



saggi

siamo in: [Homepage](#) / [archivio](#)

working paper

autori

archivio

N° 1 2007

di Lorenzo Caselli



Una politica per le piccole e per le medie imprese

recensioni

segnalazioni

eventi

link

saggi

⇒ Gianfranco **Rusconi**

Etica, responsabilità sociale d'impresa e coinvolgimento degli stakeholder

⇒ Andrea **Picaluga**

Towards an Italian way in the valorisation of results from public research
(di Chiara **Balderi**, Paola **Butelli**, Giuseppe **Conti**, Alberto **Di Minin**, Andrea **Picaluga**)

⇒ Silvia **Bruzzi**

Il settore sanitario di fronte alle sfide del processo di integrazione economica europea

⇒ Giacomo **Del Chiappa**

La rappresentazione analitica della produzione nel pensiero di P. Saraceno e G. Ceccanti

working paper

⇒ Renata **Dameri**
Paola
Roberto **Garelli**

ECITE 2006 - A model for the IT governance in business groups

⇒ Riccardo **Spinelli**

ECITE 2006 - The impact of ICT on international strategies: developing a two-step model

⇒ Federico **Fontana**

ECITE 2006 - The impact of ICT on local administration in Italy: state of the art, SWOT analysis and improvement solutions

⇒ Clara **Benevolo**
Serena **Negri**

ECITE 2006 - L'offerta internazionale di sistemi di content management (CMS). I risultati di un'indagine empirica



scarica il plug-in gratuito
Acrobat Reader

< [indietro](#)



Il settore sanitario di fronte alle sfide del processo di integrazione economica europea¹

Silvia Bruzzi

Sommario: 1. I sistemi sanitari europei: dalle origini al processo di integrazione europea – 1.1 Premessa – 1.2 Il sistema sanitario nel modello sociale europeo – 1.3 Le riforme nazionali dei sistemi sanitari: il principio di sussidiarietà – 2. I sistemi sanitari europei di fronte alle sfide del processo di integrazione europea – 2.1 Un processo di integrazione europea alimentato dalla domanda: la mobilità dei pazienti - 2.2 Una politica europea a sostegno di un sistema di offerta di dimensione europea: i centri di riferimento – 3. Conclusioni: verso la definizione di una governance europea in sanità - Bibliografia

Abstract

In a framework of increasing globalisation, EU Member States currently have the chance of deepening the process of European unification by starting a true economic integration through the development of a European industrial policy. In this framework, the paper seeks to underline the importance of the healthcare sector as a driver for European integration and consequently for the European economic system. On one hand, in fact, the healthcare sector is undoubtedly at the heart of a social model that has made a major contribution to modernising society as a whole. On the other, healthcare is a science-based sector, which can play an important role in raising the competitiveness of specific, strategically-crucial areas. The paper begins by showing the common origins of Europe's healthcare systems and the main features of national reforms carried out since the 1990s. It then identifies the areas for intervention by European institutions in healthcare governance. Particular attention is placed on measures in the area of patient mobility, a rapidly growing phenomenon that underlines the essentially European nature of national health systems. The paper then analyses the actions that can improve and strengthen cooperation between Member States in the areas of research and, in particular, the creation of networks of European centres of reference. Governance on the demand side and the management of centres of excellence on the supply side are in fact two key factors that have to be taken into account in defining a European healthcare governance in which European institutions will have a major political role.

¹L'articolo è stato sottoposto a referaggio da parte del Comitato Scientifico della rivista Impresa Progetto.

1. I sistemi sanitari europei: dalle origini al processo di integrazione europea

1.1 Premessa

I paesi europei si trovano nell'attuale periodo storico al centro di un processo di profondo cambiamento. In un quadro di crescente globalizzazione, terminata la fase dell'integrazione monetaria, i paesi dell'Unione Europea si confrontano oggi con l'opportunità di avviare una seconda fase del processo di integrazione, che appare imprescindibile ai fini della costruzione di una vera e propria governance europea.

In tale fase, l'integrazione assume natura economica e trova possibilità di realizzazione attraverso l'avvio di una politica industriale con valenza europea. Il processo si sta sviluppando in modo graduale, attraverso la realizzazione di progetti industriali ad altissimo contenuto di innovazione in settori considerati strategici per la competitività europea, cui, secondo la logica europea delle cooperazioni rafforzate, partecipano alcuni paesi dell'Unione (*in primis* la Core Europe) (Velo, 2007).

In questo quadro, è lecito chiedersi se il settore sanitario possa partecipare attivamente a questo processo. Da un lato, infatti, non si può trascurare come esso costituisca il pilastro di un modello sociale che ha svolto storicamente un importante ruolo di modernizzazione a livello mondiale. Dall'altro, esso costituisce un settore economico *scienced-based*, che può giocare un importante ruolo di motore dello sviluppo e di rilancio della competitività europea in specifici comparti considerati di punta.

Nell'attuale periodo storico, ove il processo di costruzione europea agisce nella direzione di valorizzare le capacità politiche delle istituzioni europee, la sanità può dunque offrire un nuovo importante contributo ad uno sviluppo socio-economico coeso ed equilibrato dell'Unione Europea.

In questo quadro, l'articolo intende avviare una riflessione che valorizzi il contributo del settore sanitario al rilancio del processo di unificazione europea e, per questa via, del sistema economico europeo. A tale scopo, l'articolo dopo avere evidenziato le radici comuni dei sistemi sanitari europei e i tratti principali delle riforme introdotte a livello nazionale a partire dai primi anni '90, mira a valorizzare gli spazi di intervento che, nell'attuale ordine ispirato alla sussidiarietà, si aprono alle istituzioni europee nel governo della sanità; l'obiettivo è quello di comprendere come nell'attuale fase del processo di integrazione europea il settore sanitario possa fungere da laboratorio istituzionale alla ricerca di un modello di governance economica ispirato alla sussidiarietà (Martini, 2000), ove sviluppo e solidarietà trovino, nel pieno rispetto della tradizione europea, reciproco alimento (Caselli, 1999).

1.2 Il sistema sanitario nel modello sociale europeo

A fronte dei profondi cambiamenti che i paesi europei stanno affrontando, l'analisi degli assetti istituzionali storici dei sistemi sanitari appare di particolare significatività per comprendere la portata e la direzione del processo in atto.

Pur nell'ambito di forti specificità nazionali, i sistemi sanitari dei paesi europei condividono un patrimonio culturale comune, che costituisce il cuore dello stesso modello sociale europeo. Essi si caratterizzano tradizionalmente per un forte impegno da parte delle istituzioni nel perseguimento di obiettivi di equità e solidarietà².

Al di là delle specifiche architetture istituzionali, è possibile evidenziare come in questi paesi l'organizzazione del sistema sanitario venga sostanzialmente affidata allo Stato; è allo Stato-nazione che nel XX secolo viene affidato il compito di costruire sistemi universali dal lato della domanda e globali dal lato dell'offerta.

Lo Stato assume però un ruolo diverso nei due tradizionali modelli europei. Nel modello bismarkiano, di più remota costituzione, lo Stato assume principalmente il ruolo di regolatore, chiamato a definire le regole per il governo delle relazioni che si sviluppano tra una pluralità di attori (finanziatori, erogatori e cittadini) pubblici e privati (Pavione, 2001). Nei sistemi beveridgeani, tradizionalmente più accentrati, lo Stato-nazione (direttamente o attraverso le sue articolazioni territoriali) assume un ruolo più ampio, concentrando nelle sue mani le funzioni di regolamentazione, finanziamento ed erogazione delle prestazioni.

Come vedremo, il ruolo delle istituzioni resta forte anche nella seconda fase di sviluppo dei sistemi sanitari europei, chiamati alla fine del XX secolo a far fronte a nuovi importanti cambiamenti. Si tratta in primo luogo di cambiamenti connessi alla fisiologica evoluzione della domanda e dell'offerta e quindi delle relazioni tra le stesse.

Dal lato della domanda, l'evoluzione demografica ed il mutamento delle condizioni socio-economiche hanno determinato un incremento e una maggiore complessità dei bisogni e delle aspettative; dal lato dell'offerta, tale fenomeno ha trovato un incentivo nell'evoluzione tecnologica, la quale ha consentito il continuo

²Diverse sono le ragioni che spiegano l'opzione a favore di tali principi; si tratta evidentemente di una scelta politica, che trova il proprio fondamento anche in motivazioni di ordine economico. Non bisogna trascurare al riguardo come i sistemi sanitari europei conoscano il primo periodo di sviluppo nel secondo dopoguerra. In questa fase storica appare prioritario far fronte ad una domanda crescente di servizi sanitari, che la teoria economica descrive come una domanda che agisce in condizioni di spiccate asimmetrie informative; tali asimmetrie agiscono nella direzione di indebolire un paziente già fragile, perché colpito da un disagio psico-fisico. Le istituzioni pubbliche sono chiamate in questo contesto a tutelare la domanda, garantendo al cittadino bisognoso l'accesso gratuito ai servizi. Da un punto di vista economico la gratuità del servizio appare inoltre funzionale alla produzione delle esternalità positive connesse alla erogazione del servizio sanitario. Si veda Brenna (1999).

perfezionamento della pratica medica e il progressivo innalzamento degli standard assistenziali.

Il cambiamento più significativo indotto dalla coesa evoluzione della domanda e dell'offerta è rappresentato dalla affermazione delle patologie croniche rispetto a quelle acute, tradizionalmente al centro dei sistemi sanitari dei paesi industrializzati (Bruzzi, 2006).

Il paziente cronico (spesso anziano) ha delle caratteristiche profondamente diverse rispetto al paziente acuto. Esso infatti dispone di un ampio spettro di informazioni ed è chiamato a gestire le stesse nonché il suo stato di malattia in modo attivo (Holman and Lorig, 2004). L'affermarsi delle cronicità agisce quindi nella direzione di rendere obsoleta la visione del paziente come soggetto passivo e impone di orientare il governo della sanità secondo principi di partecipazione e di democrazia economica (Caselli, 1997).

La progressiva maturazione demografica, economica, culturale, sociale dei cittadini europei, nonché il progresso scientifico hanno quindi agito nella direzione di modificare profondamente la relazione domanda-offerta in sanità, chiamando le istituzioni ad un profondo processo di rinnovamento.

