento degli operatori sanitari come del resto della popolazione. A questo riguardo, bisognerebbe attivare una collaborazione con le autorità mediche e di controllo, cercando di coordinare le varie problematiche a livello europeo ed affrontando nella futura regolamentazione quelle specificamente segnalati dai medici e dagli altri soggetti interessati. Affrontare tutti questi problemi, parlarne apertamente e legiferare sulla materia è ormai divenuto indispensabile.

I DIFFICILI RAPPORTI TRA POLITICA NAZIONALE E COMUNITARIA IN SANITÀ

Intervenendo sulle numerose questioni emerse dai precedenti interventi, Jacques Domergue, deputato francese e Presidente della Società di chirurgia, ha ricordato che costruire l'Europa dell'economia non è stato semplice, che ci sono voluti poi ben cinquant'anni per passare all'Europa monetaria ed ora il sogno di ogni parlamentare europeo è di edificare l'Europa sociale, ma, come si è visto in occasione del voto sulla Costituzione europea, non sono poche le difficoltà. Nel caso specifico, se si lavora sulla Direttiva europea per la mobilità dei pazienti dal 2002 e siamo già nel 2010, vuol dire che i problemi non mancano. La scelta politica di uniformare il sistema sanitario a livello europeo è certo legittima, forse sarà possibile concretizzare alcune direttrici comuni in materia di sanità, ma quando si conoscono le disparità esistenti tra gli Stati riguardo al livello sociale e sanitario e perfino a quello di formazione dei professionisti, si è consapevoli che il cammino per unificare il sistema sanitario in Europa è estremamente lungo e difficile.

È necessario innanzitutto, secondo Domergue, comprendere che cosa si attendono i cittadini europei, perché sicuramente la politica è al loro servizio e quando si adotta il punto di vista politico le cose possono prendere un aspetto diverso. Ora, quando si chiede ai pazienti se vogliono andarsi a curare all'estero, questi rispondono di preferire di essere assistiti vicino al loro luogo di residenza e tale costante



si ritrova in ogni Paese europeo. Bisogna che ci siano ragioni valide per motivare la scelta di andare in un'altra nazione. Le liste di attesa, ad esempio, hanno effettivamente spinto molti cittadini a rivolgersi ai servizi di un altro Stato membro, se la loro qualità era ritenuta più alta e l'accesso più tempestivo. Ma oggi, quando certi settori sanitari si sviluppano all'estero, spesso non è per ragioni di qualità, ma per problemi di costi, che risultano inferiori per esempio in alcuni Paesi dell'Europa dell'Est, pur essendo paragonabile il livello delle prestazioni.

“La sanità è questione di competenza degli Stati - ha ribadito Domergue da buon politico nazionale - perché se si fosse voluto fare della sanità un bene o un servizio come gli altri, il settore sanitario non sarebbe stato tolto dal contesto della Direttiva generale sui servizi, come in effetti è avvenuto per volontà comune di tutti gli Stati.” Se è dunque bene che la sanità resti di competenza di ogni Paese, bisogna però fare in modo, come ha ammesso il relatore stesso, che a livello europeo siano soddisfatte le esigenze di uguaglianza di accesso a cure di qualità.

L'UNIFORMITÀ DELLA FORMAZIONE E DEGLI STANDARD

La questione, che l'onorevole francese spera sia affrontata nella Direttiva, riguarda perciò in ogni Stato l'uniformità della formazione dei professionisti, la qualità delle strutture sanitarie, la creazione di poli di eccellenza per specifiche patologie, quasi di più che la possibilità dei cittadini di andare a farsi curare all'estero. In questo ambito bisogna che i Paesi leader in materia sanitaria aiutino quelli in ritardo ad uniformarsi, rendendo innanzitutto equivalente la preparazione degli operatori e

Il tavolo della conferenza stampa.

Da destra a sinistra: Giordano, Leite, Ponselé, Sciachi, Sieber, Wernick



degli standard. È per questa via, infatti, che si arriverà, sempre secondo Domergue, ad una convergenza a livello europeo molto più che attraverso la semplice mobilità dei cittadini.

È necessario, infine, affrontare anche il problema del finanziamento, perché i diritti dei cittadini non possono esercitarsi concretamente in assenza di un'organizzazione dei servizi efficace ed economicamente sostenibile. Di tale organizzazione costituisce parte essenziale il settore ospedaliero privato ed al riguardo Domergue ha dichiarato di battersi affinché in Francia non si parli nemmeno più di pubblico e privato, ma di offerta sanitaria complessiva, avendo i cittadini libertà di accesso alle cure e di scelta tra i due settori.

IL PROBLEMA DELLA SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

L'equilibrio finanziario dei sistemi sanitari resta una delle preoccupazioni maggiori degli Stati membri dell'UE. Il problema, comune a tutti, della conciliazione tra la domanda dei cittadini e la sostenibilità del sistema o, in altri termini, della possibilità di migliorare l'efficienza economica senza abbassare la qualità dei servizi, è stato esaminato con grande competenza da Jacques de Toeuf, Presidente della Federazione dell'ospedalità privata del Belgio, cardio-chirurgo, incaricato d'insegnamento alla Scuola pubblica di sanità ed esperto consulente del Ministero della sanità.

De Toeuf, dopo aver premesso che esiste una convergenza di fatto dei sistemi sanitari europei e della loro modalità di finanziamento, indipendentemente dall'influenza dell'azione comunitaria su questo processo, ha sostenuto che ciò vale anche per gli aspetti correlati con la fiscalità o con la sicurezza sociale in entrambi i mo-

delli Bismarck e Beveridge, in riferimento, dunque, al finanziamento del sistema sanitario attraverso i prelievi salariali ed i contributi della parte datoriale, in un caso, e attraverso le tasse, nell'altro.

BELGIO: SISTEMA PURAMENTE BISMARCKIANO

In Belgio ad esempio, dove il sistema è puramente bismarckiano, il 30% del budget è alimentato dalle tasse e non dal prelievo sociale e tale quota è destinata a raggiungere il 50% nei prossimi anni. Per garantire la sostenibilità dei sistemi sanitari, bisogna, infatti, che gli Stati riescano a rendere disponibili nuove risorse, ridiscutendo le loro modalità di finanziamento. In questo contesto, i contributi sul lavoro e i prelievi sociali diminuiscono ovunque in Europa e nel contempo aumentano le imposte, quindi il prelievo sui patrimoni, sulle transazioni, sulle tasse applicate in altri settori



Jacques de Toeuf, Presidente della Federazione dell'ospedalità privata del Belgio

e utilizzate per rifinanziare la spesa sanitaria.

La sanità e l'ospedale sono un'attività economica, ma questa realtà è trascurata e si continua a seguire il modello *command and control*, elaborando una normativa sovrabbondante e complicata, impossibile da seguire. Lo Stato interviene generalmente attraverso meccanismi di regolazione dei prezzi, riducendo quelli delle prestazioni più comuni (ma è stato un fallimento!), e di diminuzione dei volumi, imponendo tetti di attività, senza fare distinzioni basate sull'efficacia e l'efficienza. Si è fatto quindi ricorso al sistema dei DRG, come in Germania, per responsabilizzare gli erogatori e contenere la spesa, ma anche questo metodo si è rivelato uno strumento limitato, perché in tal modo si è ridotto il numero dei letti, ma non il personale impiegato, senza incidere quindi sui costi. Così in tutta Europa gli Stati si sono indebitati per finanziare la sanità!

SUPERARE LA SUSSIDIARIETÀ

Nei nostri Paesi, secondo l'analisi di De Toeuf, il sistema è stato pilotato, gestendo l'offerta e trascurando totalmente la domanda. A questo punto l'Europa potrebbe forse intervenire, ma dovrebbe prima spezzare il meccanismo della sussidiarietà, dietro il quale si nascondono gli Stati membri. L'attività ospedaliera è definita, infatti, a livello comunitario come un'attività d'interesse generale e dunque non si ha il diritto di discriminare tra erogatori pubblici e privati, in favore dei primi, a detrimento dell'efficacia economica e della corretta concorrenza. Se si vuole sostenere il sistema a partire dalla domanda, si deve tenere conto appunto del fattore competitivo ed il paziente deve poter scegliere il medico e il luogo di cura. L'Europa potrebbe sostenere una tale posizione, smantellando un certo numero di cittadelle e di privilegi arroccati dietro il principio di sussidiarietà, perché la concorrenza è un fattore importante da introdurre in sanità.

Un altro aspetto, su cui l'Europa potrebbe intervenire utilmente, è quello della trasparenza, dell'accessibilità alle informazioni su processi e risultati. Quando si fa un'analisi attenta di questi fattori, per eliminare gli sprechi, si registra un margine di ottimizzazione del 15-20%. Si preferisce, però, secondo De Toeuf, continuare a lamentare la scarsità delle risorse finanziarie, ad operare con un sistema che sbaglia bersaglio, senza cercare di renderlo più efficiente, grazie all'introduzione nella realtà ospedaliera di un certo numero di strumenti dell'impresa privata e delle tec-

nologie derivate dal mondo industriale nella gestione.

L'Europa potrebbe assumere iniziative per migliorare l'efficienza del settore ospedaliero. È necessario, in particolare, ripristinare la libertà d'impresa perché l'ospedale è un'impresa e, se non viene autorizzata la creazione di imprese sanitarie, prevedendo anche una certa concorrenza, i sistemi finiscono per abbassare la qualità. Si è affermata la libertà di circolazione, ma non quella di aprire un ospedale, chiudendo nello stesso tempo quelli che risultano inefficienti e reimpiegando il personale.

NO A DISCRIMINAZIONI TRA PUBBLICO E PRIVATO

De Toef vorrebbe che l'Europa promuovesse il diritto ad un trattamento equo per tutti gli erogatori, senza discriminazioni tra pubblico e privato, perché in realtà la situazione migliora quando, nella ricerca di soluzioni valide, si dà ascolto ai soggetti coinvolti nel processo di assistenza e cura, entrando così in un circolo virtuoso.

Il contributo che il settore ospedaliero può offrire alla sostenibilità economica e finanziaria dei sistemi sanitari, partecipando all'offerta di servizi d'interesse generale allo stesso titolo delle strutture pubbliche, è stato esaminato in tutti i suoi molteplici aspetti da **Philippe Burnel**, economista (attivo nel processo di applicazione dei DRG e in quello di accreditamento delle strutture ospedaliere in Francia) ed attualmente **Delegato generale della Federazione francese dell'ospitalità privata**.

Se si prende in considerazione la sostenibilità finanziaria dei sistemi sanitari, la questione sottesa è quella della capacità di equilibrare l'evoluzione della spesa e delle risorse. Le difficoltà, a cui sono oggi confrontati molti Paesi europei, dimostrano, secondo Burnel, che si deve intervenire su entrambi questi parametri. Il settore ospedaliero privato è uno degli elementi della risposta al problema sul versante della spesa, per il fatto che, utilizzando bene la componente privata nell'ambito del sistema ospedaliero, si può arrivare ad una migliore efficacia complessiva. In base alle proprie organizzazioni gestionali specifiche, infatti, l'ospitalità privata può fornire, a costi inferiori per la collettività, cure di qualità equivalente a quelle delle strutture pubbliche, come è stato dimostrato in Francia dalle valutazioni operate da un soggetto terzo indipendente di certificazione. Si potrebbe allora sostenere che sarebbe sufficiente aumentare la quota di mercato dell'ospitalità privata per ridurre la spesa, ma questa idea si urta con pre-



occupazioni di carattere politico e bisogna allora cercare altri fattori risolutivi.

Non si deve, tuttavia, dimenticare che il settore privato svolge un ruolo interessante già per la sua stessa presenza: è infatti molto difficile per l'ente regolatore conoscere il giusto prezzo di ogni prestazione e uno dei metodi più facili per risolvere questo problema è operare delle comparazioni tra i diversi tipi di erogatori, perché, già in



Philippe Burnel, Delegato generale della Federazione francese dell'ospitalità privata

termini di semplice misurazione, si può osservare che alcuni forniscono la stessa prestazione ad un costo inferiore e che quindi sicuramente i più costosi hanno margini di miglioramento. Diventa di conseguenza legittimo per l'autorità pubblica esercitare una certa pressione sui produttori più cari, anche se tutti gli erogatori, pubblici e privati, sostengono in genere di aver bisogno di maggiori risorse per fornire cure di migliore qualità.

Un altro aspetto del ruolo qualificante del settore privato è che esso costituisce un fattore di emulazione per l'insieme dei produttori ed in particolare per gli ospeda-

li pubblici. I limiti di tale asserzione sono dati, però, da alcuni paradossi, che Burnel ha messo acutamente in luce.

Il primo paradosso è che la pressione economica dovrebbe favorire gli erogatori più efficaci, e quindi l'attuale periodo di crisi dovrebbe risultare piuttosto favorevole agli operatori privati, ma questi ultimi sono più esposti economicamente, rispetto a quelli pubblici, che possono sopportare situazioni di deficit per un tempo più lungo. A medio termine, dunque, l'esigenza di una maggiore efficienza economica favorisce il settore privato, ma a breve termine è un fattore che lo rende più fragile.

