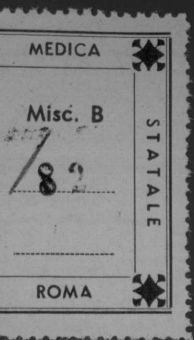




ASPETTI DELL'ORGANIZZAZIONE OLANDESE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Discorso del Dott. L.B.J. Stuyt, Ministro olandese della
Sanità e dell'Igiene dell'ambiente a Roma il 1^o Dicembre 1972.



R. 20/31

ASPETTI DELL'ORGANIZZAZIONE OLANDESE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Discorso del Dott. L.B.J. Stuyt, Ministro olandese della
Sanità e dell'Igiene dell'ambiente a Roma il 1 Dicembre 1972.





In questo mio discorso, cercherò d'illustrare in grandi linee l'organizzazione della Sanità in Olanda ed il suo funzionamento. Come punto di partenza, prenderò l'uomo della strada, sano o ammalato, usufruente dei servizi sanitari, ed analizzerò le misure che saranno prese, da lui stesso o dall'autorità, affinché egli possa ricevere le prestazioni sanitarie. Parlerò quindi dei servizi medici a disposizione della popolazione e del modo nel quale essi vengono resi.

In seguito, cercherò di dare un'idea del costo dell'assistenza sanitaria e di come avviene il finanziamento.

Siccome non è solamente una questione di mezzi finanziari, ma anche di personale, parlerò del reclutamento del personale sanitario e di come ^{esso} viene formato. A questo scopo, la cosa più importante è costituita dalle possibilità, materiali e tecniche, che ci permettono di avere a disposizione i mezzi derivanti dal rapido sviluppo della scienza medica.

Infine, vorrei dedicare una parte del mio discorso ai risultati ottenuti dall'organizzazione sanitaria ed espressi nello stato di salute della popolazione olandese, accennando anche ai nuovi problemi di ordine sanitario che si presentano in una nazione altamente industrializzata.

Basi dell'organizzazione sanitaria

Non è la mia intenzione di fare una lunga introduzione storica in questa sede, ma è comunque necessario che mi riferisca al passato onde poter chiaramente spiegare la ragione dell'esistenza delle forme odierne di assistenza sanitaria in Olanda le quali, in un certo qual modo, differiscono alquanto rispetto alle altre Nazioni. Il punto più importante, credo, risiede nel senso di "self-help", ovvero: "aiutati che Dio ti aiuta" proprio del cittadino olandese. Più di un secolo fa, apparvero le prime Casse Mutualistiche a livello locale, nelle quali i cittadini versavano i loro contributi e dalle quali venivano finanziate le spese per il medico ed il farmacista. Il sistema in se stesso, è restato immutato fino al giorno d'oggi. Si è verificato, tuttavia, un accentramento, per cui delle centinaia di Associazioni Mutualistiche ne rimangono oggi circa un centinaio, organizzate a carattere distrettuale. Esse sono dirette dai cittadini stessi; gli associati si considerano membri delle loro Mutue.



Questa iniziativa privata, oggigiorno sviluppatasi ad organizzazione di assicurazione dell'assistenza sanitaria, è attualmente inquadrata legislativamente.

La Legislazione Mutualistica, stabilisce le norme relative al pagamento dei premi di assicurazione, alle prestazioni, ai contratti con i medici, dentisti, farmacisti, ostetriche, alla cura in ospedali ed in case di cura.

Le Casse Mutua, lavorano sotto gli auspici di un Consiglio Nazionale Mutualistico, nelle quali siedono rappresentanti del Ministero della Sanità e dell'Igiene dell'ambiente, nonché del Ministro degli Affari Sociali.

Attualmente, tutti i salariati (coloro cioè che lavorano alle dipendenze di un datore di lavoro) godono di assistenza mutualistica totale ed obbligatoria; gli indipendenti, qualora le loro entrate non superino un limite fissato a circa 20.000 fiorini pari a circa 3,7 milioni di Lire, possono contrarre un'Assicurazione Spese Malattia. Il totale degli assicurati rappresenta circa il 70% della popolazione.

I premi per l'assicurazione obbligatoria ammontano al 9% del salario e vengono pagati una metà dal datore di lavoro e l'altra metà dal beneficiario stesso. I premi per l'assicurazione facoltativa presso le Casse Mutua, vengono fissati in base all'ammontare delle entrate le quali, come si è detto, non devono superare i 20.000 fiorini annui.

Salvo rare eccezioni, l'assicurato non sostiene altri oneri che il pagamento dei premi.

I cittadini le cui entrate sorpassano il limite dei 20.000 - fiorini, sono, in maggior parte, assicurati presso una delle numerose Assicurazioni private. Quasi sempre, essi sono assicurati contro solo una parte delle spese dovute a malattia, come ad esempio assistenza specialistica e ricovero e degenza

in Ospedale. Ciò significa che il resto dell'assistenza medica è a loro carico. I premi che essi pagano, sono piuttosto alti e fissati sulla base della copertura assicurativa.

Anche l'ammontare dei premi di assicurazione mutualistica, viene fissato in base al costo dell'assistenza medica stessa. Visto che, soprattutto durante gli ultimi anni, queste spese aumentano fortemente, era inevitabile che anche i premi aumentassero in proporzione. In principio, le entrate derivanti dai premi dovrebbero coprire i costi di assistenza, ma lo Stato non ha potuto sottrarsi all'obbligo di mettere a disposizione dei finanziamenti soprattutto per quello che concerne l'assistenza medica ai vecchi. Questi ultimi, pagano un modesto premio e lo Stato copre il resto.

Una legge, completata dalla Legislazione Mutualistica, è la cosiddetta "Legge per Spese Malattia Straordinarie" (A.W.B.Z.), la quale regola l'assistenza sanitaria per coloro che sono costretti a lunghissimi periodi di degenza in Ospedali o Case di Cura. La differenza principale tra questa legge e la legislazione mutualistica è che la prima concerne il totale della popolazione. Ogni cittadino, quindi, deve corrispondere i premi per questa assicurazione contro le malattie di lunga durata. L'applicazione di questa legge è curata dalle Casse Mutua.

Questo, quindi, per quanto riguarda il contributo finanziario del cittadino Olandese nella prevenzione dei rischi derivanti da malattia.

Adesso, devo fare ancora una volta un passo indietro nella storia per spiegare l'origine delle diverse organizzazioni di assistenza sanitaria le quali, secondo me, sono tipicamente olandesi.

Anch'esse, hanno avuto origine dall'iniziativa spontanea del singolo cittadino, sano o ammalato che fosse. Circa 75 anni fa, in un piccolo villaggio, venne fondata la prima associazione il cui scopo era quello di procurare articoli sanitari ai cittadini ammalati e di mettere a loro disposizione i servizi di un'infermiera rionale. Dopo questa, sorsero numerose altre associazioni analoghe, per lo più nella campagna, ma a volte anche in alcune città. Esse erano associazioni di privati cittadini, senza alcuna ingerenza da parte dello Stato, che ben presto si unirono in federazioni su scala provinciale e nazionale. In questo modo, fu fondata la "Croce Verde", la quale riuniva un certo numero di associazioni sanitarie locali ed autonome.



Associazioni simili, vennero fondate da cittadini di religione Cattolica e Protestante ed anch'esse si unirono in federazioni a livello provinciale e nazionale. L'evoluzione si concluse con la Fondazione della "Croce Bianco-Gialla" ed "Arancione-Verde".

È così che, a distanza di 75 anni, l'Olanda dispone oggi di una fitta rete di associazioni sanitarie private, di diverso colore, religioso o meno.

Per uno straniero, ciò è abbastanza inconsueto, ma bisogna tenere bene in mente a questo proposito, che tutta la vita sociale in Olanda è organizzata in questo modo. La suddivisione in gruppi Cattolici, Protestanti, o neutrali si ritrova attualmente nell'insegnamento, nei sindacati, nelle associazioni padronali e perfino nella Radio-Telediffusione. È l'immagine consueta della Società olandese.

Le associazioni che operano nel vasto campo dell'assistenza sanitaria, si chiamano in Olandese "Kruisverenigingen", parola che significa press'a poco "Associazioni Cruciali" da Kruis (croce). Esse ricoprono una carica importante nell'ambito dell'assistenza sanitaria. La loro attività, si è ampliata e diversificata, rispetto al primitivo compito di procurare articoli sanitari e mettere a disposizione i servizi dell'infermiera rionale. Per l'esecuzione di tutto questo lavoro, esse dispongono di un corpo d'infermiere, rionali e non, oltre che a medici costantemente al loro servizio.

Attualmente, si può affermare che la maggior parte delle famiglie olandesi è affiliata ad una di queste associazioni cruciali alla quale essi pagano regolarmente i loro contributi. Questi contributi non sono alti; in generale non ammontano a più di 25,- fiorini per famiglia all'anno. È quindi logico che, per i servizi offerti, le entrate sono del tutto insufficienti. Esse ricevono quindi sussidi ~~da~~ Istituzioni municipali, mentre che lo Stato prende a suo carico la maggior parte delle spese.

Sembra una situazione curiosa: lo Stato che stanziava somme importanti per la cura preventiva e che ne lascia l'esecuzione ad associazioni largamente autonome.

Anche in altre Nazioni esistono associazioni per l'assistenza sanitaria, ma solo in Olanda esse si sono trasformate in forti organizzazioni che determinano in misura importante la politica Sanitaria. Nondimeno, il Ministero della Sanità e dell'Igiene dell'ambiente ha una chiara influenza sulla politica sanitaria, poichè egli tiene le redini finanziarie.

Questo sistema, sviluppatosi storicamente, possiede il vantaggio della partecipazione attiva dei membri e del Consiglio Esecutivo allo sviluppo dell'assistenza sanitaria. I servizi non vengono imposti dallo Stato, ma nascono dall'iniziativa privata e sono diretti dagli stessi cittadini.