1.3 Le riforme nazionali dei sistemi sanitari: il principio di sussidiarietà

I processi di riforma dei sistemi sanitari avviati all'inizio degli anni '90 dai paesi europei costituiscono l'espressione di una profonda trasformazione delle relazioni tra istituzioni e società (Caselli, 1995). Nei sistemi sanitari europei, tradizionalmente caratterizzati da un ruolo forte dello Stato, i cambiamenti intervenuti nella relazione domanda-offerta agiscono nella direzione di avviare una riflessione sull'opportunità di un profondo rinnovamento istituzionale che sappia traghettare il sistema verso assetti coerenti con le nuove esigenze espresse dalla società.

Il processo di integrazione europea svolge in questa fase storica un importante ruolo di orientamento dei processi di riforma avviati a livello nazionale.

Basti pensare come tali processi si siano ispirati in modo spontaneamente convergente al principio di sussidiarietà. Nel processo di costruzione europea quest'ultimo è chiamato ad orientare la ridefinizione delle relazioni tra i diversi livelli di governo e tra questi e la società nelle sue diverse forme organizzative (Velo and Bruzzi, 2004). Inteso nella sua accezione verticale, il principio di sussidiarietà guida la ripartizione delle competenze tra i diversi livelli di governo, così da assegnarle a quello meglio in grado di raggiungere gli obiettivi di volta in volta perseguiti (Velo, 1999).

Nella sua accezione orizzontale, il principio di sussidiarietà orienta l'assegnazione della responsabilità in campo economico e sociale tra tutti gli attori coinvolti, promuovendo soluzioni organizzative innovative caratterizzate da più elevati livelli di democrazia economica (Beck, 2003).

In ambito sanitario il principio di sussidiarietà può orientare la riflessione, alla ricerca di soluzioni organizzative orientate a principi di pluralismo che sappiano valorizzare, da un lato, le relazioni tra i diversi soggetti coinvolti e, dall'altro, il contributo di ciascun soggetto al perseguimento dei diversi obiettivi perseguiti³. Si tratta allora di individuare, nella logica della sussidiarietà verticale, le responsabilità da attribuire alle diverse autorità pubbliche, assegnando funzioni di programmazione e coordinamento della domanda e dell'offerta alle autorità collocate ai livelli più alti e funzioni più strettamente orientate al management del territorio alle autorità locali (Usai e Velo, 1995). In una logica orizzontale, invece, la sussidiarietà orienta la ricomposizione della filiera produttiva sanitaria, riportando ad unità, secondo una logica sistemica (Golinelli, 2000), gli interventi dei diversi attori coinvolti.

Osservando l'esperienza dei paesi europei, è possibile evidenziare come le riforme avviate a partire dai primi anni '90 si siano effettivamente ispirate, in modo spontaneamente convergente, al principio di sussidiarietà; basti pensare al progressivo decentramento istituzionale a favore di una maggiore responsabilizzazione dei livelli di governo locali, più vicini alle esigenze dei cittadini (Dirindin, 2003), e alla forte valorizzazione del ruolo del privato nella erogazione dei servizi (Pelissero e Velo, 2002).

La valorizzazione del principio di sussidiarietà è stata perseguita d'altra parte attraverso il ricorso a soluzioni differenziate. A tale riguardo è possibile evidenziare due fasi successive; in una prima fase, avviata a partire dai primi anni '90, i processi di riforma si sono caratterizzati in modo comune per la ricerca di soluzioni istituzionali finalizzate all'introduzione in contesti ad elevata regolamentazione pubblica di incentivi all'efficienza e all'efficacia economica (Cafferata, 1994). L'orientamento prevalente a livello internazionale è stato quello di introdurre meccanismi concorrenziali nel contesto sanitario, ricorrendo a diverse modulazioni di due elementi fondamentali e interconnessi: la libertà di scelta dal lato della domanda e la parità di trattamento degli operatori dal lato dell'offerta.

La libertà di scelta, tradizionalmente sacrificata dai sistemi solidaristici, viene concepita in questa fase storica quale strumento che consente di vincolare il finanziamento delle prestazioni alle scelte della domanda; in tal modo, gli erogatori vengono messi in competizione tra loro. Essa è quindi considerata utile per l'introduzione di elementi di competizione, che consentano di orientare il sistema sanitario a principi di pluralismo e di partecipazione di tutti gli attori (Zamagni, 2000). Il principio della libertà di scelta, pur ispirando tutte le riforme, ha visto una modulazione differente nei diversi contesti nazionali. In alcuni paesi bismarkiani, tradizionalmente ispirati al principio di sussidiarietà e caratterizzati da un maggior grado di pluralismo, essa ha trovato applicazione forte: è questo il caso di Germania e Olanda, dove una parte della popolazione più ricca è stata

³In tale senso si può ritenere che il principio di sussidiarietà possa contribuire a creare un contesto culturale favorevole ad elevati gradi di consonanza e di risonanza nelle relazioni. Sui concetti di consonanza e risonanza si veda Barile (2006).

lasciata libera di scegliere se aderire o meno al sistema assicurativo pubblico⁴. Più spesso l'implementazione è stata debole; nei paesi *beveridgeani*, tradizionalmente caratterizzati da un maggior grado di accentramento delle decisioni, essa ha in genere interessato il solo lato dell'offerta; qui infatti gli utenti hanno visto ampliata la sola libertà di scelta dal lato dell'erogatore⁵.

Quanto alla parità di trattamento degli operatori, essa si esplica in due fasi: in primo luogo, essa riguarda l'accesso degli operatori al mercato, attraverso la eliminazione delle barriere all'entrata (Sciarelli, 2001), fatti salvi requisiti qualitativi minimi definiti per tutti gli operatori; è da questa esigenza che deriva l'introduzione nei diversi paesi europei di sistemi di accreditamento, finalizzati alla definizione di regole comuni per tutti gli attori per l'accesso al mercato delle prestazioni e quindi al finanziamento pubblico⁶. In secondo luogo, la parità attiene alla gestione del sistema di finanziamento che, vincolato all'attività erogata, è chiamato a remunerare gli operatori secondo criteri di omogeneità⁷.

L'introduzione di meccanismi competitivi che ha caratterizzato le riforme dei primi anni '90 mira ad incentivare un rinnovamento del sistema dal basso; attraverso il sistema di finanziamento in particolare si è cercato di favorire un orientamento dell'offerta a favore criteri di gestione efficienti ed efficaci e verso nuove modalità organizzative⁸, prevalentemente centrate sulla *despedalizzazione*.

Si tratta di un cambiamento molto importante dal punto di vista della storia dei sistemi sanitari dei paesi europei, che fino alla fine degli anni '80 si sono caratterizzati per la forte attenzione dedicata alla crescita del settore ospedaliero, quale luogo ove concentrare tutte le fasi del processo sanitario, dalla prevenzione alla riabilitazione.

⁴Appare interessante osservare a questo proposito come siano proprio i sistemi *bismarkiani* a caratterizzarsi per la presenza di mercati assicurativi sanitari privati più consistenti e dinamici. Basti considerare al riguardo come in Germania si concentri il 51% dei premi pagati e il 47% dei rimborsi corrisposti sull'intero mercato assicurativo privato europeo. L'Olanda (affiancata dalla Francia) si attesta invece intorno al 12%. Si veda al riguardo Bruzzi, Pavione, Velo (2003).

⁵In questo caso la competizione non si estende quindi al lato del finanziamento, dal momento che l'autorità competente all'acquisto delle prestazioni continua ad operare per lo più in condizioni di *monopsonio*.

⁶Per approfondimenti sul tema si vedano in particolare Di Stanislao e Liva (1998) e Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2002).

⁷A questo riguardo, vale la pena osservare come i paesi europei abbiano riformato i propri sistemi di finanziamento delle prestazioni ospedaliere ispirandosi in modo spontaneamente convergente al sistema statunitense dei *Diagnosis Related Groups (DRGs)*. Ideato negli anni '70, esso costituisce un sistema di classificazione dei ricoveri ospedalieri acuti che si propone di individuare gruppi di pazienti clinicamente significativi ed omogenei dal punto di vista del consumo di risorse. Per approfondimenti si veda Bruzzi (1997).

⁸E' proprio in questo ambito che hanno trovato applicazione anche nel contesto sanitario principi e strumenti orientati al *marketing* e alla valutazione della soddisfazione dell'utente, nonché i necessari supporti informativi. Si vedano al riguardo Mele (1993) e Metallo (1997).

Alla luce del progressivo invecchiamento della popolazione e del conseguente sviluppo delle malattie croniche, a partire dalla fine degli anni '80 comincia a svilupparsi la consapevolezza della sostanziale inadeguatezza di un sistema sanitario centrato sull'ospedale. E' in questo periodo che prendono avvio numerose sperimentazioni organizzative: si pensi per esempio alle nursing homes, strutture destinate ad accogliere pazienti che necessitano di una limitata intensità assistenziale, o all'assistenza domiciliare, che mira a fornire assistenza al paziente senza sradicarlo dal suo contesto sociale di riferimento.

Ciò che la letteratura evidenzia dopo una prima fase di sperimentazione di queste soluzioni è la sostanziale assenza di coordinamento tra interventi che hanno nel paziente il proprio elemento comune.

Alla luce di tali evidenze, a partire dalla seconda metà degli anni '90 si apre la seconda fase dei processi di riforma dei sistemi sanitari europei; dopo una prima fase orientata alla competizione, le sperimentazioni istituzionali e gestionali cominciano ad orientarsi verso soluzioni che premiano la cooperazione tra gli attori a diverso titolo coinvolti nei processi sanitari. Tali soluzioni, che la letteratura attribuisce ad un medesimo approccio definito *integrated care*⁹, rispondono ai mutamenti in primo luogo demografici, ma anche economici, sociali e culturali della popolazione europea. A fronte di una popolazione matura che esprime bisogni sempre più complessi ed articolati da un punto di vista sanitario, sociale, tecnologico ed economico, la condivisione dei processi decisionali relativi alla definizione degli obiettivi e alla organizzazione dei mezzi è considerata la modalità gestionale più opportuna.