AMBIGUITÀ DEI POTERI PUBBLICI

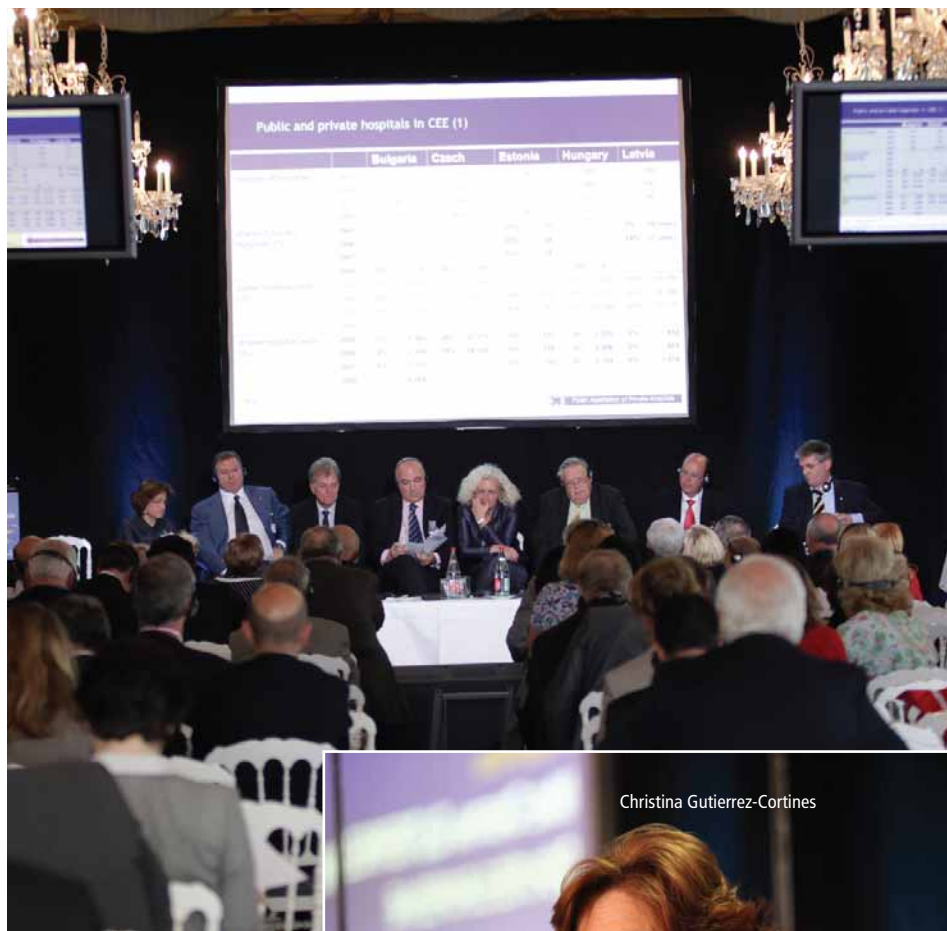
L'altro paradosso è costituito, in quasi tutti i Paesi europei, dall'ambiguità dei poteri pubblici, che, pur riconoscendo il valore positivo del settore privato, hanno in realtà tendenza a privilegiare quello pubblico, quando si trovano in situazione di arbitraggio. Il ruolo di regolatori li convincerebbe, infatti, ad optare per la soluzione più razionale, ma quello di responsabili politici nonché di gestori diretti o indiretti di ospedali pubblici li spinge, invece, a fare scelte che sono più favorevoli alle strutture del proprio settore.

“Anche se non credo sia possibile ridiscutere il principio di sussidiarietà e la sovranità degli Stati in materia di sanità e protezione sociale - ha concluso Burnel - si può invece esigere che le istituzioni europee richiamino gli Stati alla corretta applicazione dei propri principi di solidarietà ed efficacia, superando l'ambiguità nella loro prassi di governo della sanità. Ed è questo lo sguardo che possiamo sull'Europa. Non vogliamo che l'Unione europea contribuisca alla proliferazione delle normative, ma che sia garante dei grandi principi, che nel nostro ambito si traducono nella libertà di scelta e nell'equità di trattamento dei produttori.” ■

CHRISTINA GUTIERREZ-CORTINES, MEMBRO DEL PARLAMENTO EUROPEO E DELLA COMMISSIONE SANITÀ E AMBIENTE

Perché l'Europa ha bisogno dell'ospitalità privata

Se i rappresentanti del settore ospedaliero privato hanno chiaramente risposto alla domanda su che cosa si attendono dall'Unione europea, è altrettanto importante chiedersi **che cosa quest'ultima si attende dall'ospitalità privata. In sede comunitaria**, peraltro, la **battaglia ideologica** tra pubblico e privato, che spesso anima il dibattito nazionale, non trova spazio. La ragione sta forse nel fatto che **l'Europa è consapevole di avere veramente bisogno del contributo del settore privato, proprio per salvare il welfare**: è stato questo il tema centrale, esaminato nella terza ed ultima sezione del Congresso.



A tale riguardo Christina Gutierrez-Cortines, membro del Parlamento europeo e della Commissione sanità e ambiente, nella sua relazione introduttiva, ha sottolineato con forza il ruolo qualificante svolto appunto dal settore privato: “Gli ospedali privati europei forniscono servizi, offrendo un enorme contributo ai sistemi sanitari nazionali e ciò è del tutto evidente, benché molte critiche siano state mosse in passato alla compo-



nente privata. Personalmente ritengo che tutti i cittadini abbiano diritto di accedere ad un'assistenza sanitaria e che tale diritto debba essere tutelato dallo Stato, ma nello stesso tempo sono convinta che lo Stato debba garantire lo sviluppo del settore privato: le difficoltà che quest'ultimo ha in-



“Gli aspetti finanziari non sono più a lungo trascurabili, tanto che per la prima volta è stato introdotto in sede europea il concetto di efficacia economica accanto alle problematiche di carattere sociale”.

contrato e incontra sono chiare, ma nello stesso tempo si tratta indubbiamente di un settore in rapida evoluzione.”

Analizzando poi la situazione attuale, l'europarlamentare ha rilevato che in molti Paesi europei, come in Spagna, sono state approvate nuove leggi per consentire l'accesso a tutte le forme di sanità, riconoscendo ai pazienti la libertà di andare a farsi curare in strutture di loro scelta. Essendo questa la realtà di fatto, l'ideale, a livello normativo, sarebbe arrivare ad un sistema economico integrato, che comprenda non solo i beni, ma anche i servizi e in particolare quelli sanitari. In questa prospettiva, il

settore privato svolge un ruolo importante. “Si ha, infatti, bisogno degli ospedali privati – ha affermato l'europarlamentare – per migliorare la qualità dei servizi in un periodo di crescita demografica, in cui ci troviamo confrontati con una seria crisi economica. Se vogliamo continuare ad offrire ai cittadini servizi di buon livello, dobbiamo trovare forme di collaborazione tra settore pubblico e privato, perché solo così riusciremo a soddisfare le loro esigenze.”

Nel quadro delle diversità esistenti in Europa, si presentano, però, ulteriori questioni da risolvere riguardo alla sostenibilità, alla qualità e all'assetto dei servizi. Gli aspetti economici costituiscono probabilmente il primo punto nodale da affrontare ed al

riguardo la posizione di molti governi degli Stati membri s'incentra sulla necessità di razionalizzare i sistemi, valutando i costi dei trattamenti sanitari, senza trascurare peraltro le problematiche interne al settore pubblico. Di conseguenza, gli ospedali privati devono affrontare da un lato le ricadute, talvolta pesanti, delle politiche di contenimento della spesa e dall'altro le difficoltà, spesso segnalate, nel recupero dei crediti vantati presso le assicurazioni o la pubblica amministrazione

Gli aspetti finanziari non sono più a lungo trascurabili, tanto che per la prima volta è stato introdotto in sede europea il concetto di efficacia economica accanto alle problematiche di carattere sociale. È questo uno dei motivi per cui gli Stati membri temono la nuova Direttiva sull'accesso alle cure transfrontaliere, in corso di approvazione: questa posizione non dipende solo dai dubbi in merito al rispetto del principio di sussidiarietà, ma anche dal fatto che viene chiesto loro di attivare misure di efficacia e di efficienza.

Un altro aspetto fondamentale dei sistemi sanitari europei, è la garanzia della qualità

dei servizi ospedalieri, aspetto direttamente legato, secondo la relatrice, alla ricerca e all'innovazione, che è alla base di procedure e trattamenti nuovi e dovrà essere progressivamente introdotta nella gestione di tutti gli ospedali, siano essi pubblici o privati. Gli ospedali sono, infatti, un luogo ideale dove l'innovazione può e deve essere applicata, ma per raggiungere questo scopo le strutture ospedaliere hanno bisogno di finanziamenti adeguati. Le istituzioni europee, Parlamento e Commissione, devono quindi proporre misure destinate a promuovere la ricerca, altrimenti non si potranno raggiungere i risultati desiderati nella diffusione delle terapie d'avanguardia.

“Nella mia attività – ha affermato l'europarlamentare spagnola – ho potuto constatare che tutta l'attenzione in questo campo era concentrata sull'università, senza rendersi conto che gli ospedali possono essere il vero centro dell'innovazione, perché sono i luoghi dove possono essere introdotte le nuove terapie e dove si possono ottenere miglioramenti concreti. Sfortunatamente in moltissimi casi ciò non avviene, ma a livello europeo si può fare molto in questa direzione.” Le strutture ospedaliere dovrebbero, a suo parere, creare una vera rete di collaborazione non solo per sviluppare la

ricerca, ma anche per curare la formazione dei medici e del personale sanitario. In questo ambito, gli ospedali migliori devono essere riconosciuti come veri e propri “centri di eccellenza”, per garantire la continuità della ricerca nelle sue applicazioni. Quest'ultima costituisce, infatti, uno degli obiettivi fondamentali dell'Unione e per sostenerla si deve cercare una maggiore collaborazione con le istituzioni ospedaliere, tema che ha attirato sempre più l'attenzione del Parlamento europeo. Tale obiettivo richiede, però, d'investire nelle infrastrutture con adeguati supporti finanziari, garantendo anche una corretta concorrenza a livello europeo. “Nell'integrazione della ricerca – ha concluso Christina Gutierrez-Cortines – potrebbero intervenire gli ospedali privati e molte occasioni in termini d'innovazione si perdono anche a causa dell'atteggiamento prudente, per non dire sospettoso, dei governi riguardo all'ospedalità privata, alla quale raramente passano il testimone. Bisognerebbe, invece, smettere di fare questa distinzione tra pubblico e privato”. ■

TAVOLA ROTONDA



L'impresa privata: una risorsa per le società europee

Il ruolo qualificante della sanità privata nell'Europa di oggi e di domani è stato il tema della successiva tavola rotonda, animata da **Teofilo Leite**, Presidente dell'Associazione portoghese dell'ospitalità privata e Segretario dell'UEHP. Questi, ricollegandosi alla visione degli **ospedali come centri di eccellenza** per lo sviluppo della ricerca, presentata dalla precedente relatrice, ha poi messo in relazione la ricerca stessa con la **conoscenza** e con la **crescita economica**.

L'obiettivo dell'Unione europea, secondo "la strategia di Lisbona", è infatti quello di realizzare "l'economia più competitiva del mondo, basata sulla conoscenza e sull'imprenditorialità." Ora, una caratteristica degli ospedali, e in modo peculiare di quelli privati, è appunto di essere imprese produttrici di servizi, un aspetto che non può essere trascurato in una concezione moderna e realistica non solo della singola struttura, ma anche dell'intera rete ospedaliera. Tale aspetto essenziale è stato analizzato dall'avv. **Enzo Paolini**, Presidente dell'Associazione italiana dell'ospitalità privata, il cui intervento viene qui di seguito integralmente riportato.

"Liberalizzare è utile. L'Europa ha bisogno di servizi liberi per molte ragioni. Creare concorrenza riduce prezzi e tariffe anche per i consumatori meno abbienti ed evita che i privilegi si tramandino.

A ciò – è inevitabile – deve accompagnarsi una serie di scelte politiche sul piano del lavoro e delle pensioni. La prima, impedi-



Enzo Paolini,
Presidente dell'Associazione
italiana ospedalità privata

re alle aziende di licenziare chi, non più adatto alle esigenze aziendali, privilegia le categorie anziane protette a scapito dei giovani e meno abbienti e favorisce le rendite di posizione e non il merito. E poi le pensioni che, ad esempio, in Italia assorbono il 61,3% del totale della spesa per il welfare. Se alle pensioni aggiungiamo la spesa per malattia raggiungiamo il 93%. Per il resto, cioè sostegno ai poveri, alle famiglie, ai disoccupati, rimane il 7%, meno della metà della media europea.

Da quando si è fatto qualche passo avanti verso la liberalizzazione - tra l'80 ed il '95 - nell'Unione sono stati creati 12 milioni di posti di lavoro, mentre negli USA 26 milioni. Tuttavia quando in Europa è scattato qualche incremento di mercato regolato - come con la legge Biagi - la creazione di nuovi posti è salita a 18 milioni.

Una delle obiezioni è che il mercato crea

eccessiva disuguaglianza e può rendere difficile proporre, da parte di un giovane, una nuova impresa oppure uscire dalla condizione di povertà. Ecco, bisogna dire che v'è una differenza - talvolta trascurata sul piano strategico - tra povertà e disuguaglianza. La povertà si può ridurre e la disuguaglianza può salire e talvolta ciò accade. E questa preoccupazione va considerata soprattutto oggi che molte economie cosiddette industrializzate si stanno trasformando in economie di servizi. Tuttavia chiudersi al protezionismo è controproducente. L'ultima volta che il mondo scelse questa via fu negli anni '30 del secolo scorso, uno dei periodi di maggiore crisi del capitalismo mondiale che poi sfociò nella seconda guerra mondiale. Mercato e concorrenza vanno salvaguardati e protetti.

