

Gino Gumirato, quarantacinque anni, padovano. Dal 1993 inizia la carriera di dirigente sanitario con incarichi sia nel pubblico che nel privato su quasi tutto il territorio nazionale. Fino al dicembre del 2008 è stato Direttore generale della Asl 8 di Cagliari, la più grande della Sardegna, con il compito di risanarne i conti. Qui fa adottare un nuovo sistema di controllo delle risorse che ha vinto un premio della London School of Economics. Il suo rapporto con gli USA sembra già segnato dai tempi della laurea (alla quale sono seguiti importanti master in economia e management), quando, nel corso di uno stage partecipa alla fusione di due importanti ospedali newyorkesi. Nel gennaio 2009 è designato membro della Commissione di esperti, voluta da Obama, per la stesura delle Linee Guida per la riforma sanitaria. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche, Gumirato è uno dei massimi esperti internazionali di management dei sistemi sanitari e, da marzo 2010, è anche Consulente della Commissione Sanità del Senato. Sposato, con due figlie, ha assunto dal 5 gennaio 2011 l'incarico di Direttore Amministrativo della Asl di Modena.

Editoriale

Salute, punto dolente dei bilanci regionali e teatro di scontro aperto sul federalismo tra il Governo e le Regioni. Il 2010 è stato un anno fondamentale per la salute che ha visto l'approvazione dei decreti attuativi del federalismo sanitario, anche se questo profondo cambiamento mostra contenuti più legati all'aspetto economico e politico e meno a quello sanitario. Eppure argomento che tocca personalmente ognuno di noi e per il quale tutti credono di avere la soluzione a portata di mano. Forse qualcuno ce l'ha davvero. Magari non la soluzione, ma almeno un'idea chiara sulla strada da percorrere per iniziare a risanare un sistema troppo spesso scosso da scandali e che nel passato ha elargito troppo a tutti. Parliamo del dr. Gino Gumirato, esperto e studioso di management sanitario - ovvero della traduzione operativa delle scelte di politica sanitaria - , che della sua esperienza sul campo ha fatto motivo di studio e di innovazione. Tanto da essere chiamato dal Presidente Barack Obama come uno dei 10 esperti della Commissione per le Linee Guida della Riforma Sanitaria Americana. Proprio nel momento più difficile per l'applicazione di questa Riforma, Gumirato ci racconta della sua importante esperienza, della situazione attuale del sistema americano e delle lezioni che si possono apprendere dalla Riforma, venga applicata o meno. Eppure la crisi socio-economica ci porta a guardare alla sanità come risorsa di economia concreta, valore reale, possibile volano della nuova crescita, anche perché settore anticiclico per eccellenza. Questa visione della sanità pubblica come elemento della crescita economica è da tempo al centro di molte analisi, ma spesso risulta estranea al pensiero di molti, che la interpretano per lo più come fonte di spesa corrente e quindi di deficit. Come rispondere a questa sfida? La domanda di sanità è inesauribile. Gumirato propone la nascita di una *governance* che superi il modello dell'*offerta che determina la domanda* ed approda alla capacità di capire il consumo di servizi sanitari: un consumo che invece oggi è profondamente spinto dal sistema dell'*offerta* ed estremamente eterogeneo anche in aree geografiche simili.

Mariella Palazzolo

Gino Gumirato. Un italiano alla corte di Obama.

Telos: Riforma Sanitaria del Presidente Obama, una rivoluzione per il sistema sanitario USA. Ci racconta la sua esperienza?

Gino Gumirato: Il 23 marzo 2010 gli Stati Uniti d'America hanno varato la Riforma Sanitaria, denominata *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA, Public Law 111-148). Nasceva da due grandi necessità: ripristinare l'equità di accesso alle cure sanitarie per milioni di cittadini, ridurre il trend di aumento dei costi divenuto insostenibile per le famiglie, le imprese ed il Governo americano. Da gennaio 2009 ad agosto 2010 ho avuto l'onore ed il piacere di prendere parte ai lavori della Commissione installata presso l'*Office of Management and Budget*, l'organo esecutivo del Presidente che aveva il compito di definire le linee guida della Riforma e calcolarne l'impatto economico nelle diverse versioni emendate dal Congresso. La Commissione ha incontrato il Presidente Barack Obama più volte: molto spesso nei primi quattro mesi del 2009, con incontri più diradati per alcuni mesi, fino al periodo iniziale del 2010 (gennaio - marzo) durante il quale il Presidente incontrava il leader del team, Peter Orszag ed alcuni suoi collaboratori, praticamente tutti i giorni. Personalmente, intimamente, ho avuto la certezza che la Riforma *sarebbe passata* dopo aver sentito la forza indomabile delle parole del Presidente alla George Mason University (Stato della Virginia, 19 marzo 2010): un discorso storico per gli Stati Uniti, l'inizio dell'influenza concettuale sulla revisione del modello di welfare a livello planetario.

Le ultime notizie che ci giungono dagli USA però stanno sollevando perplessità sull'applicazione della Riforma.

Purtroppo è vero. La storia più recente, anzi la cronaca, sembra palesare importanti dubbi sia sull'applicazione della Riforma nei diversi Stati se non, addirittura, su un suo mantenimento in vita. Non ha perso occasione il neo Speaker della Camera americana, John Boehner, per lanciare i suoi anatemi sul *ricorso alla Corte Costituzionale* oppure sulla *cancellazione della Riforma in tutti gli Stati governati da Repubblicani*: un tentativo forte, spesso riuscito, di conquistare la *pancia* del popolo americano attraverso una mistificazione che trae forza dall'uso distorto dei media.

Mistificazione. Perché? Quali erano le maggiori criticità del sistema che Obama intende riformare?