L'approccio cooperativo non costituisce però, nella logica di chi scrive, un approccio alternativo a quello orientato al mercato; esso piuttosto appare complementare a quest'ultimo.

Mercato e cooperazione non dovrebbero infatti essere concepiti in una logica conflittuale: la comunione delle informazioni, così come la condivisione dei processi decisionali tra operatori e tra operatori e utenti non sono antitetici rispetto ai principi che hanno orientato le soluzioni a favore della competizione, quali la parità di trattamento finanziario degli erogatori o la libertà di scelta della domanda.

Ciò che rileva osservare ai fini della presente analisi è come cambia nelle due fasi del processo di riforma il ruolo delle istituzioni. Tratto centrale che ha caratterizzato le soluzioni che premiavano la competizione era quello di assegnare alle istituzioni il compito di ridefinire le "regole del gioco" per tutti gli operatori; il problema cruciale era quindi quello di cercare di prevedere quali comportamenti producessero le diverse combinazioni di autonomia e libertà assegnate ai diversi attori. In questa prospettiva, i sistemi di finanziamento previsti per i singoli attori hanno giocato un ruolo d'incentivo centrale.

Le soluzioni orientate alla cooperazione richiedono invece un approccio più maturo, al fine di favorire il coordinato operare del complesso di attori coinvolti nelle soluzioni cooperative.

⁹Per approfondimenti su questo concetto si vedano Gröne and Garcia-Barbero (2001) e Leichsenring and Alaszewki (2004).

In questa prospettiva, competizione e cooperazione possono essere concepiti come due modalità operative che in modo comune stanno supportando i paesi europei nel creare un *humus* favorevole alla fiducia (Caselli, 2006), alla condivisione delle informazioni e delle decisioni, alla responsabilizzazione e autonomia, vale a dire ad un rinnovamento istituzionale dei sistemi sanitari coerente con il principio di sussidiarietà che sta ispirando l'intero processo di integrazione europea (Velo, 2001).

In questa prospettiva, vale la pena osservare come quest'ultimo abbia già svolto un ruolo importante nell'orientare i processi di riforma; in primo luogo, come già evidenziato, attraverso la valorizzazione del principio di sussidiarietà, esso ha svolto un ruolo culturale di primaria importanza nell'orientare le scelte compiute a livello nazionale; in secondo luogo, il processo di integrazione europea ha agito nella direzione di creare le condizioni per avviare l'effettiva integrazione dei sistemi sanitari europei. Basti considerare come la prima fase dei processi di riforma dei sistemi sanitari europei a favore di meccanismi in grado di riprodurre logiche di mercato in contesti regolamentati sia temporalmente coincisa con un processo di integrazione europea che ha fortemente valorizzato la concorrenza tra paesi europei. In ambito sanitario, l'approccio competitivo *tout court* si è tradotto nel fenomeno della mobilità dei pazienti sul territorio europeo. Quest'ultimo testimonia che un processo di integrazione economica tra sistemi sanitari è già in atto grazie all'iniziativa dei cittadini europei. Ciò su cui vale la pena riflettere è allora se l'attuale fase storica offra ai paesi europei l'opportunità di un approfondimento di tale integrazione, attraverso la valorizzazione delle istituzioni europee e quindi l'assegnazione alle stesse di specifiche responsabilità nel governo della sanità europea (Lieberherr, 2007).

2. I sistemi sanitari europei di fronte alle sfide del processo di integrazione europea

Il processo di integrazione europea offre nell'attuale fase storica una importante occasione sia alle istituzioni europee che agli Stati membri. Conclusa la fase di integrazione monetaria, stiamo assistendo oggi all'avvio di una seconda fase di integrazione di natura economica. Diversi sono i progetti industriali che stanno vedendo la luce nell'Unione Europea attraverso gli strumenti offerti dal quadro giuridico comunitario, come l'impresa comune e le cooperazioni rafforzate (Rossi, 2006). Coerentemente con l'elevato grado di maturità delle diverse economie europee, si tratta di progetti che si sviluppano in settori di frontiera ad elevato contenuto di innovazione, che possono svolgere un importante ruolo di volano per il rilancio dell'intero sistema economico-industriale europeo (Saraceno, 1959).

L'analisi dell'esperienza europea in ambito sanitario si inserisce, nella logica di chi scrive, in questo contesto. Diverse sono infatti le aree in cui, in armonia con il

principio di sussidiarietà, le istituzioni europee potrebbero essere chiamate ad agire. Basti pensare all'area della prevenzione che, a fronte della mobilità delle persone e della natura di non escludibilità dei singoli interventi, suggerisce un riferimento geografico quanto più ampio possibile. Ancora, si pensi al contributo che l'Unione Europea, in linea con gli obiettivi della Strategia di Lisbona, può offrire al rilancio del settore sanitario europeo attraverso il supporto ad iniziative di ricerca e sviluppo, specie nel campo delle malattie rare e delle patologie pediatriche. La ricerca e sviluppo è un'attività che richiede una rilevante massa critica di investimenti e, a fronte di elevati livelli di rischio, un orientamento strategico di lungo periodo; inoltre, con riferimento ad alcune famiglie di patologie o ad alcune categorie di pazienti, l'azione europea favorisce l'individuazione di campioni di popolazione statisticamente significativi a fini di sperimentazione e di progresso della pratica medica.

Il settore europeo è d'altra parte oggetto di attenzione crescente da parte delle istituzioni europee, *in primis* la Corte di Giustizia e la Commissione Europea. Nell'ambito dell'attuale quadro normativo europeo che assegna agli Stati nazionali, in accordo al principio di sussidiarietà, competenze in merito alla organizzazione e al finanziamento dei sistemi sanitari¹⁰, le istituzioni europee hanno infatti avviato da diversi anni una riflessione sul ruolo che esse possono assumere nel nuovo contesto europeo.

Le istituzioni europee trovano nel fenomeno della mobilità sanitaria un importante incentivo ad agire (Lepido-Quigley, Glinos, Baeten, McKee, 2007). E' questo un tema che assume nel contesto europeo importanza crescente e che affonda le proprie radici nella dicotomia esistente tra la normativa europea sulla concorrenza, che sancisce le libertà fondamentali dei cittadini europei quale pilastro per la costruzione di un mercato di dimensioni continentali, e i sistemi di protezione sociale che restano sotto la potestà degli Stati nazionali e che sono tradizionalmente basati su meccanismi protezionistici. In assenza di una legislazione europea primaria o secondaria che disciplini questo settore di attività, i cittadini europei, ed in particolare i cittadini europei appartenenti a sistemi sanitari di matrice bismarkiana, hanno iniziato a rivolgersi alla Corte di Giustizia Europea per vedere riconosciuto il diritto di usufruire di servizi sanitari su tutto il territorio europeo indipendentemente dallo Stato di residenza¹¹. Nel settore sanitario i cittadini europei, secondo una logica sussidiaria, hanno quindi imposto all'attenzione delle autorità europee l'effettiva esistenza di uno spazio sanitario europeo.

Una prima evidenza del fenomeno della mobilità emerge da uno studio realizzato dalla Commissione Europea in collaborazione con gli Stati membri,

¹⁰Si vedano in particolare gli articoli 152, comma 5, del Trattato che istituisce la Comunità europea (versione consolidata, Gazzetta ufficiale n. C 325 del 24 dicembre 2002) e III-278, comma 7, del Trattato che adotta una Costituzione per l'Europa (Gazzetta ufficiale n. C 310 del 16 dicembre 2004).

¹¹Per un'analisi del ruolo svolto dalla Corte di Giustizia Europea si veda Marhold (2005). Per approfondimenti sul tema della mobilità sanitaria in Europa si vedano anche Mossialos and McKee (2002); Bourrinet et Nazet-Allouche (2002); Baeten (2002); Schulte (2001).

finalizzato proprio a definire il quadro della mobilità sanitaria (Commission Staff Working Paper, 2003). Sulla base delle informazioni fornite dai tredici Stati membri che hanno aderito all'iniziativa¹², peraltro in modo disomogeneo, in quanto espresse ora in termini numerici (numero di pazienti europei non residenti) ora in termini di valore economico, e riferite a periodi diversi, è stato possibile trovare un primo riscontro quantitativo del fenomeno. A titolo di esempio si evidenzia come nel 2001 la Francia abbia registrato un numero di pazienti europei non residenti pari a 435.856, contro 3.316 in Olanda, 2.401 in Danimarca (di cui 1.130 provenienti dalla Germania), 1.022 in Italia (dato 1999) e circa un migliaio in Austria (dato 2000).

A fronte di queste evidenze, a seguito della Consiglio Sanità del giugno 2002, viene istituito un gruppo di studio sulla mobilità dei pazienti in Europa (*High Level Process of Reflection on Patient Mobility and Healthcare Developments in the European Union*), che include i principali soggetti interessati (ministri della sanità, rappresentanti dei pazienti, erogatori, assicurazioni e professionisti sanitari). Obiettivo di tale iniziativa è quello di avviare una riflessione sulla opportunità di promuovere la diffusione di una chiave di lettura europea di uno spazio sanitario europeo di fatto già esistente.

Ciò emerge con evidenza considerando la Comunicazione prodotta dalla Commissione in risposta alle raccomandazioni contenute nel rapporto redatto dal gruppo di riflessione (Commissione Europea, 2004, COM301). Il quadro giuridico cui la Commissione fa riferimento è quello delineato dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea, che difende il diritto dei cittadini europei di poter accedere ai servizi sanitari erogati su tutto il territorio dell'Unione Europea. L'obiettivo europeo è infatti quello di garantire che il quadro normativo nazionale in ambito sanitario non sia discriminatorio o costituisca un ostacolo alla libera circolazione delle persone; il quadro giuridico delineato dalla giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea ruota intorno ad alcuni principi fondamentali:

1. ogni cittadino europeo può usufruire sul territorio europeo di tutte le cure non ospedaliere a cui ha diritto nello Stato membro in cui risiede, senza alcuna autorizzazione preventiva. Egli ha diritto al rimborso delle spese nella misura prevista dal regime assicurativo in vigore nel suo paese d'origine;
2. per quanto riguarda le cure ospedaliere, è prevista invece la richiesta di autorizzazione preventiva del sistema sanitario di appartenenza, che ha l'obbligo di concedere tale autorizzazione se non è in grado di prestare le cure necessarie entro tempi accettabili dal punto di vista medico e considerate le condizioni del paziente;
3. in caso di soggiorno temporaneo presso uno Stato membro diverso da quello di residenza, il cittadino europeo ha lo stesso diritto a fruire dei servizi sanitari

¹²Si tratta in particolare di Belgio, Danimarca, Spagna, Francia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Olanda, Austria, Finlandia, Portogallo, Svezia, Regno Unito.

dei cittadini residenti, essendo il costo delle prestazioni eventualmente rese a carico del paese di origine¹³.