LIBERALIZZAZIONE DEI SERVIZI

Esempi di liberalizzazione che hanno creato diminuzione di costi, accesso più facile, maggiore qualità, servizi più efficienti, innovazione: telecomunicazioni, informazioni, telefonia, il commercio al dettaglio statunitense, con la catena *e-bay*, dove si fanno acquisti via internet con grande convenienza rispetto al commercio tradizionale. *Skype*, nata a Tallin, ha commercializzato un software che consente di accedere ai suoi servizi - tra cui telefonate gratuite - da un normale cellulare e da qualsiasi luogo, che cancella l'attesa. Non ci si accorge neppure che la telefonata transita su internet invece che su una normale rete telefonica.

Le compagnie aeree low - cost. Se pensiamo che in Italia per anni abbiamo protetto Alitalia, non riuscendo nemmeno a convincere assistenti di volo a trasferirsi da Roma a Milano così che quando doveva-

no partire da Milano dovevano trasferirsi la sera prima con tutte le conseguenze in termini di costi. La differenza è che quando oggi i dipendenti Alitalia scioperano i passeggeri non fanno sommosse, scelgono semplicemente un'altra compagnia lasciando Alitalia al proprio destino. D'altra parte le tariffe Trenitalia erano basse non per il meccanismo del mercato ma perché il protezionismo trasferiva i costi direttamente sui contribuenti.

UN SISTEMA CONCORRENZIALE

Per anni i Paesi europei sono stati succubi dell'alleanza dei produttori. I consumatori, cioè la domanda, erano una categoria non rilevante, così che la politica si è subito adeguata cercando sussidi per le imprese a tutela del posto di lavoro e non del lavoro o, peggio, del mercato.

I nodi sono venuti al pettine. Che cosa proponiamo? Una società che cresce e le disuguaglianze aumentano, o una dove i poveri sono più poveri ma meno disuguali? Io penso che tutti preferiscano la prima ipotesi.

Un sistema concorrenziale è vitale non solo per università ed imprese, ma anche per il mercato finanziario. Senza lo stimolo della concorrenza le banche continueranno a far credito ai clienti abituali, quelli che apparentemente possono dare garanzie tranquille.

UNO STATO REGOLATORE E NON IMPRENDITORE

Certo, il mercato dei servizi sanitari è particolare, ha bisogno di un'accorta ed intelligente *governance* dove lo Stato fissa gli standard, stima i fabbisogni, controlla, e paga. E basta. Uno Stato regolatore e non imprenditore. Uno Stato non invadente. Troppo spesso siamo stati penalizzati da



una Pubblica Amministrazione insufficiente e negligente. Noi europei abbiamo bisogno dei governi, ma per creare occasioni di miglioramento delle condizioni delle popolazioni e di ricchezza, di crescita.

L'eccellente discussione che si è svolta in queste giornate dimostra che l'impresa sanitaria non solo è in grado di affrontare la sfida ma ha già messo il piede sulla strada giusta: quella dell'abbandono delle nicchie di rendita, dei porti sicuri, a favore della navigazione aperta nel mare della competitività. I remi, o le vele, sono dati dalla equità sociale e da un sistema giudiziario non inquinato.

LA SFIDA AI GOVERNI EUROPEI

L'impresa privata sanitaria europea è in grado di fare la sua parte, di fornire risposte, di erogare servizi di qualità e di sostenere la ricerca, l'innovazione, la formazione. Io credo che da qui debba partire una sfida nuova ai governi europei, le cui dichiarazioni di principio sul piano della liberalizzazione e dell'incentivo alla meritocrazia sono rimaste spesso nel libro dei programmi. E non penso solo a Berlusconi, ma a Sarkozy, a Brown e finanche a Zapatero. Forse solo la signora Merkel, nell'ultimo lustro, ha messo in campo le condizioni concrete per avviare e sostenere nel suo Paese il volano della competitività nel campo dei servizi sanitari.

Ma la sollecitazione forte, la spallata, la dobbiamo dare all'Unione, al Parlamento europeo ed alla Commissione, troppo spesso stanza di compensazione di interessi politici nazionali se non addirittura di parte e mai protagonista politico di un messaggio che partendo dall'idea europeista, quella di Altiero Spinelli e di Ernesto Rossi, per restare agli italiani, si sia tradotta in atti concreti.

La sanità è ancora, per l'Europa, quella di molti anni fa, un servizio rispetto al quale il profitto è qualcosa di cui parlare con pudore. Poiché noi pensiamo che tutte le grandi conquiste dell'uomo sono state fatte partendo da un interesse individuale vorremmo una Comunità che sia in grado di declinarlo con l'interesse collettivo. Ecco perché l'Europa ha bisogno di noi."

L'OSPEDALITÀ PRIVATA IN EUROPA TRA PRESENTE E AVVENIRE

Se l'ospitalità privata richiede giustamente ai governi una diversa impostazione di politica sanitaria, più aperta alla competizione, alla libertà d'impresa, alla costruzione del mercato dei servizi, a vantaggio dell'intera collettività, si deve, tuttavia, osservare che il settore ospedaliero privato



riveste già oggi in molti Paesi dell'Unione europea un ruolo essenziale, per dimensioni, attività e qualità, anche se troppo spesso in un contesto politico, pregiudizialmente favorevole al settore pubblico. Una tale situazione può indubbiamente frenare lo sviluppo dell'ospitalità privata,

in modo eloquente la funzione insostituibile nel sistema sanitario nazionale: 1200 cliniche ed ospedali privati, 200mila impiegati di cui 140mila operatori e 40mila medici, 8 milioni di pazienti assistiti ogni anno. In Francia le strutture private curano una persona malata di cancro su due,



Jean-Loup Dourousset
Presidente della Federazione francese dell'ospitalità privata

ma già la sua attuale rilevanza, in circostanze talvolta difficili,

ne dimostra il dinamismo, le capacità, le potenzialità di sviluppo, come è emerso dagli interventi dei responsabili del settore, che ne hanno illustrato il ruolo nei diversi sistemi sanitari nazionali.

Il **Presidente della Federazione francese dell'ospitalità privata, Jean-Loup Dourousset**, ha delineato la consistenza del settore da lui rappresentato con poche parole e poche cifre, che ne evidenziano però

Fédération de l'Hospitalisation Privée - FRANCE

- 1200 Cliniques et Hôpitaux Privés, – dont environ 700 MCO,
- 8 millions de patients pris en charge chaque année,
- 200 000 personnes travaillent dans les établissements dont :
 - 140 000 salariés,
 - 40 000 médecins.

Fédération de l'Hospitalisation Privée - FRANCE

- 60% des interventions chirurgicales et 75% de la chirurgie ambulatoire en France,
- une personne sur deux atteintes d'un cancer,
- 2 millions de passages dans 134 services d'urgence,
- un accouchement sur trois,
- 20% des hospitalisations psychiatriques,
- 30% des soins de suite et de réadaptation.

assicurano un parto su tre e registrano due milioni di casi nei propri servizi di urgenza.

Al di là dei dati strutturali, sono ancora più significativi quelli relativi ai servizi erogati: il 20% della psichiatria, il 30% della lungodegenza, il 60% degli interventi chirurgici ed il 75% della chirurgia ambulatoriale. Senza le istituzioni private, la sanità francese resterebbe in certo modo mutilata e non potrebbe rispondere pienamente alla domanda dei cittadini.

Se si vuole guardare al futuro dell'ospeda-



Erich Sieber, Vice Presidente dell'UEHP e Presidente dell'Associazione austriaca dell'ospedalità privata

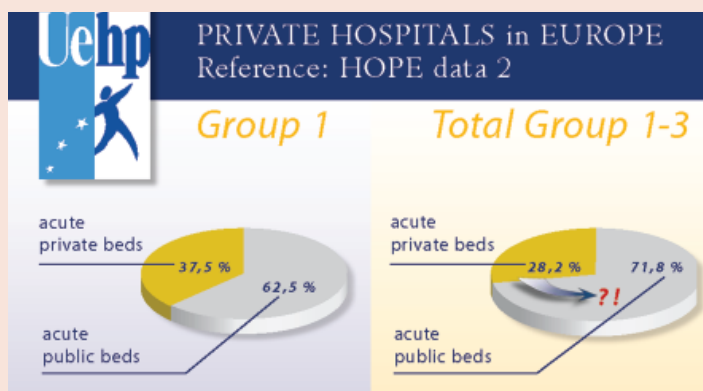
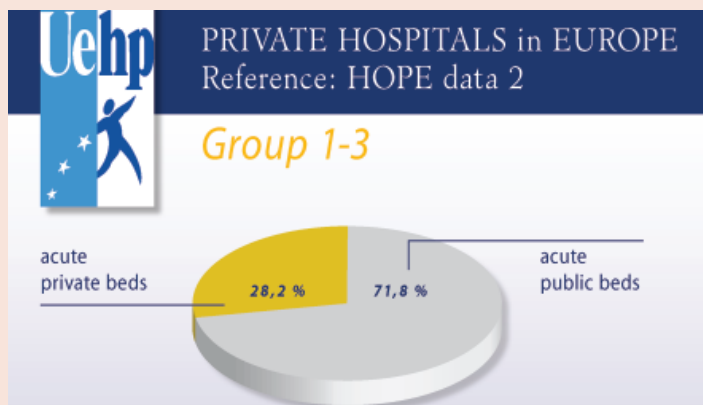
lità privata in Europa, però, bisogna anche ricordare le sue origini, illustrate da **Erich Sieber, Vice Presidente dell'UEHP e Presidente dell'Associazione austriaca dell'ospedalità privata**, il quale ha ripercorso lo sviluppo attraverso i secoli delle istituzioni ospedaliere, per spiegare, in base alle ragioni storiche che lo hanno caratterizzato nelle sue varie fasi, le differenze esistenti attualmente nei sistemi sanitari europei. Tali siste-

mi possono al presente essere classificati in tre gruppi con riferimento alla presenza ed alle dimensioni del settore privato, anche se confronti precisi sono ostacolati dalla differenza nelle definizioni adottate a livello nazionale. Nel primo gruppo, costituito dai Paesi occidentali, la percentuale di posti letto privati per acuti arriva fino al 37,5% e si può dunque affermare che un terzo dei letti disponibili siano nell'ospedalità privata. Al secondo gruppo appartengono i Paesi del Nord-Europa, tradizionalmente pionieri dello Stato sociale, dove la quota di letti privati è di 3,5%, mentre nel terzo gruppo - composto dai nuovi Stati membri dell'Est Europa, dove fino agli anni '90 esistevano solo strutture pubbliche - la percentuale è del 5,1%. Si deve, tuttavia, rilevare che l'ospedalità privata è complessivamente in crescita, poiché si viene affermando come risposta alla domanda di accesso e di libera scelta dei cittadini. Le aspettative per il futuro sono, dunque, motivatamente positive e fanno sperare in un ulteriore sviluppo del settore.

“Sono persuaso – ha concluso Sieber - che nei prossimi dieci, quindici anni in Europa il sistema ospedaliero privato possa costituire stabilmente un terzo del totale, anche se molto dipende dalle condizioni politiche”.

IL CASO DELLA SVIZZERA

Un caso particolare nel panorama generale dei sistemi sanitari è poi costituito dalla Svizzera, nella sua peculiarità di Paese europeo, che però ha scelto di non divenire uno Stato membro dell'Unione. Le iniziative realizzate nella Confederazione elvetica rivestono, dunque, un interesse specifico, quasi si trattasse di progetti-pilota, sperimentabili poi, per alcuni aspetti, anche in altri contesti nazionali.



In quest'ottica, appaiono di grande rilievo le nuove disposizioni di legge, illustrate da **Adrien Dennler, Presidente delle cliniche private svizzere**, che cancellano nel sistema sanitario del Paese la distinzione tra ospedale pubblico e privato a partire dal 2012. Tale differenziazione è, infatti, stata sostituita dalle definizioni di *hôpital répertorié* - in cui la remunerazione delle prestazioni è coperta fino ad un massimo del 45% dalle compagnie assicuratrici e per il restante 55% dallo Stato - e *hôpital conventionné*, in cui la remunerazione delle prestazioni è garantita dalle assicurazioni al 100%.

