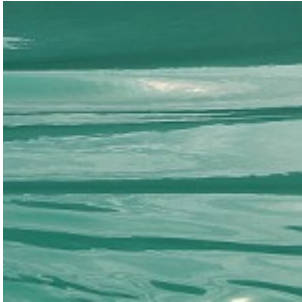


Federico Toth



Il filo conduttore della terza ondata di riforme sanitarie è consistito nella tutela dei diritti del malato e nel riconoscimento ai pazienti di maggiore libertà di scelta.

Nel corso degli ultimi due decenni significative riforme sanitarie sono state approvate in molti paesi dell'area OCSE. Sebbene i singoli sistemi nazionali abbiano seguito traiettorie differenti, non è difficile intravedere alcune tematiche e strategie comuni, che consentono di raggruppare le principali riforme dell'ultimo ventennio in tre diverse ondate. La prima, da collocare nei primi anni Novanta, ha insistito soprattutto sui temi della concorrenza e della libertà di scelta del paziente. Nella seconda metà degli anni Novanta si è avuta, in molti paesi, un'inversione di rotta: i richiami al mercato e alla competizione sono stati accantonati, per insistere piuttosto sull'integrazione sistemica e sulla regolazione pubblica. Negli anni Duemila si è notata infine una sempre crescente attenzione al tema dei diritti del paziente.

I primi anni Novanta e le riforme pro concorrenza

In analogia con quanto avvenuto in altri settori, molte delle riforme sanitarie adottate nei primi anni Novanta puntarono a stimolare meccanismi più concorrenziali tra i diversi attori del sistema sanitario. A seconda dei paesi, tale obiettivo fu perseguito incentivando la concorrenza tra i fornitori attraverso la creazione di «**mercati interni**» (nei paesi dotati di un servizio sanitario nazionale), stimolando la competizione fra le casse di malattia (nei sistemi di assicurazione sociale di malattia), riconoscendo ai pazienti maggiore libertà di scelta.

Nel Regno Unito, ad esempio, la riforma approvata nel 1990 dal governo Thatcher intese stimolare la concorrenza tra le diverse componenti del servizio pubblico attraverso la creazione di un «mercato interno» Condizione necessaria a tale progetto era la separazione tra strutture acquirenti e strutture erogatrici di prestazioni sanitarie. A fungere da agenzie acquirenti sarebbero state le *District Health Authorities*: queste, non avendo più la

responsabilità della gestione diretta degli ospedali e di parte dei servizi territoriali, si sarebbero potute concentrare sulla sola attività di committenza[1]. Della fornitura delle cure secondarie si sarebbero invece occupati gli ospedali, che furono messi in competizione tra loro e trasformati, nella maggior parte dei casi, in *trusts* autonomi. Ai medici di base venne data l'opportunità di associarsi e di ricevere un budget con cui acquistare alcune prestazioni per conto dei propri pazienti; tali medici (detti *fundholders*) avrebbero perciò costituito una seconda categoria di soggetti acquirenti, in aggiunta alle autorità distrettuali.

A livello internazionale, la riforma Thatcher suscitò fin da subito grande suggestione, e il modello del mercato interno trovò estimatori in molti paesi, tra cui Nuova Zelanda, Svezia, Spagna e Italia.

I secondi anni Novanta: integrazione e regolazione pubblica

Senza aspettare che le riforme intraprese in precedenza sortissero pienamente i propri effetti, nella seconda metà degli anni Novanta molti governi nazionali accantonarono il richiamo alla competizione e al pluralismo, per insistere piuttosto sulla **programmazione pubblica e sul coordinamento tra le diverse componenti del sistema sanitario**. Le riforme varate nei secondi anni Novanta finirono così per rendere molti sistemi sanitari un po' più integrati di quanto non fossero in precedenza.

Alcuni dei paesi dotati di un servizio sanitario nazionale - complice spesso un'alternanza di governo - vararono vere e proprie contro-riforme, tese a mitigare (se non addirittura a neutralizzare) gli effetti dei provvedimenti adottati solo pochi anni prima: la separazione tra agenzie committenti ed erogatrici venne molto attenuata; si diede maggior peso alla programmazione pubblica; vennero resi più stabili i rapporti tra i diversi attori del sistema. Questo avvenne, ad esempio, nel Regno Unito con il ritorno al governo dei laburisti (Blair fu eletto nel 1997, dopo 18 anni ininterrotti di dominio conservatore).

Nei paesi dell'Europa continentale, in cui vige il principio dell'assicurazione sociale di malattia, i governi mirarono soprattutto a ridurre la frammentarietà del sistema di produzione: fu rafforzato il coordinamento tra i diversi fornitori, e furono introdotti meccanismi di *gatekeeping* per accedere alle cure specialistiche. Indicativo a tal proposito il caso francese. Obiettivo dapprima del governo Juppé e poi del governo Jospin fu infatti di integrare le diverse parti del sistema sanitario transalpino, anche a costo di sacrificare parte della grande libertà tradizionalmente goduta sia dai medici che dai pazienti[2]. A partire dal 1996, gli ospedali devono sottostare a più rigide procedure di accreditamento e sono tenuti a coordinarsi con le strutture limitrofe al fine di evitare sprechi e sovrapposizioni. Ulteriore novità consistette nell'introduzione del cosiddetto «*carnet de santé*»: trattasi di un libretto

(ora elettronico) in cui i medici devono annotare tutte le informazioni rilevanti per la diagnosi e le terapie di un determinato paziente; l'intento era evidentemente di promuovere la continuità delle cure, evitando prescrizioni ridondanti o contraddittorie. Nel 1998 partì infine la sperimentazione dei medici di famiglia *gatekeeper*. Misure simili a quelle adottate in Francia vennero in seguito riprese anche in Germania e in Belgio.

