

## DALL'EUROPA DUE NOVITA' IN MATERIA SANITARIA: LA PROPOSTA DI RIFORMA INGLESE E L'ASSISTENZA TRANSFRONTALIERA

di Ettore Jorio

### *L'ipotesi di riforma inglese*

In tema di sanità, due importanti novità dall'Europa, perfettamente coeve, addirittura rese pubbliche il medesimo giorno. La prima, da quella geografica, più esattamente dalla Gran Bretagna. La seconda, da quella comunitaria, più precisamente dal Parlamento europeo.

Il ministro della sanità britannica, Andrew Lasley, ha presentato alla Camera bassa dei Comuni, l'appena trascorso 19 gennaio 2011, la proposta di riforma della sanità inglese, in quanto tale non modificativa dell'ordinamento caratteristico scozzese e gallese, nonché di quello dell'Irlanda del Nord<sup>1</sup>. Siffatta iniziativa formalizza quanto idealizzato e anticipato dal *premier*, David Cameron, nel mese di luglio 2010, nel corso del suo discorso tenuto all'università di Liverpool<sup>2</sup>.

L'ipotesi di riforma, che ha concretamente intrapreso l'*iter* parlamentare inglese, si compone di un articolato normativo di notevole dimensione e di particolare complessità, addirittura più voluminoso di quanto lo sia stato l'atto legislativo con il quale, nel 1946, fu istituito il *National Health Service* (NHS), l'attuale sistema sanitario anglosassone. Quel sistema che, dal 5 luglio 1948, garantisce l'assistenza salutare a tutti i residenti nel Regno Unito, organizzato oggi in quattro versioni diverse (Inghilterra, Scozia, Galles e Irlanda del Nord) - che si differenziano quanto a modalità di gestione, più manageriale per alcuni che per altri, a metodologia di copertura finanziaria, sempre a carico del bilancio pubblico, e di erogazione delle prestazioni/servizi, da esigere ovunque (nel senso, di tutto il Regno Unito) senza alcuna discriminazione - ancorché ispirate e ancorate a valori, principi e criteri comuni. In buona sostanza, la proposta di riforma tende a denazionalizzare il vigente sistema della salute, devolvendone i compiti gestionali ad "enti" di chiaro spessore imprenditoriale. Un modo, questo, che lascia desumere la volontà dell'attuale legislatore inglese di volere trasformare profondamente, in senso prevalentemente privatistico, l'attuale organizzazione sanitaria, tanto da mutarla da servizio pubblico direttamente gestito a sistema/mercato regolamentato, comunque garante del libero esercizio di scelta per tutti i cittadini. Con questo, l'iniziativa riformatrice snatura la filosofia che ha, a suo tempo, generato l'esistente - che ha attribuito al sistema inglese quella peculiarità che ha fatto in modo che lo stesso fosse portato ad esempio, ovunque, come modello efficiente di gestione pubblica della sanità -, modificando il ruolo dei suoi tradizionali protagonisti, prioritariamente individuati nel segmento ospedaliero pubblico e in quello assistenziale di primo livello. L'opzione inglese presentata all'esame parlamentare trasferirebbe ai cosiddetti medici di base l'iniziativa "imprenditoriale", nel senso di fare assumere ai suddetti la responsabilità della gestione della salute, attraverso l'assegnazione in loro favore dell'80% del *budget*, sino ad oggi, nella disponibilità del NHS. Una scelta che porterebbe a considerare gli anzidetti professionisti medicali "consorzati", in ragione dei singoli territori di loro competenza, alla stregua di munera legali, cui verrebbero attribuite specifiche funzioni, organizzative e gestionali, costituiti direttamente dalla legge di riforma. Così

---

<sup>1</sup> **Maisano L.**, *Londra cancella le Asl. Gestione ai medici di base*, IlSole24Ore, 20 gennaio 2011.

<sup>2</sup> **Jorio E.**, *Una soluzione possibile: l'agenzificazione del Servizio sanitario nazionale*, [www.astrid.eu](http://www.astrid.eu), n. 17, 2010.