PROGRAMMAZIONE DEI BISOGNI OSPEDALIERI E ANALISI COMPARATIVA DEI COSTI

Sono stati anche individuati alcuni significativi principi per l'ammissione degli ospedali nella lista ufficiale, principi che non fanno più riferimento alla natura giuridica pubblica o privata dell'istituzione sanitaria, bensì si basano da un lato sulla programmazione dei bisogni ospedalieri e dall'altro sull'analisi comparativa dei costi



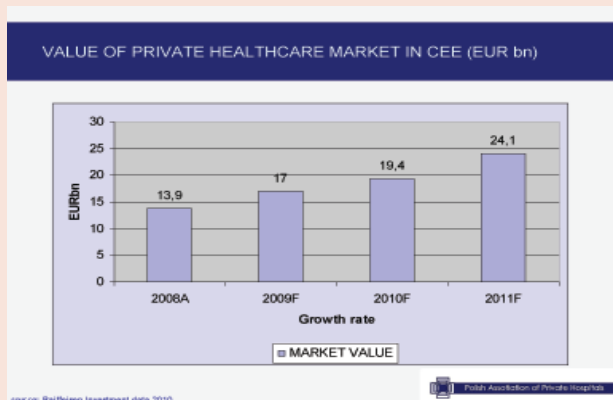
Adrien Dennler, Presidente delle cliniche private svizzere



Piotr Gerber, Direttore generale dell'Associazione polacca dell'ospedale privata

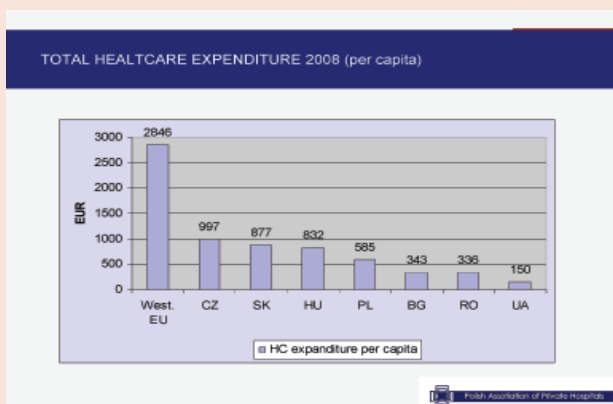
fornire le loro prestazioni contrattuali a prezzi comparabili e devono poterne attestare la qualità tramite *audit* e controlli tecnici rigorosi. Per quanto riguarda il metodo di remunerazione dei servizi, il sistema svizzero applica un modello di DRG, derivato da quello tedesco, che comporta: l'inclusione nel prezzo di base degli onorari medici nonché di una percentuale del 12% per gli investimenti e l'esclusione dei costi relativi alla formazione accademica. A livello di controlli, la programmazione ospedaliera ad opera dello Stato deve risultare effettuata in maniera aperta, obiettiva e

cominciata ad elaborare una nuova politica e quindi anche a costruire un nuovo assetto dei sistemi sanitari, come ha spiegato nel suo intervento **Piotr Gerber, Direttore generale dell'Associazione polacca dell'ospedale privata**. Nei nuovi Stati membri dell'Est, infatti, a partire dagli anni '90 si è verificata una grandissima trasformazione, perché prima di quel periodo esistevano solo ospedali pubblici all'interno di sistemi interamente pubblici, chiusi in se stessi, privi di strutture e di equipaggiamenti moderni, sempre più indebitati e non di rado ostaggio della corruzione.



(*benchmark*). I criteri specifici di selezione si fondano poi sull'efficacia, le caratteristiche economiche, la qualità, la trasparenza, le competenze. In termini più concreti, gli ospedali iscritti sulla lista ufficiale devono

trasparente e, per garantire che ciò avvenga, un'apposita Commissione per la concorrenza è stata creata per accompagnare attivamente l'applicazione delle nuove regole.



In Svizzera l'evoluzione del sistema sanitario nazionale ha aperto, dunque, al privato nuove forme di collaborazione, che superano gli steccati pregiudiziali in favore del settore pubblico per costruire una rete integrata di ospedali scelti in base a criteri oggettivi. Nei Paesi dell'Europa orientale il percorso dell'ospedale privata è stato più lungo e difficile, ma negli ultimi vent'anni si è generalmente

TRASFORMAZIONI STRUTTURALI

Negli anni '90, però, sono state introdotte forme di assicurazione obbligatoria, spesso finanziate da fondi indipendenti, per coprire un paniere di servizi essenziali, sono stati inseriti elementi del libero mercato anche in campo sanitario ed è stata avviata una politica di relativa apertura verso il settore ospedaliero privato.

In seguito a tali trasformazioni strutturali, nei Paesi dell'Est la situazione dal punto di vista finanziario registra generalmente una forte crescita ed un notevole dinamismo, pur rimanendo rilevanti le differenze rispetto all'Europa occidentale riguardo alla percentuale del PIL destinata alla sanità e alla spesa pro capite. Basti pensare che nelle nazioni occidentali quest'ultima si attesta intorno ad una media di circa 2800€ per persona, mentre è molto più bassa nell'Europa centro-orientale, con una punta massima nella Repubblica Ceca di circa 1000€ a cittadino, che scende fino a 150€ in Ucraina. Nei nuovi Stati mem-

Bases d'établissement des listes hospitalières en SUISSE

En vertu des nouvelles dispositions de la loi sur l'assurance-maladie le système suisse rend caduque la distinction entre hôpital public et hôpital privé à partir de 2012.

Principes de sélection pour l'admission dans la liste d'hôpitaux:

- Planification des besoins hospitaliers
- Analyse comparative des prix par cas (benchmark)
- Critères
 1. Efficacité
 2. Conformité au but
 3. Caractère économique
- Exigences
 - Qualité
 - Transparence
 - Compétences avérées

bri si registrano, infatti, enormi diversità tra Paesi grandi, come la Polonia e l'Ungheria, e piccoli come l'Estonia o la Bulgaria (dove la spesa sanitaria rispetto al PIL è solo del 4,3%), ma va rilevato che il sistema di copertura è ovunque universale.

Riguardo al difficile confronto tra settore ospedaliero pubblico e privato, Gerber, dopo aver sottolineato che il numero totale di ospedali è in generale diminuzione, ha affermato che il settore sanitario nell'Europa dell'Est è caratterizzato innanzitutto da una crescita sensibile dell'ospedalità privata e da una progressiva contrazione di quella pubblica, sottoposta anche a diverse forme di privatizzazione. La percentuale di istituzioni private è dunque in cresci-

ta, ma la loro presenza resta percentualmente contenuta, se si prende in considerazione il numero dei letti, perché si tratta nella maggior parte dei casi di strutture di piccole dimensioni, anche se dotate di una tecnologia moderna. Solo alcuni ospedali privati o privatizzati sono di grandi dimensioni, ma appartengono a società farmaceutiche o a compagnie assicuratrici.

Per quanto riguarda, infine, l'accesso ai servizi, l'assicurazione sanitaria, obbligatoria o volontaria, ha influenzato positivamente il contesto generale. Il sistema assicurativo, infatti, ha creato un mercato, all'interno del quale si stanno peraltro affermando alcune tendenze interessanti: la riduzione delle liste di attesa; la possibilità, quando tali liste sussistono, di rivolgersi ad un ospedale privato, senza spese aggiuntive; l'introduzione di sistemi informatici di raccolta dati e l'adozione di cartelle cliniche informatizzate. Il cammino è ancora lungo, ma si spera di fare molti passi in avanti, grazie al contributo dei privati.

LA PRIVATIZZAZIONE GERMANIA

Un'esperienza di particolare interesse in riferimento sia alla piena integrazione nell'UE dei nuovi Stati membri, sia dell'intero processo di unificazione europea è quella verificatasi in Germania. "Quando riflettiamo al processo di riunificazione attuato nel mio Paese - ha dichiarato al riguardo **Jens Wernick, Vice Presidente del Comitato Affari europei della Federazione tedesca** - ci rendiamo conto di come abbiamo vissuto un'esperienza difficile ma importante, ricca di conseguenze demografiche, economiche e sociali, originate dalla fusione di due diverse

economie nazionali, con un impatto enorme, che ha fatto aumentare sensibilmente le spese e che deve essere ancora completamente assorbito. Le sfide che abbiamo davanti quando parliamo di unificazione europea sono le stesse: molte economie europee non sono pronte a questo processo ed è quindi necessario riflettere bene sui problemi della sicurezza sociale, in relazione anche alla forza economica dei Paesi coinvolti."

In Germania, dopo la riunificazione, si è verificato un rilevante movimento di privatizzazione, molte strutture sono state riorganizzate e altre sono state create ex novo. Il cambiamento è stato di proporzioni tali da favorire la penetrazione d'imprenditori privati, perché la gestione delle strutture ospedaliere pubbliche era diventata diffici-



Jens Wernick, Vice Presidente del Comitato Affari europei della Federazione tedesca



La serata di gala

le soprattutto per le municipalità. Il processo, peraltro, continuerà a svilupparsi in questa direzione, a causa di tutta una serie di fattori ancora in atto, tra cui il persistente e pesante deficit della sanità.

Inserendo poi il proprio Paese nel contesto generale dell'Europa, Wernick ha evidenziato la diversità di situazioni esistenti negli Stati membri dell'UE, sostenendo quindi che i pazienti dovrebbero poter scegliere di accedere ai servizi erogati in un'altra nazione, anche perché le cure usufruite all'estero hanno dato buoni risultati. Il fenomeno appare, quindi, destinato a crescere e le istituzioni sanitarie private dovranno affrontare questa sfida, ma lo faranno forse in modo più rapido di quelle pubbliche. "Noi, in quanto strutture ospedaliere private - ha concluso Wernick - po-

tremo sempre agire come elementi propulsori nel contesto dell'unificazione europea ed è importante che ciò si realizzi anche indipendentemente dalle disposizioni normative, costituendo così un mercato, che peraltro già esiste, con un approccio reale e realista."

IL PARERE DEI RAPPRESENTANTI ISTITUZIONALI

"Il settore privato è un aspetto essenziale dei sistemi sanitari europei": non si tratta di un'affermazione autoreferenziale, ma della dichiarazione di apertura di **Karin Kadenbach**, membro austriaco del Parlamento europeo. A quest'organo elettivo compete, a suo avviso, un ruolo istituzionale nell'individuazione di standard comuni e di criteri di qualità, necessari per orientare i sistemi sanitari europei in modo tale che i cittadini possano trarre profitto dalle politiche sanitarie elaborate in sede comunitaria.

Nei ventisette Stati membri, che il Parlamento di Bruxelles rappresenta, infatti, la situazione è tutt'altro che omogenea dal punto di vista dell'organizzazione dei servizi sanitari, talvolta a carattere regionale o federale. "Per questa ragione è opportuno - ha dichiarato ancora l'on. Kadenbach - accettare positivamente il contributo dell'ospedalità privata e trovare una via di uscita attraverso forme di collaborazione tra pubblico e privato, come è avvenuto in altri settori. È necessario, infatti, che una struttura ospedaliera possa funzionare come un'impresa ed essere quindi economicamente sostenibile." Le verifiche di efficacia e di efficienza sono oggi molto



Karin Kadenbach, membro austriaco del Parlamento europeo

importanti, come del

resto altri aspetti di carattere economico, e restano il solo strumento adeguato per ottimizzare i costi, senza rinunciare ad ottenere buoni risultati sotto il profilo della qualità. Bisogna quindi intervenire tempestivamente sul settore ospedaliero, in un momento di pressione causato dalla crisi in corso, se si vuole costruire un futuro economicamente sostenibile, promuovendo la salute della popolazione e l'occupazione in tutta Europa.

In questa prospettiva, l'elemento della competitività è, secondo l'europarlamentare austriaca, molto importante, al pari degli investimenti necessari per finanziare un buon livello di qualità. "Nel quadro del progetto Europa 2020 - ha concluso Karin Kadenbach - sono convinta che presto o tardi tutto ciò di cui oggi discutiamo avrà conseguenze concrete sulla vita delle istituzioni ospedaliere"

OGGETTIVO FONDAMENTALE: IL BENEFICIO DEI PAZIENTI

Accanto al Parlamento europeo, un ruolo istituzionale significativo è svolto anche dal Comitato economico e sociale europeo, organo consultivo che ha la responsabilità di fornire alla Commissione il parere sulle sue iniziative, ma anche la facoltà di presentare, in collegamento con il Parlamento stesso, nuove proposte destinate a fare avanzare l'azione comunitaria su determinati problemi. **Lucien Bouis**, membro di tale Comitato, ha dato anche vita a Parigi a forme di convenzione tra ospedale pubblico e privato, convinto che l'avvenire di entrambi i settori passi da collaborazioni attuate seguendo procedure contrattua-



Lucien Bouis, membro del Comitato economico e sociale europeo

li, in cui i due partner si trovano in situazione di parità. L'obiettivo fondamentale di tutte le iniziative deve restare, però, secondo Bouis, il beneficio dei pazienti e a tale riguardo egli si è detto persuaso che i responsabili dell'ospedalità privata si preoccupino del buon funzionamento delle loro strutture non solo per ragioni di carattere imprenditoriale, ma anche nell'interesse dei pazienti che accolgono. Questa convinzione è peraltro ribadita in tutti i pareri del Comitato economico-sociale, in cui tale beneficio non viene fatto dipendere da una classificazione, da uno statuto, da riconoscimenti amministrativi o da questa o quell'organizzazione pubblica o privata, ma dall'attenzione rivolta all'individuo, che accede ai servizi e richiede il rispetto dei suoi diritti.

LA CARTA DEI DIRITTI

“La Comunità è restata a lungo molto timida - ha osservato al riguardo Bouis - con il pretesto della sussidiarietà, ma è stato svolto un notevole lavoro per l'approvazione della Carta dei diritti fondamentali dei cittadini europei, in cui viene presa in considerazione anche la sanità.” Non si tratta di un progresso trascurabile, perché nella strategia di Lisbona il termine sanità non compariva neppure e nel progetto “Europa 2020” ricorre solo due volte. Per tale ragione è sembrato opportuno al Comitato economico e sociale, come organo rappresentativo della società civile, di avviare un certo numero di riflessioni, per iscrivere i diritti dei pazienti nell'ambito dei diritti dell'uomo e per raggiungere l'obiettivo di ottenere l'autonomia di ogni individuo nelle decisioni riguardanti le diverse situazioni di vita, comprese quelle che toccano la salute.

Esaminando i problemi attinenti alla sanità in termini di diritto, Bouis ha attirato l'attenzione dei presenti su tre diritti fondamentali. Il primo è quello all'informazione, in merito al quale la struttura ospedaliera - in particolare quella privata caratterizzata spesso da dimensioni più umane e da relazioni più strette tra personale e degenti - ha responsabilità precise. Al di là del dialogo personale medico-paziente, infatti, ogni istituzione deve essere responsabile della trasmissione dell'informazione. Il secondo principio fondamentale è quello del consenso libero e informato, che fa parte non solo del trattamento, ma anche della qualità di vita delle persone e non deve, perciò, essere inteso come un trasferimento di responsabilità ma come “un'alleanza terapeutica”. Al riguardo Bouis ha riferito che, da una ricerca di Eurobarome-

tro pubblicata ad aprile 2010, risulta che in Germania il 90% dei pazienti ritiene di aver fatto valere i propri diritti in relazione al consenso informato, ma già in Francia la percentuale scende al 50%.