Gli anni Duemila e i diritti dei pazienti

Tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila ha preso corpo una **terza ondata riformistica**. Il filo conduttore di questa terza ondata è consistito nella tutela dei diritti del malato e nel riconoscimento ai pazienti di maggiore libertà di scelta. Parlando di diritti fondamentali del paziente si fa riferimento a garanzie quali: **il diritto ad essere trattati con dignità; il diritto alla privacy; il diritto del paziente a ricevere tutte le informazioni relative ai trattamenti cui deve sottoporsi; il diritto ad esprimere il proprio consenso al trattamento; il diritto al reclamo e al risarcimento; il diritto ad accedere alla propria cartella clinica; il diritto ad una *second opinion*.**

A livello di opinione pubblica internazionale, la pressione per il riconoscimento formale di tali diritti iniziò ad aumentare con l'approvazione della *Patient's Charter* nel Regno Unito (1991). Tale documento ebbe il merito di rendere espliciti i diritti che il *National Health Service* si impegnava a garantire ai propri utenti. Tale approccio, sicuramente importante sul piano culturale e simbolico, mostrava tuttavia un evidente limite: i diritti enunciati nella Carta non erano impugnabili sul piano legale. Questo è il motivo per cui molti paesi hanno in seguito preferito garantire i diritti del paziente per via legislativa. Il governo olandese legiferò in materia di diritti del paziente già nel 1995. Altri paesi (quelli nordici, ma anche Belgio, Francia e Spagna) ne seguirono l'esempio tra la fine degli anni Novanta e i primi anni Duemila.

In parte collegato con il tema dei diritti del paziente è quello della **tempestività delle cure**. Tra i diritti del paziente andrebbe infatti incluso anche quello ad essere curati in tempi ragionevolmente brevi. Quello delle lunghe liste d'attesa è invece un punto dolente per molti servizi sanitari nazionali[3].

Ormai da qualche anno nei paesi del Nord Europa il problema delle liste d'attesa viene affrontato attraverso la strategia del «**tempo massimo d'attesa garantito**». In Svezia, ad esempio, a partire dal 2005 il servizio pubblico si impegna a rispettare la formula «0-7-90-90»[4]. Formula che significa: zero attesa per avere il primo contatto con il sistema sanitario; un'attesa massima di 7 giorni per essere visitati da un medico di famiglia; un massimo di 90 giorni per il consulto di uno specialista; un intervallo non superiore ai 90

giorni tra la diagnosi e l'inizio del trattamento terapeutico o dell'intervento chirurgico. Per far sì che i cittadini ricevano le cure nel minor tempo possibile viene loro riconosciuto il diritto a recarsi in qualunque struttura ospedaliera, sia pubblica che privata, anche al di fuori della contea di residenza. Grazie alla strategia del «tempo massimo d'attesa», Svezia, Norvegia e Danimarca stanno ottenendo ottimi risultati, che hanno portato le liste d'attesa ad accorciarsi sensibilmente. Per questa ragione il modello nordico è oggi considerato un *benchmark*, che altri paesi stanno tentando di emulare.

L'importanza del fattore ideologico

Mettendo a confronto le tre ondate sopra accennate, se ne trae l'impressione che il fattore ideologico abbia avuto un peso non irrilevante nel determinare i contenuti degli interventi di riforma. Se guardiamo all'orientamento ideologico dei governi proponenti le riforme, notiamo infatti un'interessante regolarità. Ad alimentare le riforme della prima ondata (pro concorrenza) sono stati prevalentemente governi conservatori. La situazione si ribalta completamente nella seconda ondata: quasi tutte le riforme pro integrazione della seconda metà degli anni Novanta sono state promosse da governi di sinistra.

La cosa non è poi così sorprendente: è infatti del tutto plausibile che i governi conservatori siano più sensibili a temi quali la concorrenza e la libertà di scelta dei pazienti, così come non stupisce che i governi socialdemocratici attribuiscono maggiore importanza alla regolazione pubblica e all'integrazione del sistema.

Per quanto riguarda la terza ondata, si deve invece concludere che la tutela dei diritti dei pazienti sia un tema, tutto sommato, trasversale. Leggi a tutela dei diritti dei pazienti o favorevoli alla riduzione dei tempi d'attesa sono state infatti approvate indifferentemente da governi sia conservatori sia socialdemocratici.

Nota. Federico Toth, Facoltà di Scienze Politiche, Dipartimento di Organizzazione e Sistema Politico, Università di Bologna

Bibliografia

1. Klein R. *The New Politics of NHS*. Oxford: Radcliffe, 2006.
2. Rochaix L, Wilsford D. State Autonomy, Policy Paralysis: Paradoxes of Institutions and Culture in the French Health Care System. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2005; 30: 97-119.
3. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy* 2005; 72: 201-15.

4. Glenngård et al. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.