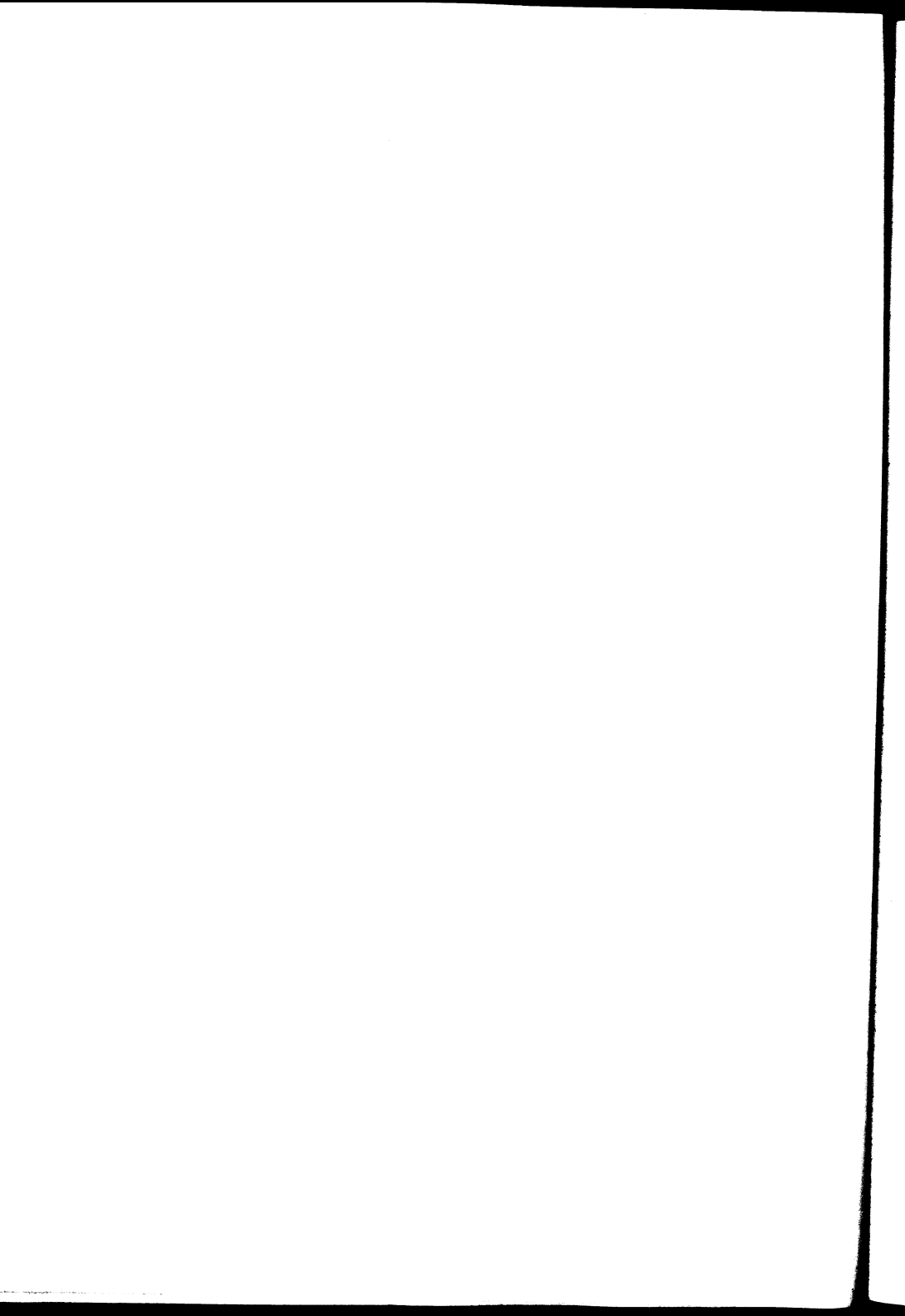
Pur avendo messo l'accento sull'aspetto del "self-help" tipico del cittadino olandese: Il senso della necessità di creare le sue proprie associazioni per l'assistenza sanitaria, non devo comunque dimenticare che molti Comuni, soprattutto nelle grandi città, hanno anch'essi creato dei servizi operanti sul terreno sia curativo che preventivo. Le grandi città, possiedono attrezzatissimi servizi medici e sanitari, finanziati dal Comune stesso. Anche qui è tuttavia presente l'azione delle Associazioni cruciali, che contribuisce a mettere a disposizione dei cittadini una serie più completa possibile di servizi sanitari.

Se le organizzazioni comunali e private, operanti sul terreno dell'assistenza sanitaria, godono di grande autonomia, esiste tuttavia anche il controllo da parte dello Stato sull'attività di queste organizzazioni sia dentro che al di fuori degli Istituti medici che esse gestiscono e dirigono. A questo scopo, il Ministero della Sanità e dell'Igiene dell'ambiente dispone il Servizio di Vigilanza sulla Salute Pubblica. Questo servizio ha la sua sede centrale presso il Ministero, con Ispettori-Capo della Sanità ed i loro specialisti, come pure uffici provinciali con Ispettori Sanitari. Gli ispettori-capo consigliano, da una parte il Ministero e dall'altra le autorità locali e le organizzazioni private, sulla politica di assistenza sanitaria. In questo modo, lo Stato ha chiare possibilità di perseguire in modo soddisfacente la sua politica, nel gioco delle differenti associazioni ed istituti che si occupano della salvaguardia della salute pubblica.

RELAZIONI

schema 1

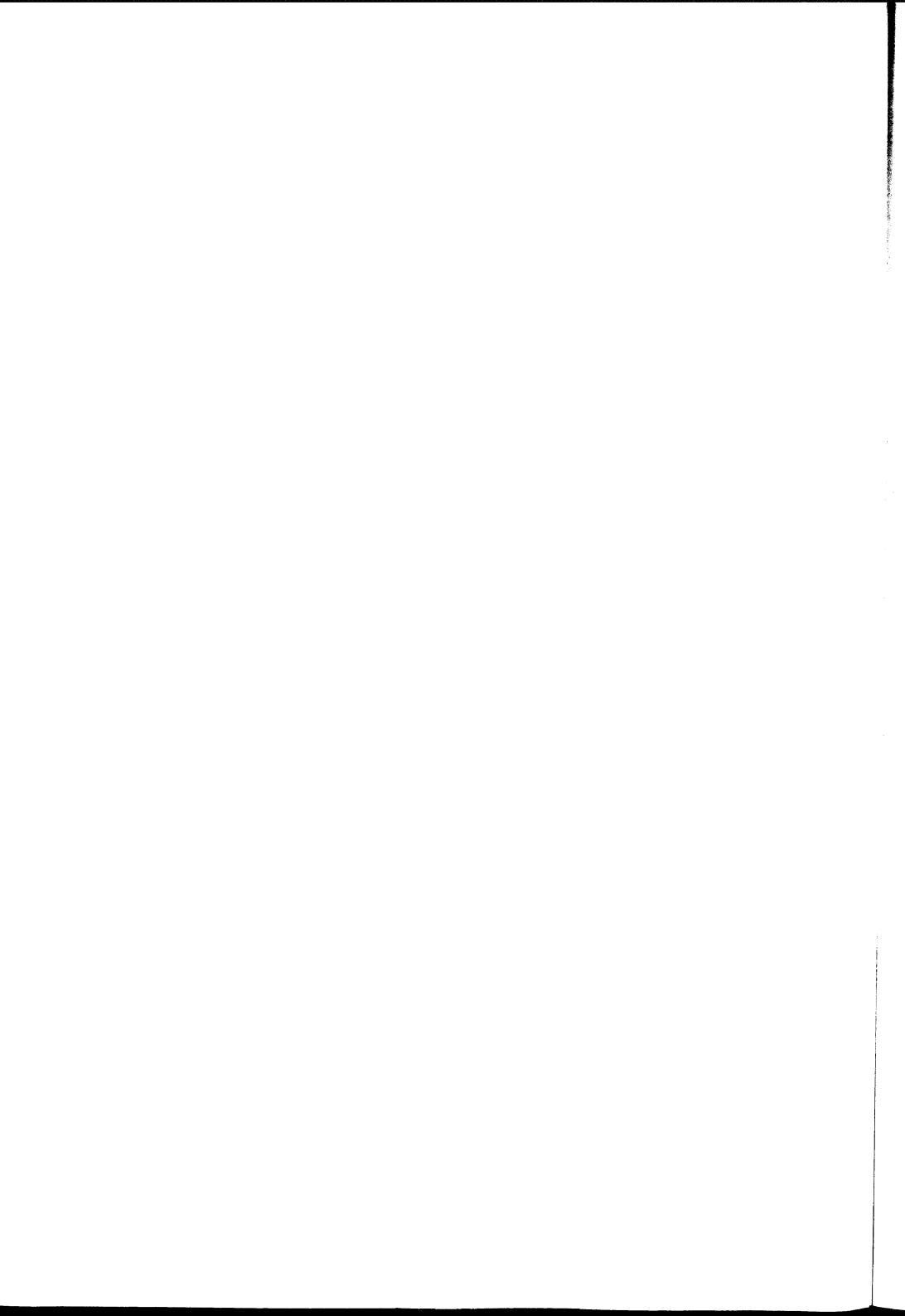




SUSSIDIO

schema 2





CONSULTO

schema 3





Negli schemi precedenti il proposito dell'assistenza sanitaria in Olanda è stato mostrato in una maniera chiara.

Sotto lo schema numero uno si trova un cittadino olandese. La linea tratteggiata, rappresenta il suo contributo finanziario all'assistenza sanitaria. Egli paga un premio alla Mutua (istituti assicurativi, assicurazioni) ed essa, a suo turno, si prende a carico le spese della cura di cui egli ha beneficiato, sia

intramurale che estramurale. La linea andando dal cittadino a sinistra e ascendente è quella di gestione e direzione. Essa mostra come il cittadino, membro di un'associazione confessionale o neutrale, o residente in un Comune, può esercitare la sua influenza in maniera democratica sullo Stato e sull'organizzazione. Le organizzazioni private o municipali, a loro volta, gestiscono e dirigono l'assistenza extra- ed intramurale. Dall'autorità pubblica va finalmente una linea mostrando il controllo dello Stato per mezzo del Servizio di Vigilanza Sanitaria, esercita sulle organizzazioni private e comunali, sugli istituti stessi, nonchè sulle Mutue e sulle Assicurazioni.

Il secondo schema, è press'a poco uguale al precedente. La differenza è che la linea grossa è stata aggiunta a quelle altre. Essa mostra come lo Stato appoggia finanziariamente, a mezzo di sussidi, sia le organizzazioni private che quelle Comunali, nonchè le Istituzioni esterne ed interne.

Questo stesso schema, mostra anche che istituzioni ed istituti si procurano i fondi attraverso le Mutue e le Assicurazioni, nonchè dal contributo dello Stato.

Il terzo schema, infine, innestato agli altri due, mostra le linee nelle quali ha luogo il consulto, almeno quando lo Stato vi sia implicato.

A basso gira una linea fra lo Stato ed il Consiglio della Sanità. Il compito di questo Consiglio è quello d'informare il Ministro sulla situazione del momento, relativamente alla scienza medica e sanitaria.

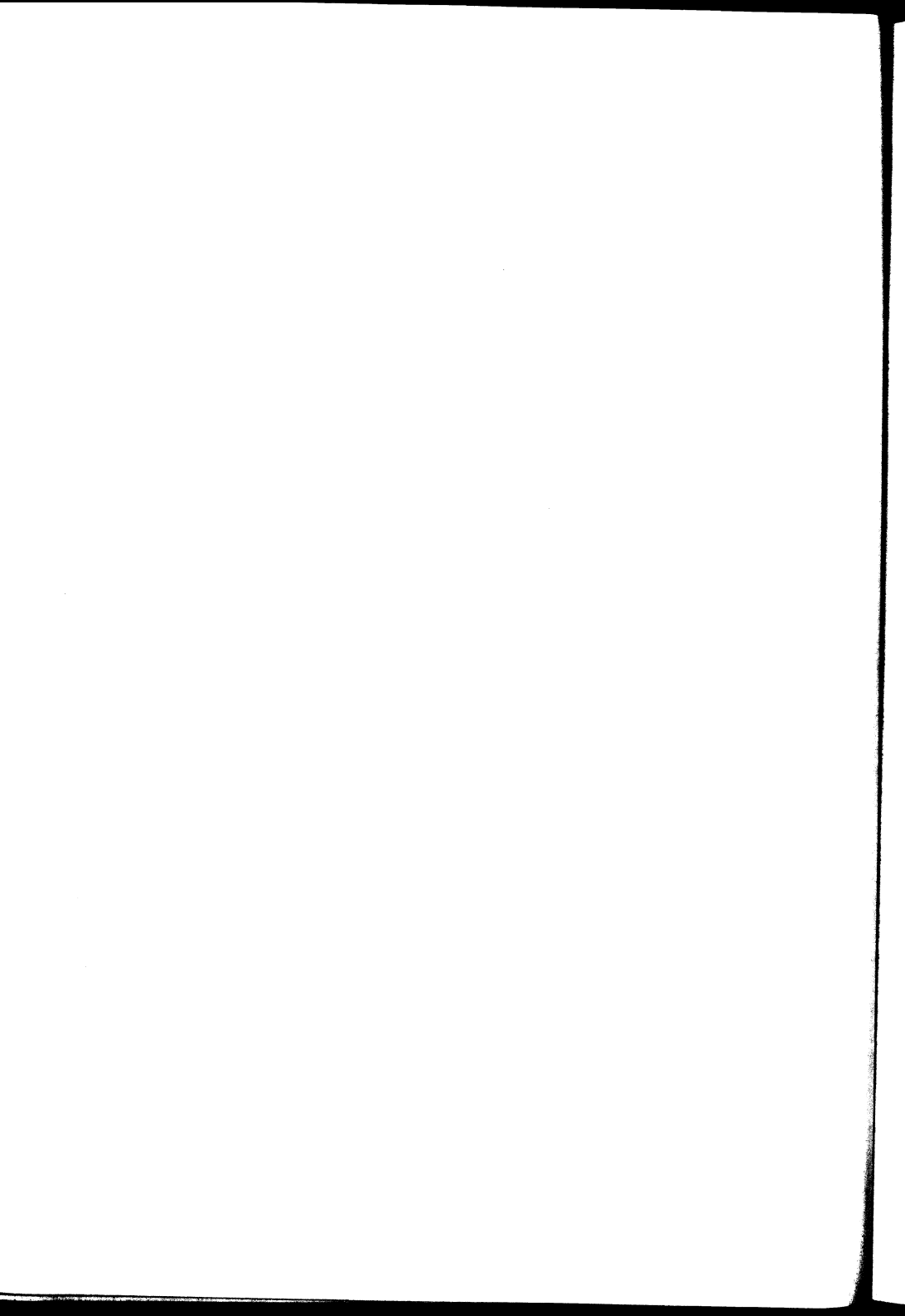
Nel Consiglio della Sanità, siedono rappresentanti del Ministero e tutti gli Ispettori-capo del Servizio di vigilanza sulla Salute Pubblica, come pure un numero illimitato di membri nominati dalla Corona e specializzati nel campo dell'assistenza sanitaria.