Il terzo diritto fondamentale è quello alla dignità personale: le istituzioni private devono segnalarsi positivamente in questo ambito, che comprende il diritto all'intimità, alla privacy, al trattamento del dolore, ad una morte dignitosa. La “giornata europea del paziente”, che il Comitato economico sociale sta organizzando in collaborazione con il Parlamento e con alcune importanti istituzioni rappresentative dei pazienti, dovrebbe costituire un punto di contatto tra questi ultimi e il mondo ospedaliero.

Un aspetto, al centro del dibattito in sede



Isabel de la Mata, rappresentante della Commissione europea

europea, è poi quello del diritto di accesso alle cure transfrontaliere. Il Comitato, come rappresentante dei pazienti e delle loro famiglie, è particolarmente attento a conferire una potenzialità reale a questo diritto, evitando che esso possa interferire con altre responsabilità in materia di organizzazione sanitaria e creare problemi che riguardano, ad esempio, la continuità delle cure, la qualità dei servizi, l'introduzione di farmaci sul mercato.

LA RICERCA DI EUROBAROMETRO

Da una recente ricerca di Eurobarometro, estesa a tutti i Paesi dell'UE, risulta che la metà di coloro, che hanno risposto al questionario, ritiene di essere curata meno

bene che nei Paesi vicini. Questo risultato è, secondo Bouis, preoccupante, perché in realtà esistono ovunque livelli di capacità da valorizzare e la qualità delle cure deve essere in tutti i sistemi sanitari nazionali un'attenzione costante, oggetto delle iniziative comuni dei responsabili delle strutture e dei rappresentanti dei pazienti. “Ritengo - ha concluso il relatore - che per l'ospedalità privata, come del resto per quella pubblica, la sola obbligazione veramente importante sia quella di tendere all'eccellenza dei livelli di cura e di accoglienza. In questo senso, il rispetto dei diritti degli utenti è, secondo il Comitato europeo, uno dei motori che favorisce la relazione tra loro ed i professionisti della sanità. Credo che proprio qui l'ospedalità privata debba saper mettere in evidenza una delle sue più importanti potenzialità: la disponibilità dei suoi professionisti, oltre che le sue dotazioni tecniche”.

Certo, affinché il settore ospedaliero privato possa sviluppare pienamente tutte le sue potenzialità, è necessario che prevalga, come ha osservato il Presidente portoghese Leite, la libertà di scelta del medico e del luogo di cura, perché, proprio rispettando il diritto di scegliere di tutti i cittadini, si garantisce anche il bene di ciascuno. A tale riguardo, Leite ha sottolineato che in molti Paesi europei sono state introdotte la libera scelta e la concorrenza tra gli erogatori, senza arrecare danni all'equità di accesso.

CONCLUSIONI:

LA COMMISSIONE EUROPEA E L'UEHP

È spettato ad Isabel de la Mata, come rappresentante ufficiale della Commissione europea, trarre le conclusioni dei lavori congressuali ed il suo breve discorso è stato, nondimeno, così rilevante sotto il profilo politico, che è sembrato opportuno riportarne integralmente il testo.

“Tutti i cittadini europei hanno il diritto di perseguire il livello più alto possibile di salute - ha dichiarato la relatrice - e perciò devono avere diritto di accesso alle cure: la solidarietà e la copertura universale garantiscono in Europa questo diritto, che non è tutelato nella stessa maniera in tutto il mondo. Per molto tempo si è discusso di istituzioni pubbliche e private in modo ideologico, facendone una questione di fede: il pubblico è buono, il privato è cattivo. Credo che abbiamo superato questo stadio ed è divenuto chiaro che è necessario utilizzare tutte le strutture sanitarie a disposizione, che costituiscono insieme un mix pubblico-privato. Non ci sono, infatti, abbastanza risorse per poter fare a meno di una percentuale importante della



Max Ponceillé

sanità come quella privata. Non si devono, a mio parere, fare comparazioni su ciò che è meglio o peggio, perché entrambi i settori hanno ospedali buoni e mediocri, imprese di piccole e medie o grandi dimensioni. Credo che questo dibattito debba cessare e che si debba ricorrere a tutte le cure sanitarie e a tutti gli ospedali disponibili. In questa prospettiva, la nuova Direttiva sarà di grande aiuto, anche se sono ancora vive le discussioni in tutti gli Stati membri. È vero che esistono ineguaglianze terribili nell'UE, ma ci sono iniquità ancora più grandi all'interno dei singoli Paesi e anche questa situazione deve essere combattuta. La nostra vera sfida è raggiungere il migliore livello di qualità possibile in tutti gli ospedali europei e per questo il settore privato ha un compito importante. Una volta che ho inteso la vostra voce, forte e chiara, e ho potuto prendere visione anche della posizione ufficiale dell'UEHP, vi assicuro che ne terremo conto in sede comunitaria e credo perciò che voi dobbiate

continuare a prendere parte a tutti i forum europei. Deve finire questa disputa interminabile tra pubblico privato e spero che alla prossima occasione parleremo solo di ospedali, senza fare distinzioni."

L'OSPEDALITÀ PRIVATA: UN SERVIZIO D'INTERESSE GENERALE

Nel suo saluto di chiusura il Presidente **Max Ponceillé**, ha infine sottolineato che l'UEHP è portatore di valori e di rivendicazioni. I valori dell'ospitalità privata europea sono fondamentali: la qualità delle cure e la sicurezza del paziente; la difesa del diritto di libera scelta e il consenso informato; la diffusione di una corretta informazione per far conoscere nella trasparenza le caratteristiche delle strutture in tutti i Paesi europei; la valorizzazione del ruolo del corpo medico; la formazione e la gestione delle risorse umane come datori di lavoro, che impiegano personale dalle molteplici competenze; l'efficienza gestionale in quanto imprenditori del settore sa-

nitario.

Passando dal piano dei doveri liberamente e consapevolmente assunti a quello dei diritti, il Presidente ha concluso: "Rivendichiamo il ruolo del settore ospedaliero privato come servizio d'interesse generale per superare la contrapposizione tra pubblico e privato. Domandiamo dunque che in tutti gli Stati europei, l'ospitalità privata rientri nel campo della solidarietà nazionale, come elemento d'importanza determinante anche in funzione della libera scelta. Domandiamo il rispetto di una vera e corretta concorrenza - fattore di progresso, di dinamismo e di qualità - e domandiamo l'equità di trattamento da parte dei governi, superando il privilegio del pubblico. Abbiamo coscienza dei nostri doveri verso la società e verso lo Stato come regolatore e c'impegniamo anche ad ottimizzare l'uso delle risorse in un contesto finanziario difficile, per dimostrare la nostra competitività come fattore di equilibrio economico dei sistemi sanitari europei." ■

BAOBAB – RADIOUNO RAI - PUNTATA DI GIOVEDÌ 27 MAGGIO 2010

La sanità **punto centrale** della manovra finanziaria

Da Parigi, sede dell'ultima Assemblea generale Aiop e del primo Congresso Uehp, **il presidente Paolini interviene a Baobab di Radiouno Rai** – ospite di Tiziana Ribichesu - nel dibattito sulla Finanziaria **spaziando a tutto campo** su conti pubblici, sprechi, spesa sanitaria e **tagli al servizio sanitario nazionale**.



TIZIANA RIBICHESU

Parliamo ora di sanità, punto centrale della manovra economica di questi giorni.

Saluto Enzo Paolini, Presidente dell'AIOP (Associazione Italiana Ospedaltà Privata) e Teresa Petrangolini, Segretario Generale di Cittadinanza Attiva.

La prima cosa che bisogna dire - tutti lo hanno sostenuto - è che la manovra non tocca la sanità. Lo ha precisato il ministro dell'Economia Tremonti; lo ha detto anche il ministro Fazio; però, evidentemente i tagli agli enti locali, alle regioni in parti-



colare, che poi sono delegate alla gestione della sanità, in qualche modo avranno un riflesso sui servizi e quindi sul Servizio sanitario nazionale.

Oggi la sanità rappresenta infatti l'80% della spesa regionale, e si prevede che per il 2025 arriverà all'11 % del PIL.

Comincio subito allora con Enzo Paolini, Presidente dell'AIOP, perché tra l'altro è a Parigi per il primo Congresso europeo della sanità privata, è così?

ENZO PAOLINI

Sì, il primo Congresso europeo dell'ospedaltà privata, un confronto tra tutti i sistemi sanitari europei.

TIZIANA RIBICHESU

Ecco, diamo subito uno sguardo alla sanità privata convenzionata che - secondo un vostro calcolo - rappresenta una buo-

na percentuale anche in Italia. La manovra colpisce indirettamente, in qualche modo, questo settore?

ENZO PAOLINI

Sì, certamente, ed io concordo in parte con chi sostiene che in fondo non è poi neanche un male che colpisca anche la sanità sotto il profilo della riduzione degli sprechi. Sarebbe peggio se riducesse insieme agli sprechi anche i servizi; io trovo veramente eccessivo un margine di sprechi così alto in alcune regioni - soprattutto quelle del sud - la Calabria, per esempio, oggi è al 57% di spreco.

TIZIANA RIBICHESU

Diamo subito il numero: 1.800 miliardi è il costo della sanità nella regione Calabria.

ENZO PAOLINI

Questo è solo il disavanzo.

TIZIANA RIBICHESU

E il costo totale della sanità in Calabria?

ENZO PAOLINI

Un miliardo di euro per il solo settore ospedaliero; ma, in questo miliardo di euro c'è anche una quota di spreco enorme per una regione come la Calabria, con due milioni di abitanti. Facciamo la proporzione con le altre Regioni ed ecco che vengono fuori i buchi enormi che ci sono in sanità. Ovviamente, ci saranno ripercussioni anche sui servizi, ma qui come

giustamente sostiene Massimo Giannini, deve intervenire un'altra parola magica, la "programmazione". È il Governo a doverla attuare se le Regioni si sottraggono a questa scelta, talvolta impopolare. Ridurre, cioè, determinate prestazioni inutili; riconvertire; comprimere il surplus di personale, assunto con criteri clientelari nel corso degli ultimi 20 anni. Sono scelte coraggiose che bisogna fare: il federalismo serve anche a questo, ad attribuire responsabilità, oneri e onori.

TIZIANA RIBICHESU

Teresa Petrangolini, abbiamo parlato di rischio per la sanità, di servizi che forse potrebbero essere "limitati" ulteriormente. Tra l'altro c'è anche la protesta dei medici contro la manovra

finanziaria per il dimezzamento dei precari nel pubblico impiego, che comprende anche parte di medici; la cancellazione dell'80% delle consulenze che mette a rischio il funzionamento soprattutto dei servizi di emergenza dove lavorano i precari.

TERESA PETRANGOLINI

Ci sono delle proposte che sono pericolose per i cittadini: una è sicuramente il paventato taglio alle risorse regionali, di cui però si sa molto poco perché c'è un balletto di cifre. È chiaro che, essendo la sanità a gestione regionale, se tagli qualcosa alle regioni, tagli qualcosa anche ai cittadini ed ai servizi.

C'è poi il blocco del turn over e quindi l'impossibilità di avere i cosiddetti precari, in questo caso però penso che, come cittadini, dobbiamo pretendere che tale norma sia applicabile solo se la pianta organica

è completa. È chiaro che in un pronto soccorso in cui la pianta organica non è completa, non si può fare a meno di queste figure e ribadisco il diritto del cittadino di pretendere che i posti siano coperti.

Occorre inoltre che si premi il merito, che gli incentivi non vengano perciò dati prima della valutazione. Vale a dire: tu prendi l'incentivo sul tuo stipendio solo dopo che hai dimostrato di aver raggiunto gli obiettivi prefissati. Ora non è così, di solito si dà già in anticipo e la valutazione avviene sui risultati marginali.

Altra paura che noi abbiamo è che ogni regione decida se mettere o meno i ticket. Paura perché le elezioni ci sono appena state, ci potrebbero essere perciò azioni più dure da parte delle Regioni che non hanno i conti in ordine e possono optare perciò per l'introduzione di ticket.

Bisogna leggere bene le carte, anche perché le proposte stanno cambiando in continuazione e fare poi attenzione alle conseguenze. Per questo sembra che la sanità non venga toccata.

Sul taglio del 5% sugli stipendi più alti dei dirigenti, non siamo contrari anche perché - di fronte a un'Italia messa veramente male - è difficile non essere d'accordo su questo.

TIZIANA RIBICHESU

È chiarissimo.

Paolini, parlavamo anche della questione del ticket che naturalmente spetta alle Regioni. Saranno quelle virtuose magari che potranno consentirsi il lusso di non riproporre il ticket e altre che magari dovranno proprio chiedere ai cittadini di ripianare in qualche modo i debiti?

ENZO PAOLINI

Io dico, invece, che potrebbero essere tutte le Regioni a "non" farlo. Ripeto, se, no-



nostante l'allarmismo - forse ingiustificato - per il taglio dei servizi, riuscissimo tutti quanti a dare un corso nuovo al governo delle Regioni, a responsabilizzare cioè i governi regionali, a fare il loro mestiere: governare.