facendo gli omologhi dei nostri medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, costituiti in cinquecento consorzi/associazioni territoriali, diverrebbero - oltre che mantenere l'esercizio dell'attività prescrittiva in senso lato, che costituisce la loro storica prerogativa - i titolari della organizzazione e gestione delle prestazioni e dei servizi sanitari extraospedalieri necessari per tutelare il diritto alla salute della collettività/utenza. Insomma, verrebbe rilasciata in favore dei medesimi una sorta di delega *omnia*. Uno strumento che consentirebbe loro di divenire gestori in senso proprio (da potersi considerare anche titolari/destinatari dell'attribuzione di un mandato *in rem propriam?*), seppure attraverso appositi enti privati da essi stessi massimamente partecipati, dello stesso sistema in cui operano funzionalmente e dal quale "dipendono" economicamente nella qualità di prestatori professionali, intendendo per tali coloro che, liberamente, dispongono degli itinerari terapeutici e riabilitativi dei loro assistiti (da considerarsi destinatari della attività del sistema complessivo). In quanto tali, soggetti generatori della spesa caratteristica post-prescrittiva da doversi sopportare dal sistema nell'interesse esclusivo della salute dei suoi assistiti. Fatte queste considerazioni, è appena il caso di precisare che, concentrando in capo a loro stessi le precisate funzioni manageriali, afferenti il sistema salutare, verrebbe a determinarsi una sorta di conflittualità di interessi tra il loro dovere epicureo e quello imprenditoriale, dal momento che quest'ultimo - condizionato dalle dure regole proprie del sistema budgetario - potrebbe risultare auto-impeditivo dell'esercizio delle loro "libertà" prescrittiva. Ciò in quanto lascerebbe verosimilmente presupporre un loro diretto condizionamento gestorio, tale da comprimere la portata del diritto alla salute attraverso la minimizzazione dei costi relativi, disattendendo, con questo, il perseguimento del più generale principio professionale di individuare le prestazioni più appropriate per i loro assistiti, nel senso di prescrivere in loro favore quanto più utile al buon esito degli interventi e dei percorsi sanitari cui doversi sottoporre nel loro esclusivo interesse salutare. Osservazioni, queste, che hanno fatto sì che l'organizzazione che riunisce i medici di base inglesi (il *Royal College of General Practitioners*) si dichiarasse fortemente preoccupata dall'applicazione pratica della proposta di riforma, anche perché, analizzata nel suo complesso, andrebbe a duplicare i centri prestazionali e, quindi, a demolire l'unitarietà del servizio, tipica del sistema anglosassone, provocando inevitabilmente la frammentarietà dell'offerta posta a tutela della salute.

Una critica severa, e non solo perché intesa a difendere interessi tipicamente categoriali, ma anche fondata, perché l'attuazione di una riforma in tal senso:

- se, da una parte, eluderebbe (con il naturale abbattimento dei costi relativi) ogni mediazione burocratica prestata sino ad oggi dai 151 enti di gestione inglesi e dai 10 istituti di supervisione sugli *standard* sanitari (quelle attività comunemente svolte nel nostro SSN dalle aziende territoriali della salute), garanti dell'efficienza dei servizi sanitari resi in favore degli assistiti connazionali;
- dall'altra, imprenditorializzerebbe il sistema a tal punto da correre il rischio, al fine di conseguire un obiettivo puramente economico, di mutare al ribasso lo *standard* qualitativo relativo, dal momento che il risultato consequenziale andrebbe a premiare l'attività gestionale resa da chi è, nel contempo, storicamente responsabile della prescrizione. Conseguentemente, una tale contraddizione verrebbe a cozzare con i presupposti giuridici che rendono correttamente ossequiabile la obbligazione di mezzo (*intuitu personae*) ordinariamente assunta dai medici prestatori d'opera, nel caso di specie diagnostico/prescrittiva, ma anche con quell'altra, di risultato (*intuitu*

*rei*), nel senso che gli stessi, nell'ipotesi di corretto esercizio, magari doverosamente più dispendioso, andrebbero a rispondere quanto ad inadempimento gestorio nei confronti del NHS.

Sul fronte del livello di assistenza ospedaliera, l'ipotesi di riforma propone la totale trasformazione delle strutture esistenti in fondazioni, generalizzando quanto il precedente *premier* Tony Blair aveva sancito per alcune di queste, cui le anzidette organizzazioni di base dovrebbero riferirsi per garantire le prestazioni speditizzate ai pazienti di loro riferimento. A ben vedere, verrebbe a crearsi una fitta rete di fondazioni, in quanto tali soggette anche a fallimento, libere di agire nel mercato in un regime di normale concorrenza con le più tradizionali strutture private.

In tema di controlli quali-quantitativi, è prevista nella ipotesi di riforma la costituzione di due distinte istituzioni, entrambe finalizzate ad esercitare concretamente, nel loro insieme, il ruolo di *authority* della sanità. L'*Healthwatch* avrà il compito di monitorare costantemente la *performance* assicurata dalle neointrodotte organizzazioni gestorie sanitarie e, nel contempo, rappresentare il ruolo di contraddittore collaborativo con l'utenza, dalla quale assumere le indicazioni estimative sulle quali fondare le sue analisi e i suoi giudizi. Il *Public Health England* sarà, invece, incaricato di vigilare sugli *standard* prodotti dalla sanità nazionale, ma soprattutto di individuare i percorsi e i programmi che dovessero rendersi necessari per migliorare l'offerta salutare.