Il Consiglio Centrale della Sanità, simbolizzato dalla linea ascendente, è l'organo consultativo dello Stato con le organizzazioni private e municipali, nonché con gli esecutivi di istituzioni ed istituti. In questo Consiglio, composto di 39 membri, lo Stato ed i privati hanno un uguale numero di rappresentanti.

Alla fine c'è anche la linea orizzontale al consiglio Mutualistico, nel quale s'incontrano i rappresentanti dello Stato, delle Mutue, e delle Assicurazioni.

In questo schema, non sono rappresentati i singoli organi di consultazione e collaborazione propri ad istituti, istituzioni, assicurazioni, Mutue ed organizzazioni. Essi potrebbero essere posti a destra dello schema, ma si è preferito soprassedere onde non far divenire troppo intricato lo schema.

Quello che io neppure ho mostrato è la grande quantità di servizi ed organizzazioni sanitarie che operano nel nostro Paese. A mio parere, non è lontano il tempo nel quale tutti questi servizi ed organizzazioni saranno inclusi in un unico regolamento legislativo. Già si nota la tendenza alla collaborazione tra le differenti associazioni cruciali e la necessità di un più forte coordinamento dell'assistenza intra ed estramurale si fa sempre più chiaramente sentire, soprattutto in questi ultimi anni. Si vorrà arrivare senza dubbio ad un inquadramento a carattere distrettuale, dal quale sorgeranno dei servizi sanitari ottimamente integrati e posti sotto la guida di esecutivi diretti da rappresentanti di organizzazioni private e dello Stato. La nuova legge sulle Istituzioni sanitarie, attualmente in preparazione, accelererà senza dubbio questo processo evolutivo.



Servizi medici disponibili

Dopo questa spiegazione dei principi basilari dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria in Olanda, vorrei adesso parlarvi dei servizi medici a disposizione della popolazione olandese. Innanzitutto vi dirò qualcosa dell'assistenza sanitaria fuori degli ospedali, delle istituzioni estramurali, o, per meglio dire, la medicina di prima necessità.

L'Olanda, dispone attualmente di circa 5000 medici condotti, ripartiti in tutto il territorio. La condotta media conta 2700 anime. Si parla spesso di una leggera deficienza di medici condotti e questo fenomeno, caso strano, si verifica nelle grandi città e nei grandi centri abitati invece che nelle campagne come accade in molti altri Paesi.

Principalmente, i medici condotti prestano servizio curativo che chiamerei "fisico". Naturalmente, il lavoro giornaliero dei medici condotti riveste anche un buon numero di aspetti preventivi, ma, in generale, in Olanda si fa una netta distinzione tra cura e prevenzione. La prevenzione, come assistenza pediatrica ed infantile, vaccinazione, consiglio nell'ambito della salute psichica ecc. è condotta quasi sempre da speciali servizi, con i quali naturalmente spesso collabora anche il medico condotto, ma che sono sempre diretti da specialisti come pediatri o psichiatri.

Il lavoro dei medici condotti è ancora solitario; di solito si svolge con l'aiuto di un assistente. Tuttavia, sembra passato il tempo del dottore che si reca dall'ammalato per ogni più piccolo disturbo. A questo riguardo, devo dire che anche il rapporto tra medico e pazienti è in un certo modo cambiato. Un tempo, il medico diveniva l'amico di famiglia. Oggigiorno, pur se il medico conserva la necessaria fiducia dei suoi pazienti, i rapporti si sono fatti, direi così, più spassionati.

Un altro fenomeno che si nota nei medici condotti, specialmente in quelli più giovani, è la tendenza ad unirsi in gruppo e formare delle condotte più complesse, come si vede anche in altri Paesi. Un gruppo formato da tre a cinque medici lavora

in un ambulatorio unico. In questo modo, esiste la possibilità di collaborazione con altro personale sanitario, come infermiere, assistenti sociali, psicologo e personale da laboratorio.

La fase seguente di questo sviluppo, è diretta verso la formazione di centri sanitari nei quali, accanto ai medici condotti, lavorano specialisti ed istituzioni a carattere preventivo .

Già sono sorti alcuni di questi centri che possono offrire una medicina di prima necessità completamente integrata.

Dal consecutivo sviluppo di tali centri, è attesa una diminuzione dei ricoveri in Ospedale, il che porterà a notevoli risparmi delle spese per la cura intramurale.

Esistono molte centinaia di ambulatori e consultori la cui attività si esplica negli ambiti più diversi: consultori pediatri-ci ed infantili, servizi medici scolastici, consultori anti-tubercolosi con allegati servizi per la ricerca di massa, consultori antireumatici, per la salute psichica e molti altri. Qui vengono impiegati molti medici, che noi chiamiamo "medici sociali" ed un numeroso corpo di infermiere rionali (circa 3500) e distrettuali. In tali centri, vengono prestate cure preventive ed assistenza postospedaliera, assistenza, cioè, ad ammalati che hanno appena lasciato l'Ospedale, per far ritorno alle loro case. Tutti i cittadini possono usufruire gratuitamente delle prestazioni di questi servizi, organizzati da istituti privati (principalmente associazioni cruciali) o da autorità municipali.

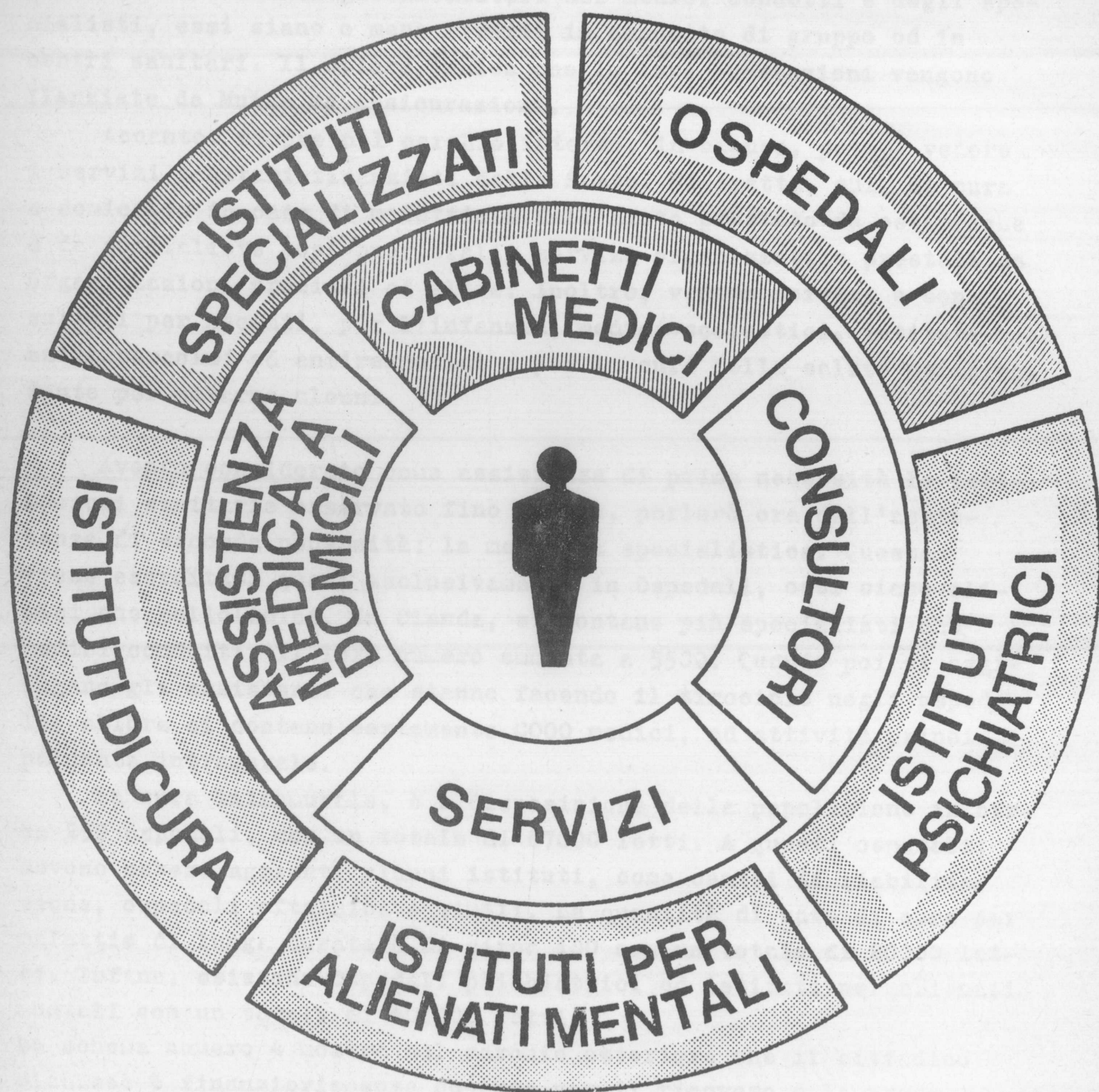
L'assistenza farmaceutica, è in mano ai farmacisti, anche se, nelle campagne, esiste ancora un certo numero di medici esercitanti anche la funzione di farmacista. Nel nostro Paese, si contano circa 1000 farmacisti, ripartiti in tutto il territorio, che distribuiscono medicinali dietro ricetta medica. Essi sono legati a stringenti prescrizioni, emanate dalla legislazione farmaceutica. Grazie alla prescrizione che la maggior parte dei medicinali deve essere rilasciata soltanto dietro presentazione di ricetta medica, è possibile contenere in limiti accettabili l'uso esagerato e perfino l'abuso di farmaci. Mentre che qui da voi in Italia si verifica ancora il caso di farmacisti facenti funzione di consigliere semi-medico, in Olanda, vista la minore quantità di farmaci rilasciabili senza ricetta, ciò non è quasi più il caso.

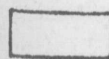
Ad illustrazione di quanto vi ho detto riguardo all'assistenza sanitaria di prima necessità ed ostramurale nostra lo schema numero 4.

ASSISTENZA



schema 4



 con sussidi

 assicurazione

 mutua sanitaria



Qui vedete di nuovo il cittadino olandese questa volta al centro di due cerchi. Il cerchio interno rappresenta l'assistenza sanitaria di prima necessità e quello esterno l'assistenza di seconda necessità ed intramurale.