In questo quadro, il contributo della Commissione viene definito essenzialmente in un'ottica di incentivo alla collaborazione tra iniziative nazionali, quale base per migliorare l'efficienza dei servizi sanitari¹⁴. L'informazione è posta alla base della strategia della Commissione; ciò in primo luogo per quanto riguarda le materie di competenza dell'Unione Europea, come la diffusione della informazione inerente la legislazione comunitaria in tema di prestazioni sanitarie e la semplificazione delle procedure per l'ottenimento di prestazioni sul territorio europeo¹⁵; in secondo luogo, l'informazione è finalizzata a migliorare la trasparenza dei singoli sistemi sanitari nazionali.

Tale approccio trova conferma in una seconda Comunicazione, nella quale la Commissione individua quale proprio obiettivo fondamentale la definizione di un quadro di riferimento comune atto a sostenere gli Stati membri nei loro processi di sviluppo di sistemi sostenibili e attenti alle esigenze della popolazione europea (Commissione Europea, 2004, COM304). Il metodo aperto di coordinamento viene concepito in questo quadro quale principale strumento di realizzazione di tale obiettivo¹⁶.

In seguito a tali iniziative, al fine di supportare il processo di riflessione avviato, viene istituito un "Gruppo di alto livello sui servizi sanitari e l'assistenza medica" affinché promuova la cooperazione tra gli Stati membri, dando seguito agli impegni assunti.

In questo quadro, il Gruppo ha individuato le seguenti aree prioritarie di azione: mobilità dei pazienti e dei professionisti; centri di riferimento; valutazione della tecnologia; informazione e e-health; valutazione dell'impatto delle nuove politiche sui sistemi sanitari; sicurezza dei pazienti (High Level Group on Health Services and Medical Care, 2003).

¹³Secondo il Regolamento 1408/71 le spese sostenute in tale circostanza vengono rimborsate al cittadino in base alle tariffe applicate nello Stato membro in cui le prestazioni sono erogate.

¹⁴ La Commissione infatti nella Comunicazione dichiara che "i servizi sanitari e l'assistenza medica sono e dovrebbero restare principalmente competenza degli Stati membri. Tuttavia, risulta chiaramente dalle conclusioni del processo di riflessione che la cooperazione a livello europeo può contribuire grandemente a far sì che i pazienti fruiscono di un'assistenza sanitaria di qualità e migliorare l'efficienza dei sistemi sanitari. Il rispetto della competenza nazionale nel campo dei sistemi sanitari non significa l'inazione a livello europeo". Commissione europea, COM 301(2004), p. 18.

¹⁵Ciò attraverso supporti informativi quali la Carta europea di assicurazione sanitaria, finalizzata a consentire al cittadino europeo di disporre in ogni istante ed in ogni luogo delle informazioni inerenti la propria storia clinica e i trattamenti sanitari ricevuti.

¹⁶Il metodo aperto di coordinamento è stato introdotto dal Consiglio europeo di Lisbona quale strumento utile alla realizzazione della Strategia di Lisbona. Tale metodo, concepito per assistere gli Stati membri nella definizione delle loro politiche, si fonda sullo scambio di esperienze, la valutazione reciproca e la diffusione di best practices.

Si tratta di aree in cui, nella prospettiva del Gruppo, le istituzioni europee possono essere chiamate a dare un contributo importante per promuovere uno sviluppo coeso dei sistemi sanitari europei¹⁷.

Nella prospettiva del processo di integrazione europea, tali aree possono svolgere la funzione di laboratorio alla ricerca di assetti istituzionali che riconoscano alle istituzioni europee funzioni di indirizzo e governo nella definizione di una politica industriale che sappia valorizzare i punti di forza della sanità europea, contribuendo al suo rilancio e, per questa via, al rilancio dell'intero sistema socio-economico.

Per tale ragione, nel prosieguo del lavoro, particolare attenzione verrà dedicata alle tematiche che, a giudizio di chi scrive, maggiormente possono contribuire alla definizione di una governance europea della sanità: dal lato della domanda, particolare attenzione sarà dedicata alle più recenti evidenze emerse in merito alla mobilità dei pazienti, che più di ogni altro elemento, sta agendo nella direzione di valorizzare la dimensione europea dei sistemi sanitari nazionali. Dal lato dell'offerta, particolare attenzione sarà invece dedicata al tema dei centri di riferimento, quali strumenti, da un lato, per il potenziamento di una rete di offerta europea orientata a criteri di eccellenza e, dall'altro, per il rilancio della ricerca scientifica europea in ambito sanitario.

L'analisi congiunta dei due aspetti trova giustificazione nella convinzione che una politica sanitaria, che miri a gestire una domanda di servizi libera di muoversi nello spazio europeo, non possa trascurare il principale rischio connesso alla mobilità, vale a dire quello di un approfondimento delle differenze tra sistemi d'offerta, a potenziale danno della salute dei cittadini europei.

2.1 Un processo di integrazione europea alimentato dalla domanda: la mobilità dei pazienti

Come già evidenziato, la mobilità sanitaria costituisce l'aspetto che maggiormente ha contribuito a valorizzare la dimensione europea dei sistemi sanitari nazionali. Sono quindi i cittadini europei ad avere imposto, secondo una logica sussidiaria, all'attenzione delle istituzioni europee l'esigenza di un governo europeo della sanità.

Da un punto di vista economico, la mobilità costituisce l'espressione dell'esistenza di squilibri tra i sistemi di offerta dei diversi paesi europei, che pure si ispirano a principi comuni di universalità dal lato della domanda e di globalità dal lato dell'offerta. In una prospettiva politica, la mobilità rende evidente l'urgenza di un polo decisionale europeo in ambito sanitario.

¹⁷Per una descrizione delle attività svolte dal Gruppo sulle diverse aree si vedano i diversi report prodotti annualmente dallo stesso ed in particolare quello di più recente pubblicazione: High Level Group on Health Services and Medical Care (ottobre 2006).

Malgrado la mobilità appaia ancora piuttosto limitata¹⁸, si tratta di un fenomeno in crescita. La mobilità costituisce infatti l'espressione di un processo di maturazione della società europea che ha cominciato ad esprimersi solo recentemente e che è destinato a manifestarsi in modo più massiccio in futuro. Basti considerare come secondo una ricerca condotta recentemente su un campione di cittadini europei, il 52% degli intervistati si dichiara disponibile a spostarsi per ottenere prestazioni di migliore qualità¹⁹.

La mobilità resta comunque un fenomeno ancora difficilmente stimabile. A tale riguardo rileva osservare come il Gruppo, nell'ambito delle proprie competenze, abbia avviato una seconda indagine nel tentativo di quantificare meglio il fenomeno.

Malgrado i dati restino parziali e siano spesso disomogenei²⁰, evidente appare il trend di crescita; basti considerare come in Belgio le prestazioni erogate a pazienti europei non residenti siano cresciute in termini di valore dai 25,9 milioni di euro nel 2000 ai 44,5 milioni di euro nel 2004; allo stesso modo in Danimarca, il numero di pazienti europei che hanno ricevuto prestazioni ospedaliere tra il 2001 e il 2005 è quintuplicato. Ancora, nel Regno Unito, malgrado il numero di pazienti europei sia diminuito tra il 2003 e il 2004, si è registrato un incremento in termini di valore delle prestazioni erogate da 40,1 milioni di sterline a quasi 50 milioni di sterline.

Il fenomeno della mobilità non interessa inoltre in eguale misura tutti i paesi europei. Quelli maggiormente coinvolti sono i paesi dell'Europa continentale appartenenti all'area euro, quali Francia, Germania e Belgio. Basti considerare come nel 2005 la Francia abbia erogato prestazioni a cittadini europei non residenti per un valore superiore a 400 milioni di euro (High Level Group on Health Services and Medical Care, novembre 2006).

Questi paesi sono ricorsi in misura crescente alla stipula di accordi bilaterali finalizzati a regolare le relazioni tra i diversi attori coinvolti. La Francia per esempio nel 2005 ha siglato accordi-quadro con la Germania, il Belgio e la Spagna, al fine di governare le diverse iniziative di cooperazione sviluppate nel campo della mobilità transfrontaliera.

Tali accordi appaiono coerenti con la logica del metodo aperto di coordinamento, previsto nel 2006 dalla Commissione stessa.

Essi però non appaiono sufficienti a governare il fenomeno della mobilità, soprattutto in una prospettiva futura. Come evidenziato dai dati della seconda indagine sulla mobilità, infatti, non c'è simmetria nei flussi migratori di pazienti. Il rapporto elaborato dal Gruppo evidenzia ad esempio che il maggior numero di pazienti europei non residenti in Spagna è di nazionalità tedesca, mentre gli spagnoli ricorrono per lo più al sistema francese. Ugualmente, se i tedeschi

¹⁸La Commissione stima che essa rappresenti circa l'1% della spesa sanitaria pubblica complessiva (Commissione Europea, 2006).

¹⁹Spicca in questo quadro il dato relativo agli italiani e ai tedeschi che appaiono i più inclini alla mobilità (rispettivamente il 68% e il 63% degli intervistati). Si veda Baromètre Cercle Santé EuropAssistance (2007).

²⁰Così come nella prima ricognizione, anche in questo caso i dati sono riferiti a periodi diversi e sono espressi ora in unità fisiche ora in valori monetari.

ricorrono in misura relativamente maggiore al sistema sanitario francese, i cittadini francesi non assorbono la quota relativa maggiore delle prestazioni (espresse in valore) erogate in Germania a favore di cittadini europei non residenti.

