

Sanità senza frontiere

Elio Borgonovi

Lo spazio economico europeo è stato fondato come comunità e, in seguito, come Unione Europea basata su quattro pilastri: libera circolazione delle merci, delle persone, dei capitali, dei servizi. Mentre negli ultimi decenni sono stati compiuti passi fondamentali nell'integrazione per quanto riguarda la mobilità delle persone, delle merci e, soprattutto, dei capitali (con l'istituzione della moneta unica, della BCE e, in prospettiva, dell'Unione Bancaria), più lento è stato il processo di armonizzazione dei regimi fiscali e dei sistemi di welfare. L'armonizzazione dei sistemi di welfare ha incontrato forti resistenze derivanti dalle molte differenze di un continente che aveva solide tradizioni storiche, ma ha avuto una recente accelerazione con la direttiva 24/2011, recepita anche nel nostro paese a fine febbraio 2014 con un leggero ritardo sul termine previsto di ottobre 2013.

Essa prevede la libera circolazione dei pazienti senza preventiva autorizzazione da parte delle autorità dello stato di residenza, come invece era previsto dalla precedente regolamentazione. Con il recepimento della direttiva 24/2011 qualsiasi cittadino di un paese della UE può decidere in quale paese ottenere la prestazione, senza tuttavia avere la certezza del rimborso completo, poiché ogni paese può decidere di rimborsare le prestazioni solo alle tariffe da esso adottate. Quindi per i pazienti è aumentata la libertà di scelta, ma esiste il rischio il concreto ed elevato rischio di vedersi riconoscere un rimborso inferiore alla spesa effettivamente sostenuta. Per i paesi della UE esiste il rischio che si attivino flussi di pazienti dai paesi con sistemi di tutela della salute meno progrediti verso i paesi con sistemi più progrediti, ma anche più costosi. Questo rischio spiega le resistenze che i paesi con sistemi più progrediti hanno posto in passato e che potrebbero porre in futuro in termini di varie barriere burocratiche, per evitare di accumulare crediti nei confronti di sistemi sanitari considerati poco solventi.

La sanità "senza frontiere", o comunque con meno frontiere in termini di mobilità, può attivare flussi di mobilità passiva, verso sistemi la cui offerta è considerata di più alta qualità, e flussi di mobilità attiva, da paesi con sistemi meno evoluti, con dinamiche particolarmente rischiose per i paesi intermedi quale può essere considerata l'Italia. Infatti, per il nostro paese, ai tradizionali flussi di mobilità dalle regioni del Sud alle regioni del Nord, che già determinano problemi di trasferimento dei finanziamenti dalle prime alle seconde, potrebbero aggiungersi flussi dalle regioni del Nord verso altri paesi con un saldo complessivo negativo per l'intero paese. Per evitare questa dinamica occorre porre in essere, da subito, una serie di politiche attive, anche per le strutture di offerta pubbliche, poiché gli ospedali e le altre strutture di offerta private già si sono mosse o si stanno muovendo con adeguate strategie imprenditoriali.

Politiche che dovranno tenere conto della particolare rilevanza data dalla direttiva 24/2011 alla mobilità, in quanto la libertà di accesso alle cure nei luoghi ritenuti più sicuri, adeguati e soddisfacenti dai cittadini europei, viene definita come "diritto della persona" e non come riconoscimento di un semplice bisogno. Concretamente ciò significa che qualsiasi cittadino potrebbe ricorrere alla Corte di Giustizia Europea con elevata probabilità (o quasi certezza) di successo qualora riscontrasse regole e comportamenti degli Stati membri in grado di ostacolare l'esercizio di questo diritto. I paesi che hanno recepito entro ottobre 2013 la direttiva 24/2011, come Gran Bretagna, Slovenia e altri, hanno già

avviato politiche attive, per esempio tramite portali che danno informazioni operative e dettagliate ai cittadini sul proprio diritto alla mobilità. In Italia non è presente nulla di simile, anche a causa dell'autonomia regionale in materia di tutela della salute. Ci si augura che a valle del patto per la salute o della riformulazione del Titolo V della Costituzione, che ha lo scopo di ridurre o eliminare le incongruenze della legislazione concorrente, chiarendo gli ambiti di competenza dello Stato e delle regioni, sia definita una strategia-paese con riguardo alla mobilità nello spazio europeo. Tuttavia, si possono comunque esplicitare alcune indicazioni sia per le regioni sia per le Aziende Sanitarie o Ospedaliere pubbliche.