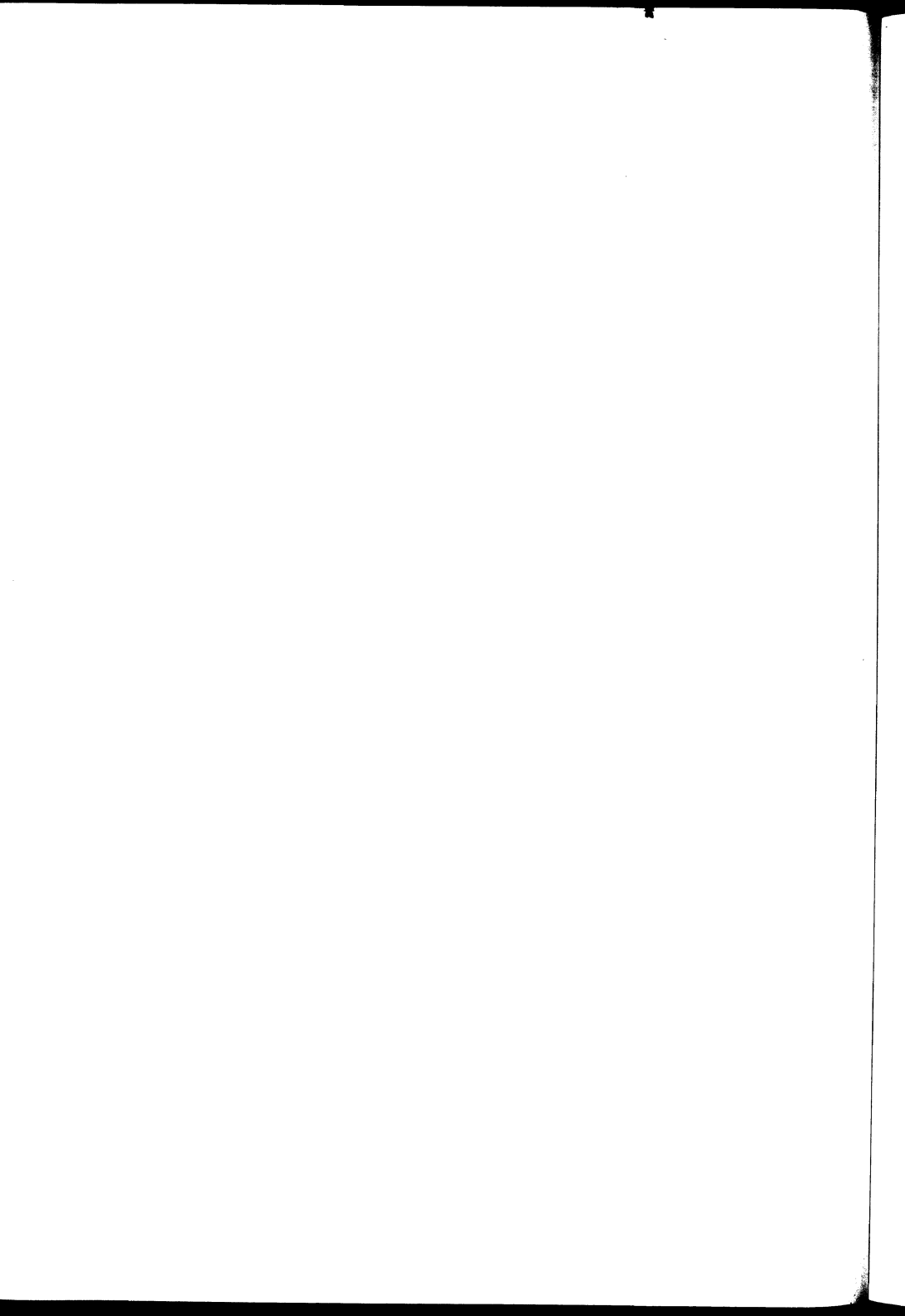
Per il momento, mi limiterò al cerchio interno. Nella parte grigia striata sono situati gli ambulatori dei medici condotti e degli specialisti, essi siano o meno riuniti in condotto di gruppo od in centri sanitari. Il colore indica che le loro prestazioni vengono fianziate da Mutue ed Assicurazioni.

Accanto, sempre nel cerchio interno, in bianco, potete vedere i servizi sanitari finanziati dallo Stato. Si tratta, qui, di cura a domicilio in caso di malattia e dell'aiuto prestato da ostetriche e da specialiste post-puerperali; servizi organizzati e prestati da organizzazioni cruciali od altre. Inoltre, vedete servizi e consultori per neonati, per l'infanzia, medici-scolastici, istituti antitubercolosi ed antireumatici e per la cura della salute psichica, tanto per citarne alcuni.

Avendo considerato come assistenza di prima necessità le istituzioni sanitarie osservate fino ad ora, parlerò ora dell'assistenza di seconda necessità: la medicina specialistica. Questa viene esercitata quasi esclusivamente in Ospedali, essi siano clinici che policlinici. In Olanda, si contano più specialisti che medici condotti; il loro numero ammonta a 5500. Quando poi si aggiungano gli assistenti che stanno facendo il tirocinio negli ospedali, allora si contano certamente 8000 medici, ad attività principalmente intramurale.

La cura intramurale, è a disposizione della popolazione in circa 250 ospedali, con un totale di 67000 letti. A questi ospedali, devono essere aggiunti alcuni istituti, come centri di riabilitazione, ospedali oftalmici e simili. La quantità di case di cura per malattie di lunga durata è di circa 100 con un totale di 20000 letti. Infine, esistono Ospedali psichiatrici ed istituti per alienati mentali con un totale di 40.000 letti.

Lo schema numero 4 mostra nel cerchio esteriore che il cittadino olandese è finanziariamente coperto per il ricovero o la presa a carico da parte delle colà citate istituzioni, sia che si tratti di assicurazioni (nei-segmenti striati) e di ospedali generali o



specializzati, sia che si tratti, (nei seguenti punteggiati) di assicurazioni popolari per spese derivanti da lunghi ricoveri in istituti di cura generale, per alienati mentali, o psichiatrici.

Tutti questi istituti, sono abbastanza regolarmente ripartiti sul territorio nazionale e quindi facilmente raggiungibili sia dai pazienti che dalle famiglie. Ritorno adesso indietro su quanto ho detto all'inizio del mio discorso, circa la struttura della società olandese caratterizzata in gruppi a carattere confessionale. Mentre che un numero limitato d'istituti sanitari è gestito dallo Stato (soprattutto dall'autorità comunale), la grande maggioranza degli istituti sanitari è gestita da esecutivi privati ed è fondata in base a credo protestante o cattolico. Anche qui si manifesta di nuovo l'impulso del "self-help" e la ricerca, tipica della popolazione olandese, del diritto di partecipazione alle decisioni anche per quel che riguarda la sistemazione delle istituzioni sanitarie.

A questo proposito, desidero mettere bene in chiaro il fatto che tutte queste istituzioni non mirano affatto a beneficio o profitto finanziario. Le tariffe per giorno di cura, vengono mantenute ad un livello che renda possibile la gestione. In Olanda, le cliniche private, proprietà di uno o più specialisti, sono completamente sconosciute.

Quando viene decisa la costruzione di un nuovo ospedale, si cerca sempre di raggiungere la grandezza ottimale di 500 letti, il che fa sì che tutte le specializzazioni più correnti ed importanti possano essere esercitate.

Trattamenti super-specializzati devono essere eseguiti soltanto in Ospedali Universitari o regionali.

Con l'entrata in vigore della nuova legge sulle Istituzioni Ospedaliere, il Ministero della Pubblica Sanità e dell'Igiene dell'ambiente potrà regolamentare la distribuzione di istituti sanitari secondo un piano a carattere nazionale, basato sui soprannominati principi di regionalizzazione.

Costi e finanziamenti

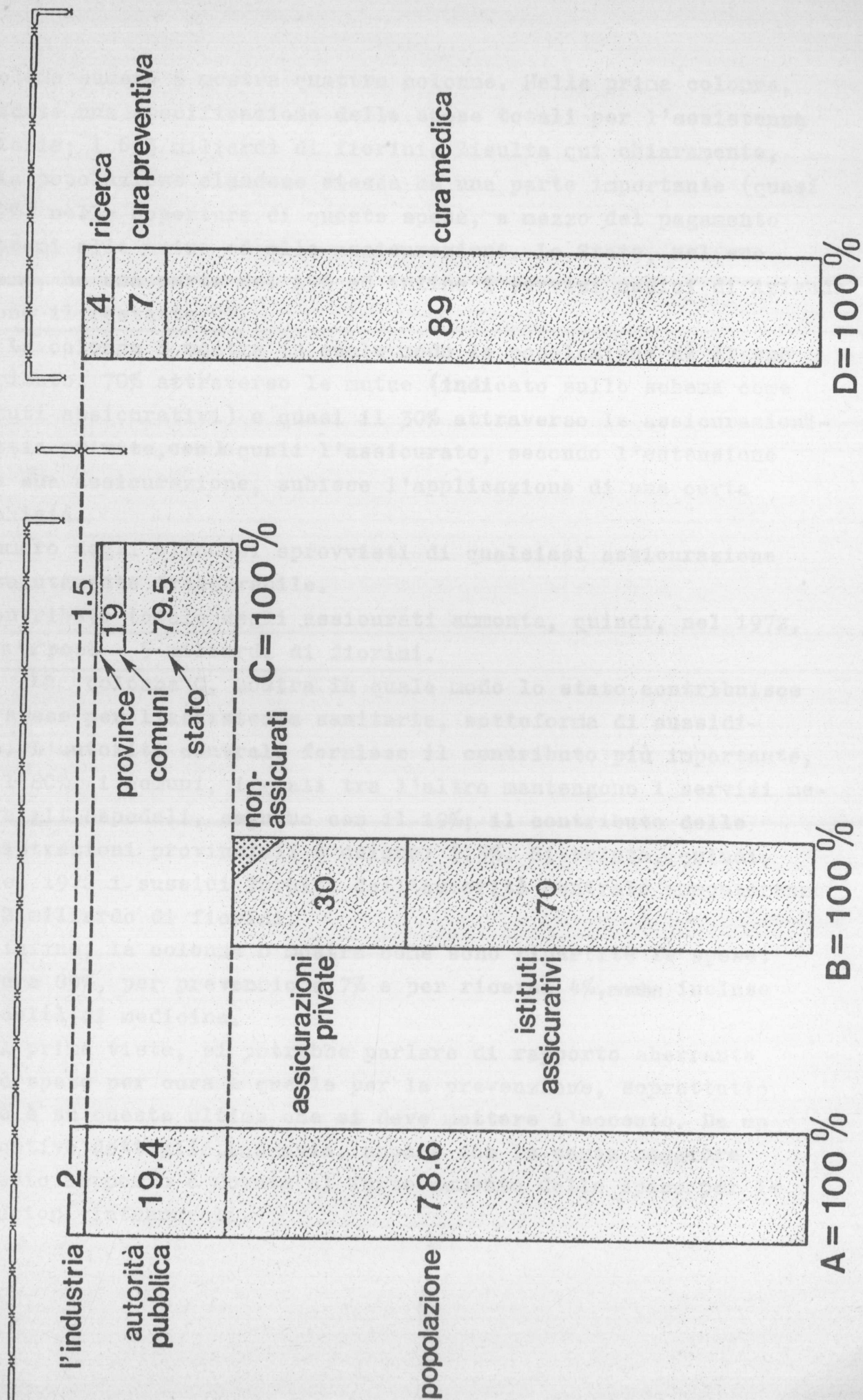
Dopo avervi parlato di come il cittadino Olandese dà il suo contributo all'assistenza sanitaria e di quel che egli può ricevere sotto forma di istituzioni curative e prestazioni, sorge la domanda: Quanto costa tutto ciò? E come viene finanziato?