I nostri conti, i conti del Paese, "dicono" che i soldi spesi per la sanità sono largamente sufficienti per erogare un servizio sanitario di primissimo livello. Basterebbe evitare, non tutte (un margine di spreco - infatti - forse è fisiologico anche nelle Regioni virtuose), ma una parte delle enormi inefficienze che ci sono in tutte le regioni, per non mettere il ticket. Per mantenere il livello qualitativo; per sostenere la ricerca e non decrementare il livello occupazionale, insomma, basterebbe avere una buona dirigenza politica. Questo è il punto.

TIZIANA RIBICHESU

Chiarissimo. Grazie a Enzo Paolini, presidente dell'AIOP (Associazione Italiana dell'Ospedalità Privata) e saluto anche Teresa Petrangolini, segretario generale di Cittadinanza Attiva. ■

La Sanità del futuro: tra diritti soggettivi e doveri

Esperienze internazionali a confronto

Nei Paesi più avanzati, pur con esperienze, **storie e tradizioni diverse**, appaiono sempre più evidenti **due bisogni**: quello del cittadino utente che **chiede accessibilità, tempestività e qualità delle cure**; quello degli Stati di governare e **controllare la spesa** sulla base di scelte di priorità. Il Convegno Aiop Giovani 2010, tenuto a Parigi lo scorso 27 maggio, **ha voluto mettere a confronto le esperienze** provenienti da Stati Uniti, Nuova Zelanda e Giappone, al fine di comprendere **quali risposte si possono dare** al dilemma del trade off tra l'**individuo e la collettività** nell'erogazione dei servizi sanitari.

A CURA DI FABIO MIRAGLIA



Si è discusso di ciò con illustri ospiti rappresentanti di tre mondi istituzionali della sanità: un dirigente pubblico, Anthony Hill, Deputy Director-General Ministero della Salute della Nuova Zelanda, un professore universitario, Gary Filerman, Georgetown University di Washington, ed un rappresentante del mondo imprenditoriale, Hirotoishi Nishizawa, Presidente AJHA Tokyo, supportato da Tomonori Hasegawa della Toho University School of Medicine di Tokyo.

Il dibattito è stato preceduto da un'ampia introduzione di Averardo Orta, Coordinatore Nazionale Aiop Giovani.



e ttivi e interesse generale



Averardo Orta

COORDINATORE NAZIONALE AIOP GIOVANI



Ci troviamo a un bivio in cui gli stessi confini nazionali e regionali si stanno dissolvendo. La sanità è sempre più una questione globale e costituisce una delle più importanti voci di spesa nei vari bilanci nazionali. I Paesi che noi consideriamo punti di riferimento han-

no una spesa pro capite per la sanità molto alta. Questo riguarda la crescita pro capite della spesa sanitaria media annua.

Assistiamo a un fenomeno abbastanza preoccupante, ogni anno la crescita della spesa sanitaria supera la crescita del PIL. Questo è ancor più vero oggi che stiamo affrontando un periodo di crisi internazionale, ma era vero anche negli anni scorsi.

Negli Stati Uniti il 16% del PIL è dedicato alla spesa sanitaria; anche in termini di percentuale di spesa per la sanità siamo abbondantemente sopra il 10%.

È vero che la migrazione dei pazienti sta diventando un fenomeno sempre più rilevante. Se analizziamo i dati OCSE dal 2004 al 2007 sul cambiamento nelle proporzioni dell'export e dell'import in sanità (per export si intende la richiesta di prestazioni sa-

nitarie da parte dei cittadini di un paese straniero - export di servizi - mentre l'import, al contrario, indica le prestazioni richieste dai cittadini che vanno a farsi curare all'estero), si può notare che dal 2004 al 2007 in tutti i Paesi, tranne forse Belgio e Grecia, si è registrata un'importantissima crescita di questa percentuale di cittadini che si sposta per cercare una sanità migliore.

Ovunque in Europa, ma anche nel resto del mondo, abbiamo oggi cittadini sempre più informati, sempre più esigenti e, per contro, governi che devono fronteggiare il fenomeno dell'aumento dei costi.

Ci si ritrova quindi davanti ad una domanda: come si può coniugare la richiesta legittima del cittadino di avere una cura vicina al luogo dove vive, di alta qualità, erogata in tempi brevi, efficace ed efficiente, con la programmazione sanitaria, fatta sempre più spesso di tagli e riduzioni? È chiaro che una soluzione deve essere trovata eliminando ogni pregiudizio ideologico, andando a guardare la realtà e le esperienze internazionali. ■

“Ovunque in Europa, ma anche nel resto del mondo, abbiamo oggi cittadini sempre più informati, sempre più esigenti e, per contro, governi che devono fronteggiare il fenomeno dell'aumento dei costi”.

Nel presentare il prof. Gary Filerman che illustrerà il punto di vista USA a pochi giorni dall'approvazione della riforma sanitaria voluta dal Presidente Obama, viene in mente che in uno dei suoi ultimi discorsi il Presidente Roosevelt voleva creare un cartello dei diritti dei cittadini. Questo accadeva quasi settanta anni fa. Adesso il Presidente Obama vuole applicare la riforma che sognava Roosevelt, il quale pensava a questo stretto legame con gli europei e i giapponesi. Gli americani hanno aiutato a scrivere la nostra Costituzione dopo la guerra e Roosevelt aveva capito come fosse molto importante creare un sistema sanitario che potesse collegare tutti i cittadini dei Paesi occidentali. Obama sta continuando in questa direzione. Negli USA c'è anche una particolarità: negli ultimi dieci anni di crisi industriale e finanziaria tutti i settori principali del mondo hanno perso posti di lavoro, ma in America più di un milione di nuovi posti di lavoro sono stati creati proprio nel settore della sanità. Se altrove c'è ancora chi considera il settore come un costo per la società, in USA c'è chi lo considera un investimento che crea posti di lavoro, valore, tecnologia e quindi fornisce produttività e risorse per la società.

Gary Filerman (USA)

SENIOR V/PRESIDENTE HEALTH MANAGEMENT AND POLICY GROUP, ATLAS RESEARCH



È facile parlare di investimenti nel settore della sanità in termini generali, ma se una bassa produttività dà un alto risultato in termini di salute, ciò non è socialmente giustificato in questo settore. Bisogna aumentare la produttività prendendo delle decisioni sagge su come i dollari vengono investiti, quindi è una questione di trovare un equilibrio e noi stiamo lottando per cercare di raggiungerlo.

Siamo in un momento molto interessante nella storia del sistema sanitario americano e per gli ospedali americani. La legge sull'assicurazione in campo sanitario, firmata da Obama il 23 marzo scorso è importante, bisogna fare attenzione all'equilibrio tra i diritti individuali e quelli generali, quindi tra i diritti soggettivi e l'interesse generale.

In America stiamo cambiando tutto con questa riforma, perché richiede alla maggior parte degli americani di acquistare un'assicurazione sanitaria. Molti conservatori si oppongono a questa proposta. Pensano che questo possa ledere la responsabilità, ma anche la libertà delle singole persone. In altre parole, che ciò porti verso la fornitura del servizio sanitario sotto il controllo dello Stato.

Altri, invece, compresi il Presidente, pen-

sano che si tratti di una legge evolutiva e non rivoluzionaria. Ritengono, infatti, che rappresenti l'estensione logica del ruolo attuale del governo di fronte ad un apparato che non è un sistema e che è già fallimentare. Infatti, è un sistema che non soddisfa i bisogni dei propri cittadini, del mondo degli affari o dello Stato. Quindi è importante sapere che il Governo pagava già, prima ancora dell'introduzione di questa legge, il 50% dei costi sanitari, attraverso vari programmi a livello sia nazionale che statale.

Indubbiamente, questa legge avvicina gli Stati Uniti a quello che è il concetto occidentale dello stato assistenziale, del *welfare*. La sanità costituisce un sesto dell'economia americana e la legge è una risposta collettiva ai fabbisogni dei singoli, come lo è stato, per esempio, il sistema di previdenza sociale.

Quindi gli Stati Uniti, come minimo, hanno la responsabilità morale di garantire che gran parte dei propri cittadini abbiano accesso al sistema assicurativo di cui hanno bisogno per pagare i propri servizi sanitari. A seguito di questa nuova legge si stima che ci sarà il 94% degli americani che saranno coperti da un qualche tipo di assicurazione medica. Per la prima volta sarà obbligatorio, per la maggioranza degli americani, avere un'assistenza sanitaria.

Alcuni sono contrari a questo nuovo requisito perché è la prima volta che il governo nazionale obbliga i propri cittadini di comprare qualcosa.

Molte parti di questa legge verranno introdotte gradualmente nei prossimi quattro anni. Questo dà la possibilità, a coloro che sono contrari a questa legge, di modificarla ancora. Nelle elezioni del Congresso di quest'anno si sta già parlando dell'obbligo per tutti di comprare un'assicurazione sanitaria oppure che vengano pagate delle sanzioni. Ovviamente tutti questi argomenti si affronteranno anche in tribunale, ma non penso ci saranno grosse variazioni rispetto a quella che è la struttura attuale della legge.

Obama, in realtà, voleva una riforma del sistema sanitario, ma è stato obbligato a effettuare una riforma del sistema assicurativo. Comunque questa legge mette fine a moltissimi abusi da parte delle compagnie assicuratrici e fa sì che anche i giovani e le persone sane rientrino in questo sistema di assicurazione sanitaria e comunque rimangono moltissime sfide ancora per il futuro.

Infatti, questa nuova legge non fa niente per controllare i costi. In realtà, per questo nuovo sistema ci vorranno molti più fondi



“Se l’individuo ha diritto alla qualità delle prestazioni esso ha anche diritto a ricevere la cura più efficace, cioè quella che tutti noi sappiamo che produce i migliori risultati”.

per sostenerlo. L’aumento della richiesta economica e la mancanza di controlli sui costi, ovviamente, ha un impatto forte su quelli che sono i rapporti tra i diritti soggettivi e gli interessi generali e questo ha anche delle implicazioni molto importanti, sia a breve che a lungo termine per gli ospedali. Sto parlando dell’impatto sugli ospedali da tre prospettive diverse. Innanzitutto per quanto riguarda la qualità della cura. Secondo, dal punto di vista della prospettiva dell’impatto a breve sugli ospedali, man mano che gradualmente viene introdotta questa legge nei prossimi quattro anni. Infine, darò un’altra prospettiva per quanto riguarda le implicazioni a lungo termine per gli ospedali, all’interno di una nazione che ha un debito pubblico che, secondo molti americani, minaccia la loro qualità della vita.

LA QUALITÀ DELLA CURA E LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

L’importanza della qualità della cura e la sicurezza dei pazienti è il primo argomento perché, secondo me, è uno dei motori più importanti in questo campo e cioè qui abbiamo a che fare con il rapporto tra l’individuo e lo Stato. Ciò è diventata una preoccupazione pubblica e della politica a seguito del rapporto pubblicato nel 2000 dall’Istituto per la Medicina, intitolato “*Errare è umano*”. In questo rapporto sono stati identificati moltissimi errori nel sistema sanitario e ha quindi attirato moltissima attenzione da parte del pubblico. Secondo l’Istituto di Medicina - IOM - dalle 90.000 alle 140.000 persone vengono uccise per errore negli ospedali ogni anno. Noi sappiamo, in realtà, che queste

cifre sono ancora superiori e non comprendono le persone che vengono ferite. Il rapporto, inoltre, ha sottolineato il grosso



divario esistente tra quello che facciamo e quello che sappiamo. Ha anche dimostrato che gli americani spendono moltissimi soldi per dei servizi pubblici scadenti. Questo rapporto ha avuto importanza anche per un altro motivo. Ci sono stati moltissimi cambiamenti nell’atteggiamento del pubblico nei confronti del mistero della cura medica. Infatti ha posto termine a quella posizione tradizionale dei medici e degli ospedali in base alla quale la qualità è qualcosa di troppo complicato perché la gente comune possa capirla e che, quindi, è un affare privato della professionalità medica.

A seguito di questo rapporto la trasparenza è diventata un concetto centrale nel dibattito pubblico sull’accesso ai servizi sanitari, ai loro costi e alla loro qualità. Questo rapporto ha inoltre focalizzato l’attenzione sulla necessità di misurare i risultati di tutti i componenti dei servizi sanitari, ha stimolato, quindi, un’attività sempre maggiore che riguarda la misurazione degli esi-

ti clinici. Ogni settimana le riviste mediche pubblicano risultati sulla qualità della cura e la scienza della misurazione del risultato ha portato a quella che viene chiamata *ricerca comparata sull’efficacia*. La riforma Obama, effettivamente, finanzia ulteriormente questa ricerca e, secondo me, questo porterà ulteriormente alla standardizzazione dei processi di cura.

Se l’individuo ha diritto alla qualità delle prestazioni esso ha anche diritto a ricevere la cura più efficace, cioè quella che tutti noi sappiamo che produce i migliori risultati. Quindi chi paga, che può essere l’individuo, lo Stato o la compagnia assicurati-

va, deve affrontare il problema del miglior rapporto prezzo/qualità.

C’è un altro risultato molto importante che riguarda questa rivoluzione sulla qualità della cura, una sempre maggiore enfasi sulla trasparenza, cioè il diritto del pubblico a essere informato sulla qualità della cura fornita dagli ospedali e dai medici. Molti ospedali, infatti, pubblicano sui loro siti web i risultati delle indagini di accreditamento da parte della Commissione congiunta. C’è una richiesta generale di pubblicare i dati sulla qualità riguardo agli indicatori sulla cura. Lo stesso vale per gli ospedali, le case di cura, le case di riposo ecc., e c’è moltissima attenzione da parte dei media. Gran parte di queste informazioni vengono utilizzate per motivi di pubblicità, mentre alcuni di questi dati devono essere pubblicati per legge, per poter sottostare alle richieste delle agenzie di accreditamento.