In un'ottica di crescita della mobilità e quindi del relativo onere, l'assenza di simmetria nei flussi migratori testimonia la necessità di assegnare ad un livello di governo più alto la responsabilità di gestire la mobilità anche nella sua dimensione finanziaria²¹. Non solo, essa esprime l'esistenza di squilibri tra sistemi territoriali di offerta, che rischiano di minare le fondamenta stesse del modello sociale europeo.

Tali considerazioni evidenziano come la mobilità si ponga nell'attuale fase storica alle radici stesse del processo di integrazione dei sistemi socio-economici europei; per tale ragione, la Commissione nel quadro della Strategia politica annuale per il 2007 ha avviato una riflessione finalizzata alla definizione di un quadro giuridico comunitario che garantisca ai cittadini europei la certezza del diritto ai servizi sanitari sul territorio europeo²²; obiettivo della Commissione è quello di giungere ad una Direttiva che definisca un assetto giuridico che, da un lato, rispetti le competenze degli Stati membri nella organizzazione dei sistemi sanitari nazionali e, dall'altro, rispetti quanto sancito da parte della Corte di Giustizia Europea. Inspirandosi al principio di sussidiarietà, la Commissione in particolare evidenzia quale pilastro della sua futura azione la promozione della cooperazione tra Stati nei settori in cui un'azione a livello europeo apporti un valore aggiunto alle iniziative sanitarie nazionali (Commissione Europea, 2006).

Allo scopo di definire un quadro giuridico condiviso, la Commissione ha avviato in questo quadro un processo di consultazione di tutti i soggetti coinvolti nel fenomeno delle cure transfrontaliere; in particolare la Commissione specifica che le cure transfrontaliere comprendono:

1. le prestazioni transfrontaliere di servizi (fornitura di un servizio dal territorio di uno Stato membro a quello di un altro Stato membro); rientrano in questa categoria i servizi di telemedicina, diagnosi e prescrizione a distanza, servizi di laboratorio;
2. le prestazioni di servizi all'estero (fornitura di un servizio a favore di un cittadino europeo da parte di un erogatore sito nel territorio di uno Stato membro diverso da quello di residenza), che costituiscono la cosiddetta mobilità sanitaria;
3. la presenza permanente in uno Stato membro di un fornitore di servizi proveniente da un diverso Stato membro;
4. la presenza temporanea di persone presso uno Stato membro (rientra in questa tipologia la mobilità dei professionisti).

²¹E' questo quanto suggerisce l'esperienza italiana, ove la mobilità dei pazienti tra regioni ha visto il coinvolgimento dello Stato centrale in fase di regolazione finanziaria, alla luce degli squilibri strutturali dei flussi migratori in attrazione e fuga tra le diverse regioni.

²²Tale decisione appare strettamente connessa anche alla esplicita esclusione del settore sanitario dal campo di applicazione della Direttiva sui servizi nel mercato interno (2006/123/CE).

Malgrado la mobilità sanitaria costituisca il fenomeno dalle dimensioni più ampie, la Commissione ha quindi deciso di non limitare il suo intervento ai servizi “transfrontalieri” attivati da parte della domanda, ma di estenderlo a tutte le modalità con cui l’integrazione tra sistemi sanitari può avere luogo.

Attraverso la consultazione, tutti i soggetti hanno avuto quindi l’opportunità di esprimere una posizione su diversi aspetti; l’obiettivo principale è quello di fare chiarezza sulla assegnazione delle diverse responsabilità coinvolte nella erogazione del servizio sanitario sul territorio europeo e, quindi, in ultima analisi di comprendere come il principio di sussidiarietà possa orientare la distribuzione delle responsabilità tra i diversi livelli di governo coinvolti.

La consultazione si articola in nove domande, attraverso le quali la Commissione mira a far luce sull’impatto generato dalle prestazioni transfrontaliere sui sistemi sanitari nazionali al fine di garantire il diritto alla salute a tutti i cittadini e la sostenibilità dei sistemi, nonché ad individuare le autorità competenti a garantire informazione, sicurezza e qualità delle prestazioni transfrontaliere. Infine, la consultazione mira ad evidenziare i più adeguati ambiti di intervento delle autorità europee e i relativi strumenti di azione; ciò anche allo scopo di comprendere quali tematiche debbano essere affidate ad un intervento normativo vincolante (ad esempio una direttiva) e quali invece debbano essere affrontate mediante strumenti di cooperazione volontaria.

A consultazione conclusa, e in attesa che la Commissione predisponga il testo della Direttiva, appare di particolare momento cogliere i principali elementi che scaturiscono dalle posizioni espresse dagli attori coinvolti. A questo riguardo, particolare attenzione verrà posta ai contenuti delle riflessioni elaborate dagli Stati membri²³, vale a dire degli attori che insieme alla Unione Europea appaiono chiamati a governare i processi in corso; l’analisi delle posizioni espresse dagli Stati permette infatti di cogliere l’*humus* culturale nel quale il futuro modello europeo della sanità prenderà forma.

E’ possibile a tale proposito evidenziare alcuni elementi comuni nelle posizioni espresse dagli Stati. Per coglierli opportuno appare distinguere tra i quindici paesi dell’Unione Europea che hanno partecipato a Maastricht e i paesi di recente adesione. Con riferimento al primo gruppo di Stati, due diversi approcci sembrano prevalere, a seconda che si faccia riferimento a sistemi *beveridgeani* o *bismarkiani*. La matrice culturale sembra infatti incidere in modo decisivo sull’orientamento dei diversi Stati rispetto al fenomeno della mobilità.

Più precisamente, è possibile evidenziare come i paesi *beveridgeani* in generale esprimano una maggiore preoccupazione nei confronti della

²³Dalla consultazione del sito dell’Unione Europea (http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm), ove sono pubblicate le risposte di tutti coloro (Stati, organizzazioni pubbliche e private, privati cittadini) che hanno aderito all’iniziativa, emerge come abbiano risposto alla sollecitazione della Commissione Europea tutti gli Stati membri, con l’aggiunta della Norvegia.

sostenibilità dei sistemi sanitari nazionali; la mobilità dei pazienti in Europa trova, secondo questa visione, un limite nella necessità di tutelare le esigenze assistenziali dei cittadini residenti, nonché nella necessità di garantire la sostenibilità finanziaria nel lungo periodo. Significativo appare al riguardo quanto espresso dal Regno Unito, che evidenzia come i benefici derivanti dalla mobilità in Europa debbano essere gestiti “in a way that is financially sustainable for the longer term” (UK Government, 2007, p. 2).

Malgrado i paesi siano sostanzialmente d'accordo circa il fatto che per le prestazioni transfrontaliere il paese di residenza non possa essere chiamato a rimborsare oltre il valore previsto dal proprio sistema di remunerazione²⁴, appaiono significative le preoccupazioni espresse da alcuni paesi, come Regno Unito e Spagna, circa la necessità di non introdurre meccanismi di incentivo economico alla mobilità dei pazienti verso altri paesi membri o alla attrazione di pazienti europei da parte di erogatori nazionali²⁵. In linea con questa impostazione può essere interpretata anche la posizione della Finlandia, che evidenzia quale priorità dell'azione comunitaria “to promote access to safe, high-quality and cost-effective health services as close to the patient as possible” (Finnish Government, 2007, p. 2).

Regno Unito e Spagna sottolineano inoltre l'opportunità di estendere il regime di autorizzazione necessario alle prestazioni transfrontaliere, vale a dire di elevare maggiori barriere alla mobilità. Se infatti in generale emerge una posizione in linea con la Commissione, che accetta l'interpretazione delle sentenze della Corte di Giustizia che, come già evidenziato, prevede un regime autorizzativo per le sole prestazioni ospedaliere²⁶, il Regno Unito ritiene che le sentenze debbano essere interpretate in senso più ampio, prevedendo l'obbligo di autorizzazione anche nel caso di alcune prestazioni non ospedaliere²⁷. La

²⁴Spicca a tale riguardo la posizione del Portogallo, che propone di definire l'ammontare del rimborso scegliendo il valore più basso tra il costo del paese ospitante e quello di residenza del cittadino, così da innescare meccanismi virtuosi di competizione tra i paesi (Ministério da Saúde, Portugal, 2007).

²⁵Afferma in particolare il Report del Regno Unito: “the principle of equity and solidarity need to be respected with regard to patient mobility, thereby avoiding the risk of creating a system whereby those EU citizens who can afford to pay for services up front can access health care services faster than those with greater needs” (UK Government, 2007, p. 3). Sulla stessa linea si colloca la Spagna che raccomanda che “the countries which provide the service should be reimbursed at cost and no more, otherwise there would be an incentive for providers to treat more foreign patients who would be more profitable. (...) Patients should not obtain any economic advantage from care in another country by, for example, avoiding patients' contributions, which would be an incentive to seek healthcare from other countries' health services” (Ministry of Health and Consumer Affairs, Spain, 2007, p. 7).

²⁶Anche se tutti i paesi evidenziano l'opportunità di fare chiarezza circa la distinzione tra prestazioni ospedaliere (per cui è necessaria l'autorizzazione) e prestazioni non ospedaliere (per cui non è necessaria l'autorizzazione).

²⁷Afferma infatti il Regno Unito “The Court has stated that prior authorisation systems were justified for ‘hospital’ services as they sought to ensure “sufficient and permanent accessibility to a balanced range of high-quality treatment in the State concerned”; (...)

Spagna propone, invece, un doppio regime di autorizzazione per le stesse cure ospedaliere, escludendo in primo luogo la possibilità che i pazienti possano di loro iniziativa rivolgersi a strutture di altri paesi membri²⁸ e prevedendo la richiesta di autorizzazione non solo al paese d'origine (su cui grava il costo della prestazione), ma anche al paese ospitante.

Ciò che emerge considerando tali posizioni è una sostanziale prudenza nei confronti della mobilità, simile a quella che nei paesi biverideagni si è registrata nella introduzione del principio della libertà di scelta nelle riforme adottate a partire dai primi anni '90 entro i confini nazionali. In questi paesi, tradizionalmente più centralizzati, i limiti alla libertà di scelta sono infatti per lo più connessi alle stesse esigenze di programmazione e di sostenibilità finanziaria, che emergono nel dibattito europeo.