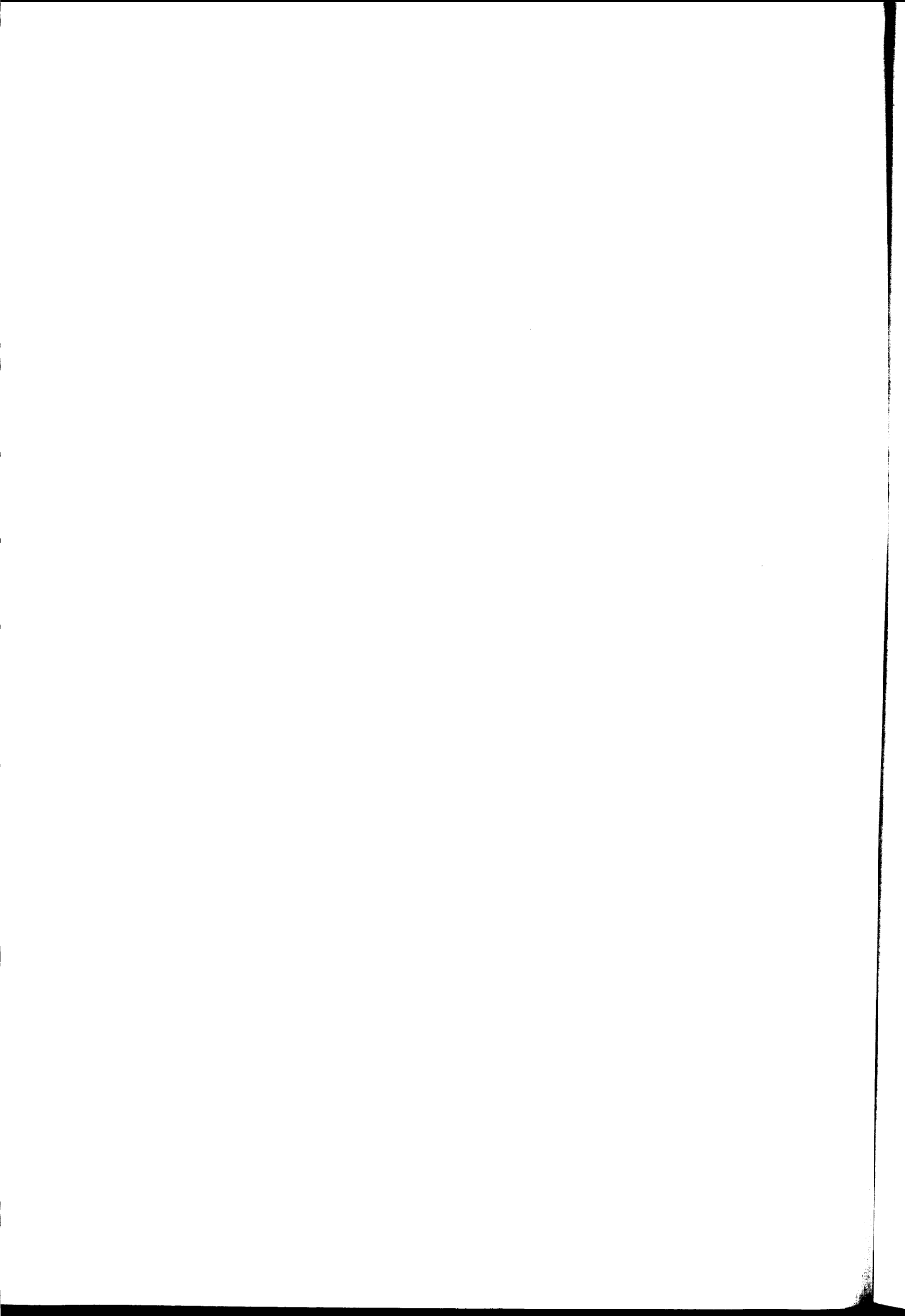
Si valuta che, nel 1972 il totale delle spese per l'assistenza sanitaria in Olanda ammonterà a 6,5 miliardi di fiorini. A ciò va aggiunto circa 1,8 miliardo di spese per l'assicurazione popolare "Spese Eccezionali di Malattia" per malattie di lunga durata. Partirò, tuttavia, dalla somma precedentemente nominata di 6,5 miliardi di fiorini, tralasciando la seconda.



FINANZIAMENTO

IMPIEGO





Lo schema numero 5 mostra quattro colonne. Nella prima colonna, A, vedete una specificazione delle spese totali per l'assistenza sanitaria; i 6,5 miliardi di fiorini. Risulta qui chiaramente, che la popolazione olandese stessa ha una parte importante (quasi il 79%) nella copertura di queste spese, a mezzo del pagamento dei premi alle mutue ed alle assicurazioni. Lo Stato, nel suo insieme, ha una parte del 19% ed infine i servizi medici di Azienda coprono il restante 2%.

La colonna B mostra in quale modo la popolazione dà il suo contributo: 70% attraverso le mutue (indicato sullo schema come istituti assicurativi) e quasi il 30% attraverso le assicurazioni-malattia private, con le quali l'assicurato, secondo l'estensione della sua assicurazione, subisce l'applicazione di una certa franchigia.

Il numero degli olandesi sprovvisti di qualsiasi assicurazione è assolutamente trascurabile.

Il contributo totale degli assicurati ammonta, quindi, nel 1972, a press'a poco 5 miliardi di fiorini.

La colonna C, mostra in quale modo lo stato contribuisce alle spese per l'assistenza sanitaria, sotto forma di sussidi-spese. L'autorità centrale fornisce il contributo più importante, cioè l'80%, i comuni, i quali tra l'altro mantengono i servizi medici e gli ospedali, seguono con il 19%; il contributo delle amministrazioni provinciali è esiguo: 1,5%. Si valuta, quindi, che nel 1972 i sussidi forniti dall'autorità centrale ammonteranno ad 1,2 miliardi di fiorini.

Infine, la colonna D mostra come sono ripartite le spese: per cura 89%, per prevenzione 7% e per ricerca 4%, anche incluse le facoltà di medicina.

A prima vista, si potrebbe parlare di rapporto aberrante tra le spese per cura e quelle per la prevenzione, soprattutto perchè è su queste ultime che si deve mettere l'accento. Da un consecutivo dettaglio, tuttavia, appare che la causa maggiore di questo rapporto è dovuta al forte aumento delle spese per le istituzioni intramurali.

Istruzione ed addestramento del personale sanitario

Un buon piano per il reclutamento di personale per l'assistenza sanitaria, è un problema al quale si presta molta attenzione in molti Paesi. Anche in Olanda, il Consiglio per la Sanità, ha elaborato un piano a lunga scadenza, onde sopperire alla necessità di medici, dentisti ed altri gruppi di personale sanitario.

Attualmente, l'Olanda conta 7 facoltà di medicina. Con 7 facoltà si prevede che per i prossimi 20 anni potranno essere formati abbastanza medici per far fronte alla crescente domanda di assistenza medica.

La formazione viene rettificata in maniera tale da rendere possibile la laurea in medicina dopo un periodo di studio di sei anni, invece dei sette anni com'è il caso attualmente. Dopo di che la laurea è stata acquistata, lo studio continua per il periodo di un anno per i futuri medici condotti, mentre che i futuri specialisti potranno iniziare la specializzazione il cui periodo durerà da quattro a sei anni, secondo la specialità scelta.

Per l'addestramento dei futuri medici e studenti, si fa ricorso anche ad ospedali non universitari, i quali stabiliscono così dei chiari rapporti di collaborazione con le facoltà di medicina. Soprattutto per quel che riguarda l'addestramento pratico di quelli che saranno i medici condotti di domani, si fa uso delle possibilità pratiche offerte dalle condotte in gruppo e dai centri sanitari, affinché essi facciano sufficiente pratica del loro futuro lavoro.

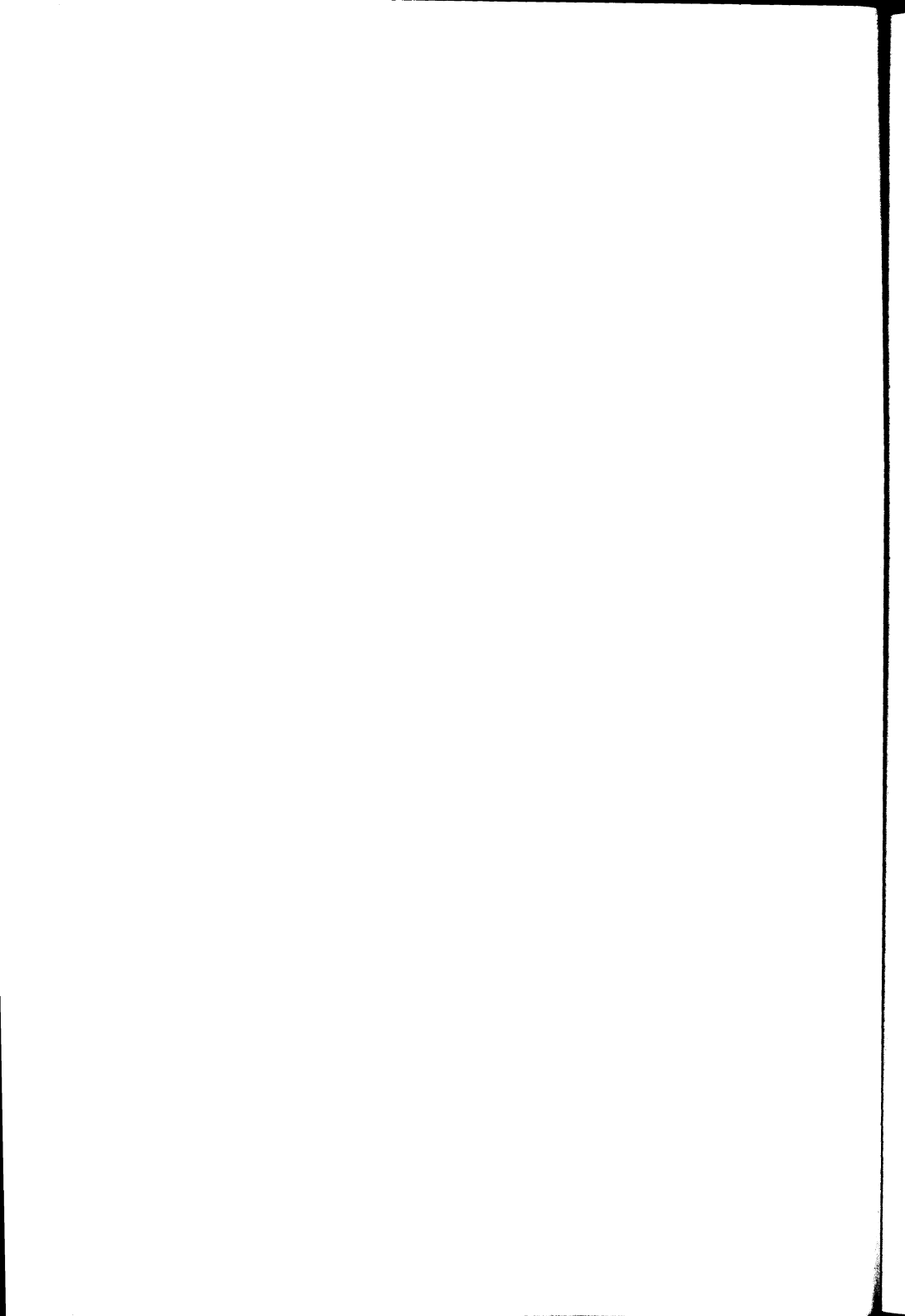
A questo proposito, vorrei ripetere quello che ho detto prima riguardo all'ubicazione degli ospedali universitari: che essi, cioè, non possono, come in passato, occupare un posto più o meno isolato nell'ambito dell'assistenza sanitaria olandese. Si è pian piano nata una situazione, nella quale le funzioni degli ospedali, universitari e non universitari, convergono le une verso le altre e nella quale si verifica che in ambedue le specie di ospedali, si esercita la medicina specialistica, si fanno ricerche scientifiche e s'impartisce l'insegnamento a forze mediche e para-mediche.