Secondo la nuova legge Obama sono previste anche multe per infezioni contratte



in ambito ospedaliero, che si è obbligati a far scendere ad una percentuale uguale a zero. Ci saranno anche delle multe per i ricoveri che avvengono dopo 30 giorni dalla dimissione. Inoltre, presto gli ospedali negli Stati Uniti dovranno anche introdurre dei piani di miglioramento della sicurezza dei pazienti. Tutte queste informazioni dovranno essere rese pubbliche.

IMPATTO SUGLI OSPEDALI

È molto importante riconoscere che al momento il pubblico non utilizza le informazioni sulla qualità della cura per decidere in quale ospedale andare. Di solito il pubblico continua a seguire i consigli del proprio medico.

A questo punto, la questione importante è: tra quanto tempo il governo, le compagnie di assicurazione o chi paga, comunque, richiederanno che i pazienti vadano effettivamente negli ospedali o dai medici di

miglior qualità e ai costi più bassi? Ovviamente sto parlando di medici e ospedali con la migliore qualità e ai costi più bassi, non solo dei costi più bassi.

Ci sarà sempre più conflitto tra il diritto dell'individuo di andare dal medico o andare all'ospedale da lui scelto e il diritto della collettività di pagare per questi servizi. Quindi sarà sempre più importante la misura della qualità.

Ci sono due leggi che effettivamente

avranno un impatto positivo sulle finanze degli ospedali nei prossimi quattro o cinque anni. Infatti, oltre a quella sull'assicurazione medica, c'è una legge secondo cui fino al 2017 lo Stato pagherà milioni di dollari agli ospedali per installare le cartelle mediche elettroniche. Si pensa, infatti, che questo sistema migliorerà la qualità e ridurrà i costi.

Per l'effetto combinato di queste due leggi verranno costruiti sempre più piccoli ospedali urbani a pagamento e verranno sostituiti i vecchi ospedali. Si ingrandiranno gli edifici, si aumenteranno i servizi e questa espansione verrà favorita da un miglior accesso al capitale. Aumenterà la forza lavoro

di famiglia e aspettano a farsi curare condizioni patologiche non gravi finché non diventano molto più gravi e pertanto più costose. Comunque, quando entrerà in vigore questa nuova legge, tutte le perdite dovute a questi meccanismi verranno eliminate.

Il ruolo della tecnologia costituisce una parte importante di tutto questo quadro. Infatti, coloro che forniscono le tecnologie, comprese le apparecchiature mediche o le compagnie farmaceutiche, investiranno moltissimo per convincere il pubblico, i medici e gli ospedali che i loro prodotti miglioreranno i servizi sanitari e i trattamenti, con migliori risultati. Ma tutto

questo aumenterà moltissimo la domanda, come diritto dell'individuo a ottenere le migliori tecnologie che la scienza possa offrire.

Il risultato di tutti questi progressi nei prossimi quattro o cinque anni sarà l'aumento dell'aspettativa del

“Il risultato di tutti questi progressi nei prossimi quattro o cinque anni sarà l'aumento dell'aspettativa del pubblico su ciò che il diritto alla salute effettivamente include”

pubblico su ciò che il diritto alla salute effettivamente include. Infatti, si sta creando un contesto in cui ci potrà essere un forte conflitto tra i diritti soggettivi e l'interesse comune, e l'ospedale sarà nel mezzo.

Purtroppo tra sei anni il debito pubblico americano rappresenterà il grosso problema dei servizi sanitari. Alcuni dicono che è soltanto una questione di contabilità, non è effettivamente un grosso problema. Però, come abbiamo visto in Grecia arriva

pubblico su ciò che il diritto alla salute effettivamente include. Infatti, si sta creando un contesto in cui ci potrà essere un forte conflitto tra i diritti soggettivi e l'interesse comune, e l'ospedale sarà nel mezzo.

Purtroppo tra sei anni il debito pubblico americano rappresenterà il grosso problema dei servizi sanitari. Alcuni dicono che è soltanto una questione di contabilità, non è effettivamente un grosso problema. Però, come abbiamo visto in Grecia arriva

“Nei prossimi dieci anni si metteranno le basi per molti nuovi approcci nel settore sanitario e bisogna comunque cercare di risolvere il problema dei costi”.

il giorno in cui gli effetti del debito vengono effettivamente percepiti dai cittadini, come qualcosa di reale. Il Governo paga il proprio debito emettendo buoni del Tesoro. Circa il 7% del reddito proveniente dalle imposte americane serve per pagare questi buoni del Tesoro. Gran parte di questi interessi vengono contratti con la Cina e aumentano continuamente ogni anno. Ovviamente questi costi dovranno essere controbilanciati attraverso una riduzione dei servizi statali, attraverso un aumento delle imposte e con l'inflazione, oppure attraverso una combinazione di tutti questi fattori.

Quando il pubblico non accetterà più un'alta imposizione fiscale o un eccessivo debito dello Stato, sarà facile per coloro che sono contrari a questo programma dare la colpa di tutto all'assicurazione sanitaria, anche se in realtà la sanità non rappresenta una forte voce di spesa in questo ambito.

Comunque, è molto difficile fare previsioni su quello che effettivamente accadrà. Dipenderà, infatti, dagli altri settori dell'economia. Possiamo comunque sperare che ci sarà un miglioramento del debito nazionale e quindi il settore sanitario sarà meno al centro di tutte le critiche. Speriamo che l'economia possa crescere e anche una riduzione della disoccupazione consentirà un aumento degli introiti provenienti dalle imposte. Speriamo anche che ci saranno meno guerre, che al momento stanno assorbendo tanti miliardi dei contribuenti americani.

Comunque, indipendentemente da tutte queste prospettive che possono essere ottimistiche, la popolazione continuerà a invecchiare e questo, ovviamente, porterà a un aumento della richiesta dell'assistenza sanitaria, nel settore delle patologie croniche, una maggiore richiesta delle case di riposo, dell'assistenza domiciliare. Ci sono solo due patologie, l'Alzheimer e il diabete, che da sole porteranno alle stelle i costi sanitari.

Secondo alcuni economisti, gli effetti della demografia e dell'epidemiologia supereranno di gran lunga quelli che sono tutti gli sforzi di controllo dei costi da parte dei

governi nazionali e del settore ospedaliero.

L'importanza del rapporto tra debito statale e PIL è qualcosa che viene discusso ovunque. Secondo l'OCSE, il debito nazionale americano costituisce il 53% del PIL nel 2009; in Germania nel 2009 era del 73%; il 78% in Francia e il 105% in Italia. Se le spese sanitarie negli Stati Uniti aumentano a quella che è la velocità storica del 2,5% annuo, nel 2020 rappresenteranno il 90% del PIL. In realtà, probabilmente, la velocità di aumento sarà ancora maggiore.

A questo punto il messaggio è unico: indipendentemente dal tipo di provvedimenti che faremo, è comunque una crescita impossibile da sostenere. L'interesse collettivo a controllare il debito, indipendentemente da come lo misuriamo, diventerà ben presto un grosso problema politico negli Stati Uniti nel prossimo decennio.

Sarà facile dare la colpa al costo dei servizi sanitari e, in modo particolare, al costo degli ospedali. Ovviamente gli ospedali, specialmente se grandi e nuovi, sono facili da mettere sotto accusa, ed effettivamente in molte città gli ospedali sono il principale datore di lavoro a tutti gli effetti. Tra circa cinque anni ci saranno delle forti pressioni politiche ad assumere una posizione molto più forte per quanto riguarda il controllo dei costi sanitari. Si è già visto che le soluzioni attualmente intraprese servono per ridurre i costi. A tale proposito è molto importante la medicina preventiva, utilizzare cartelle sanitarie elettroniche, organizzare meglio i medici di base, raggrupparli in gruppi di lavoro, ecc.

Secondo me, nei prossimi dieci anni si metteranno le basi per molti nuovi approcci nel settore sanitario e bisogna comunque cercare di risolvere il problema dei costi. Dobbiamo seguire un po' meglio l'esempio del sistema canadese. I politici saranno costretti a trovare una mediazione tra i diritti soggettivi rispetto all'interesse generale.

Effettivamente in tutto questo gli ospedali avranno un ruolo importantissimo perché altrimenti potrà essere a rischio il loro ruolo nella nostra società. ■

Nel presentare l'esperienza neozelandese occorre evidenziare che si potrebbe considerarla come un'altra regione d'Italia e a volte questo è strano perché un paese così lontano è tuttavia anche così simile. L'aspetto che colpisce maggiormente, oltre ad avere quasi le stesse dimensioni dell'Italia, ma con cinque milioni di abitanti, è l'apertura internazionale, la voglia di benchmarking con Singapore, Hong Kong, Australia, Canada. Non chiudono mai gli occhi all'esterno; così pure il modo in cui utilizzano l'IT per dare delle risposte collettive.

Anthony Hill (NZL)

DEPUTY DIRECTOR-GENERAL MINISTERO DELLA SANITÀ DELLA NUOVA ZELANDA



La Nuova Zelanda è una piccola isola lontanissima dal resto del mondo. Il nostro è un paese molto lungo e sottile quindi la popolazione è distribuita, ma fortemente concentrata in piccolissimi punti. Questo ovviamente solleva un'altra questione molto

importante: per esempio, sulla costa occidentale dell'isola meridionale non abbiamo la disponibilità di chirurghi generali, difficilmente arrivano da noi e questo è un grosso problema quando vogliamo costruire ospedali importanti. La popolazione è concentrata in alcuni grossi centri ed è lì che abbiamo i grandi nuclei sanitari e ospedalieri.

La nostra è una popolazione estremamente diversificata, con moltissime etnie; viene dalle isole del Pacifico per cui c'è una forte presenza di popolazione proveniente da quei luoghi, ma viene anche dalle altre regioni asiatiche.

Abbiamo un documento, che si chiama il Trattato di Waitangi e rappresenta una specie di costituzione della Nuova Zelanda, dove si stabilisce il rapporto tra i Maori e quelli che erano i primi pionieri inglesi quando sono arrivati nel 1840. Questo trattato si basa sul principio della partnership, della partecipazione e della protezione e questi principi vengono ricordati



giornalmente nell'applicazione del nostro sistema sanitario. Essi prevedono che la partecipazione di minoranza, cioè quella dei Maori, riceva tutta l'assistenza necessaria, sia sanitaria che nel settore scolastico. Il sistema sanitario neozelandese è principalmente pubblico, e si finanzia con le

specialisti privati. Adesso in Nuova Zelanda si stanno verificando numerosi cambiamenti. In passato lo Stato ha fortemente finanziato il settore sanitario, ma ora ha raggiunto livelli che non sono più sostenibili. Abbiamo un governo centrale da cui di-

“In Nuova Zelanda si stanno verificando numerosi cambiamenti. In passato lo Stato ha fortemente finanziato il settore sanitario, ma ora ha raggiunto livelli che non sono più sostenibili”.

imposte. Ci sono finanziamenti importanti per l'assistenza primaria, gran parte degli ospedali sono di proprietà statale e il settore ospedaliero privato è quello pagato con l'assicurazione sanitaria (fig.1). In realtà la tendenza è quella di sviluppare ulteriormente il settore ospedaliero privato per migliorare l'efficienza complessiva del sistema.

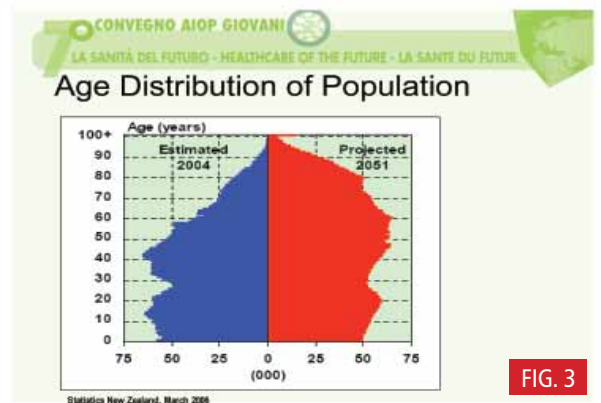


pende il Ministero della sanità. I finanziamenti vengono distribuiti a vari livelli; abbiamo un Consiglio sanitario distrettuale, che comprende 21 distretti e che riceve contributi per finanziare l'assistenza generale della popolazione che vive in quei distretti. I finanziamenti vanno anche agli ospedali che sono di proprietà diretta e/o sono in concorrenza con sovvenzioni private. In effetti, il costo degli ospedali è il motore principale del deficit del sistema sanitario neozelandese. Dodici miliardi di dollari neozelandesi vengono allocati ogni anno sulla base delle caratteristiche della popolazione. Per esempio, in alcune zone dove vivono popolazioni di origine maori, queste regioni ricevono più finanziamenti

perché composte da classi sociali più deboli. Ci sono poi molte persone che vengono da noi dalle isole del Pacifico proprio per motivi di salute, per avere accesso al sistema sanitario.

I prezzi vengono definiti dallo Stato, in base ai DRG, a seconda del Comitato distrettuale. Ma abbiamo anche dei problemi con questo sistema; è un meccanismo di definizione dei prezzi basato sui costi, il che significa che, con l'aumento dei finanziamenti, quando arrivano al settore ospedaliero il 75% è legato al personale. Quando si aumentano i costi dei rapporti industriali, i costi complessivi continuano ad aumentare.