I paesi bismarkiani, tradizionalmente fondati su assetti caratterizzati da un maggior grado di decentramento e pluralismo, appaiono invece già impegnati nella ricerca di soluzioni adeguate alla gestione della mobilità. D'altra parte questi paesi, anche per ragioni geografiche, sono da tempo coinvolti nella gestione della mobilità nelle aree di frontiera.

Gli assetti istituzionali tradizionalmente orientati alla sussidiarietà, così come la prossimità geografica, sembrano quindi avere contribuito alla creazione di un *humus* più favorevole alla mobilità rispetto ad altre realtà nazionali. Basti considerare come la Germania sottolinei di avere adattato già dal 2004 la normativa sanitaria alle sentenze della Corte di Giustizia Europea, riconoscendo nella normativa nazionale il diritto dei cittadini tedeschi ad ottenere prestazioni presso paesi membri diversi (con autorizzazione per le prestazioni ospedaliere e senza autorizzazione per le prestazioni non ospedaliere), nonché dando alle assicurazioni sociali la possibilità di stipulare contratti con erogatori europei non localizzati in Germania.

Significativo appare rispetto alle preoccupazioni espresse dai paesi biveridgeani che la Germania sottolinei la necessità di rendere chiaro al cittadino europeo che vuole accedere a servizi erogati in altri Stati membri che la quota di costo che supera l'ammontare del rimborso previsto dallo Stato di residenza è a suo carico (German Government, 2007).

Le preoccupazioni emerse in merito alla sostenibilità ed equità dei sistemi sanitari nazionali emergono comunque anche nelle posizioni espresse dai paesi di matrice bismarkiana. Belgio e Francia in particolare evidenziano il rischio che la mobilità in entrata possa compromettere il diritto dei cittadini residenti di accedere ai servizi sanitari; tale considerazione nasce dalla constatazione del forte afflusso di pazienti stranieri, che caratterizza questi paesi rispetto ad altre

We think that this justification applies equally to some services that are delivered in a 'non-hospital' setting, as they require no less planning, funding, or careful management than 'hospital services' (UK Government, 2007, p. 4).

²⁸Il Portogallo invece propone di considerare la possibilità che le regole sulla responsabilità finanziaria cambino a seconda che il paziente si muova sul territorio europeo di propria iniziativa o su indicazione del paese di residenza (Ministério da Saúde, Portugal, 2007).

realità europee e che con particolare riferimento al Belgio sembra avere prodotto un circuito d'offerta parallelo²⁹.

Le autorità del Belgio evidenziano in modo chiaro come il governo della mobilità sia connesso al più ampio tema della libertà di scelta affermando che « Il appartient aux Etats membres de faire un choix entre le libre choix et les aspirations d'un patient individuel, d'une part, et une éventuelle limitation de cette liberté en fonction de la volonté de garantir, à long terme, des soins de qualité à l'ensemble de la population, d'autre part » (Belgian Government, 2007, p. 8).

In questo quadro, il Belgio considera necessario inserire la mobilità europea nel contesto della programmazione sanitaria nazionale³⁰, sottolineando in tal modo il ruolo strategico degli Stati nazionali nel governo della mobilità. In particolare il Belgio raccomanda che agli Stati membri sia lasciata la libertà di decidere se limitare la mobilità alla capacità produttiva in eccesso rispetto alle esigenze nazionali e di prevedere un sistema che garantisca la priorità ai pazienti residenti³¹; chiede invece che sia vietato agli Stati membri di adottare sistemi di remunerazione differenziati per le cure dei pazienti residenti e quelle destinate ai pazienti non residenti in modo da evitare qualunque effetto distorsivo (Belgian Government, 2007).

La posizione del Belgio appare quindi favorevole alla mobilità e nel contempo alla valorizzazione del ruolo degli Stati nazionali nel governo della stessa.

Tratto comune ai paesi bismarkiani è quello di esprimere una posizione favorevole nei confronti della gestione bilaterale della mobilità, soprattutto per governare le problematiche connesse alla mobilità frontaliera.

Sono questi d'altra parte i paesi nei quali si sono sperimentati prima i vantaggi connessi alla stipula di accordi tra autorità deputate all'acquisto (assicurazioni sociali) ed erogatori appartenenti a paesi europei diversi (in genere confinanti) e dove, nell'ambito del metodo aperto di coordinamento, come già evidenziato, sono stati registrati i primi accordi-quadro, al fine di promuovere diverse forme di cooperazione in ambito sanitario (Rosenmöller, Mckee, Baeten, 2006).

Molto simili appaiono le posizioni dei paesi circa il futuro ruolo delle istituzioni europee; a fronte della ferma convinzione che debba essere garantita agli Stati membri la competenza assoluta in tema di organizzazione e finanziamento dei sistemi sanitari, essi ritengono che le istituzioni europee siano chiamate a

²⁹La Francia individua invece i seguenti rischi: quello di potenziare a spese della collettività nazionale una capacità produttiva che potrebbe divenire in alcuni periodi sovrabbondante e quello di danneggiare la distribuzione territoriale del servizio, nonché la qualità in specifiche aree del paese (Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne, 2007).

³⁰In particolare il documento belga afferma « Il faudrait éviter un scénario tel que : dès lors que le système sera confronté à une demande étrangère trop importante de soins, laquelle n'aura pas été incorporée dans la programmation effectuée sur la base des besoins belges, des listes d'attente apparaîtront et l'accessibilité ne pourra pas être assurée ». Belgian Government (2007), p. 3.

³¹E' questo un principio sostenuto dal Regno Unito, mentre Svezia e Grecia sottolineano che bisognerebbe dare priorità al paziente che versa nella situazione di maggior bisogno.

sostenere la cooperazione tra Stati nei campi nei quali l'intervento europeo può offrire elevato valore aggiunto, quali la promozione di centri europei di eccellenza, la standardizzazione e diffusione delle informazioni³² e la raccolta di dati epidemiologici e sanitari a scopo di ricerca. Da notare come alcuni paesi del Sud Europa (Italia e Spagna) abbiano auspicato un sostegno finanziario alla mobilità da parte della Commissione; in particolare, secondo l'Italia un "Fondo di solidarietà comunitario", destinato a sostenere i pazienti affetti da grave malattia che non trovano assistenza presso il loro paese e non possono sostenere le cure presso altri paesi, costituirebbe un importante segnale di rafforzamento della solidarietà europea (Italian Government, 2007).

La preoccupazione finanziaria costituisce d'altra parte uno degli elementi principali delle posizioni espresse dai paesi nuovi entranti; in particolare essi esprimono preoccupazione in merito al crescente fenomeno del turismo sanitario, connesso ai minori costi delle prestazioni sanitarie in questi paesi rispetto agli altri Stati europei. Il turismo sanitario rischia, secondo questi paesi, di minare la sostenibilità finanziaria dei sistemi, nonché l'equità dei sistemi a danno dei cittadini residenti.

L'azione comunitaria auspicata in questo contesto riguarda in particolare la promozione di sistemi di raccolta e comparazione di dati ed informazioni in merito allo stato di salute della popolazione e alle condizioni di erogazione delle prestazioni; ciò allo scopo di far emergere le differenze tra i sistemi degli Stati membri. La Polonia auspica a tale riguardo la costituzione di una "information bank", destinata a raccogliere a livello europeo informazioni standardizzate sulle condizioni quali-quantitative di specifici trattamenti (Polish Government, 2007).

L'analisi delle posizioni dei diversi Stati, seppur nella sua schematicità, evidenzia la consapevolezza degli Stati membri rispetto al fenomeno della mobilità e alla sua diffusione; malgrado essi dichiarino in modo comune che la mobilità ha allo stato attuale un impatto poco significativo a livello nazionale, evidente è la consapevolezza che si tratta di un fenomeno destinato a crescere e che richiede l'elaborazione di strumenti *ad hoc* che siano condivisi a livello nazionale e comunitario. E' questa dunque la sfida più importante che l'attuale fase storica pone alle istituzioni europee, quella di riuscire a fare sintesi delle diverse posizioni espresse, così da contribuire a forgiare un modello sociale ed economico che, nel rispetto del principio di sussidiarietà, riesca a coniugare in modo innovativo le diverse istanze di libertà e solidarietà espresse dalla società europea (Sen, 2006).

³²Al riguardo interessante appare la posizione italiana favorevole alla definizione di una cartella clinica europea; ciò soprattutto per garantire la continuità assistenziale ai cittadini europei, considerato requisito essenziale alla mobilità (Italian Government, 2007).

2.2 Una politica europea a sostegno di un sistema di offerta di dimensione europea: i centri di riferimento

Le considerazioni svolte in merito alla mobilità sanitaria europea testimoniano come gli Stati nazionali e l'Unione Europea stiano oggi affrontando il governo di un processo di integrazione che in sanità muove i suoi passi dal basso. Essi stanno cioè cercando di individuare gli strumenti (normativi e non) atti a gestire una domanda sempre più attenta e mobile.

Come già evidenziato, in una prospettiva di lungo termine il principale rischio connesso alla assenza di un governo della mobilità è che essa possa agire nella direzione di inasprire gli squilibri tra i sistemi di offerta nazionali; evidente è questo rischio quando si consideri il fenomeno del turismo sanitario, nei confronti del quale i paesi nuovi entranti manifestano forte preoccupazione. Malgrado, a causa dell'assenza di informazioni esaustive, non sia possibile apprezzare compiutamente le ragioni della mobilità (mobilità della popolazione, ricerca di centri di eccellenza, eccessive liste d'attesa nel paese d'origine), si può ritenere che tale rischio sussista anche in altri paesi, ove spesso si sperimenta la fuga di pazienti verso altri paesi per specifiche famiglie di patologie e/o prestazioni.

Una politica sanitaria che riesca ad evitare tali esasperazioni e concepisca la mobilità quale strumento a favore della promozione della salute di tutti i cittadini europei, deve quindi agire anche dal lato dell'offerta.