Altri gruppi di personale sanitario, sono tanto importanti quanto i medici stessi. In primo luogo le infermiere, le quali in Olanda vengono formate in praticamente tutti gli Ospedali di clinica generale. Colà, durante un periodo di tre anni e mezzo esse ricevono addestramento pratico e teoretico. È già in atto una modifica del sistema di formazione delle infermiere, il che farà sì che esse saranno formate in speciali scuole, nelle quali l'insegnamento teoretico sarà alternato da periodi di addestramento pratico negli ospedali. In due scuole infermieristiche superiori esiste la possibilità di formazione ulteriore per funzioni direttive di medicina infermieristica.

Quella che sempre più si sente, è la necessità di personale para-medico, al quale poter delegare numerose funzioni. Esistono molti gruppi di questi professionisti, come Fisioterapeuti, logopedisti, dietatisti, orthoptici, personale di laboratorio, stomatologi e simili. Dopo l'entrata in vigore della Legge sulle Professioni Paramediche, sia la formazione che l'esercizio di tali professioni è regolato da precisi decreti esecutivi. Si prevede che con il travolgente sviluppo tecnologico si avrà l'apparizione di altre professioni paramediche. Questi professionisti, esercitano la loro funzione su indicazione del medico o del dentista sia in istituti ospedalieri che nell'assistenza estramurale. Con l'ulteriore sviluppo dei centri sanitari, si avrà senza dubbio una sempre maggiore richiesta di personale para-medico.

Ricerca scientifica e sviluppo tecnologico.

La ricerca scientifica nel campo della medicina e dell'assistenza sanitaria, viene esercitata in istituti universitari, para universitari ed indipendenti. Ho già rammentato il fatto che la ricerca scientifica ha luogo non solo nei grandi ospedali universitari, ma anche negli ospedali regionali più importanti. Naturalmente la ricerca non si limita al lato clinico, ma si effettua anche sul terreno dell'assistenza sanitaria sociale, da parte di istituti economici e sociologici, alla ricerca di nuove forme di organizzazione. Infine, una parte importante della ricerca ha luogo nell'industria, tra l'altro l'industria farmaceutica, quella delle apparecchiature mediche e l'industria elettronica.



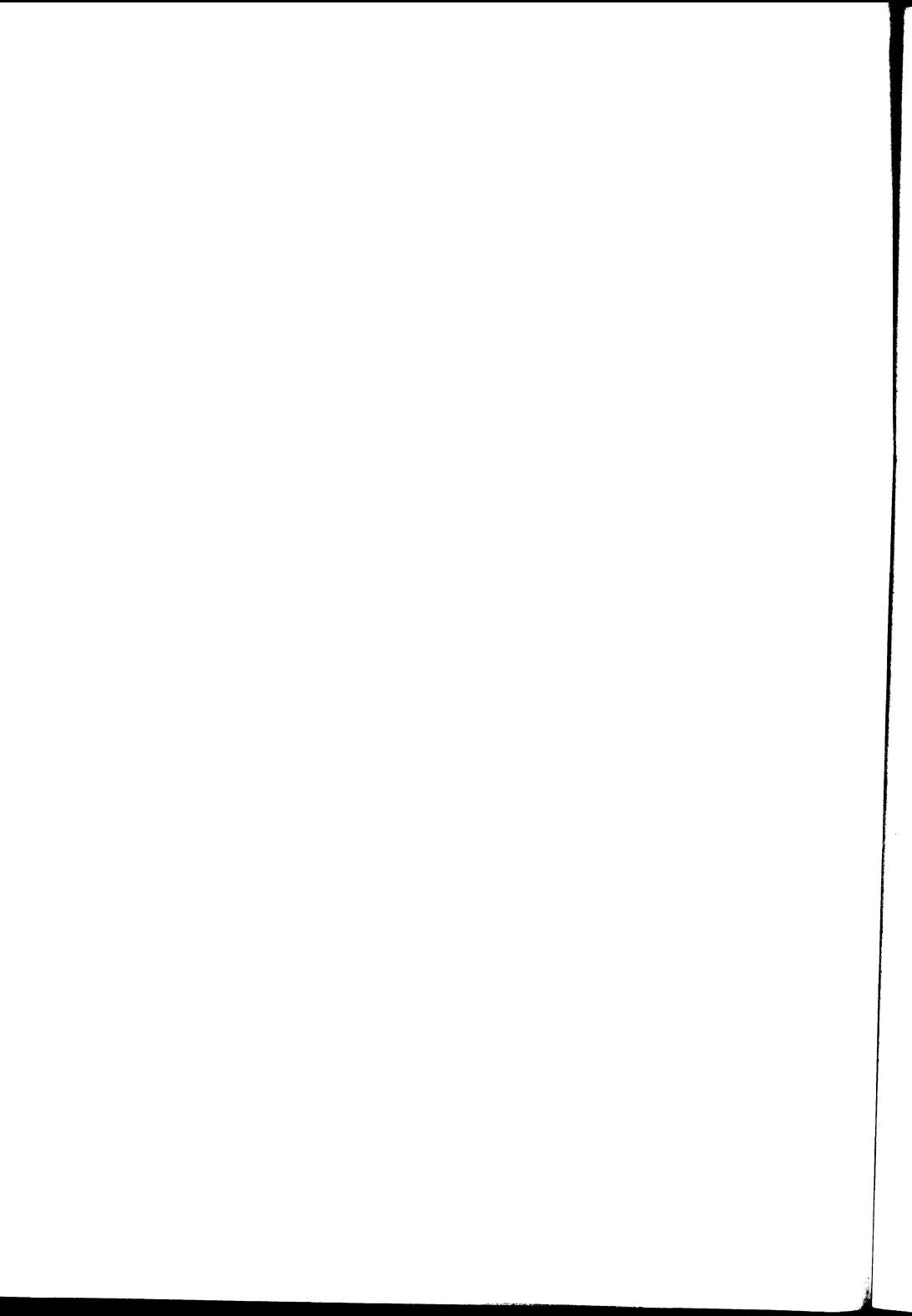
La scienza medica progredisce enormemente e le possibilità tecnico-mediche sono praticamente illimitate. A questo riguardo, però, ci troviamo di fronte a grandi difficoltà, poichè la fossa che separa quanto è possibile eseguire dal punto di vista tecnico-medico e le possibilità esistenti per la realizzazione di tutto ciò e l'ulteriore messa a disposizione di tutti, questo abisso si fa ogni giorno più profondo.

Attualmente, è possibile, attraverso il trapianto, di sostituire organi ammalati od insufficienti; di tenere in vita ammalati che soffrono di affezioni renali a mezzo della dialisi; è possibile sostituire arterie coronarie ristrette o intasate; attraverso il trattamento di massa di un'intera popolazione, è possibile mettere in luce ogni sorta di malattie in fase ancora iniziale, il che può condurre al rapido trattamento ed alla guarigione se non allo sradicamento; è possibile guarire la dentatura di tutti i bambini e di mantenerla in buono stato.

Purtroppo, non è possibile mettere a disposizione di ognuno tutte queste conquiste - la maggior parte delle quali sono venute alla luce quasi contemporaneamente - non perchè i mezzi finanziari a disposizione siano insufficienti, ma perchè il necessario personale medico, infermieristico e paramedico è ancora troppo scarso.

In questo stato di sproporzione tra la "domanda di mercato" e la "produzione", nel quale si verificano casi nei quali si tratta di vita o di morte, i medici si trovano a dover prendere spesso delle decisioni implicanti delle enormi responsabilità. Per dare un esempio, citerò il caso della chirurgia cardiaca a cuore aperto, nel cui campo la domanda è infinitamente più grande di quanto le possibilità di trattamento possano permettere. In questo stato di cose, le direzioni di servizi ed istituti sanitari, così come tutti coloro implicati nell'esecuzione dell'assistenza sanitaria, dovranno rendersi conto che non si possono soddisfare tutte le richieste dei "consumatori" o che tutte le possibilità nel campo della medicina possono venire messe a disposizione contemporaneamente per tutta la popolazione.

In questa sede, tuttavia, vorrei rammentare una conquista della medicina olandese della quale nel nostro Paese si è piuttosto fieri. Si tratta dell'altissimo grado di specializzazione acquisito nel campo del trapianto e della dialisi renale.



Parlando della ricerca scientifica, non voglio tralasciare di rammentare il nostro "Rijksinstituut van de Volksgezondheid," analogo al vostro "Istituto Superiore di Sanità". Nel nostro Istituto, viene condotta un'intensa ricerca applicata, anche nel campo della tossicologia, come pure si fabbricano i necessari sieri e vaccini. Uno dei vaccini, che fa del nostro Istituto il "reference centre" dell'"Organizzazione Mondiale della Sanità, è il vaccino antivarioloso.

A disposizione del Ministero della Sanità e dell'Igiene dell'ambiente vi sono due altri istituti: quello per l'Approvvigionamento in Acqua Potabile e quello per la Ricerca Farmaceutica. Perdonatemi, tuttavia, di non entrare in dettagli su questo riguardo.

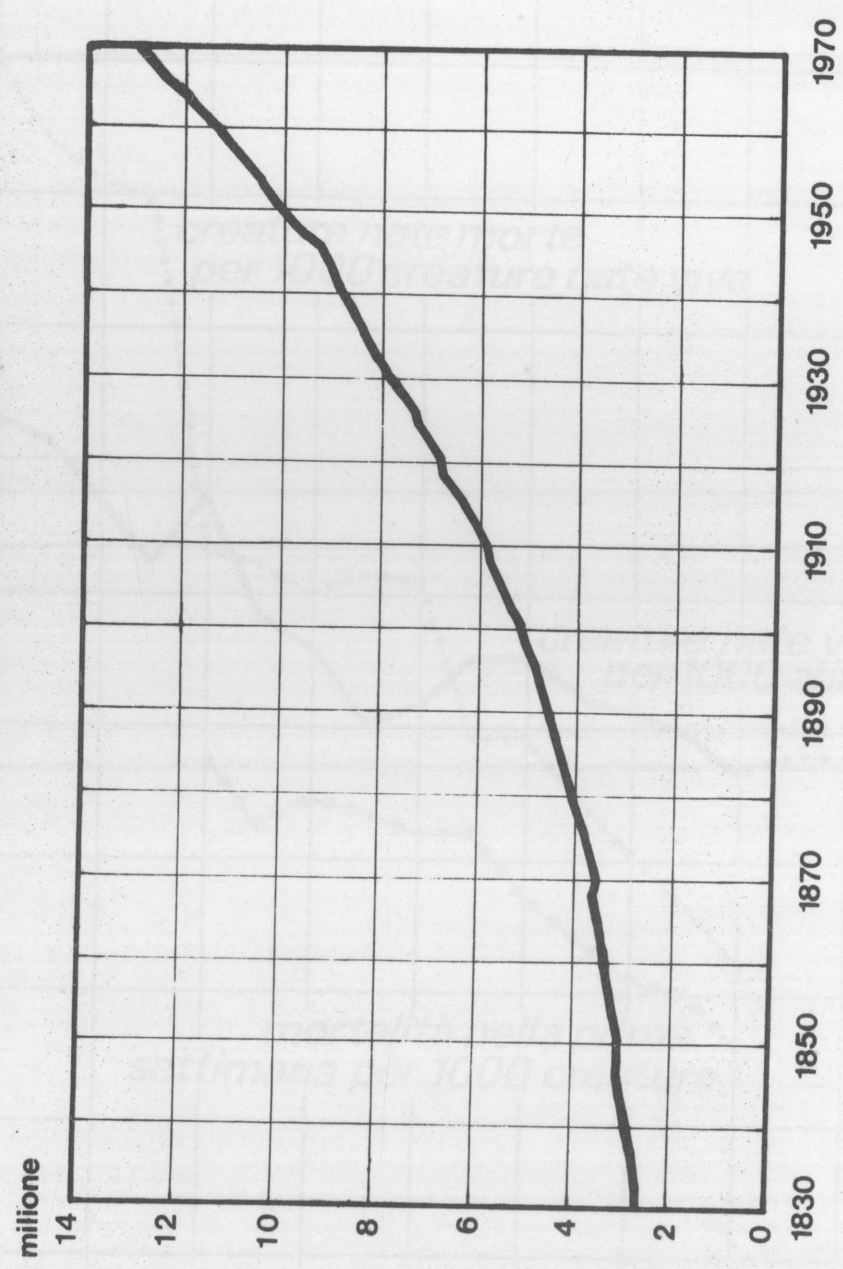
Risultati e nuovi problemi

Non vorrei finire senza prima aver prestato attenzione ai risultati, diretti ed indiretti, acquistati dall'assistenza sanitaria in Olanda. Sarebbe ingiusto, se affermassimo che i due soli fattori determinanti il livello di salute di una popolazione fossero le istituzioni mediche e sanitarie. Altri fattori molto importanti sono pure l'alimentazione, l'alloggio, le circostanze nelle quali ha luogo l'attività lavorativa e ricreativa, tanto per citarne alcuni. .. Per buona parte, la salute di una popolazione dipende dal grado di prosperità del popolo stesso, anche se naturalmente sono indispensabili istituzioni mediche in misura sufficiente onde raggiungere un ottimo punto di salute.