La problematica della mobilità passiva può essere affrontata dalle regioni o da singole aziende sanitarie pubbliche, seguendo il classico, ma fondamentale, processo di conoscenza-analisi-valutazione-decisione. Occorre attivare sistemi di monitoraggio che consentano di cogliere i "segnali deboli" di mobilità passiva verso paesi o verso specifici ospedali stranieri. Per esempio, se in una ASL o a livello regionale si rileva un crescente numero di richieste di rimborsi per prestazioni usufruite all'estero o aumenta il numero di richiesta di informazioni su come ottenere il rimborso di prestazioni ottenute all'estero, sarà possibile analizzare il fenomeno per capire se queste richieste sono motivate dall'eccellenza delle strutture verso cui sembra indirizzarsi la domanda di cittadini italiani, o se invece tale fenomeno è attribuibile solo al classico effetto di "esterofilia", che in Italia sembra più accentuato che in altri paesi. Se dall'analisi delle richieste di informazioni e/o rimborsi risultasse che i tipi di prestazione possono essere erogate con la stessa professionalità e qualità in ospedali o altre strutture del Sistema Sanitario Regionale o di un'altra regione italiana, potrebbero/dovrebbero essere realizzate campagne di corretta informazione per disincentivare una mobilità passiva non giustificata. Al posto delle classiche barriere di tipo "burocratico", che suscitano sempre la giusta insoddisfazione dei cittadini e che sarebbero difficilmente difendibili di fronte alla Corte di Giustizia Europea, sarebbe più opportuno attivare politiche di informazione che consentono al cittadino di vedere soddisfatto un proprio diritto senza doversi sobbarcare lunghi viaggi all'estero, come a volte accade.

Peraltro, il tema della mobilità passiva rischia di accentuarsi ancora di più nei prossimi anni, poiché a livello europeo è allo studio una nuova direttiva/raccomandazione riguardante la mobilità di medici, infermieri, altro personale di assistenza collegato a sistemi di riconoscimento/certificazione dei titoli di studio nell'ambito del modello EQF (European Qualification Framework). Questa direttiva/raccomandazione dovrebbe essere decisa in tempi più rapidi rispetto a quelli richiesti per la direttiva 24/2011, per il semplice motivo che in molti paesi con sistemi di tutela della salute più avanzata si sta manifestando una carenza (shortage) di queste figure professionali. Poiché si tratta di paesi che sono anche quelli economicamente più avanzati e che hanno la possibilità di offrire remunerazioni più elevate, è prevedibile che essi diventino anche attrattivi per medici, infermieri, altri operatori della salute di paesi nei quali diventa più difficile trovare una occupazione. Anche per l'Italia esiste il concreto rischio che il paese, dopo aver sostenuto ingenti spese per formare medici, infermieri, riabilitatori, tecnici con elevata professionalità, se li veda sottrarre da altri paesi che, per esempio, hanno carenze di professionisti nelle diverse specialità mediche e assistenziali. Si potrebbe attivare addirittura il "doppio circuito" di mobilità passiva: medici, infermieri, riabilitatori, tecnici italiani potrebbero essere attratti da strutture pubbliche o private di altri paesi europei che diventerebbero ancora più "attrattivi" per pazienti italiani, poiché potrebbero far leva anche sulla comune lingua.

Passando invece all'altra faccia della medaglia, ossia alle politiche idonee a rendere più forte l'attrattività del sistema italiano di tutela della salute, è possibile formulare alcune indicazioni per le regioni e per le Aziende Sanitarie Territoriali e/o Ospedaliere. Innanzitutto, rendersi conto che la competitività parte dal rafforzamento del "sistema regionale" e, per le regioni più piccole, probabilmente dalla possibilità di presentare la forza di un sistema sovraregionale, quindi esteso a più regioni limitrofe. Infatti, il singolo ospedale pubblico difficilmente ha la forza per competere a livello internazionale, come è in parte dimostrato anche dall'esperienza del sistema industriale, nel quale le piccole imprese italiane solo in pochi casi riescono a essere competitive quando sono in grado di collocarsi su nicchie di prodotti molto specifiche. Nel caso della tutela della salute, è più difficile pensare a nicchie di mercato potenziale che esistono solo laddove si hanno equipe di fama internazionale, che però devono essere anche dotate di tecnologie sempre più avanzate e costose nel caso della diagnosi e cura di patologie acute. Per questo una politica attiva potrebbe/

dovrebbe passare tramite una attenta raccolta di informazioni sulle "eccellenze" presenti nella rete ospedaliera della singola regione, o di un gruppo di regioni, che potrebbero essere comunicate in modo integrato e con adeguati investimenti di promozione.