Adesso stiamo cercando di rivedere un po' tutto il sistema di finanziamento degli ospedali. Per esempio, noi abbiamo un ottimo rapporto di aspettativa di vita rispetto ai costi per gli investimenti nel settore sanitario; abbiamo però anche una popola-



zione che sta invecchiando, sempre di più essa svilupperà patologie croniche, e questo ovviamente porterà ad un aumento dei costi.

PRESSIONI

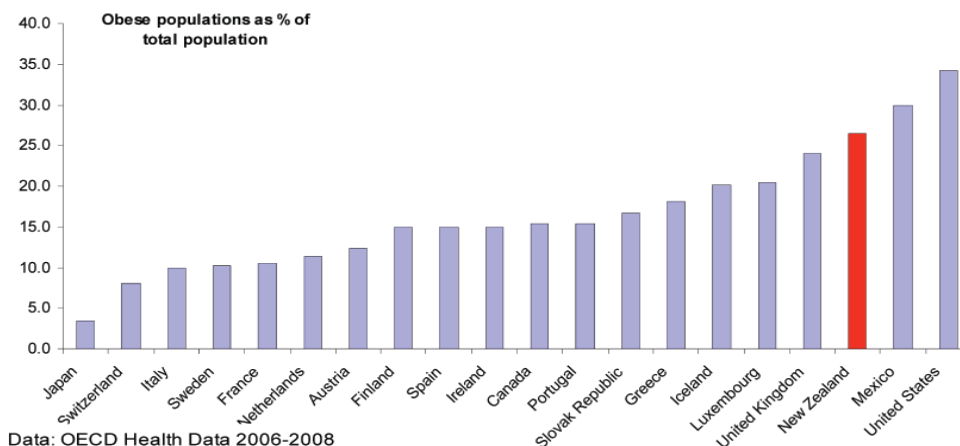
Ci sono diverse pressioni al sistema e sappiamo che il modo in cui noi reagiremo a tali pressioni avrà un impatto sulla nostra attività quotidiana. In realtà le possibilità di scelta sono molto limitate (fig.2).

La popolazione più anziana, come ho detto, sta crescendo in maniera fortissima in Nuova Zelanda, le cifre parlano di 4,6 miliardi di dollari neozelandesi che saranno necessari come investimenti prima del 2026. Quindi nei prossimi quattordici anni prevediamo di avere investito 275 milioni di dollari nzl all'anno, soltanto per mantenere il sistema com'è.

Cosa significa questo? Noi dobbiamo mantenere un ambiente che incoraggi gli investitori. Attualmente stiamo cercando proprio di mettere a punto un sistema di

Particular Pressures - Obesity

FIG. 4



questo tipo, di attirare più investimenti. Nella fig.3 si può vedere, per esempio, la distribuzione della popolazione da un punto di vista dell'età. Abbiamo una popolazione che sta invecchiando, ma abbiamo anche un grosso problema di obesità (fig.4) e lo possiamo vedere rispetto ad altri paesi del mondo. Circa 1 adulto su 4 in Nuova Zelanda è considerato obeso. Questo ovviamente ha delle implicazioni molto forti per quanto riguarda patologie di tipo cronico e anche per la gestione di questi pazienti nel sistema. Abbiamo fatto grossi miglioramenti per quanto riguarda l'aspettativa di vita per tutti i gruppi etnici che vivono in Nuova Zelanda, ma dal punto di vista del sistema la sfida è di ridurre ulteriormente queste differenze.

STRATEGIE

Quali sono le strategie che stiamo mettendo a punto per affrontare questi problemi? Nel 2008 è stato eletto un nuovo governo nazionale e uno dei presupposti

politici è stato quello di offrire dei servizi sanitari migliori, più velocemente e anche più convenienti. Questo significa un'attenzione particolare al rafforzamento dei servizi. Tra le priorità, ovviamente, c'è quella di migliorare la produttività degli ospedali, di definire una leadership clinica, ma ovviamente abbiamo bisogno di maggiori investimenti nel settore privato. Dato che siamo un paese piccolo, dobbiamo controllare meglio come vengono investiti questi soldi. Ovviamente anche la crisi generale, la crisi fiscale e globale hanno avuto un forte impatto su tutto questo.

Tra le principali iniziative, è stato messo a punto un Comitato nazionale per la sanità, ma seguiamo anche il criterio di un processo decisionale più regionale e localizzato. Noi vogliamo una maggiore collaborazione tra il pubblico e il privato e, per quanto riguarda il settore pubblico, tutti gli investimenti devono andare a beneficio del sistema generale e questo significa anche investire di più sul sistema privato.

È stata istituita un'agenzia che riguarda la qualità, aspetto molto importante e questo serve ad una migliore standardizzazione dei servizi a livelli più alti.

L'erogazione dei servizi sanitari primari ha un impatto molto importante sulla situazione sanitaria generale e vogliamo investire molto sulla sanità primaria. Siamo anche molto attenti a quelle che

sono le prestazioni, i risultati. Per quanto riguarda una futura riconfigurazione del servizio sanitario, rimarranno dei grossi ospedali, alcuni ospedali fortemente specializzati nel trattamento delle condizioni acute, ma noi vorremmo anche incoraggiare gli ospedali a livello locale di promuovere le loro competenze da un punto di vista dei servizi di medicina generale. C'è un movimento sia verso la centralizzazione che verso la localizzazione.

Questi ovviamente sono programmi a lungo termine. In un paese come la Nuova Zelanda l'ospedale è spesso il principale datore di lavoro in una determinata area e ovviamente vanno

presi in considerazione moltissimi aspetti, tenuto conto dell'importanza del ruolo economico di un ospedale.

Ci sono cose che non ci possiamo più permettere, degli sprechi non più accettabili. Per esempio, l'utilizzo delle sale operatorie è un *benchmark* molto importante per noi. Noi facciamo un confronto non solo tra i vari ospedali neozelandesi, ma anche con ospedali australiani. Effettivamente, attraverso un miglior approccio a questo problema abbiamo visto che c'è stato un migliore utilizzo delle sale operatorie, addirittura un aumento del 28% del loro utilizzo.

Facendo un confronto fra vari ospedali, si vede immediatamente che alcuni sono più bravi nel razionalizzare i propri costi, quindi cerchiamo di promuovere questa buona prassi tra tutti gli ospedali. Osserviamo le dimissioni dopo interventi chirurgici, attraverso un migliore controllo di tutti questi parametri e vediamo che le prestazioni vengono anche migliorate.

Un altro aspetto importante è quello che riguarda i farmaci: in Nuova Zelanda abbiamo la Pharmac, un ente addetto al controllo dell'utilizzo dei farmaci ed è appunto l'agenzia statale neozelandese che decide i finanziamenti (fig.5). Direi che la Nuova Zelanda è uno dei paesi in cui la spesa per i farmaci è più bassa, questo vuol dire un migliore controllo nel loro utilizzo.

Per concludere, abbiamo di fronte delle sfide alle quali dobbiamo rispondere se vogliamo continuare ad offrire un servizio sostenibile e di ottima qualità. Dobbiamo però stare molto attenti ai provvedimenti che verranno introdotti, perché questi potranno avere un impatto importante sull'attività di tutti gli operatori del settore sanitario. ■

4. PHARMAC

- **What is PHARMAC?**
 - agency of the New Zealand Government that decides which medicines to subsidise
 - balances the public's growing demand for new medicines within a defined budget
- **What does PHARMAC do?**
 - manages the Pharmaceutical Schedule of over 2000 Government-subsidised community medicines
 - promotes best possible use of medicines
 - manages the subsidy of some medicines and products for public hospitals
 - manages the Exceptional Circumstances schemes (medicines funding for people with rare conditions) and other special access programmes

FIG. 5

Nell'introdurre l'intervento dell'esperienza giapponese, non è possibile non evidenziare il nostro interesse al Giappone, perché è l'unico paese che, insieme all'Italia, sta invecchiando sempre più e questo è il risultato della qualità della vita e dell'assistenza sanitaria, ma proprio per questo è richiesto il miglioramento dei costi di sistema.

Hirotoishi Nishizawa (JPN)

PRESIDENTE ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION AJHA, TOKYO

Tomonori Hasegawa (JPN)

CHIEF RESEARCHER, RESEARCH INSTITUTE OF THE ALL JAPAN HOSPITAL ASSOCIATION, PROFESSOR AND CHAIR, TOHO UNIVERSITY SCHOOL OF MEDICINE



Per quanto riguarda il sistema sanitario, in Giappone abbiamo una copertura pubblica universale e un basso livello di contributi richiesti al cittadino. Tutti possono andare in qualsiasi ospedale, in qualsiasi ambulatorio, ma per quanto riguarda l'efficienza c'è molta strada da fare perché c'è una mancanza di differenziazione nell'organizzazione del sistema sanitario. Per quanto riguarda poi la qualità, siamo abbastanza soddisfatti, ma c'è una man-

canza di dati comparativi per dimostrare il suo livello. I costi sono bassi, ma il pubblico giapponese in generale non li ritiene tale e benché la società stia invecchiando rapidamente non è disponibile a pagare di più (fig.6).

Abbiamo circa cento anni di storia di copertura assicurativa (1897-1985) in campo sanitario. Nel 1907 c'era già la prima assicurazione statale per il lavoratore e la copertura è aumentata fino alla seconda guerra mondiale. Nel 1971 abbiamo creato un sistema universale. Dal 1983 c'è un'assicurazione indipendente e poi nel 2001 abbiamo avviato l'attuale sistema assicurativo a lungo termine.

Questo sistema di assicurazione universale è costituito da varie componenti: la copertura comunitaria, la copertura del lavoratore, la copertura degli anziani. Ci sono quindi varie organizzazioni e vari enti addetti a questo specifico scopo.

Quindi ci si domanda: con l'invecchiamento della popolazione cosa succederà? Il sistema sarà sostenibile? Ci sono seri rischi ed è necessario quindi un cambiamento. Il problema più grave è l'invecchiamento della popolazione.

Ma ora si affronta l'altra grande domanda: chi paga? C'è un aumento della collaborazione. Abbiamo proposto delle tasse, che adesso sono stabili, quindi non possiamo ottenere dei contributi dalle casse dei lavoratori, quello che sta aumentando sono i contributi dalla tasca del paziente. Questo vuol dire che il paziente dovrà contribuire maggiormente in futuro.

Quindi siamo attenti alla durata media di degenza in ospedale. Nella fig.7 sono rappresentate le caratteristiche dei vari posti letto in ospedale. Abbiamo troppi pazienti in condizioni croniche e il rapporto col personale è abbastanza basso. Come si può vedere nella fig. 8, anche la degenza è abbastanza lunga, i giapponesi stanno troppo tempo in

ospedale.

Nel 2001 è stata avviata una riforma sanitaria in cui le parole d'ordine sono responsabilità e trasparenza, qualità e sicurezza, deregolamentazione e un approccio più orientato al mercato. Altre direttive sono: un programma per i pagamenti, una riorganizzazione degli enti assicurativi e di copertura, una privatizzazione degli ospedali



FIG. 6

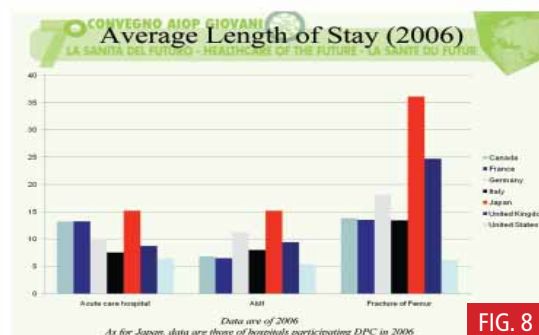


FIG. 8

Features of Hospital Beds

FIG. 7

	Hospital bed/1000 population (2006)	Long term care bed/1000 population (2005)	Acute/long term care bed	Acute care staff bed ratio (2003)	LOS (2006)
Canada	2.7	NA	NA	4.2	7.3
France	3.7	5.7	0.65	1.6	5.4
Germany	5.7	9.2	0.62	2.0	7.9
Italy	3.3	3.2	1.0	3.1	6.7
Japan	8.2	2.3	3.6	1.0	19.2
United Kingdom	2.8	2.9	0.96	6.5	7.5
United States	2.7	5.3	0.51	5.0	5.6

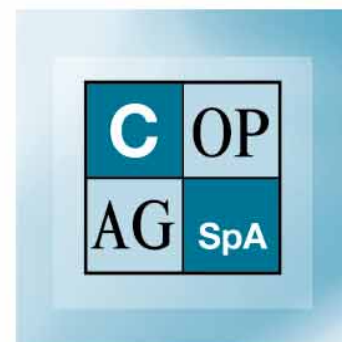
18

PERCHÉ RESTARE IN BILICO

SMART - foto © Aco Szombathy - Fotolia



Meglio affidarsi ad un partner
forte, efficiente, puntuale



F O R N I T U R E G L O B A L I P E R L E C A S E D I C U R A

Copag Spa - Via Lucrezio Caro, 63 - 00193 Roma - Tel. +39.06.36737 - Fax +39.06.3240503 - www.copag.it - info@copag.it
Certificazione Reg. 3508 - ISO 9001:2000 - EN 46002:1996 - ISO 13488:1996



La convenzione AIOP

offre le migliori condizioni
di mercato per la

RESPONSABILITÀ CIVILE
con Primarie Compagnie
di Assicurazione



VERDE

848 789901

CHIAMATA GRATUITA



GEAS

Insurance Broker