E' in questo contesto che, nella logica di chi scrive, si inseriscono le iniziative che il Gruppo di alto livello sui servizi sanitari ha intrapreso a favore della creazione di network europei di centri di riferimento, vale a dire di poli europei di eccellenza specializzati in specifiche patologie e/o trattamenti.

Quello della ricerca è certamente un ambito nel quale, in armonia con il principio di sussidiarietà, le istituzioni europee possono offrire il più alto valore aggiunto. Significative sono al riguardo le parole del Gruppo, il quale ritiene che gli "European centres of reference could provide healthcare services to patients who have conditions requiring a particular concentration of resources or expertise in order to provide high quality and cost-effective care, and could also be focal points for medical training and research, information dissemination and evaluation" (High Level Group on Health Services on Medical Care, 2003, p. 9). La dimensione europea di queste iniziative viene vista quindi come una opportunità per consentire la concentrazione di risorse immateriali, materiali e finanziarie, nonché la condivisione di informazioni e conoscenze utili per affrontare lo studio e il trattamento di specifiche patologie.

Tale azione appare d'altra parte in linea con la stessa Strategia di Lisbona, che vede nel potenziamento della conoscenza le più ampie prospettive di sviluppo dell'economia europea, nonché con le iniziative che le istituzioni

europee hanno recentemente promosso al fine di sostenere la ricerca scientifica europea³³.

In questo quadro, il Gruppo ha affidato ad un working group (High Level Working Group on ECR), presieduto dalla Francia, l'avvio di un processo di riflessione congiunta sulla opportunità di sviluppare una cooperazione su questa tematica, in particolare attraverso la designazione, l'organizzazione e lo sviluppo di centri europei di riferimento.

Il gruppo di lavoro ha quindi evidenziato una serie di principi cui orientare la propria azione in questo ambito.

In particolare, esso ha valorizzato il potenziale ruolo dei centri di riferimento europei nel campo delle malattie rare e di tutte quelle condizioni che richiedono cure specializzate e la concentrazione di elevati volumi di pazienti, sottolineando in particolare il contributo in termini di innovazione e progresso che gli stessi sono chiamati a dare alla sanità europea; coerentemente, il gruppo ha incluso nella definizione dei criteri che devono orientare la istituzione dei centri, sia aspetti quantitativi (quali un volume minimo di attività e la capacità di accogliere pazienti provenienti dal territorio europeo) che aspetti di tipo qualitativo, quali la capacità di aggregare team multidisciplinari in una logica di gestione patient-centred, l'elevato livello di conoscenza ed esperienza, il forte impegno nella attività di ricerca, l'orientamento alla qualità.

Sulla base di tali considerazioni, il gruppo ha deciso di avviare la riflessione sulla definizione di network di centri europei di riferimento nel campo delle malattie rare. La ricerca e la cura delle malattie rare costituiscono un campo in cui certamente il principio di sussidiarietà suggerisce di coinvolgere il livello decisionale più alto e ciò giustifica ampiamente la scelta di avviare proprio in questo campo la riflessione.

Il respiro europeo dell'iniziativa appare evidente considerando come nella logica del gruppo di lavoro la definizione di centri di riferimento debba riflettere la effettiva necessità di organizzare servizi e conoscenze in modo diffuso sul territorio europeo; il riferimento ai bisogni e quindi alla domanda dei cittadini europei è d'altra parte evidente considerando anche come i centri di riferimento europei siano concepiti quale opportunità per garantire una adeguata mobilità dei fattori produttivi (professionisti, informazioni, etc.), piuttosto che dei pazienti (High Level Group on Health Services and Medical Care, 2005).

In questa prospettiva, lo sviluppo e il potenziamento di centri europei di ricerca e cura rappresentano una strategia di azione dal lato dell'offerta destinata a contribuire al governo della mobilità e quindi della domanda sull'intero territorio europeo.

L'esperienza nel campo delle malattie rare è, infatti, concepita come un laboratorio in cui sperimentare soluzioni utili anche per altri campi della medicina. Ciò emerge considerando come il gruppo, pur sottolineando l'opportunità di un accordo europeo sugli ambiti di intervento (in termini di patologie, tecnologie e

³³Si pensi in particolare all'impegno finanziario connesso al Settimo Programma Quadro sulla Ricerca e Sviluppo, nonché alla istituzione dell'European Research Council prevista dallo stesso. Si vedano al riguardo Lieberherr (2007) e Velo (2006).

tecniche), abbia già individuato tra le future aree prioritarie l'innovazione tecnologica e terapeutica.

Con riferimento alle malattie rare, il gruppo di lavoro ha quindi affidato alla Task Force on Rare Diseases della Direzione Generale Health & Consumer Protection, in qualità di expert group, l'avvio di una prima fase di studio, nella quale procedere a valutare l'impatto dei principi e criteri individuati, nonché ad una prima ricognizione dei centri di riferimento per le malattie rare attualmente esistenti nel contesto europeo a livello nazionale; l'obiettivo è quello di offrire un primo quadro dello stato dell'arte ed un primo riscontro degli orientamenti emersi nella riflessione europea.

Il quadro che emerge da questa prima fase di lavoro appare molto eterogeneo, sia in termini normativi che in termini organizzativi. Non esiste infatti nei diversi Stati una definizione comune di centro di riferimento, né omogeneità in termini di dimensione e/o organizzazione dei centri.

Malgrado ciò, i primi risultati appaiono significativi ed evidenziano come l'iniziativa sulle malattie rare appaia destinata a produrre un forte impatto, in primo luogo sulla futura struttura dell'offerta a livello europeo; ciò sia in termini di numero di punti di offerta che in termini di distribuzione sul territorio. Basti pensare come l'expert group abbia calcolato che per la popolazione europea, composta da 450 milioni di cittadini, di cui una quota compresa tra i 24 e i 36 milioni affetta da malattie rare, sarebbero necessari 800 Centri europei di riferimento per le malattie rare. A tale riguardo, appare significativo notare ancora una volta come l'azione dal lato dell'offerta appaia concepita anche in funzione delle esigenze di governo della domanda. Significative sono le parole utilizzate a tale proposito: "It is very important not to restrict overly the number of Centres of Reference (CR) to avoid pushing the patients to consult abroad when this is unnecessary" (Expert Group of the Rare Diseases Task Force, 2005, p. 3).

In questo contesto, il primo obiettivo di breve termine è quello di giungere alla definizione di un quadro di riferimento comune, attraverso una definizione condivisa di Centro Europeo di Riferimento, nonché delle procedure e dei requisiti per il relativo riconoscimento.

Nel più lungo termine, invece, l'azione europea appare destinata a produrre un impatto molto più ampio. Significative sono al riguardo le parole dell'expert group, il quale ritiene che gli "European centres of reference can help to foster research activities and to keep Europe at the forefront of medical developments, to facilitate medical education and training, and can help to foster a sense of common European citizenship and solidarity" (Expert Group of the Rare Diseases Task Force, 2005, p. 7).

In questa prospettiva, i centri europei di riferimento sono chiamati a svolgere un ruolo politico-culturale di primo piano nell'attuale fase del processo di integrazione europea, non solo contribuendo all'avanzamento del progresso scientifico e quindi al benessere della popolazione europea, ma anche promuovendo le condizioni per la diffusione, a partire dalla sanità, di una vera cittadinanza europea.

3. Conclusioni: verso la definizione di una governance europea in sanità

Nell'attuale fase storica i paesi dell'Unione Europea si stanno confrontando con l'avvio di una nuova fase del processo di integrazione. In un ordine ispirato alla sussidiarietà, le istituzioni nazionali ed europee sono oggi alla ricerca di un modello di governance politico-economica coerente con le nuove istanze della società europea.

In questo quadro, la sanità costituisce un settore economico che può contribuire in modo rilevante ad orientare tale processo.

La centralità del settore sanitario appare connessa all'importanza che esso assume nelle economie mature. A fronte del progressivo processo di maturazione della popolazione europea, il sistema sanitario, infatti, è chiamato a soddisfare aspettative sociali sempre più complesse ed articolate. Accanto al forte impatto sociale del settore sanitario, non si può trascurare come a livello economico-industriale la sanità possa svolgere una funzione di traino dei sistemi economici. Basti considerare al riguardo come questo costituisca un settore *science-based*, a forte contenuto di conoscenza ed innovazione, che richiede, a fronte di elevati tassi di rischio, importanti investimenti di risorse (materiali, immateriali e finanziarie) in ricerca scientifica.

Nel quadro del processo di costruzione della nuova governance economica europea, la sanità può allora costituire un laboratorio istituzionale di primario interesse.

Le evidenze emerse con riferimento al fenomeno della mobilità testimoniano infatti che, pur con diversa intensità nei diversi contesti nazionali, un processo di integrazione socio-economica è in atto e richiede di essere governato dall'alto. L'evoluzione della domanda sanitaria offre in questa prospettiva alle istituzioni europee l'opportunità di valorizzare le responsabilità politiche del più alto livello di governo in Europa.

La consultazione testimonia che tale processo si trova ormai in fase avanzata e attende di trovare una sistematizzazione formale. Si tratta, d'altra parte, di una iniziativa urgente, dal momento che la sanità costituisce l'ultimo settore rimasto al di fuori della disciplina del mercato unico ed è soggetta a forti pressioni, per effetto di un processo di globalizzazione che interessa sempre più la componente immateriale delle attività economiche.

A livello europeo, tali considerazioni testimoniano la necessità di avviare una vera e propria politica industriale nel settore sanitario, che sappia affrontare le recenti e rapide evoluzioni della domanda attraverso un'adeguata politica dell'offerta. In questa direzione si muovono gli interventi della Commissione Europea nel quadro del finanziamento europeo alla ricerca e sviluppo e del progetto di istituzione di Centri europei di riferimento nel campo delle malattie rare; quest'ultimo costituisce certamente un primo ambito in cui sperimentare nuove modalità di valorizzazione del ruolo delle istituzioni europee in un ordine fondato sulla sussidiarietà.

Si tratta di vedere se le istituzioni europee sapranno raccogliere la sfida culturale che il settore sanitario propone loro, vale a dire quella di sviluppare

capacità politiche e soluzioni operative in grado di orientare il processo di integrazione verso un ordine politico-economico che, nella logica della sussidiarietà, sappia valorizzare il contributo del livello di governo europeo al progresso della società europea.