A questo proposito, è senza dubbio interessante darvi una visione dell'incremento demografico in Olanda. La linea ascendente nel grafico numero uno mostra tale tendenza fin dal 1830 allorché l'Olanda non contava ancora milioni di abitanti.

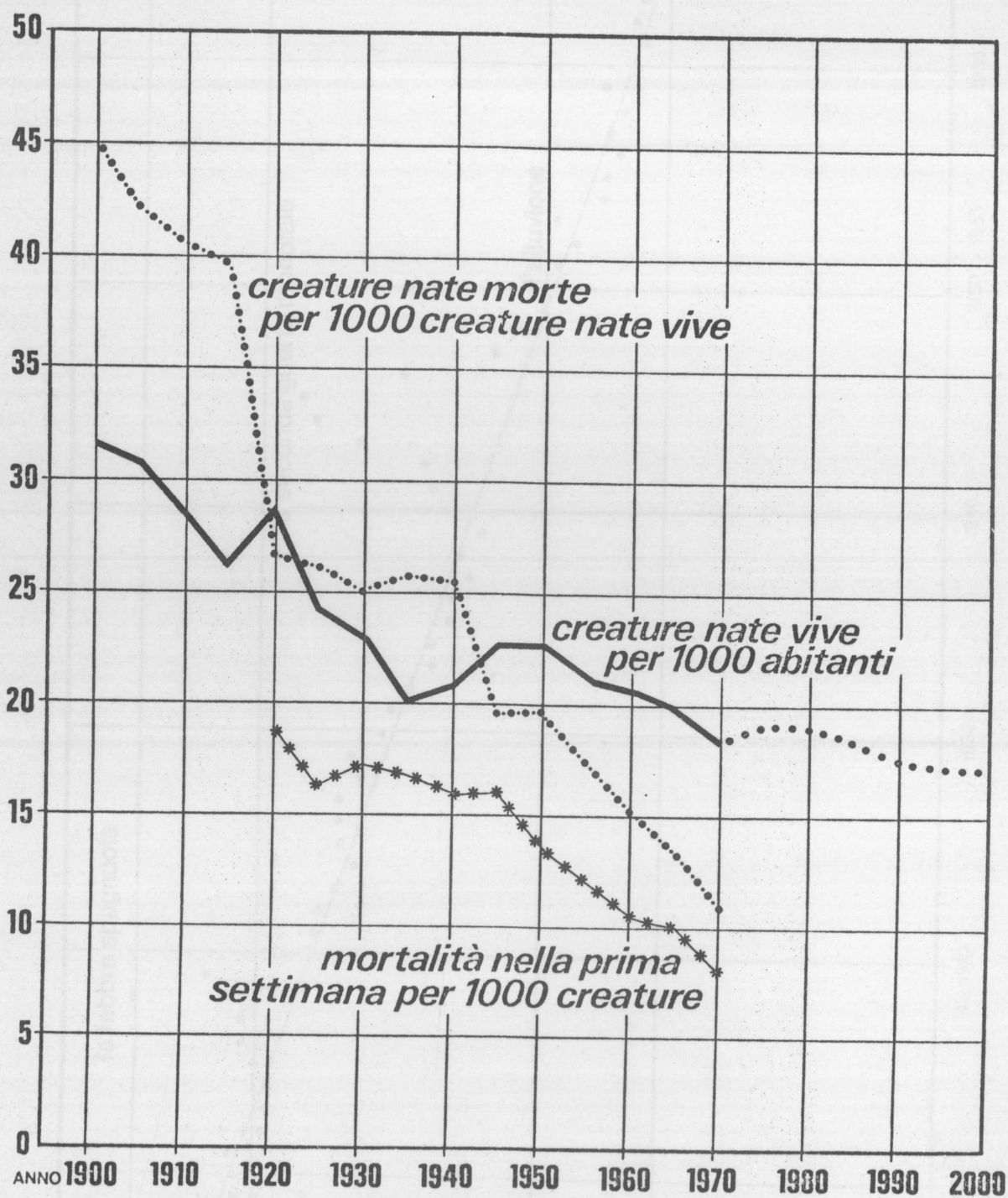


LA POPOLAZIONE D'OLANDA



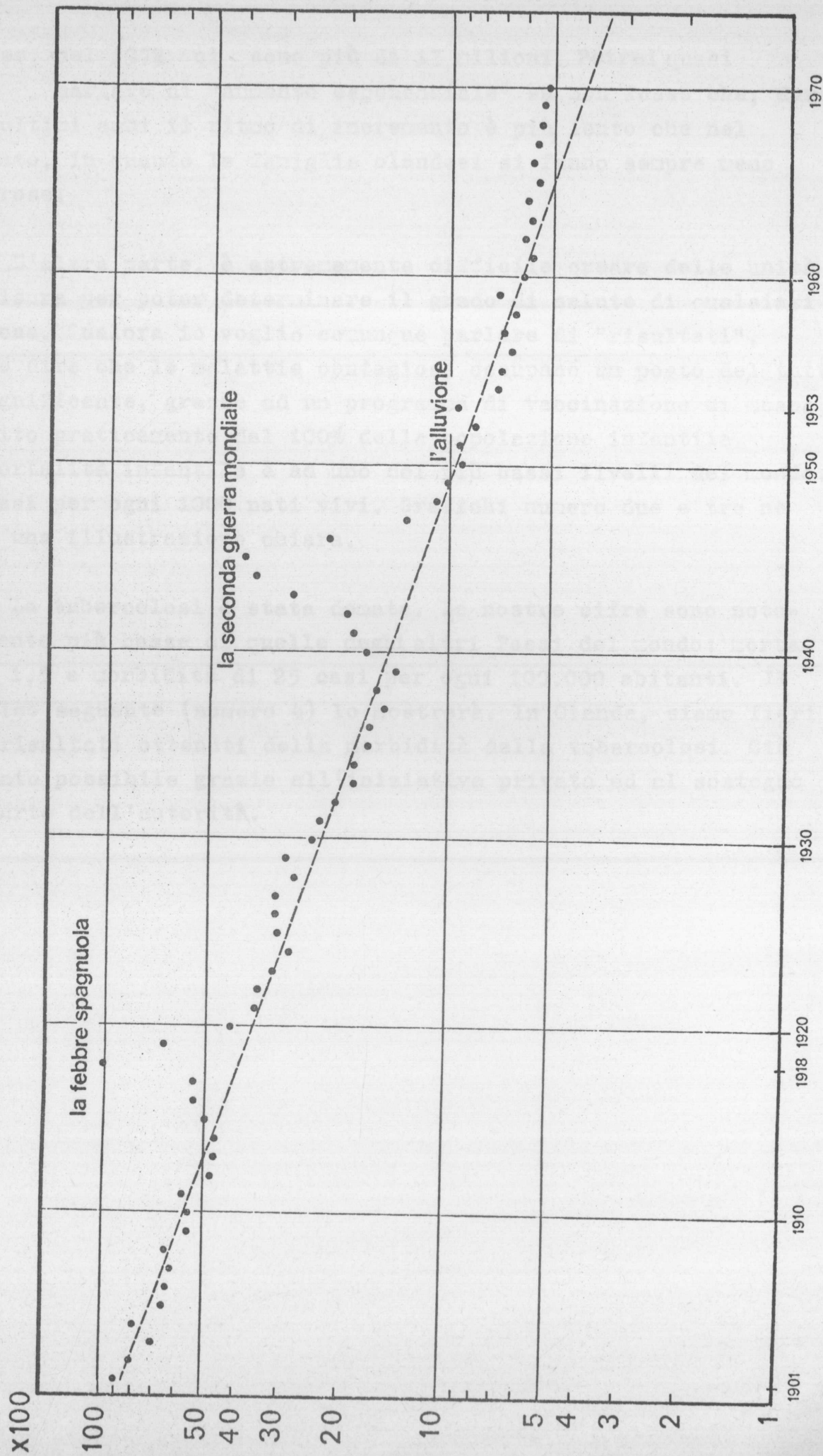
SOURCE: CBS

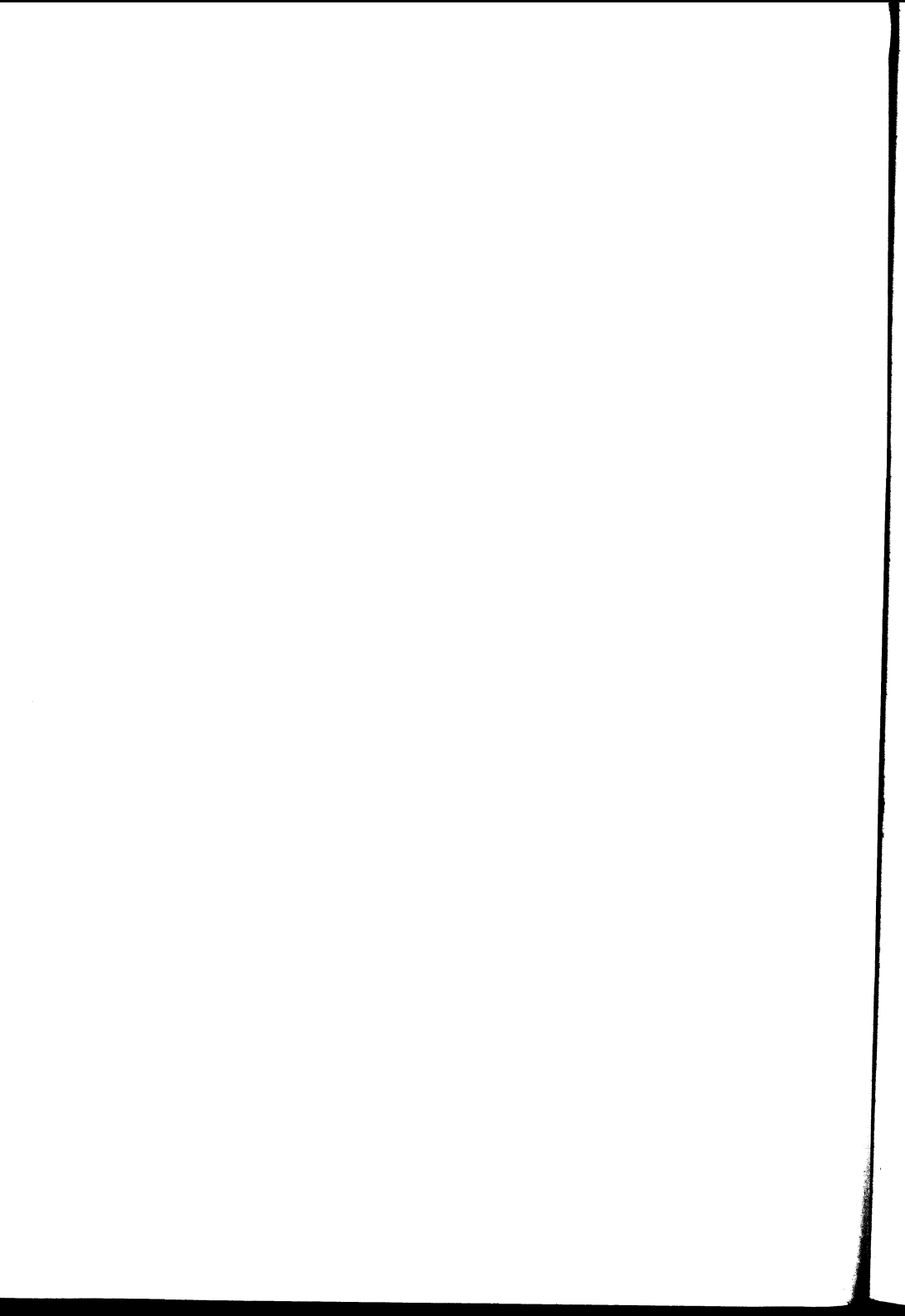






MORTALITA' INFANTILE FRA 1 e 14 ANNI per 1 milione di bambini di questo gruppo d'età





Adesso, nel 1972 ci sono più di 13 milioni. Potrei quasi parlare di "aumento esponenziale" se non fosse che, durante gli ultimi anni il ritmo di incremento è più lento che nel passato, in quanto le famiglie olandesi si fanno sempre meno numerose.