Mistificazione perché il più grande mercato sanitario del mondo, che costa il 16-17% del PIL contro il 9-10% del PIL della stragrande maggioranza dei Paesi OCSE,



Per cercare di migliorare il Sistema Sanitario Nazionale bisogna affrontare con la giusta determinazione fattori critici come la drastica e pervasiva riduzione dei ricoveri per acuti, la chiusura-rimodulazione di centinaia di ospedali con la costruzione di qualche decina di nuovi, l'analisi del profilo di consumo dei singoli cittadini su dati certi nella rete acuti-comunità, una nuova regolamentazione del rapporto pubblico - privato e la ridefinizione della missione delle università e della ricerca scientifica.

era molto *malato*. Circa 46 milioni di cittadini erano *non assicurati* ed ulteriori 25,2 milioni *sotto-assicurati*: 71,2 milioni di cittadini (su 290), godevano di nulla o precaria assistenza sanitaria. Le Compagnie assicuratrici erano libere di risolvere i contratti con i propri clienti quando si ammalavano di malattie gravi e/o croniche -quindi costose- e comunque in qualsiasi momento in cui ritenessero *non più conveniente* il loro rapporto. Sempre sulla base delle cosiddette *preexisting conditions* le assicurazioni erano in grado di negare l'accesso a cure o dispositivi che, in definitiva, considerassero troppo costosi. I dati ufficiali dicono che l'aspettativa di vita negli Stati Uniti è più bassa che in Italia, Giappone, Francia, Canada e Regno Unito ed è comunque diversa a seconda del genere: le donne afro-americane hanno un'aspettativa di vita di 76,3 anni, più bassa delle donne bianche (80,8) e di tutte le altre donne (80,4). Gli uomini afro-americani hanno un'aspettativa di vita di 69,5 anni, mentre gli uomini bianchi di 75,7 e gli altri uomini di 75,2. Iniquità di accesso, alti costi, discriminazioni di genere, dati epidemiologici sconcertanti si accompagnavano inoltre alla crescente difficoltà del mondo produttivo, in particolare di milioni di piccole imprese: circa l'80% del PIL americano è infatti prodotto dalle piccole imprese (considerando tali le imprese con meno di 50 dipendenti) e proprio queste aziende si sono viste negli anni costrette a pagare costi assicurativi per i propri dipendenti sempre più elevati. Per la stessa copertura assicurativa un'azienda piccola pagava fino al 30% in più, *pro capite*, di un'azienda grande (con più di 50 dipendenti): maggiori costi nella propria azienda derivante da costi assicurativi per i dipendenti, erano diventati per il piccolo imprenditore un gap ormai insostenibile nel mercato mondializzato.

Oggi quindi non sappiamo ancora come andrà a finire. Almeno una lezione la riforma americana ce l'ha lasciata?

La prima grande lezione proveniente dalla riforma americana è dunque quella relativa alla *revisione del modello di libero mercato in sanità*. Gli assiomi secondo i quali 1) il libero mercato in sanità, 2) l'assoluta libertà di scelta dei singoli cittadini, 3) la totale indipendenza del soggetto che produce i servizi dal *soggetto che li sceglie*, determinano il fallimento o il successo del singolo ospedale e ciò determina il successo o il fallimento dell'intero sistema, è un teorema smontato pezzo per pezzo. Questo modello è fallito negli Stati Uniti (ma anche in altre parti del mondo) per un motivo abbastanza semplice: la domanda di servizi sanitari è straordinariamente elastica, e quindi qualsiasi quantità di servizi sanitari venga immessa nel mercato viene certamente consumata. I singoli soggetti erogatori tendono a massimizzare la loro produzione, incuranti sia dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure che della loro integrazione: costi straordinariamente alti (il doppio che nei Paesi europei), moltiplicazione incontrollata delle quantità, esclusione dalle cure di milioni di persone, imprese non più in grado di reggere i costi assicurativi, deficit dello Stato Federale. Cina, India, Russia, Indonesia, Arabia Saudita e molti altri Paesi nel mondo stanno discutendo di questa lezione americana. Ciò non significa ovviamente che tutti loro vogliano un sistema sanitario pubblico come noi lo conosciamo, ma certamente hanno preso atto della profondità di alcuni ragionamenti: 1) la copertura universale della popolazione non si traduce di per sé in maggiori costi, 2) un sistema sanitario del Paese, sia esso pubblico, privato o misto, ha necessità di regolamentazione e governance pubbliche forti, 3) la salute affidata ai soli ospedali per acuti non migliora i dati epidemiologici, anzi li peggiora e con loro peggiorano i costi, 4) le riforme si fanno con investimenti (enormi investimenti) subito e traendone risultati nel medio-lungo periodo, 5) la crisi economica di un Paese e la crisi di efficienza - efficacia della sanità sono unite nello stesso destino.

Per il sistema italiano, oggi in costante discussione e cambiamento, c'è qualche motivo di riflessione?

In tema di investimenti e di efficienza ed efficacia nel lungo periodo, si trova forse la seconda lezione americana, che potrebbe essere utile anche in Italia. Chiunque si illuda che il federalismo sanitario ed i costi standard, da soli, consentano di affrontare le difficoltà del futuro, a mio avviso si sbaglia. Non affrontare con la giusta determinazione fattori critici come a) la drastica e pervasiva riduzione dei ricoveri per acuti, b) la chiusura-rimodulazione di centinaia di ospedali con la preordinata costruzione di qualche decina di nuovi, c) l'analisi del profilo di consumo dei singoli cittadini su dati certi nella rete acuti-comunità, d) una nuova regolamentazione del rapporto pubblico - privato, e) la ridefinizione della missione delle università e della ricerca scientifica, solo per fare alcuni esempi, potrebbe portare ad un errato rapporto tra la salute delle persone e la salute del Paese.