Bibliografia

- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (2002), "L'accreditamento delle strutture dei servizi sanitari", *Monitor*, n. 2.
- Baeten R. (2002), "Mobilité des patients et reponses politiques de l'UE", *Revue belge de sécurité sociale*, IV trimestre, pp. 871-887
- Barile S. (a cura di) (2006), *L'impresa come sistema. Contributi sull'Approccio Sistemico Vitale (ASV)*, Giappichelli, Torino.
- Baromètre Cercle Santé EuropAssistance (2007), *Le soins de santé en Europe: un modèle d'efficacité et de solidarité ?*, Paris.
- Belgian Government (2007), *Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé Communication de la Commission du 26 septembre 2006. Réponse de la Belgique*, 31 January 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Bourrinet J. et D. Nazet-Allouche (sous la direction) (2002), *Union européenne et protection sociale*, La Documentation Française.
- Beck U. (2003), *La società cosmopolita*, Il Mulino, Bologna.
- Brenna A. (1999), *Manuale di economia sanitaria*, CIS Editore, Milano.
- Bruzzi S. (1997), *Finanziamento e gestione delle aziende ospedaliere*, Giuffrè Editore, Milano.
- Bruzzi S. (2006), *La gestione dell'azienda sanitaria. Innovazione e scelte strategiche per un nuovo contesto competitivo*, Giuffrè Editore, Milano.
- Bruzzi S., E. Pavione, F. Velo (2003), *La riforma dei sistemi di welfare in Europa: il ruolo del settore assicurativo nel finanziamento dell'assistenza sanitaria*, Quaderni Assoprevidenza, n. 10.
- Cafferata R. (1994), "Imprese pubbliche, tutela del mercato e della concorrenza, integrazione europea", *Azienda pubblica*, n. 2, pp. 197-221.
- Caselli L. (a cura di) (1995), *Una buona società in cui vivere*, Studium, Roma.
- Caselli L. (1997), "Processi di globalizzazione e democrazia economica", *Economia e politica industriale*, n. 94, pp. 39-46.
- Caselli L. et al. (1999), *Umanizzare l'economia*, Cacucci Editore, Bari.
- Caselli L. (2006), "L'impresa soggetto e strumento del bene comune", *Impresa Progetto*, n. 1, disponibile all'indirizzo www.impresaprogetto.it.

- Commission Staff Working Paper (2003), *Report on the Application of Internal Market Rules to Health Services: Implementation by the Member States of the Court's Jurisprudence*, 20 luglio 2003, SEC(2003) 900.
- Commissione Europea (2004), Comunicazione della Commissione, *Seguito del processo di riflessione di alto livello sulla mobilità dei pazienti e sugli sviluppi dell'assistenza sanitaria nell'Unione europea*, 20 aprile 2004, COM (2004) 301 definitivo.
- Commissione Europea (2006), *Consultazione relativa ad un'azione comunitaria nel settore dei servizi sanitari*, 26 settembre 2006, SEC(2006) 1195/4.
- Dirindin N. (2003), *Cooperazione e competizione nel servizio sanitario*, il Mulino, Bologna.
- Di Stanislao F. e C. Liva (1998), *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro Scientifico Editore, Torino.
- European Commission (2004), Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, *Modernising Social Protection for the Development of High-quality, Accessible and Sustainable Health Care and Long-term Care: Support for the National Strategies Using the "Open Method of Coordination"*, 20 aprile 2004, COM (2004) 304 def.
- Expert Group of the Rare Diseases Task Force (2005), *Overview of current Centres of Reference on Rare Diseases in the EU*, Report from an Expert Group of the Rare Diseases Task Force to the High Level Group on Health Services and Medical Care, September 2005, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/high_level_wg_001_en.pdf.
- Finnish Government, *Commission Communication on consultation regarding Community action on health services: Response of the Finnish Government*, 31 January 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Gautron J.-C. (2006), «L'échec de la Constitution européenne en France», *The European Union Review*, Vol. 11, n. 1.
- German Government, *Answer from the German Federal Government in Co-operation with the Länder on the Commission Communication on Community Action on Health Services*, 31 January 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Golinelli G.M. (2000), *L'approccio sistemico al governo dell'impresa*, Cedam, Padova.
- Gröne O. and M. Garcia-Barbero (2001), "Integrated Care. A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services", *International Journal of Integrated Care*, 1 June 2001, disponibile su <http://www.ijic.org>.

- High Level Group on Health Services and Medical Care (2003), *Report from the High Level Group to Employment, Social Affairs, Health and Consumer Protection Council on 6-7 December 2004*, 30 novembre 2003, HLG/2004/21 Final.
- High Level Group on Health Services and Medical Care (2005), *Work of the High Level Group on Health Services and Medical Care during 2005*, 18 November 2005, HLG/2005/16.
- High Level Group on Health Services and Medical Care (2006), *Report on the Work of the High Level Group in 2006*, European Commission, 10 October 2006, HLG/2006/8 final.
- High Level Group on Health Services and Medical Care (2006), *Summary Paper on Common Principles of Care, from the Mapping Exercise of the High Level Group on Health Care Services 2006*, European Commission, 3 November 2006.
- Holman H. and K. Lorig (2004), "Patient Self-Management: A Key to Effectiveness and Efficiency in Care of Chronic Disease", *Public Health Report*, May-June, Vol. 119, pp. 239-243.
- Italian Government, *Posizione dell'Italia nel merito della consultazione della Commissione europea sulla Direttiva sui servizi sanitari*, 31 gennaio 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Leichsenring K. and A.M. Alaszewki (eds.) (2004), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake*, Ashgate.
- Lepido-Quigley H., I. Glinos, R. Baeten, M. McKee (2007), "Patient Mobility in the European Union", *BMJ*, 334, pp. 188-190.
- Lieberherr J.G. (2007), *Une politique européenne pour le médicament. Les entreprises pharmaceutiques européennes et l'Union économique: quelle politique européenne pour le secteur pharmaceutique*, in D. Velo (a cura di), *L'Europa dei progetti. Impresa, innovazione, sviluppo*, Giuffrè Editore, Milano, pp. 338-389.
- Marhold F. (2005), "The Interaction between European Economic Law, Fundamental Freedoms and Social Security", *The European Union Review*, Vol. 10, n. 1, pp. 45-55.
- Martini C.M. (2000), "L'etica dello stato sociale", *Prospettive sociali e sanitarie*, n. 1, pp. 2-6.
- Mele R. (1993), *Strategie e politiche di marketing delle imprese di pubblici servizi*, Cedam, Padova.
- Metallo G. (a cura di) (1997), *Il supporto informativo per l'impresa orientata al marketing. Tecniche e casi aziendali di posizionamento*, Giappichelli, Torino.
- Ministério da Saúde, Portugal (2007), *Response from Portugal to the Commission Consultation on Community Action on Health Services*, 9 February 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm

- Ministry of Health and Consumer Affairs, Spain (2007), *Response from the Spanish Ministry of Health and Consumer Affairs to the European Commission's consultation on Community action on health services*, 31 January 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm
- Mossialos E. and M. McKee (eds.) (2002), *EU Law and the Social Character of Health Care*, PIE Peter Lang.
- Pavione E. (2001), *Il sistema sanitario olandese: struttura e innovazione organizzativa*, Quaderni del Centro di Economia Sanitaria, Università degli Studi di Pavia, Pavia.
- Pelissero G. and D. Velo (eds.) (2002), *Competition in Health Systems, in Italy, in the European Union, in the World*, AIOP.
- Polish Government, *Polish Position on the Communication from the Commission of 26 September 2006/SEC (2006)1195/4 Consultation regarding Community action on health services*, 9 February 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Représentation permanente de la France auprès de l'Union Européenne (2007), *Consultation concernant une action communautaire dans le domaine des services de santé. Réponse de la France*, 2 avril 2007, http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/results_open_consultation_en.htm.
- Rosenmöller M., M. McKee, R. Baeten (eds.) (2006), *Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience*, World Health Organisation.
- Rossi G. (a cura di) (2006), *L'impresa europea di interesse generale*, Quaderni della Rivista Servizi Pubblici e Appalti, n. 2.
- Saraceno P. (1959), *Iniziativa privata e azione pubblica nei piani di sviluppo economico*, Giuffrè Editore, Milano.
- Schulte B. (2001), "Droit social européen", *Revue belge de sécurité sociale*, IV trimestre, pp. 661-705.
- Sciarelli S. (2001), *Economia e gestione dell'impresa*, Cedam, Padova.
- Sen A. (2006), *Scelta, benessere, equità*, il Mulino, Bologna.
- Usai G. e D. Velo (1995), "I sistemi locali nell'Europa comunitaria", *Sinergie*, n. 36-37, pp. 83-94.
- Velo D. (1999), "Le prospettive in Italia ed in Europa per la sussidiarietà", *Nonprofit*, n. 4, pp. 659-667.
- Velo D. (2001), "The Third System, Economic Ethics and Subsidiarity", *The European Union Review*, Vol. 6, n. 1.
- Velo D. (2007), *L'Europa dei progetti. Impresa, innovazione, sviluppo*, Giuffrè Editore, Milano.
- Velo D. and S. Bruzzi (2004), "Health Care Systems in a Changing Society and a Changing State: Rationalisation vs. Innovation", *The European Union Review*, Vol. 9, n. 2/3, pp. 7-24.
- Velo F. (2006), "Le prospettive di un mercato unico sanitario europeo", *Management e Organizzazione Sanitaria*, n. 1.

Silvia Bruzzi

Il settore sanitario di fronte alle sfide del processo di integrazione economica europea
Impresa Progetto – Rivista on line del DITEA, n. 1, 2007

Zamagni S. (2000), "Per un diverso stato sociale", *Dossier Europa*, n. 26, pp. 35-37.

Silvia Bruzzi

Professore Associato di Economia e Gestione delle Imprese

Facoltà di Farmacia

Università degli Studi di Salerno

Via Ponte Don Melillo

84084 Fisciano (SA)

e-mail: sbruzzi @ unisa.it