D'altra parte, è estremamente difficile creare delle unità di misura per poter determinare il grado di salute di qualsiasi persona. Qualora io voglio comunque parlare di "risultati", posso dire che le malattie contagiose occupano un posto del tutto insignificante, grazie ad un programma di vaccinazione di massa, seguito praticamente dal 100% della popolazione infantile. La mortalità infantile è ad uno dei più bassi livelli del mondo: 13 casi per ogni 1000 nati vivi. Grafichi numero due e tre ne sono una illustrazione chiara.

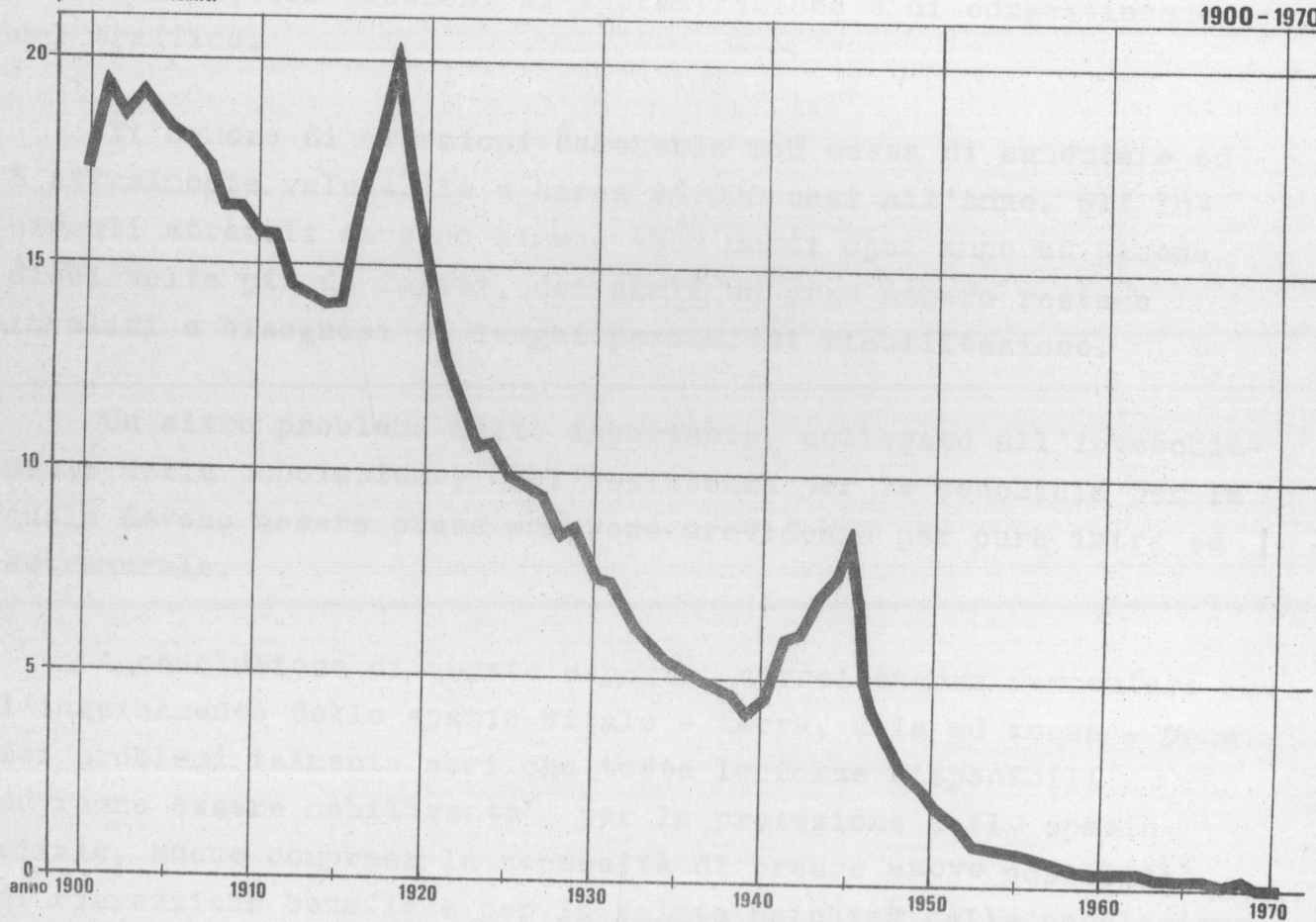
La tubercolosi è stata domata. Le nostre cifre sono notevolmente più basse di quelle degli altri Paesi del mondo: mortalità 1,5 e morbidità di 25 casi per ogni 100.000 abitanti. Il grafico seguente (numero 4) lo mostrerà. In Olanda, siamo fieri dei risultati ottenuti della morbidità della tubercolosi. Ciò è stato possibile grazie all'iniziativa privata ed al sostegno da parte dell'autorità.

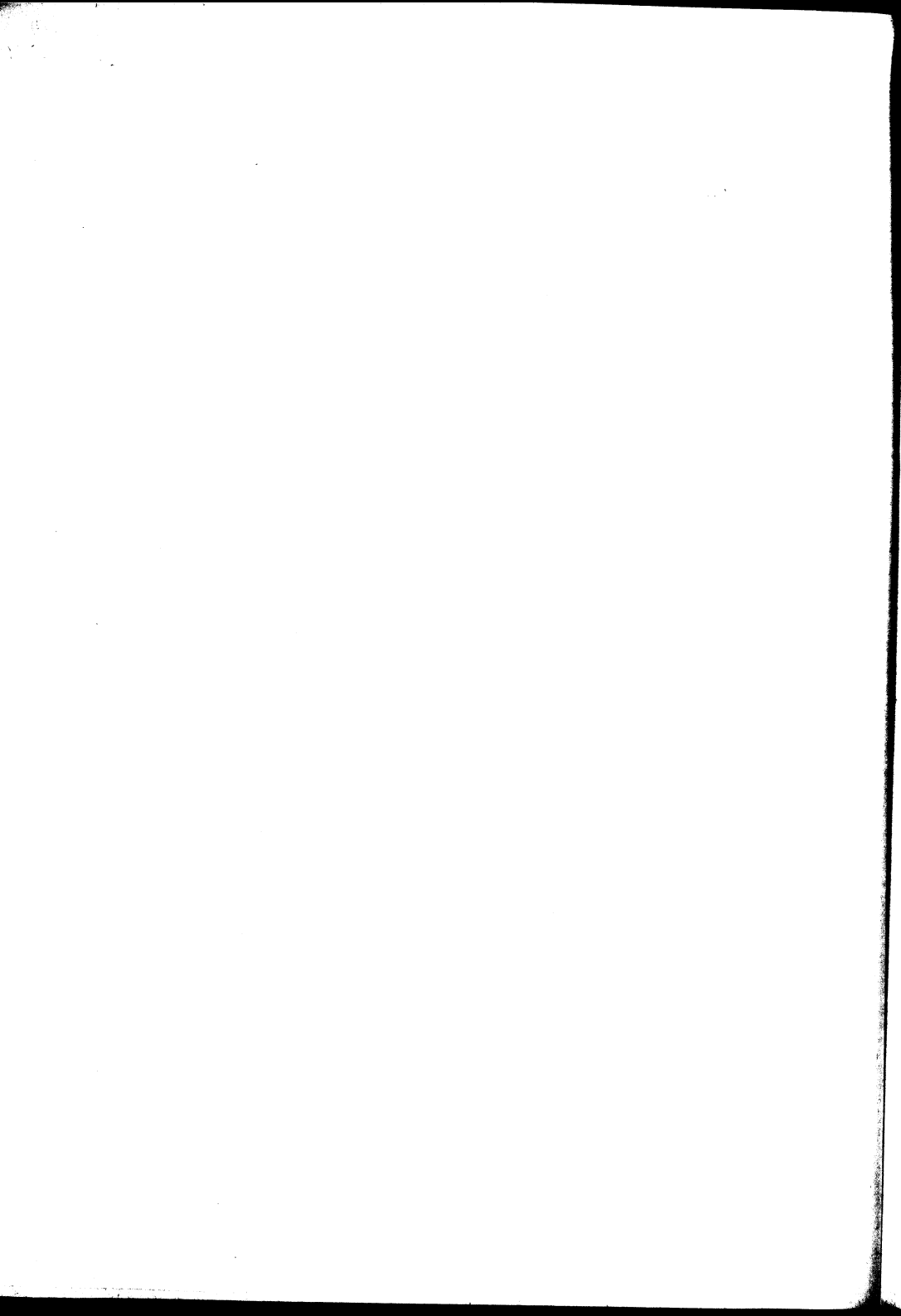


LA MORTALITÀ DI TUBERCULOSI IN OLANDA PER 10.000 DELLA POPOLAZIONE IN MEDIA

per 10.000 abitanti

1900 - 1970





La mortalità in generale, si situa, da noi, al medesimo livello che nella maggior parte dei Paesi dell'Europa Occidentale: 8 casi per ogni 1000 abitanti. Le più importanti cause di mortalità sono: tumori maligni, emorragie cerebrali, malattie cardiache e vascolari ed incidenti stradali. Queste ultime due, sono le cause tipiche della nazione prospera ed altamente industrializzata, con problemi di ipernutrizione e di congestionamento del traffico.

Il numero di affezioni coronarie non cessa di aumentare ed è attualmente valutabile a circa 25.000 casi all'anno. Gli incidenti stradali causano almeno 4000 morti ogni anno ed almeno dieci volte più di feriti, dei quali un gran numero restano invalidi e bisognosi di lunghi periodi di riabilitazione.

Un altro problema molto importante, collegato all'invecchiamento della popolazione, è l'assistenza per la vecchiaia per la quale devono essere prese numerose previdenze per cura intra ed estramurale.

A conclusione di questo esposto, vorrei ancora rammentare che l'inquinamento dello spazio vitale - terra, aria ed acqua - pone dei problemi talmente seri che tutte le forze disponibili dovranno essere mobilitate per la protezione dello spazio vitale, anche compresa la necessità di creare nuove possibilità di ricreazione benefiche per la salute psichica della popolazione.

Non per nulla, nel nostro Paese il Ministero della Sanità Pubblica comprende anche quello del "Milieuhygiène", che significa appunto "Per la salvaguardia dell'Igiene dell'ambiente". Se ciò è stato fatto, è perchè in Olanda siamo assolutamente convinti dell'importanza di un salutare spazio vitale come pure dei pericoli rappresentati, per la salute dell'uomo, degli animali e delle piante, dall'inquinamento