Un sistema sanitario nuovo, quello appena scandito, che dovrebbe rendersi protagonista attivo di una politica di contenimento dei costi burocratico-organizzativi nazionali (che andrebbero, ovviamente, a ricadere sui neo-imprenditori, i cosiddetti consorzi locali dei medici di base), tale da garantire un risparmio di oltre 20 miliardi di sterline in un quadriennio. Un dato valoriale presunto che andrebbe ad essere incrementato da una attenta politica di *cost efficiency*, dai risvolti molto simili agli introdotti criteri che stanno alla base dei costi *standard*, voluti dalla legge 42/09, di attuazione del cosiddetto federalismo fiscale.

Più in generale, il disegno di legge presentato alla Camera dei Comuni è inteso a creare una *Big society*, da contrapporre all'attuale *Big government*, attraverso la quale ridisegnare i confini gestori tra il pubblico e il privato e incrementare così il protagonismo della "imprenditoria" - nel caso che ci riguarda quella locale a cura della corporazione della classe medica di base - a discapito dei compiti istituzionali svolti tradizionalmente dalla Autorità centrale<sup>3</sup>. La realizzazione di quello anglosassone risulterebbe un modello/percorso innovativo e di non facile realizzazione - peraltro in linea con il principio della sussidiarietà orizzontale insediato nella nostra novellata Costituzione (art. 118) e valorizzato nei principi della legge di delegazione n. 42/09 (art. 2, lettera *ff*) - che stimolerebbe, per un verso, lo spostamento dell'esercizio delle funzioni gestorie dal centro alla periferia e, per un altro, la nascita di nuovi soggetti privati che siano espressione delle comunità locali, del mondo dell'associazionismo medico e dell'impresa senza fini di lucro. Un modo per consentire risposte più adeguate e "ravvicinate" ai reali bisogni dei cittadini in tema di erogazione dei diritti sociali, attraverso una maggiore sensibilizzazione delle capacità e delle risorse direttamente espresse dal territorio caratteristico.

<sup>3</sup> **Cazzullo A.**, *Sacconi: diamo più spazio alla società. Con la crisi è finito lo Stato pesante*, Corriere della sera, 30 agosto 2010.

Più precisamente, per come anticipato dallo stesso David Cameron nel citato suo discorso tenuto all'università di Liverpool, tale progetto riformista – che dal mese di aprile 2011 sarà attuato in quattro zone campione (area di Sutton a Londra, Liverpool, l'Eden Valley in Cumbria e il Berkshire Council di Windsor) – prevede, nello spirito, di volere “aumentare la legittimità democratica locale”:

- da un versante, nuove forme di partecipazione diretta dei cittadini alla gestione di numerosi servizi pubblici (tra i quali, anche la sanità, ma pure i trasporti, la raccolta dei rifiuti, la conservazione dei parchi naturali e musei);
- dall'altro, la sostituzione graduale dell'autorità pubblica e, quindi, delle istituzioni locali, ad opera di una rinnovata imprenditorialità privata sulla base di progetti preventivamente condivisi.

Un tale progetto troverà il suo sostegno finanziario nella *Big society bank*, che rappresenterebbe una sorta di grande serbatoio statale in cui andrebbero a confluire, per esplicita disposizione legislativa nazionale, anche le risorse cosiddette dormienti depositate nei numerosissimi conti bancari, rimasti inattivi per oltre 15 anni.

In buona sostanza, da una siffatta ipotesi riformatrice emerge la necessità di volere modificare radicalmente il sistema della gestione della salute anglosassone, originariamente approvato nel 1991, che aveva profondamente accentrato i poteri in capo all'autorità statale, sensibilmente modificato dai laburisti di Tony Blair nel 1999, nel senso di prevedere il più alto coinvolgimento di quelle locali, soprattutto nella fase di programmazione. Una esigenza, questa, che lascia presupporre, secondo le aspirazioni dell'attuale *leader* conservatore, una partecipazione, più allargata possibile, nella gestione della sanità, finanche estesa al volontariato e alle organizzazioni filantropiche, del tipo quelle che negli Usa sono sorte ad iniziativa di Bill Gates e George Soros, molto attive anche in campo internazionale sul tema della salute pubblica in generale e per la universale vaccinazione dei bambini nel mondo.