Peraltro, l'analisi dell'eccellenza potrebbe riguardare sempre più le problematiche della fase post-acuta, oppure delle opportunità di assistenza per anziani e pazienti cronici. È ben noto che queste sono le future frontiere di sviluppo delle politiche di assistenza, poiché in tutti i paesi economicamente avanzati, e in quelli di recente sviluppo, il futuro vedrà una crescente quota di popolazione anziana che, unita al grande progresso delle conoscenze scientifiche, aumenterà in misura esponenziale il numero di pazienti acuti con pluripatologia e di pazienti cronici. Su questi ambiti di assistenza l'Italia potrebbe puntare, in alcune regioni facendo leva anche sulle particolari condizioni climatiche. È noto che soprattutto le regioni del Sud, che potrebbero sfruttare positivamente le condizioni climatiche, sono anche quelle che oggi hanno sistemi di tutela della salute deboli, non di rado con bassa qualità dei servizi e bassi livelli di efficienza. Proprio per questo più che inseguire l'eccellenza nel campo del trattamento delle patologie acute queste regioni, con un deciso supporto dello Stato, potrebbero investire nell'eliminazione dei punti di debolezza e nella realizzazione di soluzioni assistenziali orientate ai bisogni di persone anziane, con patologie croniche.

Una seconda linea di intervento, che può essere definita a livello regionale a seguito della mappatura di cui al punto precedente, ma che dovrebbe essere attuata dalle singole aziende sanitarie, riguarda la comunicazione. Di fronte a un mercato potenziale che con la direttiva 24/2011 è diventato assai più ampio, non è più sufficiente avere una offerta di elevata qualità sul piano tecnico-scientifico-assistenziale, ma occorre saperla comunicare ai target giusti. Per fare ciò occorre semplificare le procedure, razionalizzare l'organizzazione per poter avere lo spazio di assumere persone che abbiano una elevata professionalità nel campo della comunicazione. Pur rispettando i vincoli posti con riguardo alla sostituzione del turnover di personale, si ritiene possibile che gli spazi creati per nuove assunzioni siano utilizzati da un lato per migliorare il livello di assistenza ai pazienti e dall'altro per comunicare nel migliore dei modi la qualità di questi servizi, sia ai pazienti dei propri territori, sia a potenziali pazienti di altri paesi. Predisporre siti attraenti e che agevolano la navigazione, comunicare tramite social network, dare corrette informazioni che bilanciano quelle oggi fornite da molti siti non certificati o che danno informazioni errate o, addirittura, pericolose, può servire sia per ridurre la pressione di una domanda non appropriata da parte dei cittadini dei territori di riferimento, sia per attivare flussi di mobilità attiva che non vada a depauperare altre regioni del nostro Ssn, ma che si proponga di attrarre pazienti dall'estero. Lo Stato dovrebbe avere una funzione di "regia", per evitare che ogni regione e/o ogni ASL, nel perseguire obiettivi particolari di attrattività e di equilibrio economico propri, contribuisca a determinare un insoddisfacente equilibrio dell'intero Ssn. È noto infatti che anche in questo campo vale il principio secondo cui "la somma di ottimi particolari (della singola Azienda Sanitaria o della singola regione) non garantisce l'ottimo generale dell'intero sistema".

Poiché la capacità di attrarre pazienti da altri sistemi deve avere l'obiettivo di migliorare l'economicità dell'azienda e le opportunità di sostenere investimenti, è necessario che le aziende si dotino, ove non lo fossero, o migliorino (ove già esistente) il sistema di contabilità analitica. Poiché si è sottolineato che una parte rilevante di pazienti acuti è caratterizzata da pluripatologia e che è in forte aumento il numero di pazienti cronici, è necessario adottare sistemi di contabilità analitica idonei a rilevare non solo i costi riferiti a centri di costo o a specifici interventi (per dare un riferimento, quelli che stanno alla base dei DRG) ma, soprattutto, attivare sistemi in grado di rilevare costi per processi diagnostico-terapeutico-assistenziali, che includano le fasi pre e post-ricovero o profili di cura per quanto riguarda i trattamenti all'interno dell'ospedale. Sistemi di contabilità dei costi che siano definiti sulla base del principio di patient care, sia di quello acuto sia di quello cronico. Sistemi, inoltre, che siano caratterizzati, da un lato, da una struttura in grado di distinguere con precisione i costi fissi, semivariabili, variabili e, dall'altro, adattabili ai cambiamenti di modelli assistenziali suggeriti dall'emergere di nuove conoscenze, tecnologie innovative, differenti combinazioni di professionalità.

Il sistema di contabilità analitica dei costi è a sua volta condizione essenziale per effettuare scelte di opportunità sul piano economico che devono basarsi anche su una estesa ricognizione dei sistemi tariffari e dei sistemi di remunera-

zione in essere nei diversi paesi. Infatti, chi sarà in grado di identificare paesi o regioni nei quali le tariffe previste per determinati trattamenti sono più elevate rispetto ai propri costi di offerta di analoghi servizi potrà avere maggiore probabilità di attrarre pazienti tramite politiche di prezzi più convenienti. Allo stesso modo si potrebbero evitare politiche di promozione in un certo senso “controproducenti”, ossia rivolte ai paesi o alle regioni nei quali le tariffe sono più basse dei propri costi di produzione. Infatti, per questi paesi, i pazienti dovrebbero pagare la differenza e, quindi, il mercato potenziale è dato solo da pazienti disposti a pagare privatamente o disposti a pagare una parte del costo. Attrarre pazienti da altri paesi non significa solo presentare opportunità di trattamenti di elevata qualità ed efficacia, ma richiede anche la capacità di offrire un “pacchetto completo” rivolto al paziente e a chi in genere lo accompagna. Sono poche le Aziende Sanitarie e/o Ospedaliere pubbliche in grado oggi di presentare proposte integrate che comprendono anche opportunità ricettive. Per affrontare la competizione della “salute senza frontiere” non ci si può limitare all’eccellenza riferita all’assistenza (diagnosi, cura, riabilitazione) che costituisce la componente core del servizio, occorre preoccuparsi anche di quelli che le teorie di marketing definiscono peripherals. Per evitare che la professionalità si disperda anche in attività “collaterali” o “complementari”, si può suggerire che le aziende ospedaliere attivino rapporti con strutture ricettive e operatori dei trasporti (aerei, treni, navi ecc.), con i quali stabilire accordi. In questo modo sui siti e in altro materiale di comunicazione potrebbero essere date informazioni complete che sono in genere molto apprezzate da chi, trovandosi non di rado in condizioni di urgenza, deve programmare viaggi in altri paesi. Per il nostro paese la presenza di elementi accessori o complementari può essere particolarmente importante, poiché può essere collegata anche ad aspetti di turismo, arte, gastronomia. Questa componente della strategia deve includere anche il potenziamento di una funzione di contatto con i pazienti. Essi devono avere facile accessibilità, tipicamente trovare le linee telefoniche libere, qualcuno che risponde rapidamente alle e-mail, qualcuno in grado di dare tutte le informazioni richieste senza rinviare ad altri uffici. Inoltre, per tutte le attività di elezione, sarà determinante il fatto che vi siano conferme nell’approssimarsi delle date stabilite. I pazienti, che generalmente vivono uno stato di ansia, esprimono una alta soddisfazione quando avvertono di essere al centro dell’attenzione di chi dovrà occuparsi delle loro diagnosi e cure.

Una efficace strategia per attivare la mobilità attiva si basa sulla capacità di gestire in modo soddisfacente differenti trade-off, in particolare tra:

- appropriatezza e qualità delle cure, da un lato, e costi, dall’altro, poiché se i costi sono troppo elevati rispetto alla qualità reale o percepita dell’assistenza, difficilmente si potranno attrarre numeri significativi di pazienti;
- caratteristiche dell’Azienda Sanitaria o Ospedaliere e della rete di ospedali, da un lato, e bisogni dei pazienti, dall’altro, in quanto solo la conoscenza di questi ultimi consente di evidenziare i punti di forza dell’Azienda o della rete;
- rischi di vedere aumentare la mobilità passiva e opportunità create dalla possibilità di attivare nuovi flussi di mobilità attiva;
- visione contingente (di breve periodo), che in genere mette in evidenza soprattutto i rischi e determina comportamenti di resistenze “burocratiche”, e visione strategica (di lungo periodo), che invece fa leva soprattutto sulle nuove opportunità create da un più ampio potenziale di mercato di livello europeo.

In conclusione, si può dire che la direttiva 24/2011 ha aperto nuove opportunità di mercato, in un certo senso di business. Non è possibile aspettare l’evoluzione naturale, ma occorre governare questo processo, chiarendo che è opportuno che le Aziende Sanitarie e le regioni italiane si pongano nella prospettiva di favorire il paziente, aumentare la qualità di servizi per un numero sempre più rilevante di cittadini europei, per il Ssn (in termini di copertura dei costi fissi e attrazione di risorse per investimenti di sviluppo), per le aziende collegate al settore della salute (meglio se italiane), evitando invece di subire i comportamenti di altri che porterebbero a generare un business per gli “opportunisti” (che sfruttano le differenze tra i diversi sistemi) e, magari, per avvocati chiamati a patrocinare i ricorsi di cittadini europei che si vedessero negare il diritto garantito dalla direttiva 24/2011.