#### *L'esigibilità dell'assistenza sanitaria transfrontaliera*

Il Parlamento Europeo ha recentemente votato (sempre il 19 gennaio scorso) a favore della direttiva UE in tema di esigibilità del diritto alla assistenza sanitaria transfrontaliera, da parte dei cittadini/pazienti. Con la condivisione del massimo organo comunitario, formalizzatasi a seguito dell'ampia relazione rappresentata dalla on.le Françoise Grossetete, si è concluso un lungo negoziato, grazie anche all'impegno profuso in tal senso da John Dalli, commissario europeo responsabile per la salute.

L'evento conduce verso la conclusione un *iter* intrapreso ad iniziativa della Commissione delle Comunità Europee che, in data 2 luglio 2008 (COM 2008, 414 definitivo; 2008/0141 COD), ebbe ad adottare la proposta di direttiva del Parlamento Europeo e del Consiglio “concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria”.

Una ipotesi legislativa nei confronti della quale il Consiglio dell'Unione Europea si è pronunciato favorevolmente in data 13 settembre 2010, sottolineando, nell'occasione, i necessari distinguo - nell'assoluto rispetto di quanto affermato dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea - tra i diritti dei pazienti a potere frequentare liberamente l'accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera, anche nell'ottica di promuovere la massima cooperazione in materia assistenziale tra gli Stati membri, e il diritto di questi ultimi ad organizzare, altrettanto liberamente, i loro sistemi salutari e, quindi, il relativo funzionamento interno. A tal proposito, è stata tuttavia riconosciuta dal Consiglio, come non

affatto comprimibile, la facoltà di ogni Stato UE di limitare l'applicazione del disposto in tema di rimborsi per prestazioni extranazionali, in presenza di un interesse generale di tutela dell'economia interna ovvero di grave alterazione dell'equilibrio finanziario del relativo sistema di sicurezza sociale, attraverso il ricorso ad una apposita autorizzazione preventiva, anche contingentata, all'accesso dei servizi transfrontalieri.

A ben vedere, una posizione apprezzabile, quella assunta dal Consiglio dell'Unione Europea, che ha fatto proprie tutte le istanze dei ministri della sanità del 2003 prodotte alla Commissione europea perché si interessasse dell'individuazione delle migliori modalità per rafforzare la certezza del diritto alla salute transfrontaliera, sì da consentire a tutti i pazienti di beneficiare delle cure mediche di alta qualità offerti negli Stati membri diversi da quello di loro appartenenza. Un modo, questo, che concretizza il principio della cooperazione sostanziale tra i paesi comunitari nel settore sanitario (in base al quale, per esempio, è stato sancito, con la direttiva 2005/35/CE, il reciproco riconoscimento delle qualifiche professionali degli operatori della salute), da realizzarsi attraverso l'altrettanto reciproco riconoscimento prescrittivo dei medici, la disponibilità reale e il migliore utilizzo, da parte dei cittadini UE, delle reti erogative di specifico riferimento terapeutico/riabilitativo, la disponibilità diffusa delle migliori tecnologie e, infine la raccolta dei dati relativi, utili a favorire la celerità dei rimborsi dovuti.

Con l'approvata direttiva comunitaria, che dovrà essere recepita nei diversi ordinamenti interni degli Stati membri, viene codificato il diritto dei cittadini dei Paesi ricadenti in ambito UE di potersi curare, ordinariamente, extraconfine nazionale e, quindi, in ogni altro Stato comunitario, senza acquisire, al riguardo, alcuna autorizzazione preventiva, a meno che trattasi di una prestazione salutare che richieda il ricovero ospedaliero.

Ciò comporterà il libero esercizio della pretesa assistenziale e il suo indisturbato godimento, a fronte della quale lo stesso dovrà, tuttavia, provvedere a pagare il relativo corrispettivo, rimborsabile ad istanza della parte medesima a cura e a carico del servizio sanitario del suo paese di residenza. Un tale trattamento è, però, limitato alle istanze di portata ordinaria, ovverosia che non richiedano – come detto – ricovero oppure il ricorso a prestazioni altamente specializzate e, comunque, costose, per le quali rimane condizionante il rilascio della relativa autorizzazione preventiva. Un provvedimento autorizzativo che può essere legittimamente negato dal Paese di origine in due ipotesi, allorquando: a) il trasferimento del paziente all'estero comporti per il medesimo un ulteriore rischio per la sua salute; b) la prestazione richiesta è obiettivamente disponibile nel proprio Paese, nella qualità richiesta, e godibile nel tempo più utile.